

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. H.A.J. Kroon, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Zaaknummer: 202500759

Partijen

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

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, en
 - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 22 april 2025 een klacht voorgelegd aan SKGZ. In een telefonisch contact met de Ombudsman Zorgverzekeringen op 2 september 2025 heeft verzoeker aan de medewerker van de Ombudsman Zorgverzekeringen verklaard een uitspraak van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) te willen. Dit is bij brief van dezelfde datum aan verzoeker bevestigd. Op 10 september 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 29 oktober 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 3 november 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 11 november 2025 respectievelijk 19 november 2025 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 1.4. Bij brief van 1 december 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025026079) aan de commissie een advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 2 december 2025 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Van de geboden mogelijkheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzekerde was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de CZdirect Basisverzekering (NaturaDirect) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Ongevallendekking Fysio & Tand, CZdirect Fysio 6+ en CZdirect Tand 250 (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

- 2.2. Bij de ziektekostenverzekeraar is op 25 maart 2025 ten behoeve van verzekerde een aanvraag gedaan voor een orthodontische behandeling. Bij brief van 4 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar afwijzend op de aanvraag beslist.
- 2.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 23 juni 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.4. Bij brief van 1 december 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden alsnog toestemming te verlenen voor de ten behoeve van verzekerde aangevraagde orthodontische behandeling, ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Verzoeker heeft hiertoe aangevoerd dat verzekerde volgens de behandelend orthodontist een orthodontische behandeling nodig heeft, omdat zij voldoet aan een van de indicaties zoals genoemd op de 'Indicatieve lijst' die het College van Adviserend Tandartsen (CAT) heeft opgesteld. Bij verzekerde ontbreken de elementen 25, 34, 35 en 45. De elementen 34 en 35 bevinden zich in één kwadrant en deze situatie is, in tegenstelling tot wat de ziektekostenverzekeraar stelt, wel degelijk opgenomen op de 'Indicatieve lijst' van het CAT.
Daar komt bij dat het ontbreken van de elementen 34 en 35 bij verzekerde zorgt voor een ernstig functioneel tekort met consequenties voor de kauwfunctie, beetstabiliteit en langdurige occlusale gezondheid. Een gereduceerd occlusiesysteem, zoals bij verzekerde, leidt aantoonbaar tot overbelasting en functionele problematiek. Dit is uitgebreid beschreven in de literatuur, o.a. door Witter et al. (Ned. Tijdschr. Tandheelkd. 2011;118:21-28), waarin wordt aangetoond dat een verminderde occlusale stabiliteit directe gevolgen heeft voor de functie en de prognose van het gebit. De situatie van verzekerde kan niet los worden gezien van een ernstige ontwikkelingsstoornis. Het ontbreken van de 34 en 35 betreft niet enkel congenitale afwezigheid, maar veroorzaakt een blijvende disbalans in de ontwikkeling van het occlusiesysteem. Dit gaat verder dan esthetische problematiek en heeft – als gesteld – blijvende consequenties voor de kauwfunctie, articulatie en verdeling van de occlusale belasting.
Het voorgaande brengt met zich dat verzekerde voldoet aan beide voorwaarden die worden genoemd in de regelgeving, te weten (i) een ernstige ontwikkelings- of groeistoornis, en (ii) een situatie waarin zonder tandheelkundige zorg de normale functie van het gebit niet kan worden behouden of verkregen.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van de kosten daarnaast afgewezen omdat geen sprake zou zijn van mededagnostiek. Dit is echter niet juist, omdat (i) er ook een implantologische behandeling zal plaatsvinden om de ontbrekende elementen te vervangen door implantaten, en (ii) er eventueel ook een kaakchirurgische ingreep dient te worden uitgevoerd als de skeletale relatie onvoldoende is te corrigeren met alleen een orthodontische behandeling. Verzekerde is in dat kader op 30 januari 2025 in het ziekenhuis geweest. De ziektekostenverzekeraar blijft focussen op de orthodontist, maar wat de orthodontist vertelt, is in afstemming met het ziekenhuis gebeurd. In het ziekenhuis zal samen met de orthodontist aan het gebit van verzekerde worden gewerkt (trekken elementen, plaatsen beugel, verschuiven tanden, aanbrengen implantaten en wat al niet meer).
- 3.4. Los van de functionele problematiek, wenst verzoeker te benadrukken dat bij jonge verzekerden ook altijd sprake is van een aanzienlijke psychosociale belasting. Uit onderzoek blijkt dat hypodontie bij jonge mensen een negatief effect heeft op zowel de presentatie van het gebit als op

de beleving van de geplande zorg. Patiënten met meer dan twee missende elementen ervaren een significant negatieve impact op het gebied van kwaliteit van leven, met name in termen van emotioneel en sociaal welzijn. Een conditie-specifieke QOL-vragenlijst toonde bovendien significante negatieve effecten aan met betrekking tot de geplande behandeling, het uiterlijk en de reacties van anderen (American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, Volume 161, Issue 2, February 2022, Pages 220-227).

