

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202202161

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de gemaakte en nog te maken kosten van vervanging van de kunststof retentieplaat voor de onderkaak en van de nacontroles '6 en 9' te vergoeden. Volgens verzoeker werd eerder toestemming verleend, duurt de retentiefase in zijn geval kennelijk langer, en kan het niet de bedoeling zijn dat hij met kosten van een orthodontische behandeling wordt geconfronteerd. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat de actieve orthodontische behandeling van verzoeker is beëindigd. Er bestaat thans geen functieprobleem meer. Daarnaast verzet het maatmanbeginsel zich tegen verdere vergoeding.
- 1.2. De commissie overweegt dat met het verwijderen op 11 mei 2020 van de orthodontische apparatuur boven en onder een einde is gekomen aan de actieve behandeling. De oorzaak van het bestaande functieprobleem - een zeer diepe beet - was op dat moment verholpen. Daarmee was de indicatie voor bijzondere tandheelkunde vervallen, hetgeen in ieder geval op 13 mei 2022 het geval was. Dit alles wordt bevestigd in het advies van het Zorginstituut. Daarbij wijst het Zorginstituut erop dat de verlenging van de retentiefase verband houdt met een niet-verzekerde behandeling. De vereiste toestemming voor orthodontische behandelingen na eerdergenoemde datum werd verzoeker dan ook terecht door de ziektekostenverzekeraar onthouden. Het door de ziektekostenverzekeraar genoemde maatmanbeginsel behoeft daarom geen bespreking. Het verzoek wordt afgewezen.
- 1.3. Hierna wordt het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht en brief van 10 juli 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 19 juli 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.

- 2.2. Bij brief van 18 augustus 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 21 augustus 2023 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 5 oktober 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023035256) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op dezelfde datum 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 6 december 2023 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.
- 2.5. Na afloop van de hoorzitting is verzoeker in de gelegenheid gesteld contact op te nemen met zijn behandelend orthodontist en tandarts teneinde het coulancevoorstel van de ziektekostenverzekeraar te bespreken, om daarna de commissie over de uitkomst te informeren. De in dat verband gestelde termijn is desgevraagd verlengd. Bij e-mailberichten van 4 januari, 21 januari, 24 januari en 30 januari 2024 heeft verzoeker gereageerd. Kopieën hiervan zijn aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de hiervoor genoemde reacties van verzoeker zijn op 31 januari 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met daarbij het verzoek in te gaan op een vraag van de commissie. Bij brief van 14 februari 2024 heeft het Zorginstituut een definitief advies uitgebracht. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. Verzoeker heeft op 26 februari 2024 van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend Onderwijs** en Aanvullend Tand*** (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Bij verzoeker was sprake van een zeer diepe beet. Op 22 augustus 2014 heeft hij van de ziektekostenverzekeraar een machtiging ontvangen voor een orthodontische behandeling, met einddatum 1 juni 2019. De behandeling is uiteindelijk op 1 juni 2019 gestart. De verlengde machtiging liep tot 14 mei 2021. Op 11 mei 2020 zijn de beugels boven en onder verwijderd. Bij brief van 14 mei 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard de einddatum van de machtiging te wijzigen naar 13 mei 2022 waarbij tevens toestemming is gegeven voor het ook door de orthodontist aangevraagde herstellen of vervangen van retentieapparatuur tot en met 13 mei 2022. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar aanvankelijk geweigerd de na 13 mei 2022 gemaakte kosten ter zake van orthodontie te vergoeden.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht de na genoemde datum gemaakte en nog te maken kosten te vergoeden. Bij brief van 5 oktober 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop afwijzend beslist. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 30 oktober 2022 om heroverweging van zijn beslissing gevraagd. Bij brief van 2 november 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn afwijzing te handhaven. Na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 7 april 2023 toegezegd de kosten van een klassieke retentieplaat voor boven en onder nog eenmaal te willen vergoeden. Bij brief van 3 mei 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar toestemming gegeven

voor het plaatsen van deze klassieke retentieplaten voor boven en onder en de materiaal/techniekkosten, terwijl de nacontroles '6 en 9' niet worden vergoed.

