

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. J.J.M. Linders en mr. B.L.A. van Drunen

Zaaknummer: 202401869

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen,
- 2) Menzis N.V. te Wageningen,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 7 februari 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 10 februari 2025 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 3 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 4 april 2025 aan verzoekster gestuurd. Op 6 april 2025 heeft verzoekster een bericht aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 7 april 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 14 mei 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025009769) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 15 mei 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. Op 19 mei 2025 heeft verzoeker een brief aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 20 mei 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.5. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 juni 2025 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 24 juni 2025 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 14 mei 2025 aanpassing behoeft. Hierbij heeft de commissie een vraag gesteld. Bij brief van 2 juli 2025 heeft het Zorginstituut de vraag van de commissie beantwoord en meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Een kopie hiervan is op 3 juli 2025 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Bij brief van 14 juli 2025 heeft verzoekster gereageerd. Een kopie hiervan is op 24 juli 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Van de

ziektekostenverzekeraar heeft de commissie geen reactie ontvangen.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 3 en TandVerzorgd 500 (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Namens verzoekster is op 19 augustus 2024 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een tandheelkundige behandeling, bestaande uit het aanbrengen van een implantaat ter plaatse van element 13.
- 2.3. Bij brief van 29 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 10 september 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 14 mei 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 2 juli 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aangevraagde tandheelkundige behandeling te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Bij brief van 7 februari 2025 heeft verzoekster toegelicht dat haar rechterhoektand, element 13, in twee jaar tijd driemaal is afgebroken. De behandelend tandarts heeft telkens geprobeerd dit op te lossen met krammetjes en dergelijke. De laatste keer was dit echter niet meer mogelijk en heeft de tandarts twee gaatjes met lijm opgevuld, twee pinnetjes geplaatst en daarop een tand geboetseerd. Van de tandarts mocht verzoekster niet meer bijten met het gerestaureerde element. Zij durfde hierdoor niet meer te eten. Volgens de tandarts is het nodig ter plaatse een implantaat aan te brengen. Het plaatsen van een zwevende brug op de naastgelegen implantaten is geen oplossing. Hierdoor ontstaat namelijk het risico dat, door de zware druk op de rechtertand, beide implantaten/tanden verloren gaan. Ook volgens de kaakchirurg is het plaatsen van een zwevende brug geen optie, omdat die constructie te zwak is. Om die reden is een aanvraag ingediend voor het aanbrengen van een implantaat ter plaatse van element 13.
- 3.3. Er bestaat aanspraak op vergoeding van een tandheelkundige behandeling ten laste van de zorgverzekering: (a) bij een ernstige ontwikkelingsstoornis, een groeistoornis of een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, (b) als de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en de verzekerde zonder de mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat zijn gebit zou zijn geweest als hij de aandoening niet had gehad, en (c) als een medische behandeling zonder de mondzorg onvoldoend resultaat heeft en de verzekerde zonder de mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat zijn gebit zou zijn geweest als hij de aandoening niet had gehad.

In het geval van verzoekster is sprake van een niet-tandheelkundige aandoening zoals bedoeld onder b. Door haar kokhalsreflex verdraagt verzoekster al meer dan 30 jaar geen uitneembare voorziening zoals een kunstgebit of plaatje. Destijds is al vastgesteld dat implantaten voor haar de enige manier zijn om het gebit in stand te houden. De ziektekostenverzekeraar stelt ten onrechte dat de kokhalsproblematiek niet meer aan de orde is. Deze is namelijk nog steeds actueel. De kokhalsproblematiek gaat immers niet vanzelf weg. Daarnaast zijn de afgelopen 30 jaar bij verzoekster diverse implantaten aangebracht en vervangen, en zijn de kosten hiervan vergoed, op grond van de 30 jaar geleden uitgevoerde onderzoeken. Er is haar nooit gemeld dat er een einddatum zou zijn aan de vergoeding van implantaten ten laste van de zorgverzekering.

- 3.4. Verzoekster heeft de stelling van de ziektekostenverzekeraar, dat element 13 nog lange tijd goed kan functioneren, bestreden. De ziektekostenverzekeraar lijkt niet te willen inzien dat het betreffende element al driemaal is afgebroken. Alleen door de deskundigheid van de tandarts is dit element nog niet vergaan. De tandarts heeft alleen zijn twijfels bij de huidige oplossing. Gevreesd wordt dat het element nogmaals zal afbreken.

De door de ziektekostenverzekeraar voorgestelde oplossing, te weten het maken van een voorziening met gebruik van de aanwezige implantaten, is absurd. Hiervoor moeten bestaande kronen worden verwijderd en vervangen door een zwevende brug, met de hieraan verbonden afbreukrisico's.