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat hij een orthodontische behandeling alleen ten laste van de zorgverzekering mag vergoeden als hiervoor een verzekeringsindicatie bestaat. Dit is aan de orde als sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Ook is medediagnostiek of medebehandeling van andere vakgebieden dan de tandheelkunde vereist. De orthodontische behandeling moet noodzakelijk zijn om de normale functie van het gebit te behouden of te verkrijgen. Het enkel voorkomen van een aandoening op de 'Indicatieve lijst' betekent niet automatisch dat aanspraak bestaat op bijzondere orthodontische hulp. Er dient sprake te zijn van een ontwikkelingsstoornis die leidt tot een ernstige objectieveerbare functiestoornis, en die kan worden verholpen met een multidisciplinaire behandeling met orthodontie.
- 4.2. De adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar heeft de overgelegde stukken beoordeeld en geconstateerd dat bij verzekerde de elementen 25, 34, 35 en 45 ontbreken. Hierover heeft de adviserend tandarts het volgende verklaard: *“Er is wel sprake van een ontwikkelingsstoornis (er zijn 4 elementen niet aangelegd). Dus er wordt voldaan aan het tweede criterium. Er is geen sprake van oligodontie (agenesie van 6 of meer blijvende elementen met uitzondering van de verstandskiezen), wat conform de indicatieve lijst dus een functionele stoornis kan opleveren in het kader van orthodontie. Ter volledigheid willen wij opmerken dat de afwezigheid van 2 blijvende elementen naast elkaar wél kan leiden tot een zeer ernstig functieprobleem. Er is een blijvende hoektand doorgebroken op de plaats van één van de afwezige kiezen en is er geen sprake van 1 groot diasteem, maar van twee kleinere diastemen als de melkelementen verloren gaan. De orthodontist geeft in zijn plan aan dat hij de blijvende hoektand op de juiste plek wil zetten (en dus de melkhoektand eruit wil halen). Dan ontstaat er na verlies van het melkkiesje een groot diasteem dat dan aangevuld moet worden met 2 implantaten. De functiestoornis die aanwezig zou kunnen zijn door 2 ontbrekende elementen in het 3e kwadrant staat niet ter discussie. Deze wordt echter niet opgelost door de orthodontie. In het behandelplan van de orthodontist (aanwezig in de eerste aanvraag) is er sprake van een voorbehandeling voor latere implantologie. Er staat letterlijk in: ‘Restauratie met implantaat gedragen kronen om het functionele en esthetische aspect te herstellen’, waarbij alle agenetische elementen genoemd worden. Kortom: er zal onbetwist mogelijk een ernstige functiestoornis in de toekomst ontstaan bij [naam verzekerde]. Die in dat geval met name wordt opgelost door implantologie. Maar ook als wij in de toekomst kunnen concluderen dat sprake is van een ernstige functiestoornis, dan is er nog steeds geen vergoeding mogelijk voor de bij de implantologie ingezette orthodontie voor het beste behandelresultaat, omdat wij de orthodontie alleen uit de basisverzekering mogen vergoeden in geval van medebehandeling door een andere discipline dan de tandheerkundige. Implantologie is tandheerkundige zorg en geen medisch specialistische zorg. Er is op dit moment geen sprake van een indicatie voor een kaakchirurgische interventie en gezien de cephalometrie (bijgevoegd bij de eerste aanvraag) zien wij ook geen indicatie in de toekomst hiervoor. Waardoor ook als er in de toekomst een ernstige functiestoornis ontstaat, er nog steeds niet wordt voldaan aan het derde vergoedingscriterium voor orthodontie.”*
- 4.3. Verder geldt dat het ontbreken van de beide elementen niet maakt dat kan worden gesproken van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis die medediagnostiek vereist. Gelet op het ontbreken van medediagnostiek kan er geen aanspraak worden gemaakt op vergoeding van

orthodontie ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar merkt hierbij op dat op het moment dat er een groot diasteem, en mogelijk een hiermee samenhangende ernstige functiestoornis ontstaat, een aanvraag ter beoordeling kan worden ingestuurd voor vergoeding van de *implantaten* uit de basisverzekering op grond van bijzondere tandheelkunde.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 1 december 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Bij het bepalen of er sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel wordt gebruik gemaakt van de indicatieve lijst (zie juridisch kader). Op grond van de Indicatieve lijst kan sprake zijn van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel bij oligodontie van vier of meer blijvende gebitselementen in één kaak, dan wel van twee of meer gebitselementen in één kwadrant, exclusief derde molaren. Het Zorginstituut gaat er van uit dat hiermee in totaal zes niet-aangelegde gebitselementen worden bedoeld: vier in één kaak én twee of meer gebitselementen in één kwadrant. Als een verzekerde deze aandoening heeft dient in het individuele geval beoordeeld te worden of ook daadwerkelijk een ernstige functiestoornis bestaat.