- 3.4. Bij brief van 5 oktober 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.5. Bij brief van 14 februari 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de gemaakte en nog te maken kosten van vervanging van de kunststof retentieplaat voor de onderkaak en van de nacontroles '6 en 9' te vergoeden.
- 4.2. Verzoeker licht toe dat hij de kunststof retentieplaat 's nachts gebruikt en dat deze aan slijtage onderhevig is. De fixeedraad, waarmee de elementen in de onderkaak op hun plaats worden gehouden, breekt soms, en dan is herstel nodig. Hierop zien de codes 6 en 9. Het kan volgens verzoeker niet zo zijn dat hij opdraait voor de financiële gevolgen van een en ander. De ziektekostenverzekeraar heeft de orthodontische behandeling gemachtigd en deze machtiging betreft ook het natraject. Als geen onderhoud wordt gepleegd, komen de elementen weer in de oude stand te staan en wordt het resultaat van de kostbare behandeling teniet gedaan. Dat zou zonde zijn van de investering. De door de ziektekostenverzekeraar geboden oplossing is slechts tijdelijk en daarom voor verzoeker niet aanvaardbaar.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij niet begrijpt waarom uit coulance door de ziektekostenverzekeraar goedkeuring is gegeven voor twee extra retentieplaten. Volgens verzoeker is dit niet zinvol omdat de tanden in de onderkaak blijven schuiven en de lijmverbinding van de retentiedraad loskomt. De retentiefase duurt kennelijk, mede gelet op de leeftijd van verzoeker, langer. Het zou verzoeker helpen als de retentiedraad aan de onderkant blijft vastzitten. De klassieke retentieplaat is alleen voor de nacht en dit betekent dat overdag alsnog kans bestaat dat de retentiedraad breekt. Het herstel hiervan kost hem iedere keer € 48,-.
- 4.4. Na afloop van de hoorzitting heeft verzoeker bij e-mailbericht van 24 januari 2024 de commissie geïnformeerd over het contact met zijn behandelend orthodontist. Dit contact heeft hem geen antwoorden opgeleverd. Verzoeker vraagt zich af of de consulten waarbij de retentiedraad wordt hersteld als controle of als reparatie dienen te worden gezien.

5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de termijn waarvoor de machtiging werd afgegeven, is verlopen. Naar aanleiding hiervan heeft een beoordeling plaatsgevonden, waarbij is gebleken dat de actieve orthodontische behandeling van verzoeker is geëindigd, zoals ook wordt bevestigd door de behandelend orthodontist. De orthodontische apparatuur boven en onder is verwijderd. Er is thans geen sprake meer van een functieprobleem. De ziektekostenverzekeraar verwijst in dit verband naar de richtlijnen van het College Adviserend Tandartsen (hierna: CAT) en artikel B.5 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Het verder vergoeden van behandelingen zou daarnaast in strijd zijn met het maatmanbeginsel. Na overleg met de tandarts en de behandelend orthodontist merkt de ziektekostenverzekeraar nog op dat de oorzaak van de vertraging een uitgestelde restauratieve behandeling was. Verzoeker zit hierdoor inmiddels al twee jaar in de retentiefase. Uitstel geeft geen aanspraak op verlenging van termijnen. De ziektekostenverzekeraar is bereid nog eenmaal de kosten van een retentieplaat te vergoeden. Dat moet dan wel een klassieke retentieplaat zijn, die meer weerstand heeft tegen kapot bijten, en geen dieptrek-plaat.

- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat het coulancessoort met de behandelend orthodontist is besproken. De orthodontist heeft nadien ook een aanvraag gedaan bij de ziektekostenverzekeraar. De code 'nacontrole beugel categorie 6 en 9' is geen code die gebruikt kan worden bij herstel van de retentiedraad. Volgens de ziektekostenverzekeraar is de behandelend orthodontist het ermee eens dat de oorspronkelijke indicatie is verholpen. De reden dat de tanden van de onderkaak in retentie moeten blijven is in verband met een voorgenomen vervolgbehandeling, waarvoor geen verzekeringsindicatie bestaat.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 5 oktober 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

De informatie in het dossier is tandheelkundig en juridisch beoordeeld.

De vraag is of de oorspronkelijke indicatie nog bestaat. Hierbij dient het maatmanbeginsel aangehouden te worden. De aanspraak reikt slechts tot een niveau van mondgezondheid die verzoeker zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan. Na de orthodontische behandeling is de oorspronkelijke indicatie van verzoeker verholpen.

Een orthodontische behandeling bestaat uit een actieve en een passieve fase. Gedurende de actieve fase vindt correctie plaats van de afwijkende tand- en kaakstand. De erop volgende passieve fase, de retentiefase, heeft als doel het resultaat van de actieve orthodontische behandeling te behouden. Zonder retentie hebben de gebitselementen de neiging van positie te veranderen.

Voor de retentiefase bestaat geen klinische praktijkrichtlijn en daarom moet er op individuele basis door de orthodontist een retentiefase bepaald worden. Dit volgt uit de richtlijn 'Retentie in de Orthodontie' van de Nederlandse Vereniging van Orthodontisten. De orthodontist geeft aan dat de retentiefase in het geval van verzoeker twee jaar is en wellicht langer in verband met een vervolgbehandeling welke niet voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de basisverzekering. Aangezien de verlenging van de retentiefase enkel nodig is voor een niet verzekerde behandeling komt deze ook niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. De verlenging van de retentiefase is niet noodzakelijk in verband met de oorspronkelijke indicatie.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat verzoeker geen indicatie meer heeft voor orthodontie en de retentiefase is verstreken. De retentiebeugel, nacontroles en techniekkosten komen daarom niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker kan geen aanspraak maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering van een retentiebeugel, nacontroles en techniekkosten na het verstrijken van de retentiefase.

- 6.2. In het definitief advies van 14 februari 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, 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.

Uw commissie vraagt het Zorginstituut in te gaan op de stelling van verzoeker dat mede gelet op zijn leeftijd de retentiefase bij hem mogelijk langer dan twee jaar duurt. Het Zorginstituut merkt hierover het volgende op. In de richtlijn 'Retentie in de Orthodontie' van de Nederlandse Vereniging van Orthodontisten¹ wordt geen onderscheid gemaakt tussen jongeren en ouderen. De retentie-fase is derhalve gelijk. Het orthodontie traject kan wel langer duren omdat het bot van ouderen dichter is en hierdoor het ombouwen langer duurt. Het behoud van de stand van de tanden (retentie) is daarentegen niet anders."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.18 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over mondzorg, en meer specifiek orthodontie in bijzondere gevallen, 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