Verder heeft verzoekster opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar heeft geweigerd een tweede tandarts naar haar situatie te laten kijken. Ook heeft hij geweigerd contact op te nemen met de behandelend kaakchirurg of het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

- 3.5. Met haar brief van 19 mei 2025 heeft verzoekster gereageerd op het voorlopig advies van het Zorginstituut. Volgens verzoekster stelt het Zorginstituut ten onrechte dat geen oorzakelijke relatie bestaat tussen het mogelijk verloren gaan van element 13 en de kokhalsreflex. Verzoekster heeft aangevoerd dat als deze argumentatie wordt gevolgd, dit zou betekenen dat eerdere vervangingen van diverse gebitselementen in de afgelopen 30 jaar onterecht zijn geweest.

Volgens het Zorginstituut functioneert element 13 al jaren. Echter, als dit element goed functioneerde, was de aanvraag niet ingediend. De aanvraag is ingediend omdat de afgelopen drie à vier jaar de bovenbouw van dit element tot driemaal toe is afgebroken en de tandarts dit met veel kunst- en vliegwerk steeds weer gerepareerd heeft. Verzoekster kon niet meer eten. Aangezien een uitneembare voorziening niet mogelijk is vanwege de kokhalsreflex, is een implantaat de enige oplossing.

Verder heeft verzoekster opgemerkt dat zij de opmerking van het Zorginstituut dat er geen signalen zijn van ernstig erosief tandweefselverlies als gevolg van zuur in de mond niet kan plaatsen. Hierover is in het dossier niet besproken.

- 3.6. Ter zitting heeft verzoekster aangevoerd dat element 13 niet functioneert. Verzoekster heeft een slecht gebit en kan niet zonder element 13. Het element is al drie keer afgebroken in anderhalf jaar. De tandarts heeft geprobeerd het element te repareren, maar dit is niet succesvol geweest. De manier waarop het nu is vastgezet, is disfunctioneel. Verzoekster wil blijven eten en praten met mensen. Verzoekster begrijpt wat de zorgverzekeraar zegt, maar zij kan niet zonder element 13. De rechterkant van het gebit functioneert niet. Dit is ook duidelijk voor de behandelend tandarts en de kaakchirurg. Er is gevraagd om een herbeoordeling door de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar, maar dat was niet mogelijk. De adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar was waarschijnlijk tot dezelfde conclusie gekomen als de behandelend tandarts en kaakchirurg, namelijk dat het plaatsen van een implantaat de beste oplossing is.

Verzoekster heeft al 30 jaar implantaten vergoed gekregen ten laste van de zorgverzekering. De implantaten zijn met meerdere tegelijk geplaatst, waaronder een aantal kiezen. Er zit ook een loos implantaat in de mond. 30 jaar geleden is verzoekster onderworpen aan zware psychologische onderzoeken, omdat moest worden onderzocht of de kokhalsreflex wel echt was. Verzoekster

heeft inmiddels negen implantaten. Sommige zijn zelfs vervangen. In 2020 is voor het laatst een implantaat geplaatst en in 2025 is er opeens geen aanspraak meer. De voorwaarden voor aanspraak op implantaten gelden al sinds 2006, mogelijk zelfs eerder. Het is onbegrijpelijk dat het implantaat nu niet meer wordt vergoed. Het lijkt erop dat niet de regels zelf, maar de interpretatie daarvan is veranderd en dat is niet eerlijk.

