

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C te B, en Menzis
Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen en Menzis N.V. te Wageningen
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, orthodontie
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021
Zaaknummer : 202102185
Zittingsdatum : 7 september 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C te B, hierna te noemen: verzekerde,

en

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 16 februari 2022 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan voldaan. Op 13 maart 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 23 mei 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 24 mei 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 4 juli 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022021390) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 5 juli 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 september 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld schriftelijk te reageren op de ter zitting door verzoeker overgelegde stukken. Van de geboden mogelijkheid heeft de ziektekostenverzekeraar geen gebruik gemaakt.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de ter zitting door verzoeker overgelegde stukken zijn op 29 september 2022 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 4 juli 2022 aanpassing behoeft. In de begeleidende brief heeft de commissie het Zorginstituut verzocht de volgende vraag te beantwoorden:

"(i) Graag aandacht besteden aan de door partijen ter zitting gegeven betekenis aan de indicatieve lijst, en

(ii) graag aandacht besteden aan de door verzekerde overgelegde verklaring van de adviserend tandarts van het Zorginstituut."

Bij brief van 1 november 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 3 november 2022 aan partijen gestuurd, waarbij zij in

de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Bij e-mailbericht van 13 november 2022 heeft verzoeker van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzekerde was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 2 en TandVerzorgd 750 (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Bij brief van 15 juni 2021 heeft de behandelend tandarts, voor zover hier van belang, het volgende over verzekerde verklaard:

"Diagnose:

Skeletaal: KL II kaakrelatie, Mandibulaire retrognathie, Hyperdivergente opbouw

Dentaal: KL II-1 frontrelatie, 1 pb disto molaarocclusie links, Neutro molaarocclusie rechts, SOB 3, VOB 5,

Agensie 12/17/27/37/47, Spacing boven- en onderfront,

Profiel: KL II, Retrognaat Dolichocephaal,

Overig: ASA I, Oligo- en microdontie, 18/28/38 in aanleg"

- 3.3. In september 2021 is namens verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan voor een orthodontische behandeling. Bij brief van 9 oktober 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de orthodontische behandeling ten behoeve van verzekerde niet wordt vergoed.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 18 november 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 4 juli 2022 heeft het Zorginstituut, in zijn voorlopig advies aan de commissie, onder meer het volgende opgemerkt:

"Voor orthodontische hulp gelden strenge criteria. Het moet gaan om een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij mededagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. Een voorbeeld van een dergelijke aandoening is oligodontie, waarbij het aantal niet aangelegde elementen zo groot is, dat er sprake is van een ernstige functiestoornis. Voor oligodontie moet sprake zijn van het niet aangelegd zijn van minstens zes gebitselementen, waarbij de verstandskiezen niet worden meegerekend.

Er is geen sprake van oligodontie: er is een volledige boven tandboog met uitzondering van element 12. De laterale kleine snijtand is geen strategisch element. Het is onduidelijk of op de positie van de 17 en de 27 (dit zijn de tweede boven kiezen), de 18 en de 28 (de boven verstandskiezen) zijn doorgebroken of dat dit de oorspronkelijke 17 en 27 zijn. In ieder geval bevinden zich op de genoemde posities volwaardige kiezen en is de tandheelkundige functie gewaarborgd. Op basis van bovenstaande kan worden geconcludeerd dat er geen sprake is van een ernstige functionele aandoening die in ernst vergelijkbaar met schisis is.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat verzekerde een (verzekerings)indicatie heeft voor orthodontische hulp. Verzoeker kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van de orthodontische behandeling ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzekerde heeft geen (verzekerings)indicatie voor orthodontische hulp. De orthodontische behandeling komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering."

- 3.6. Bij brief van 1 november 2022 heeft het Zorginstituut, in zijn definitief advies aan de commissie, voor zover thans van belang, het volgende verklaard:

"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.

(...)

(i) Graag aandacht besteden aan de door partijen ter zitting gegeven betekenis aan de indicatieve lijst

Er dient getoetst te worden of de door de behandelaar geïndiceerde zorg in aanmerking komt voor vergoeding vanuit de basisverzekering. Hierbij gaat het om de volgorde van de beoordeling. Als aan de eerste voorwaarde niet wordt voldaan wordt er niet getoetst aan de daarop volgende voorwaarden. Aan de eerste voorwaarde om in aanmerking te komen voor vergoeding vanuit de basisverzekering wordt niet voldaan: er is geen sprake van oligodontie (ernstige aandoening van het tand-kaak-mondstelsel). Aangezien verzekerde niet voldoet aan de eerste vereiste wordt niet toegekomen aan de indicatieve lijst.

(ii) graag aandacht besteden aan de door verzekerde overgelegde verklaring van de adviserend tandarts van het Zorginstituut.