- 8.2. De commissie overweegt dat op grond van artikel B.5 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.
- 8.3. Bij verzoeker was sprake van een zeer diepe beet. Dat destijds aan de eis met betrekking tot het bestaan van een verzekeringsindicatie werd voldaan, vormt tussen partijen geen onderwerp van geschil. Hetzelfde geldt voor de eis ten aanzien van medediagnostiek of medebehandeling. Voorts staat vast dat de laatst afgegeven machtiging een einddatum kent van 13 mei 2022. In voornoemd artikel B.5 is onder punt 4 opgenomen dat de ziektekostenverzekeraar, om aanspraak te kunnen maken op vergoeding van orthodontie in bijzondere gevallen, vooraf toestemming moet hebben gegeven. De vraag is daarom of de gevraagde toestemming voor orthodontische behandelingen na 13 mei 2022 terecht werd geweigerd.
- 8.4. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband gesteld dat de actieve behandeling van verzoeker is beëindigd, hetgeen is bevestigd door de behandelend orthodontist, en dat voortzetting van de behandeling en de vergoeding daarvan in strijd is met het maatmanbeginsel. De commissie kan de ziektekostenverzekeraar volgen in zijn stelling dat de actieve behandeling is voltooid. De orthodontische apparatuur boven en onder is op 11 mei 2020 verwijderd. Naar mag worden aangenomen is dit gebeurd omdat verdere orthodontische behandeling niet langer noodzakelijk was en de oorzaak van het bestaande functieprobleem - de zeer diepe beet - was verholpen. Het tegendeel is gesteld noch gebleken. De oorspronkelijke indicatie was hiermee vervallen zodat in ieder geval na 13 mei 2022 niet langer aanspraak bestond op vergoeding ten laste van de zorgverzekering. Het voorgaande wordt bevestigd door het Zorginstituut in het advies van 5 oktober 2023. De enkele stelling van verzoeker dat de orthodontische behandeling eerder werd gemachtigd, dat in zijn geval kennelijk een langere retentiefase nodig is en dat het

niet de bedoeling kan zijn dat hij na deze behandeling nog met kosten wordt geconfronteerd, treft geen doel. Zoals uit het definitief advies van het Zorginstituut van 14 februari 2024 blijkt, is de retentiefase voor jongeren en ouderen gelijk. Daarnaast wordt door het Zorginstituut in het advies van 5 oktober 2023 opgemerkt dat de verlenging van de retentiefase enkel nodig is voor een niet verzekerde behandeling en geen verband houdt met de oorspronkelijke indicatie. Daarom bestaat geen aanspraak op vergoeding ten laste van de basisverzekering. De commissie volgt het Zorginstituut in zijn conclusie. Dit betekent dat verdere toestemming terecht door de ziektekostenverzekeraar is geweigerd. De verwijzing naar het maatmanbeginsel behoeft daarom geen bespreking.

Slotsom

8.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 maart 2024

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Voorwaarden voor het recht op (deel)prestaties

Voor een aantal (deel)prestaties stellen wij aanvullende eisen aan de kwaliteit van de zorgverlening en/of randvoorwaarden voor welke farmaceutische zorg u mag declareren. U heeft alleen recht op deze deelprestaties als aan deze aanvullende eisen is voldaan. In het Reglement Farmaceutische Zorg leest u, voor welke (deel)prestaties deze voorwaarden gelden.

Eigen risico bij plaatsing spiraaltje voor verzekerden van 18 tot 21 jaar

Let op!

Bij plaatsing door een gynaecoloog wordt zowel de plaatsing als de spiraal zelf vergoed uit de basisverzekering. U betaalt dan eigen risico. Bij plaatsing door een huisarts of verloskundige worden, zowel de plaatsing, als de spiraal zelf vergoed uit de basisverzekering. Het eigen risico geldt dan alleen voor de spiraal. Voor de plaatsing van de spiraal door de huisarts of verloskundige is geen eigen risico verschuldigd.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op de volgende geneesmiddelen en/of (deel)prestaties farmacie:

- anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder, tenzij er een medische indicatie voor is. In het kader van dit artikel verstaan wij onder een medische indicatie endometriose of menorrhagie (hevig bloedverlies);
- geneesmiddelen en/of adviezen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
- farmaceutische zorg waarover in de Regeling zorgverzekering staat dat u daar geen recht op heeft;
- geneesmiddelen voor onderzoek die staan in artikel 40, derde lid, onder b van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die staan in artikel 40, derde lid, onder f van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die therapeutisch gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet-aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
- zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u zonder recept kunt kopen;
- alle (deel)prestaties farmacie die niet onder de verzekerde zorg vallen. De beschrijvingen per (deel)prestatie farmacie vindt u in het Reglement Farmaceutische Zorg;
- homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen;
- niet geregistreerde allergenen, tenzij de behandeling met een geregistreerd allergeen niet mogelijk is. U heeft alleen recht op een niet geregistreerd allergeen op basis van een door ons afgegeven machtiging op individuele basis.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