- 3.7. Het Zorginstituut stelt ten onrechte dat element 13 prima functioneert. Daarnaast bestaat volgens het Zorginstituut geen rechtstreekse relatie tussen het verloren gaan van element 13 en de kokhalsreflex. Als de redenering van het Zorginstituut wordt gevolgd, is het vreemd dat de implantaten in het verleden wel zijn vergoed. De oorzakelijke relatie is 30 jaar geleden wel vastgesteld. Vijf jaar geleden was deze relatie er ook, want destijds is nog een implantaat vergoed. In dat licht is het vreemd dat het implantaat nu niet meer wordt vergoed. Bij eerdere machtigingen is nooit aangegeven op welke grondslag de machtiging is verleend. Op grond van artikel 2.7, eerste lid, onderdeel b, Bzv bestaat aanspraak op vergoeding van het aangevraagde implantaat. De redenering van de ziektekostenverzekeraar deugt niet. Er zijn negen implantaten vergoed, omdat dat nodig was. Maar volgens de ziektekostenverzekeraar kan verzoekster ook met één implantaat minder. Dan had de ziektekostenverzekeraar in de eerste instantie ook acht implantaten kunnen vergoeden in plaats van negen. Het is dus de vraag waar de grens ligt. Blijkbaar zijn negen implantaten voldoende om te spreken van geen tandheelkundige functie. De vraag is of dat ook het geval is bij acht, zeven of zes ontbrekende elementen. De situatie van verzoekster leent zich niet voor een toetsing op papier. De ziektekostenverzekeraar heeft niet in de mond van verzoekster gekeken. Bij een andere verzekeraar is verzoekster op spreekuurbezoek geweest en is de situatie beoordeeld door een adviserend tandarts. Volgens de ziektekostenverzekeraar is een zwevende brug een mogelijke oplossing voor verzoekster, maar dit is niet het geval. Een zwevende brug zorgt voor te veel druk op een hoektand. Hierdoor kunnen twee elementen verloren gaan. Er is geen andere voorziening denkbaar dan een implantaat.
- 3.8. In haar brief van 14 juli 2025 heeft verzoekster haar onvrede geuit over het Zorginstituut en het definitief advies van 2 juli 2025. Verzoekster heeft benadrukt dat ongeveer 30 jaar geleden na uitgebreid medisch onderzoek door zowel tandartsen als psychologen is vastgesteld dat zij een kokhalsreflex heeft die vervanging van verloren elementen in haar gebit door uitneembare voorzieningen onmogelijk maken. Op grond van deze vaststelling zijn de afgelopen 30 jaar al acht elementen vervangen en vergoed door een implantaat met kroon. Het Zorginstituut stelt ten onrechte dat iedere aanvraag afzonderlijk moet worden beoordeeld zonder daarbij rekening te houden met het feit dat bij alle eerdere aanvragen voor implantaten juist wel die afweging van 30 jaar geleden gold.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de aangevraagde tandheelkundige behandeling. Ter onderbouwing hiervan heeft hij bij brief van 10 september 2024 toegelicht dat het aanbrengen van een implantaat kan worden vergoed op grond van een drietal wettelijke bepalingen. Zo is vergoeding mogelijk indien sprake is van een ernstig geslonken tandeloze kaak, waarbij het implantaat dient als steun voor een volledige overkappingsprothese. Dit is in de situatie van verzoekster niet aan de orde. Daarnaast bestaat aanspraak in het kader van de regeling fronttandvervanging. Verzoekster voldoet echter niet aan de voorwaarden in het kader van deze regeling. Tot slot kan mondzorg in bijzondere gevallen worden vergoed conform artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering. In de situatie van verzoekster is dit artikel relevant.

- 4.2. Een verzekeringsindicatie tot bijzondere tandheelkunde kan op grond van voornoemd artikel slechts voorkomen in drie gevallen, waarbij de tandheelkundige functie verloren is, of dreigt te gaan, wanneer de voorgestelde behandeling niet wordt uitgevoerd:
- a) bij een ernstige ontwikkelingsstoornis, een groeistoornis of een verworven afwijking van het tand- kaak-mondstelsel;
 - b) als de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en de verzekerde zonder de mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat zijn gebit zou zijn geweest als hij de aandoening niet had gehad;
 - c) als een medische behandeling zonder de mondzorg onvoldoende resultaat heeft en de verzekerde zonder de mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat zijn gebit zou zijn geweest als hij de aandoening niet had gehad. De situaties onder b en c zijn niet aan de orde bij verzoekster.
- 4.3. Bij de indicatie, genoemd in artikel 2.7, eerste lid, onder a, van het Besluit zorgverzekering, gaat het om een ernstige stoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel. Gelet op de Nota van Toelichting bij genoemde bepaling dient hierbij met name te worden gedacht aan schisispatiënten, oligodontiepatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen. Hiervan is bij verzoekster geen sprake. Het verlies van één hoektand vormt geen dermate ernstige handicap dat aan bovenstaande voorwaarden wordt voldaan. Voor en achter het betreffende element bevinden zich reeds implantaten zodat er, indien de huidige constructie verloren gaat, een nieuwe, meer definitieve oplossing kan worden vervaardigd zonder gebruik te maken van een uitneembare voorziening. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij opgemerkt dat verzoekster in het verleden toestemming heeft gekregen voor implantologie met kroon- en brugwerk in verband met kokhalsproblematiek waardoor geen uitneembare voorziening kon worden verdragen. Dat probleem is nu echter niet aan de orde.
- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat voor de aanspraak op bijzondere tandheelkunde ten laste van de zorgverzekering strenge voorwaarden gelden. Volgens de wetgever bestaat aanspraak hierop als een verzekerde een gebit heeft dat niet meer goed genoeg is om een tandheelkundige functie te hebben.
- Verzoekster heeft in totaal negen implantaten. Zonder al deze implantaten had verzoekster geen tandheelkundige functie. In het verleden is een machtiging afgegeven voor bijzondere tandheelkunde, omdat zo veel elementen ontbraken dat verzoekster geen tandheelkundige functie meer had. Destijds bestond aanspraak op een uitneembare vergoeding. Aangezien de tandheelkundige functie vanwege de kokhalsproblematiek niet op een andere manier kon worden hersteld dan met implantaten, bestond hierop aanspraak. Door dit herstel, is er een andere situatie ontstaan. De tandheelkundige functie van verzoekster is niet meer in het geding en er bestaat geen aanspraak meer op vergoeding van bijzondere tandheelkunde ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar betwist niet dat de kokhalsproblematiek bestaat. Het gaat erom dat er een relatie bestaat tussen of een verzekerde een volwaardig gebit (tandheelkundige functie) heeft en de kokhalsproblematiek.
- Bij iedere aanvraag moet worden beoordeeld of aanspraak bestaat op bijzondere tandheelkunde, en dus of de tandheelkundige functie van een verzekerde in het geding is. In de huidige situatie bestaat de kans dat één element verloren gaat, namelijk de 13. Het missen van één element zorgt er niet voor dat verzoekster geen tandheelkundige functie meer heeft. De ziektekostenverzekeraar stelt zich niet op het standpunt dat het element 13 functioneert, maar wel dat verzoekster een tandheelkundige functie heeft zonder element 13.
- Verder heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat een spreekuurbezoek of second opinion volgens zijn adviserend tandarts niet van toegevoegde waarde was. Het was duidelijk dat in de situatie van verzoekster geen aanspraak bestond op vergoeding van een implantaat ten laste van de zorgverzekering. Hiervoor was onder meer van belang dat de behandelend tandarts in zijn verwijsbrief het volgende heeft opgenomen: *‘Kroon 13 is met stomp en al afgebroken en hersteld met een complete compositieopbouw, Patiënte ervaart dit als een onzekere situatie en wil liefst*

