

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. L. Ritzema, mr. J.J.M. Linders en mr. B.L.A. van Drunen)

Zaaknummer: 202400661

### Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) OWM DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam,
  - 2) DSW Ziektekostenverzekeraar N.V. te Schiedam,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

### 1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 8 augustus 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 13 augustus 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 4 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 7 oktober 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 31 oktober 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024037090) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 1 november 2024 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 november 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 3 december 2024 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 31 oktober 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 5 december 2024 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

### 2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 2.2. Namens verzoekster zijn bij de ziektekostenverzekeraar respectievelijk op 3 februari 2023 en 12 oktober 2023 / 30 november 2023 aanvragen gedaan voor een kaakchirurgische ingreep

(osteotomie) en een orthodontische behandeling. Hierop heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 3 februari 2023 aan verzoekster meegedeeld dat de aangevraagde osteotomie is goedgekeurd. De nadien ingediende aanvraag voor de orthodontische behandeling is bij brief van 4 december 2023 door de ziektekostenverzekeraar afgewezen.

- 2.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze laatste beslissing gevraagd. Bij brieven van 3 januari 2024 en 1 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.4. Bij brief van 31 oktober 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

### 3. **Standpunt verzoekster**

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar (i) is gehouden alsnog toestemming te verlenen voor de aangevraagde orthodontische behandeling, ten laste van de zorgverzekering, en (ii) haar onvolledig heeft geïnformeerd.
- 3.2. Verzoekster heeft gesteld dat zij eind 2022 problemen ervoer met haar kaakgewricht en zich met deze klachten tot de behandelend orthodontist heeft gewend. De orthodontist heeft in vervolg hierop verzoekster in een gezamenlijk spreekuur met de kaakchirurg gezien. Beiden hebben verzoekster geadviseerd een gecombineerde kaakchirurgische en orthodontische behandeling te laten uitvoeren. Op 7 februari 2023 is verzoekster hiermee gestart. De beide behandelingen zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden en niet apart van elkaar uit te voeren. Verzoekster stelt zich daarom ook op het standpunt dat de orthodontische behandeling in samenhang met de reeds toegekende kaakchirurgische ingreep moet worden beoordeeld.
- 3.3. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 8 augustus 2024 toegelicht dat haar klacht niet zozeer gaat over de vraag of wordt voldaan aan de verzekeringsvoorwaarden, maar over het feit dat de aanvraag voor de osteotomie wel is goedgekeurd en het voor haar niet duidelijk was dat de orthodontische behandeling niet wordt vergoed. Een en ander klemt te meer omdat in 2024 door de ziektekostenverzekeraar wel een plaatje (een soort beugel) is vergoed. Wat verzoekster verder stoort is dat de ziektekostenverzekeraar ruim een maand nodig heeft gehad om een herbeoordeling van zijn beslissing van 4 december 2023 uit te voeren. Van een op 5 december 2023 door de ziektekostenverzekeraar gegeven reactie is verzoekster niets bekend. Op het moment dat de ziektekostenverzekeraar eerder zijn herbeoordeling had uitgevoerd, had verzoekster nog de mogelijkheid gehad de zorgverzekering bij de ziektekostenverzekeraar met ingang van 2024 op te zeggen.
- 3.4. Ter zitting heeft verzoekster aangevoerd dat zij, nadat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor de kaakchirurgische ingreep had goedgekeurd, ervan uitging dat ook de kosten van de orthodontie zouden worden vergoed. Dit omdat een beugel veel minder ingrijpend is dan een kaakchirurgische ingreep. Daar komt bij dat door de ziektekostenverzekeraar nooit is meegedeeld dat beide behandelingen los van elkaar zouden worden beoordeeld. Als verzoekster dit vooraf wel was meegedeeld had zij andere keuzes gemaakt. Tot slot verbaast het verzoekster dat een orthodontische behandeling volgens het Zorginstituut pas voor vergoeding in aanmerking komt als de overbeet groter is. Dit betekent dus dat verzoekster moet afwachten totdat de overbeet groot genoeg is. Een periode waarin verzoekster klachten ervaart die op dit moment al door de orthodontist kunnen worden verholpen.

### 4. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de aangevraagde orthodontische behandeling ten laste van de zorgverzekering. Op basis van de ingediende aanvraag, de overgelegde foto's en de verklaring van de behandelend orthodontist,

concludeert de ziektekostenverzekeraar dat de situatie van verzoekster niet voldoet aan de voorwaarden om voor vergoeding van een orthodontische behandeling in aanmerking te komen. Een verzekeringsindicatie hiervoor ontbreekt.