Het advies van de tandheelkundig adviseur is onderliggend aan het voorlopig advies d.d. 4 juli 2022 van het Zorginstituut. In een voorlopig advies wordt het tandheelkundig/medisch en juridisch deel van de beoordeling altijd samengevoegd. De tandheelkundig adviseur en de behandelaar van het geschil hebben mondeling overleg gevoerd over onderhavig geschil waarna de tandheelkundig adviseur akkoord heeft gegeven op het voorlopig advies.

Niet alle onderdelen van het tandheelkundig advies zijn opgenomen in het uiteindelijke voorlopig advies aan de SKGZ. Zoals ook hierboven aangegeven dient eerst getoetst te worden of sprake is van een ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel alvorens wordt toegekomen aan de indicatieve lijst en de voorwaarde van medediagnostiek of medebehandeling door andere disciplines dan de tandheelkundige. Aangezien de tandheelkundig adviseur heeft vastgesteld dat geen sprake is van een ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel is het niet meer relevant om de andere voorwaarden te beoordelen. Het deel van het tandheelkundig advies met betrekking tot de overige voorwaarden is daarom niet opgenomen in het voorlopig advies aan de SKGZ. Verder is in het voorlopig advies de argumentatie waarom geen sprake is van oligodontie uitgebreid ten behoeve van de leesbaarheid. Dit is in samenspraak met de tandheelkundig adviseur gebeurd."

4. Het geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het orthodontisch traject ten behoeve van verzekerde te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.17 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over tandheelkundige zorg 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.

Standpunt verzoeker

- 6.2. Verzoeker voert aan dat verzekerde is gediagnosticeerd met een dubbele DNA-afwijking in het WNT10A-gen. Als gevolg van deze afwijking kampt verzekerde al van kinds af aan met problemen. Zo heeft zij als baby voeding toegediend gekregen via een klein speentje dat ook wordt gebruikt bij prematuren. Op 2-jarige leeftijd kon verzekerde nog maar moeilijk praten, wat ook werd veroorzaakt door de problemen in haar mond. Inmiddels is bekend dat bij verzekerde totaal vijf elementen niet zijn aangelegd en dat sprake is van een diepe beet. Dit alles veroorzaakt bij verzekerde niet alleen functionele, maar ook psychische problemen. De functionele problemen bestaan uit moeilijkheden met eten, drinken en praten. De psychische problemen worden gekenmerkt doordat verzekerde zich enorm schaamt voor de grote spleten tussen haar tanden.

Om deze problemen te verhelpen hebben verzoeker en verzekerde verschillende specialisten bezocht, met wisselend resultaat. Uiteindelijk is een specialist gevonden die verzekerde kan helpen en deze heeft een orthodontisch traject voorgesteld. Ondanks dat deze specialist van mening is dat de behandeling moet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering, heeft de ziektekostenverzekeraar de ingediende aanvraag afgewezen. Verzoeker stoort zich hierbij met name aan het feit dat telkens de vergelijking wordt gemaakt met schisis. In de voorwaarden staat deze aandoening nergens vermeld en door de vergelijking te maken worden kinderen in een bepaald hokje geplaatst.

Verder voelt verzoeker zich door de ziektekostenverzekeraar niet serieus genomen. Dit omdat hij van andere verzekerden heeft begrepen dat een andere zorgverzekeraar in Nederland een soortgelijke behandeling wél vergoedt ten laste van de zorgverzekering.

Voorts was verzoeker het niet eens met de bevindingen van een specialist in een van de bezochte ziekenhuizen. Naar nu blijkt is de tandheelkundig adviseur van de ziektekostenverzekeraar werkzaam op dezelfde afdeling van dat ziekenhuis.

- 6.3. Verzoeker heeft ter zitting ter aanvulling aangevoerd dat hij, in vervolg op het advies van het Zorginstituut, aldaar een Woo (Wet open overheid)-verzoek heeft gedaan. Dit om het onderliggende advies van de tandheelkundig adviseur boven water te krijgen. De van het Zorginstituut verkregen informatie wijkt op essentiële punten af van het voorlopig advies. Zo vindt de tandheelkundig adviseur van het Zorginstituut ook noodzakelijk dat verzekerde wordt behandeld en dat deze zorg ten laste van de Zvw moet worden vergoed.