13 vervangen door implantaatgedragen kroon. Dit gaat mij wel wat ver maar ik begrijp de wens van patiënte'. Hieruit kan worden opgemaakt dat de behandelend tandarts het ook anders ziet.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 14 mei 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Beoordeling

De informatie in het dossier is tandheelkundig en juridisch beoordeeld.

Verzoekster vraagt om vergoeding van een implantaat ter plaatse van element 13 (hoekand rechtsboven) ten laste van de basisverzekering. Hieronder geeft het Zorginstituut [op] aan de hand van de verschillende onderdelen van artikel 2.7 Bzv aan of verzoekster op de zorg is aangewezen.

Een implantaat op grond van art. 2.7, lid 2, van het Bzv is bij verzoekster niet aan de orde. Uit het dossier blijkt namelijk niet dat het implantaat dient ter bevestiging van een uitneembare prothese. Gezien de leeftijd van verzoekster is vergoeding van een implantaat in het kader van een fronttandvervanging (artikel 2.7 lid 6 Bzv) ook niet van toepassing.

Implantaten kunnen mogelijk ook vergoed worden indien sprake is van een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp op grond van art. 2.7, lid 1, onderdeel a van het Bzv. Hiervoor geldt dat sprake moet zijn van een ernstige ontwikkelingsstoornis, een groeistoornis of een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel. Bedoeld zijn schisis en in ernst met schisis vergelijkbare aandoeningen. Hiervan is bij verzoekster geen sprake. Het mogelijk verloren gaan van een hoektand leidt namelijk niet tot ernstig functieverlies.

Uit het dossier blijkt daarnaast dat verzoekster door haar kokhalsreflex al meer dan 30 jaar geen uitneembare voorziening zoals een kunstgebit of plaatjes verdraagt. Art. 2.7, lid 1, onderdeel b van het Bzv ziet op een aandoening die niet tandheelkundig is, en door de aandoening of behandeling van deze aandoening het gebit dermate verslechterd is, dat er geen tandheelkundige functie is of kan worden behouden of verworven gelijkwaardig aan die welke de verzekerde zou hebben gehad als hij de aandoening niet zou gehad. Tussen de aandoening van verzoekster, de kokhalsreflex, en het mogelijk verloren gaan van element 13 bevindt zich echter geen oorzakelijke relatie. Het element functioneert al jaren en er zijn geen signalen van ernstig erosief tandweefselverlies als gevolg van zuur in de mond. Verzoekster voldoet hiermee niet aan de voorwaarden voor bijzondere tandheelkundige hulp in de zin van art. 2.7, lid 1, onderdeel b van het Bzv.

Ten overvloede merkt het Zorginstituut op dat in het geval van verzoekster ook geen sprake is van een medische behandeling die zonder de tandheelkundige behandeling aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben, zoals bedoeld in artikel 2.7, lid 1, onderdeel c, van het Bzv.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat verzoekster geen (verzekerings)indicatie heeft voor de vergoeding van bijzondere tandheelkundige hulp. Het plaatsen van een implantaat (element 13) komt hiermee niet in aanmerking voor vergoeding 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 bijzondere tandheelkundige hulp.”

- 5.2. In het definitief advies van 2 juli 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting en de aanvullende stukken ontvangen.

Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

Verzoekster is het niet eens met de stelling van het Zorginstituut dat geen rechtstreekse relatie bestaat tussen het verloren gaan van element 13 en de kokhalsreflex. Als deze redenering wordt gevolgd, is het volgens verzoekster vreemd dat de implantaten in het verleden wel zijn vergoed in het kader van kokhalsproblematiek. Het Zorginstituut merkt op dat elke aanvraag afzonderlijk beoordeeld moet worden op de aanwezigheid van een (verzekerings)indicatie. Een eerdere (verzekerings)indicatie, betekent niet automatisch dat ook nu sprake is van een dergelijke indicatie. In het voorlopig advies van 14 mei 2025 heeft het Zorginstituut beoordeeld dat geen oorzakelijke relatie is aangetoond tussen de kokhalsreflex en het mogelijk verloren gaan van element 13.

Daarnaast vraagt u het Zorginstituut in te gaan op de stellingen dat volgens verzoekster een implantaat de enige oplossing is, terwijl volgens verweerder andere oplossingen mogelijk zijn. Nu verzoekster geen (verzekerings)indicatie heeft voor het vervangen van element 13, komt het Zorginstituut niet toe aan de beantwoording van deze vraag.”

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 A17 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 tandheelkundige zorg en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' 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.
- 7.2. Zoals door de ziektekostenverzekeraar is opgemerkt, kan het aanbrengen van een implantaat worden vergoed op grond van verschillende regelingen. In de eerste plaats is er de regeling fronttandvervanging van artikel 2.7, zesde lid, Bzv, die onder andere ziet op de vervanging van hoektanden. Deze regeling kent een uitloop tot 23 jaar voor het aanbrengen van implantaten. Verzoekster kan hier gelet op haar leeftijd echter geen beroep op doen. Voorts wordt het implantaat in haar situatie niet aangebracht ter bevestiging van een uitneembare prothese in geval van een ernstig geslonken tandeloze kaak, zodat artikel 2.7, tweede lid, Bzv, waarin deze aanspraak is geregeld, geen verdere bespreking behoeft.
- Verzoekster heeft in de procedure specifiek verwezen naar artikel 2.7, eerste lid, onder b, Bzv. Met betrekking tot artikel 2.7, eerste lid, Bzv overweegt de commissie als volgt.
- Bijzondere tandheelkundige zorg wordt vergoed in de volgende drie gevallen:
- (a) als de verzekerde een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft;

(b) als de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft; of
(c) als de verzekerde een niet-tandheelkundige medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder de bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben.

Het voorgaande is terug te vinden op de pagina's 47 tot en met 49 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

Onderdeel (c) is in de situatie van verzoekster niet van toepassing. Gesteld noch gebleken is immers dat zij een medische behandeling moet ondergaan in verband waarmee de tandheelkundige behandeling noodzakelijk is. De commissie toetst daarom hierna aan de onderdelen (a) en (b). Voor een situatie onder (a) geldt dat moet worden gedacht aan oligodontie, schisis of oncologiepatiënten met een gedeeltelijke resectie van kaakdelen of een daarmee vergelijkbare ernstige aandoening van het tand-kaak-mondstelsel. Dit volgt uit de Nota van Toelichting bij artikel 2.7 Bzv. Voor een situatie onder (b) geldt dat moet worden gedacht aan een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke handicap, waardoor extra ondersteuning of zorg nodig is, naast de reguliere tandheelkundige zorg.

- 7.3. In zijn advies aan de commissie van 14 mei 2025 komt het Zorginstituut tot de conclusie dat verzoekster geen verzekeringsindicatie heeft voor bijzondere tandheelkundige hulp. Het Zorginstituut heeft onder meer toegelicht dat in de situatie van verzoekster niet is voldaan aan artikel 2.7, eerste lid, onderdeel a, Bzv. Volgens het Zorginstituut is bij verzoekster geen sprake van een ernstige ontwikkelingsstoornis, een groeistoornis of een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, in ernst vergelijkbaar met schisis. Het mogelijk verloren gaan van een hoektand leidt namelijk niet tot ernstig functieverlies. Verder blijkt uit het dossier dat verzoekster door haar kokhalsreflex al meer dan 30 jaar geen uitneembare voorziening zoals een kunstgebit of plaatje verdraagt. Art. 2.7, eerste lid, onderdeel b, Bzv ziet op een aandoening die niet tandheelkundig is, en waarbij door die aandoening of de behandeling hiervan het gebit dermate is verslechterd, dat er geen tandheelkundige functie is of kan worden behouden of verworven gelijkwaardig aan die welke de verzekerde zou hebben gehad als hij de aandoening niet zou gehad. Tussen de aandoening van verzoekster, de kokhalsreflex, en het mogelijk verloren gaan van element 13 bestaat echter geen oorzakelijke relatie. Het element functioneert al jaren en er zijn geen signalen van ernstig erosief tandweefselverlies als gevolg van zuur in de mond. Verzoekster voldoet hiermee niet aan de voorwaarden voor bijzondere tandheelkundige hulp in de zin van art. 2.7, eerste lid, onderdeel b, Bzv, aldus het Zorginstituut. In zijn definitief advies van 2 juli 2025 heeft het Zorginstituut toegelicht dat elke aanvraag afzonderlijk moet worden beoordeeld op de aanwezigheid van een (verzekerings)indicatie. Een eerdere (verzekerings)indicatie, betekent niet automatisch dat ook nu sprake is van een dergelijke indicatie. De commissie ziet in hetgeen verzoekster heeft aangevoerd, waaronder haar stelling dat in het verleden in het kader van bijzondere tandheelkundige zorg kosten ten laste van de zorgverzekering zijn vergoed, geen reden om van de conclusie van het Zorginstituut af te wijken en neemt deze over. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op de aangevraagde tandheelkundige behandeling ten laste van de zorgverzekering.