Uit de beschikbare informatie blijkt niet dat er bij verzekerde factoren aanwezig zijn waaruit blijkt dat [de] afwijking van verzekerde vergelijkbaar is qua ernst met de aandoeningen zoals genoemd op de indicatieve lijst. Bij verzekerde is geen sprake van oligodontie, nu er niet zes of meer elementen afwezig zijn (met uitzondering van de verstandskiezen). Wel is er sprake van hypodontie, het afwezig zijn van één of meerdere elementen. Bij verzekerde zijn er vier elementen afwezig.

Of sprake is van een zeer ernstige functiestoornis blijft altijd een individuele beoordeling, het is dan ook mogelijk dat bij minder dan zes niet-aangelegde elementen een zeer ernstige functiestoornis bestaat. Uit de beschikbare informatie blijkt echter niet dat verzekerde lijdt aan een zeer ernstige functiestoornis. Bij verzekerde is een hoektand doorgebroken op de plaats van element 34, waardoor er geen sprake meer is van één groot diasteem, maar twee kleinere diastemen. Hiermee kan de tandheelkundige (kauw)functie bij verzekerde momenteel voldoende behouden blijven.

Daarnaast blijkt uit het behandelplan van de orthodontist niet dat mededagnostiek of medebehandeling van chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard of van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzekerde een (verzekerings)indicatie heeft voor orthodontische hulp. Verzekerde kan dan ook 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: Verzekerde heeft geen (verzekerings)indicatie voor orthodontische hulp.”

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 A.22 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 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 aanspraak op orthodontie in bijzondere gevallen is geregeld in artikel B.12.3 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. Artikel B.12.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering is gebaseerd op artikel 2.7, eerste lid, onder a, Bzv in samenhang met artikel 2.7, derde lid, Bzv. Uit de Nota van Toelichting bij eerstgenoemd artikel van het Bzv volgt dat het hierbij moet gaan om een situatie die in ernst vergelijkbaar is met schisis. De vroegere Ziekenfondsraad heeft destijds een 'Indicatieve lijst' opgesteld van aandoeningen die in ernst vergelijkbaar zijn met schisis. Deze lijst is weliswaar geen wettelijk voorschrift, maar zij wordt gehanteerd als richtsnoer om vast te stellen of bij een verzekerde een verzekeringsindicatie aanwezig is voor orthodontie in bijzondere gevallen. Met ingang van 5 november 2025 is deze 'Indicatieve lijst' uit 1995 vervangen door de indicatieve lijst 'Aanspraken orthodontische hulp vanuit de basisverzekering' van de KNMT. Ook de commissie hanteert de 'Indicatieve lijst' als richtsnoer om vast te stellen of betrokkene hierop redelijkerwijs is aangewezen. Daarnaast moet medediagnostiek of medebehandeling door andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn. Dit betekent dat betrokkene niet uitsluitend door de tandarts en/of orthodontist mag worden behandeld.
- 7.3. De 'Indicatieve lijst', zoals deze luidde ten tijde van het ontstaan van het geschil, noemt onder 'seriously handicapping malocclusions' onder meer 'oligodontie van vier of meer blijvende gebitselementen in één kaak, dan wel van twee of meer gebitselementen in één kwadrant, exclusief derde molaren'. Verzoeker heeft, onder verwijzing naar een verklaring van de behandelend orthodontist, gesteld dat verzekerde hieraan voldoet, omdat bij haar de elementen 25, 34, 35 en 45 ontbreken. Twee elementen, te weten de 34 en 35 bevinden zich in één kwadrant. Het Zorginstituut licht in het voorlopig advies van 1 december 2025 toe dat sprake kan zijn van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis op grond van de 'Indicatieve lijst' in geval van het blijvend niet zijn aangelegd van minimaal zes gebitselementen, waarvan vier in één kaak én twee of meer in één kwadrant (exclusief derde molaren). De commissie maakt deze interpretatie van de "Indicatieve lijst" door het Zorginstituut als pakketbeheerder tot de hare. Bij verzekerde zijn vier gebitselementen blijvend niet aangelegd zodat niet kan worden gesproken van oligodontie, maar van hypodontie. Dit neemt niet weg dat er altijd in het individuele geval beoordeeld dient te worden of er sprake is van een zeer ernstige functiestoornis. Dat kan ook aan de orde zijn bij het blijvend niet aangelegd zijn van minder dan zes gebitselementen. Van een dergelijke zeer ernstige functiestoornis als gevolg van hypodontie is bij verzekerde echter niet gebleken. Het Zorginstituut concludeert voorts dat uit de beschikbare informatie niet naar voren komt dat er bij verzekerde andere factoren aanwezig zijn waaruit blijkt van een tandheelkundige afwijking die qua ernst vergelijkbaar is met de aandoeningen zoals genoemd in de 'Indicatieve lijst'. Zo leidt ook de bij verzekerde aanwezige beperkte overjet van 3 mm, diepe beet en klasse I malocclusie niet tot een zeer ernstige functiestoornis. Er kan daarom niet worden vastgesteld dat verzekerde lijdt aan een ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, aldus het Zorginstituut. De commissie ziet in hetgeen verzoeker heeft aangevoerd geen aanleiding tot een ander oordeel te komen. Of op enig moment sprake zal zijn van medediagnostiek dan wel medebehandeling door