De stelling van verzoekster dat de goedkeuring van de eveneens aangevraagde osteotomie automatisch betekent dat ook de orthodontische behandeling moet worden goedgekeurd, onderschrijft de ziektekostenverzekeraar niet. Dit omdat een osteotomie een verzekerde prestatie is in het kader van medisch-specialistische zorg en orthodontie moet worden beoordeeld aan de hand van de criteria voor tandheelkundige zorg. Voor kaakchirurgie gelden andere criteria dan voor een orthodontische behandeling.

Waar het de vergoeding van de opbeetplaat betreft, geldt dat deze is gemaakt in verband met kaakgewrichtsklachten. De diagnose die hieraan ten grondslag ligt valt binnen de aanspraak voor bijzondere tandheelkunde.

- 4.2. Voor zover verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar duidelijker had moeten uitleggen dat de vergoeding voor orthodontie apart wordt beoordeeld, stelt de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 16 mei 2024 dat dit onderscheid ook bekend moet worden verondersteld bij de betrokken zorgaanbieders. Daarnaast is op verzoek van verzoekster, in vervolg op de afwijzende beslissing van 4 december 2023, op 5 december 2023 een uitgebreide toelichting gegeven waaruit dit volgt.
- 4.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat de kaakchirurgische en de orthodontische behandeling apart van elkaar worden beoordeeld. De ziektekostenverzekeraar is eerder tot de conclusie gekomen dat verzoekster geen verzekeringsindicatie heeft voor de orthodontische behandeling. Dit standpunt wordt door het Zorginstituut gedeeld.

## 5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 31 oktober 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

*"De aanvraag voor een osteotomie is goedgekeurd door verweerder, de aanvraag voor orthodontie niet. Het Zorginstituut merkt hierover het volgende op. Er gelden verschillende indicatiecriteria voor de aanspraak op kaakchirurgie en een orthodontische behandeling. Voor vergoeding van een kaakchirurgische behandeling ten laste van de basisverzekering moet de verzekerde redelijkerwijs zijn aangewezen op deze behandeling. Voor orthodontische hulp gelden strengere criteria. Het moet gaan om een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis, of een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.*

*Bij het bepalen of sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel wordt gebruik gemaakt van de indicatieve lijst (zie juridisch kader). Uit de beschikbare informatie in het dossier blijkt dat bij verzoekster geen sprake van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. De afwijking van verzoekster is qua ernst niet vergelijkbaar met de aandoeningen zoals genoemd op de indicatieve lijst. Zo zijn de SOB (overbeet) en VOB (open beet) kleiner dan vermeld op de indicatieve lijst.*

### Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoekster een (verzekerings)indicatie heeft voor orthodontische hulp. Verzoekster kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van een orthodontische behandeling ten laste van de basisverzekering.

### Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster heeft geen (verzekerings)indicatie voor de vergoeding van een orthodontische behandeling ten laste van de basisverzekering."

## 6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 14 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

## 7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over mondzorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