Slotsom

- 7.4. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 augustus 2025,

B.L.A. van Drunen

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 er 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

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, 2.6, 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.

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.

hoger percentage te vergoeden. Wij nemen uw verzoek in behandeling en vertellen u binnen 4 weken of wij u een hogere vergoeding kunnen bieden. Op het te vergoeden bedrag worden eventueel verschuldigde eigen bijdragen en daarna verplicht en vrijwillig eigen risico in mindering gebracht.

Let op

Vraag bij uw zorgaanbieder naar zijn behandel tarief en de behandelcode voor de behandeling. Met de behandelcode kan de maximale vergoeding worden bepaald. Houdt u rekening met onverwachte omstandigheden, zoals complicaties, vervolgbehandelingen, een andere behandelcode of uitstel van de behandeling. Een andere behandelcode of het uitstellen van een behandeling kan namelijk van invloed zijn op het vergoedingsbedrag. Door complicaties of vervolgbehandelingen kan het zijn dat de niet-gecontracteerde zorgaanbieder extra kosten in rekening brengt. Het bedrag dat u zelf moet betalen kan dan hoger uitvallen.

De Menzis Zorgvinder

Menzis maakt afspraken met zorgaanbieders bij u in de buurt over de kwaliteit, snelheid, service en prijs van de zorg. Welke zorgaanbieders met Menzis een overeenkomst hebben, vindt u via 'De Menzis Zorgvinder', op menzis.nl/zorgvinder.

Let op

- Zorgaanbieders zijn verplicht om zich op grond van de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) te melden of een vergunning te hebben voor het verlenen van zorg. Voor sommige zorgaanbieders geldt een uitzondering. U kunt alleen naar een zorgaanbieder die aantoonbaar voldoet aan de vereisten van de Wtza.
- Zorg verleend door een zorgaanbieder die niet voldoet aan de criteria zoals genoemd in de verzekeringsvoorwaarden, komt in het geheel niet voor vergoeding in aanmerking.

Overeengekomen volume (omzetplafond)

Als Menzis een overeenkomst heeft met een zorgaanbieder kan het zijn dat er een afspraak is gemaakt over een maximaal volume (omzetplafond). Dit kan tot gevolg hebben dat de zorgaanbieder u niet meer zelf in behandeling hoeft te nemen, als zijn omzetplafond (bijna) is bereikt. De zorgaanbieder, of Menzis, helpt u dan een andere zorgaanbieder te vinden die u wél kan behandelen. Als er met een zorgaanbieder afspraken zijn gemaakt over het volume (omzetplafonds), staat dat in de Zorgvinder aangegeven. Bent u al in behandeling als de zorgaanbieder zijn omzetplafond bereikt? Dan heeft dat voor u geen gevolgen. U kunt de behandeling afmaken bij uw zorgaanbieder.

De inhoud en omvang van de zorg

De inhoud en omvang van de zorg in deze verzekeringsvoorwaarden worden bepaald door wat zorgaanbieders 'plegen te bieden' en de stand van de wetenschap en de praktijk. Veel vormen van zorg zijn in de wet niet gedetailleerd omschreven. Deze vormen van zorg zijn aangeduid als zorg zoals een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden. Hiermee wordt de soort zorg aangegeven. Of een behandeling onder een

verzekerde zorgvorm valt, wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk.

Het voorgaande betekent dat u verzekerd bent voor die zorg die de betrokken beroepsgroep tot de aanvaarde verzameling van medische onderzoeks- en behandelingsmethoden rekent. Andere zorgvormen zijn wel gedetailleerd omschreven, zoals geneesmiddelen en hulpmiddelen. Ook hiervoor geldt dat deze zorgvormen alleen tot de verzekerde zorg behoren voor zover ze voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bij sommige vormen van zorg ontbreekt een 'stand van de wetenschap', bijvoorbeeld bij zittend ziekenvervoer. Dan geldt een iets andere regel: u bent verzekerd voor hulp die in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

De zorg moet worden verleend in overeenstemming met de geldende Nederlandse kwaliteitsnormen.