Verder voert verzoeker aan dat door verzekerde aan alle voorwaarden die zijn genoemd in artikel 2.7 Bzv wordt voldaan. Bij verzekerde ontbreken vijf elementen en als de verstandskiezen worden meegeteld zelfs zes. Ook ontbreken twee elementen in één kwadrant. Verder wordt door de ziektekostenverzekeraar tegengeworpen dat verzekerde niet wordt behandeld in een multidisciplinair team. Dit is onjuist omdat bij de behandeling een tandarts, kinderarts, kaakchirurg en orthodontist zijn betrokken.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de zorgverzekering dekking biedt voor orthodontische hulp in geval van een verzekeringsindicatie voor bijzondere tandheelkunde. Deze is aanwezig als bij een verzekerde een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of

verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel aan de orde is. Daarnaast moet sprake zijn van medediagnostiek of medebehandeling door een andere discipline dan de tandheelkundige. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat niet het enkel hebben van een afwijking in een gen maakt dat aanspraak bestaat. Relevant is of deze afwijking verlies van de tandheelkundige functie tot gevolg heeft. Uit de overgelegde stukken blijkt dat bij verzekerde sprake is van een volledige boventandboog met uitzondering van element 12. Het is onduidelijk of op de positie van de 17 en de 27, de 18 en de 28 zijn doorgebroken of dat dit de oorspronkelijke 17 en 27 zijn. Wel staat vast dat zich op de genoemde posities volwaardige elementen bevinden en dat geen sprake is van vermindering van de tandheelkundige functie. Om het gebit esthetisch te verfraaien bestaan ook andere mogelijkheden dan het uitvoeren van een orthodontische behandeling, zo heeft de ziektekostenverzekeraar naar voren gebracht in de fase van klachtbehandeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen. Door middel van composiet kan het diasteem worden gesloten, fronsen kunnen worden verbreed, en de ontbrekende voortand kan door een brug of implantaat worden vervangen. De hiermee gemoeide kosten kunnen worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Het enige dat dan nog resteert zijn twee ontbrekende kiesjes. Een van deze kiesjes zou kunnen worden vervangen door een ontwikkelde verstandskies. Verder geldt dat ook niet wordt voldaan aan het vereiste van medediagnostiek of medebehandeling. Dit houdt in dat er sprake moet zijn van een kaakchirurgische ingreep door een kaakchirurg. In de onderhavige situatie is echter geen betrokkenheid van een andere discipline dan de tandheelkundige.

- 6.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn eerdere standpunt herhaald en is door hem in aanvulling hierop aangevoerd dat aan de vraag of verzekerde een indicatie heeft die voorkomt op de indicatieve lijst niet wordt toegekomen. Dit omdat bij verzekerde geen sprake is van een ernstige ontwikkelings- of groeistoornis.

Overwegingen commissie

- 6.6. De commissie overweegt dat op grond van artikel 32.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering een orthodontische behandeling onder de dekking valt als sprake is van een verzekeringsindicatie. Deze bepaling is gebaseerd op artikel 2.7, derde lid, Bzv. Een verzekeringsindicatie is aanwezig in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Daarnaast moet medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn. Tot deze andere disciplines behoort bijvoorbeeld kaakchirurgie.
- 6.7. Uit de Nota van toelichting bij artikel 2.7, derde lid, Bzv blijkt dat het moet gaan om ingrijpende orthodontische behandelingen bij verzekerden met een schisisafwijking of een vergelijkbare zeer ernstige (tandheelkundige) afwijking. De vroegere Ziekenfondsraad heeft destijds een 'indicatieve lijst' opgesteld van aandoeningen die vergelijkbaar zijn met schisis. Deze lijst is weliswaar geen wettelijk voorschrift, maar zij wordt wel gehanteerd als richtsnoer om vast te stellen of bij een verzekerde een verzekeringsindicatie aanwezig is voor orthodontie in bijzondere gevallen. Ook de commissie hanteert deze 'indicatieve lijst' als richtsnoer. Uit de overgelegde stukken blijkt dat bij verzekerde meerdere elementen ontbreken zodat bij haar mogelijk een situatie aan de orde is die voorkomt op deze lijst (namelijk "oligodontie van vier of meer blijvende gebitselementen in één kaak, dan wel van twee of meer gebitselementen in één kwadrant, exclusief derde molaren"). De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband aangevoerd dat in het bovengebit alleen de 12 ontbreekt, en dat, anders dan de door verzekerde bezochte specialisten hebben verklaard, er zich ter plekke van de 17 en 27 elementen bevinden, waarvan alleen niet duidelijk is of dit de 17 en 27 dan wel de 18 en 28 zijn. Hij voegt hieraan toe dat ook als een situatie voorkomt op de 'indicatieve lijst' dit niet zonder meer betekent dat aanspraak bestaat op vergoeding ten laste van de zorgverzekering, omdat daarnaast de afwijking een ernstig tandheelkundig functieprobleem moet opleveren. Hiervan is volgens de ziektekostenverzekeraar niet gebleken.