### Zorgverzekering

- 7.2. De commissie benadrukt dat een onderscheid moet worden gemaakt tussen de kaakchirurgische ingreep (osteotomie) en de orthodontische behandeling. Kaakchirurgie is een medisch-specialistische behandeling, terwijl orthodontie een tandheelkundige behandeling is. Een verzekeringsindicatie voor kaakchirurgie betekent niet automatisch dat er ook een indicatie is voor orthodontie. Anders dan verzoekster stelt, zijn dit twee verschillende verzekerde prestaties die afzonderlijk worden beoordeeld op basis van verschillende voorwaarden.  
Voor de kaakchirurgische behandeling heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 3 februari 2023 verklaard dat de kosten worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Dit is tussen partijen niet in geschil en neemt de commissie daarom als vaststaand aan. Het geschilpunt is of de ziektekostenverzekeraar terecht de vergoeding van de kosten voor de orthodontische behandeling heeft afgewezen. De commissie overweegt hierover als volgt.
- 7.3. De aanspraak op orthodontie geldt slechts in bijzondere gevallen en is geregeld in artikel 33, lid 2.1, van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hierin staat dat aanspraak bestaat op deze zorg bij een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Uit de Nota van Toelichting bij artikel 2.8, derde lid, in samenhang met het eerste lid, onder a, Bzv volgt dat het hierbij moet gaan om een situatie die in ernst vergelijkbaar is met schisis. De voormalige Ziekenfondsraad heeft een nog steeds geldende 'indicatieve lijst' opgesteld van aandoeningen die in ernst vergelijkbaar zijn met schisis. Deze lijst is weliswaar geen wettelijk voorschrift, maar wordt gehanteerd als richtsnoer om vast te stellen of bij een verzekerde een (verzekerings)indicatie aanwezig is voor orthodontie in bijzondere gevallen. Ook de commissie hanteert de 'indicatieve lijst' als richtsnoer.  
Daarnaast moet medediagnostiek of medebehandeling door andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn. Dit betekent dat de verzekerde niet uitsluitend door de orthodontist mag worden behandeld. Deze laatste voorwaarde is eveneens gebaseerd op voornoemd artikel van het Bzv.
- 7.4. Aanspraak op vergoeding van een orthodontische behandeling bestaat, gelet op het voorgaande, als deze behandeling tot doel heeft een tandheelkundig functieprobleem als gevolg van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel te verhelpen. Verzoekster heeft in dit verband gesteld dat zij problemen heeft met haar kaakgewricht. Hiertoe geldt dat het Zorginstituut in het voorlopig advies van 31 oktober 2024, en bevestigd in zijn definitief advies van 5 december 2024, opmerkt dat de tandheelkundige situatie van verzoekster niet is aan te merken als een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis als bedoeld in de voorwaarden. De afwijking van verzoekster is qua ernst niet vergelijkbaar met de aandoeningen zoals genoemd op de indicatieve lijst. Zo zijn de SOB (overbeet) en VOB (open beet) kleiner dan vermeld op de indicatieve lijst. Dit betekent dat een verzekeringsindicatie voor een orthodontische behandeling

ontbreekt, aldus het Zorginstituut. De commissie heeft het advies van het Zorginstituut gelezen en ziet geen aanleiding daarvan af te wijken. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op de aangevraagde orthodontische behandeling, ten laste van de zorgverzekering. Aan de vraag of is voldaan aan de eis van medediagnostiek of medebehandeling door andere disciplines dan de tandheeskundige wordt niet toegekomen.

#### *Informatievoorziening*

- 7.5. Verzoekster heeft voorts gesteld dat zij door de ziektekostenverzekeraar onvolledig is geïnformeerd over het feit dat de kaakchirurgische behandeling en de orthodontische ingreep los van elkaar zouden worden beoordeeld. Doordat de ziektekostenverzekeraar hierover lange tijd geen duidelijkheid gaf kon verzoekster, naar haar zeggen, niet overstappen naar een andere zorgverzekeraar.
- Vast staat dat de kaakchirurg en de orthodontist ieder apart een aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar hebben gedaan, zodat voor verzoekster kenbaar was dat op deze aanvragen een beslissing zou volgen en dat deze niet identiek hoefde te zijn. Daarnaast moet worden aangenomen dat - gelet op de regelgeving van de NZa hierover - de beide zorgaanbieders verzoekster hebben geïnformeerd over de kosten en de mogelijkheid dat deze niet door de ziektekostenverzekeraar zouden worden vergoed. Bij brief van 4 december 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar jegens verzoekster de aanvraag voor vergoeding van de orthodontische behandeling afgewezen. Bij brief van 5 december 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar deze beslissing aan de orthodontist toegelicht. De ziektekostenverzekeraar heeft hiermee aan zijn informatieplicht voldaan. Indien verzoekster van mening was dat deze beslissing niet juist was, en dat een andere zorgverzekeraar haar situatie anders zou beoordelen, had zij op dat moment (nog) de keuze kunnen maken haar zorgverzekering bij de ziektekostenverzekeraar per ultimo 2023 op te zeggen en elders een nieuwe aanvraag in te dienen. Dit heeft zij echter niet gedaan. Hetgeen verzoekster heeft gesteld over de tijd tussen het verzoek om herbeoordeling en de beslissing hierop kan de commissie slechts voor kennisgeving aannemen. Verzoekster had, nadat de ziektekostenverzekeraar haar bij brief van 5 december 2023 de reden van afwijzing had toegelicht, geen grond om te veronderstellen dat een herhaling van haar argumenten zou leiden tot een andere uitkomst.