Indicatie en doelmatigheid

Natuurlijk heeft u alleen recht op een onderzoek of een behandeling als dat nodig is. Om voor zorg in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Zoals de wet het zegt, u moet 'redelijkerwijs zijn aangewezen' op de zorg. Welke zorg voor u nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering.

Redelijke termijn en afstand

U heeft recht op zorg binnen een redelijke termijn en binnen een redelijke afstand van uw huisadres. Wat redelijk is, hangt af van de vorm en de urgentie van de zorg. U heeft in elk geval recht op zorg binnen de termijn die medisch gezien als maximaal aanvaardbaar wordt beschouwd.

Eigen risico

U heeft een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar als u 18 jaar of ouder bent. U kunt naast uw verplicht eigen risico kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. In dat geval krijgt u een korting op de premiegrondslag. Deze korting bedraagt per maand bij een eigen risico van € 100 een bedrag van € 3, bij een eigen risico van € 200 een bedrag van € 6, bij een eigen risico van € 300 een bedrag van € 9, bij een eigen risico van € 400 een bedrag van € 12, bij een eigen risico van € 500 een bedrag van € 15.

Let op

Sommige behandelingen worden gedeclareerd met een *behandelcode*, in officiële woorden heet dat: DBC-zorgproduct (diagnose behandelcombinatie), bijvoorbeeld de zorg die u in een ziekenhuis krijgt. Een DBC-zorgproduct omvat alle activiteiten en verrichtingen die het ziekenhuis en de medisch specialist uitvoeren voor diagnose en behandeling. Voor een DBC-zorgproduct declareert het ziekenhuis één bedrag. Als een DBC-zorgproduct in 2 jaren achter elkaar valt, dan tellen de kosten van het DBC-zorgproduct mee voor het eigen risico van het jaar waarin het DBC-zorgproduct is begonnen (openingsdatum). Dus als een DBC-zorgproduct wordt geopend in 2024 en gesloten in 2025, dan tellen de kosten van het DBC-zorgproduct mee voor het eigen risico van het jaar 2024. Als na het sluiten van een DBC-zorgproduct een nieuw (vervolg)DBC-zorgproduct wordt geopend, dan moet u voor dat nieuwe DBC-zorgproduct opnieuw eigen risico betalen.

Tandheelkunde

Bijzondere tandheelkunde

Bijzondere tandheelkunde is bedoeld voor mensen voor wie reguliere tandheelkunde niet toereikend is, door een bijzondere aandoening. U kunt hierbij denken aan een verhemeltespleet of een zeer ernstige overbeet.

Welke zorg

U heeft recht op bijzondere tandheelkunde die noodzakelijk is als u:

- een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel heeft. Hieronder valt ook het aanbrengen van implantaten bij een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur. Deze moeten dan dienen om een uitneembare prothese op te bevestigen,
- een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft,
- een niet-tandheelkundige medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder de bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben.

Let op

- U heeft alleen recht op bijzondere tandheelkunde als dit noodzakelijk is om een tandheelkundige functie te behouden of te verwerven, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die u zou hebben gehad zonder de aandoening.
- U heeft alleen recht op orthodontische hulp als er sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. U heeft alleen recht op orthodontische hulp als deze wordt verleend door een orthodontist.

Eigen bijdrage

- Voor bijzondere tandheelkunde betaalt u een eigen bijdrage voor de zorg die niet rechtstreeks onder uw indicatie voor bijzondere tandheelkunde valt. De eigen bijdrage is dan het bedrag dat u zelf had moeten betalen als u geen indicatie voor bijzondere tandheelkunde had gehad.
- Betreft de bijzondere tandheelkunde in uw geval het plaatsen van een kunstgebit (een volledige prothetische voorziening), dan betaalt u een eigen bijdrage van 25% van de totale kosten van een volledige prothese. Voor een kunstgebit op implantaten geldt een eigen bijdrage van 10% voor de onderkaak en 8% voor de bovenkaak. U kunt dit ook vinden in de Regeling zorgverzekering. Raadpleeg de regeling op menzis.nl of vraag deze op bij onze Klantenservice.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een tandarts, Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde, kaakchirurg of orthodontist. Voor het orthodontische deel van de behandeling kunt u naar een orthodontist.

Verwijzing

- U heeft alleen recht op bijzondere tandheelkunde door een orthodontist als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw tandarts of kaakchirurg.
- U heeft alleen recht op bijzondere tandheelkunde door een kaakchirurg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw tandarts of huisarts. De kaakchirurg moet verbonden zijn aan een ziekenhuis.
- U heeft alleen recht op bijzondere tandheelkunde door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde als u

vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, tandarts of kaakchirurg.

Toestemming

Voor bijzondere tandheelkunde heeft u voorafgaande toestemming van Menzis nodig. Stuur u bij uw aanvraag een schriftelijke motivatie en een behandelplan van de zorgaanbieder mee.