- 6.8. De commissie overweegt dat de eerste vraag die ter beantwoording voorligt is of bij verzekerde kan worden gesproken van oligodontie, zoals door verzoeker is gesteld en door de ziektekostenverzekeraar is bestreden. Hiertoe geldt dat het Zorginstituut in zijn advies van 4 juli 2022 tot de conclusie komt dat bij verzekerde géén sprake is van oligodontie. Dit omdat er bij verzekerde, met uitzondering van element 12, dat geen strategisch element is, een volledige boven tandboog aanwezig is. Net als voor de ziektekostenverzekeraar is het voor het Zorginstituut niet duidelijk of de 17 en de 27 (dit zijn de tweede boven kiezen) zijn doorgebroken. In ieder geval bevinden zich op deze posities volwaardige kiezen en daarmee is de tandheelkundige functie gewaarborgd. Op basis van het voorgaande concludeert het Zorginstituut dat geen ernstige functionele aandoening bestaat, die in ernst vergelijkbaar is met schisis, en daarom wordt geadviseerd tot afwijzing van het verzoek.
- 6.9. Verzoeker heeft ter zitting aangevoerd dat hij door middel van een Woo-verzoek bij het Zorginstituut het onderliggende advies van de tandheelkundig adviseur heeft opgevraagd. Uit dit advies blijkt volgens verzoeker dat de tandheelkundig adviseur het standpunt deelt dat verzekerde moet worden behandeld en dat deze zorg moet worden vergoed ten laste van de Zvw. De commissie merkt hierover op dat, nog daargelaten of de interpretatie van verzoeker ten aanzien van het rapport van de tandheelkundig adviseur juist is, de commissie op grond van artikel 114 Zvw dient uit te gaan van het advies dat uiteindelijk door het Zorginstituut aan haar wordt uitgebracht, en niet van de hieraan ten grondslag liggende overwegingen voor intern gebruik. Zoals door het Zorginstituut is toegelicht bestaat het advies uit een tandheelkundig/medisch en een juridisch deel. Op basis hiervan worden conclusies getrokken en wordt aan de commissie een advies gegeven. Nadat hiernaar expliciet is gevraagd, heeft het Zorginstituut zijn conclusies en advies gehandhaafd. Ook in hetgeen verzoeker verder naar voren heeft gebracht ziet de commissie geen reden om af te wijken van het advies en neemt zij dit over. Aan de beantwoording van de vraag of al dan niet sprake is van medediagnostiek of medebehandeling door een andere disciplines dan de tandheelkundige wordt om deze reden niet toegekomen.
- 6.10. Verzoeker heeft aangevoerd dat andere zorgverzekeraars de aangevraagde orthodontische behandeling wel vergoeden. Met betrekking hiertoe geldt dat niet ter discussie staat dat een orthodontische behandeling in bijzondere gevallen tot de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering behoort. Of in een individueel geval aanspraak bestaat op verstrekking of vergoeding hangt echter steeds af van de specifieke omstandigheden van het desbetreffende geval. Aan het enkele feit dat in andere gevallen mogelijk wel verstrekking of vergoeding plaatsvindt kunnen dan ook geen conclusies worden verbonden voor het onderhavige verzoek. Dit zou slechts anders zijn als zou blijken dat de ziektekostenverzekeraar in volstrekt identieke gevallen anders zou beslissen. Verzoeker heeft dit laatste echter niet aannemelijk gemaakt. Voorts is gesteld noch gebleken dat het in de door verzoeker bedoelde gevallen ging om een verstrekking of vergoeding ten laste van de zorgverzekering dan wel een aanvullende verzekering. Tot slot kan de beslissing tot verstrekking of vergoeding door een andere zorgverzekeraar de ziektekostenverzekeraar niet binden. De commissie komt, gelet op het voorgaande, tot het oordeel dat verzekerde geen aanspraak heeft op vergoeding, ten laste van de zorgverzekering, van de kosten van een orthodontische behandeling.
- 6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. **Bindend advies**

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 december 2022,

J.W. Heringa

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

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;
- (...)

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.
 - (...)

Artikel 14

1. De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.
(...)

Besluit zorgverzekering

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.

met Menzis heeft gesloten voor het leveren van nicotinemiddelen en geneesmiddelen, dient u samen met de nota voor deze middelen een kopie van het aanvraagformulier geneesmiddelen of een kopie van het recept van de huisarts te sturen.

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 op 088 222 40 40.

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](https://www.menzis.nl) of vraag deze op bij onze Klantenservice op 088 222 40 40.

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](https://www.nvoi.nl/erkende-implantologen). Voor volledige protheses en implantaten heeft Menzis zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op [menzis.nl/zorgvinder](https://www.menzis.nl/zorgvinder) vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. 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 € 700 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 6 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).