een andere discipline dan de tandheerkundige kan in het midden blijven, nu een verzekeringsindicatie ontbreekt en daarnaast niet is gebleken van een ernstige functiestoornis. Hetgeen verzoeker heeft opgemerkt over de psychosociale belasting speelt in het kader van de beoordeling geen rol, hoezeer dat in het dagelijks leven van verzekerde wel een rol van betekenis kan spelen. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut dan ook over. Dit betekent dat verzekerde geen aanspraak heeft op de aangevraagde orthodontische 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, 19 januari 2026,

H.A.J. Kroon

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. Voorwaarden zorgverzekering
2. Wetgeving

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak waarop het kunstgebit (uitneembare prothese) vastgemaakt kan worden.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Tandarts
 - Tandarts-implantoloog
- De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Als de zorg wordt verleend op de plaats waar u verblijft (dus niet in de praktijk waar de zorgverlener werkt) dan heeft u hiervoor een schriftelijk advies van de huisarts of specialist nodig

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor het plaatsen van een of meer implantaten in de bovenkaak
Bij de aanvraag van de akkoordverklaring moet u een schriftelijke motivering van uw tandarts of kaakchirurg meesturen en een schriftelijk behandelplan.
Meer informatie over aanvragen kaakchirurgie vindt u in de Limitatieve lijst machtigingen Kaakchirurgie. Deze staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.
- Voor de onderkaak beoordeelt een gecontracteerde zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig
Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener is altijd een akkoordverklaring nodig. Bij de aanvraag van de akkoordverklaring moet u een schriftelijke motivering van uw tandarts of kaakchirurg meesturen en een schriftelijk behandelplan.
Meer informatie over aanvragen kaakchirurgie vindt u in de Limitatieve lijst machtigingen Kaakchirurgie. Deze staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Tandarts.
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Kaakchirurg.
Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De kaakchirurg is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Orthodontie in bijzondere gevallen (artikel B.12.3.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Orthodontie in bijzondere gevallen

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100% voor orthodontie in bijzondere gevallen.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.

- Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft een ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel.
Er is altijd sprake van een zeer ernstige stoornis waarbij medebehandeling van een kaakchirurg of andere disciplines dan tandheelkundige zorg noodzakelijk is.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Als de zorg wordt verleend op de plaats waar u verblijft (dus niet in de praktijk waar de zorgverlener werkt) dan heeft u hiervoor een schriftelijk advies van de huisarts of specialist nodig
- Bij prothetische nabehandeling is een behandelplan nodig
Als bij een gecombineerde orthodontische en kaakchirurgische behandeling een prothetische nabehandeling nodig is, moet een vooraf een multidisciplinair behandelplan door alle betrokken zorgverleners opgesteld worden.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig
Bij de aanvraag van de akkoordverklaring moet u een behandelplan en een schriftelijke motivering van uw orthodontist of tandarts voor orthodontie, die voldoet aan de extra eisen van de VTvo, meesturen.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Orthodontist.
De orthodontist is een tandarts-specialist die staat ingeschreven in het specialistenregister voor Dento-Maxillaire Orthopaedie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
- Tandarts voor orthodontie die voldoet aan de extra eisen van de VTvo
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Orthodontie die nodig is als gevolg van het plaatsen van autotransplantaten (code H36, H37*, H38* en H39)
- Reparatie of vervanging van beugel (code F811A*)
- Reparatie of vervanging van beugel (code F811B*)
- Reparatie of vervanging van beugel (code F811C*)

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

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 tandheerkundig 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 tandheerkundige hulp, met uitzondering het aanbrengen van tandheerkundige 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 tandheerkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheerkundig implantaat en ongecompliceerde extracties;
 - b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheerkundige implantaten. Tot een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheerkundige 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 tandheerkundige 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 tandheerkundige 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 tandheerkundige 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.