Tandheelkunde

U heeft recht op tandheelkunde. Waar u precies recht op heeft, hangt ervan af of u jonger bent dan 18 jaar of 18 jaar of ouder.

Welke zorg

Tot en met 17 jaar

U heeft recht op :

- 1 periodiek preventief tandheelkundig onderzoek per jaar, tenzij u meer keren per jaar zo'n onderzoek nodig heeft,
- incidenteel tandheelkundig consult,
- het verwijderen van tandsteen,
- 2 fluorideapplicaties per jaar, tenzij u meer keren per jaar zo'n applicatie nodig heeft, vanaf het doorbreken van blijvende gebitselementen,
- sealing,
- parodontale hulp (behandeling van tandvlees),
- anesthesie (verdoving),
- endodontische hulp (wortelkanaalbehandeling),
- restauratie van gebitselementen met plastische materialen (vullingen),
- gnathologische hulp (hulp bij kaakgewrichtproblemen of knarsen),
- uitneembare prothetische voorzieningen (kunstgebit en frameprothese),
- tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van implantaten:
 - als het ter vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden is die niet zijn aangelegd, of
 - als het ontbreken van die tand(en) het directe gevolg is van een ongeval,
- chirurgische tandheelkundige hulp, behalve het aanbrengen van implantaten,
- röntgenonderzoek (foto), behalve röntgenonderzoek voor orthodontische hulp.

Tot en met 22 jaar

U heeft recht op tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van implantaten als het ter vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden is die helemaal niet zijn aangelegd, of als het ontbreken van die tand(en) het directe gevolg is van een ongeval. U heeft alleen recht op deze zorg als de noodzaak daarvan is vastgesteld voordat u de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.

Let op

Gaat u buiten de normale openingstijden naar de tandarts, dan heeft u alleen recht op tandheelkunde als het bezoek niet tot een andere dag kan worden uitgesteld.

Vanaf 18 jaar

U heeft recht op :

- chirurgische tandheelkundige hulp door een kaakchirurg en het daarbij horende röntgenonderzoek, behalve parodontale chirurgie, het aanbrengen van implantaten en ongecompliceerde extracties,
- uitneembare volledige protheses voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten.

Eigen bijdrage

Bent u 18 jaar of ouder? U betaalt een eigen bijdrage van 25% van de totale kosten van een volledige prothese. U betaalt een eigen bijdrage van 10% van de totale kosten van een volledige prothese op implantaten en bijbehorende mesostructuur voor de onderkaak en 8% van de totale kosten van een volledige prothese op implantaten en bijbehorende mesostructuur voor de bovenkaak. De eigen bijdrage voor reparatie en opvullen (rebasen) van een uitneembare volledige prothetische voorziening is 10% van de kosten van die reparatie of opvullen. U kunt dit ook vinden in de Regeling zorgverzekering. Raadpleeg de regeling op menzis.nl of vraag deze op bij onze Klantenservice.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een tandarts, kaakchirurg of tandprotheticus. Bent u jonger dan 18 jaar, dan kunt u ook naar een vrijgevestigde mondhygiënist. Voor implantologie die verband houdt met de plaatsing van een volledige prothese in de bovenkaak kunt u naar een kaakchirurg of naar een tandartsimplantoloog die door de NVOI is erkend. U vindt deze op nvoi.nl/erkende-implantologen. Voor volledige protheses en implantaten heeft Menzis zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact opnemen met onze Klantenservice. Het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) is op de tandheelkunde niet van toepassing.

Verwijzing

U heeft alleen recht op behandeling door een kaakchirurg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van een tandarts of huisarts.

Toestemming

U heeft voorafgaande toestemming van Menzis nodig:

- voor tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van implantaten,
- voor parodontale hulp, behandeling onder narcose, osteotomie en het plaatsen van een implantaat door een kaakchirurg,
- voor het maken van een overzichtsfoto (Orthopantomogram), als u jonger bent dan 18 jaar,
- als een tandarts of tandprotheticus een volledige en uitneembare prothese voor de boven- of onderkaak maakt en de totale kosten (inclusief de techniekkosten) meer dan € 750 per kaak zijn,
- voor het plaatsen van een implantaatgedragen prothese en bijbehorende mesostructuren vervaardigd door een daarvoor niet-gecontracteerd zorgaanbieder,
- voor reparatie en rebasing van de implantaatgedragen prothese door een daarvoor nietgecontracteerd zorgaanbieder,
- als de volledige en uitneembare prothese voor de boven- en/of onderkaak die u nu draagt, binnen 5 jaar na levering wordt vervangen. Dit geldt niet voor een immediaatprothese,
- als u moet worden behandeld op de plaats waar u verblijft (bijvoorbeeld thuis of in een instelling).

Stuurt u bij uw aanvraag een schriftelijke motivatie en een behandelplan mee van de zorgaanbieder.