#### *Slotsom*

- 7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
8. **Bindend advies**
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 december 2024,

J.J.M. Linders

### **Informatie voor partijen**

*Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.*

*Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.*

### **BIJLAGE - Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

## Artikel 33 Mondzorg

### LID 1 ALGEMEEN

Bij mondzorg onderscheiden wij:

- a. mondzorg voor verzekerden van alle leeftijden (zie lid 2 van dit artikel);
- b. mondzorg specifiek voor verzekerden jonger dan 18 jaar (zie lid 3 van dit artikel).
- c. mondzorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder (zie lid 4 van dit artikel)

### LID 2 A. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN VAN ALLE LEEFTIJDEN

#### LID 2.1 BIJZONDERE ORTHODONTIE

##### LID 2.1.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden orthodontische zorg wanneer sprake is van een zeer ernstige ontwikkelingsstoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel en waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere vakgebieden dan de tandheelkunde nodig is. Dit omvat osteotomie bij de kaakchirurg.

De vergoeding voor behandeling met vacuüm gevormde apparatuur (categorie 7) en met brackets aan de linguale en/of palattinale zijde van gebitselementen (categorie 8 en 9) beperkt zich tot maximaal de vergoeding die ontvangen zou zijn indien de behandeling zou hebben plaatsgevonden met behulp van een vaste slotjesbeugel (categorie 5 of 6).

Voor de techniek- en materiaalkosten geldt een maximaal te vergoeden bedrag. Deze maximale vergoedingen staan vermeld op onze website.

##### LID 2.1.2 VOORWAARDEN

###### *Machtiging*

Er moet vooraf bij ons toestemming zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn afgegeven. Wanneer er meerdere behandelaars noodzakelijk zijn, vraagt iedere behandelaar zijn eigen behandeldeel aan. Wanneer de afwijking afdoende is behandeld, komt de aanspraak op bijzondere orthodontie te vervallen. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

###### *Zorgaanbieder*

Deze zorg kan uitsluitend worden geleverd door een zorgverlener die is opgenomen in het register van Specialisten Dento-Maxillaire Orthopaedie (erkende orthodontisten).

##### LID 2.1.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

###### *Wettelijke maximumtarieven*

Wanneer u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij geen tarieven zijn overeengekomen en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het wettelijk maximumtarief.

###### *Vrije tarieven*

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

## Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
  - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
  - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
  - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
  - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
  - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.



---

# Besluit zorgverzekering

---

## Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

## Artikel 2.7

1. Mondzorg omvat zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:
  - a. indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
  - b. indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of
  - c. indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.
2. Onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.
3. Orthodontische hulp is slechts onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, begrepen in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.
4. Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan achttien jaar in andere gevallen dan het eerste lid,

onderdelen a tot en met c:

- a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
  - b. incidenteel tandheelkundig consult;
  - c. het verwijderen van tandsteen;
  - d. fluorideapplicatie, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
  - e. sealing;
  - f. parodontale hulp;
  - g. anesthesie;
  - h. endodontische hulp;
  - i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
  - j. gnathologische hulp;
  - k. uitneembare prothetische voorzieningen;
  - l. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
  - m. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.
5. Mondzorg omvat voor verzekerden van achttien jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:
- a. chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties;
  - b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten. Tot een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, behoort eveneens het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur.
6. Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan drieëntwintig jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c, tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die in het geheel niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval, en indien de noodzaak van deze zorg is vastgesteld voordat de verzekerde de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.

---

## Regeling zorgverzekering

---

### Artikel 2.31

1. De eigen bijdrage voor zorg als bedoeld in artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering, voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, bedraagt een bedrag ter grootte van het bedrag dat bij de desbetreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht indien artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering niet van toepassing is.
2. De eigen bijdrage bedraagt voor een uitneembare volledige prothetische voorziening, bedoeld in artikel 2.7, vijfde lid, onderdeel b, van het Besluit zorgverzekering, vijftientwintig procent van de kosten van die voorziening.
3. In afwijking van het tweede lid geldt voor een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, een eigen bijdrage van:

- a. tien procent van de kosten van die voorziening, indien het gaat om een prothetische voorziening voor de onderkaak;
  - b. acht procent van de kosten van die voorziening, indien het gaat om een prothetische voorziening voor de bovenkaak.
4. De eigen bijdrage voor reparaties of overzetting van een uitneembare volledige prothetische voorziening bedraagt tien procent van de kosten van die reparatie of overzetting.