Mond en tanden (mondzorg)

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

U heeft recht op noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprotheticici, kaakchirurgen, mondhygiënist en orthodontisten die plegen te bieden. In de onderstaande artikelen (van [B.5](#) tot en met [B.12](#)) gaan wij hierop in.

B.5 Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen

Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, dat u zonder orthodontische behandeling geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan de tandheelkundige functie die u zou hebben zonder deze aandoening? Dan heeft u recht op deze behandeling.

Let op!

In andere gevallen valt orthodontie niet onder de basisverzekering. Hiervoor kunt u een aanvullende verzekering afsluiten.

N.B.

Geldt alleen voor verzekerden tot 18 jaar.

Voorwaarden voor het recht op orthodontie in bijzondere gevallen

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor een behandeling? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of huisarts u hebben doorverwezen.
- Voor deze behandeling is medediagnostiek of medebehandeling van andere dan tandheelkundige disciplines noodzakelijk.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting, lichtfoto's en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- reparatie of vervanging van een bestaande orthodontische voorziening indien u deze verliest of beschadigt door uw eigen schuld of nalatigheid;
- vacuümgevormde beugels, aligners.

B.6 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar

Bent u jonger dan 18 jaar? Dan heeft u recht op de volgende tandheelkundige behandelingen:

- periodiek preventief tandheelkundig onderzoek 1 keer per jaar (jaarlijkse controle), of meerdere keren per jaar, als u tandheelkundig op die hulp bent aangewezen;
- incidenteel tandheelkundig consult;
- het verwijderen van tandsteen;
- maximaal 2 keer per jaar een fluoridebehandeling vanaf het moment van doorbreken van blijvende gebitselementen, tenzij u tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp bent aangewezen. Wij moeten u hier wel vooraf toestemming voor hebben gegeven;
- sealing (afdichten groeven van kiezen);
- parodontale hulp (behandeling van tandvlees);
- anesthesie (verdooving);
- endodontische hulp (wortelkanaalbehandeling);
- restauratie van gebitselementen met plastische materialen (vullingen);
- gnathologische hulp (hulp bij kaakgewrichtsproblemen);
- uitneembare prothetische voorzieningen (frameprothese, partiële prothese (plaatje) of volledig kunstgebit);
- chirurgische tandheelkundige hulp. Het aanbrengen van tandheelkundige implantaten valt niet onder deze zorg;
- röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek voor orthodontische hulp.

Voorwaarden voor het recht op tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist of tandprotheticus. Deze moet bevoegd en bekwaam zijn om de betreffende behandeling uit te voeren.
- Gaat een kaakchirurg u behandelen? Dan heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts, orthodontist, huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts of andere medisch specialist. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de volgende behandelingen: extractie (trekken van tanden of kiezen) onder narcose, correctie van de kaak in combinatie met een extractie, osteotomie (kaakoperatie), kinplastiek als zelfstandige verrichting, pre- en per- implantologische chirurgie (botopbouw) en het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling.
- U heeft alleen recht op het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling, als er sprake is van orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel [B.5](#)). Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.
- Is er zorg nodig zoals omschreven in artikel [B.5](#), [B.7](#), [B.10](#), [B.11](#) of [B.12](#)? Dan moeten wij u hier vooraf toestemming voor hebben gegeven. Meer hierover leest u in deze artikelen.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor het maken van een kaakoverzichtsfoto (X21) en autotransplantaten (het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand of kies). Uw zorgverlener kan toestemming bij ons aanvragen. Vervolgens beoordelen wij deze aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- Een autotransplantaat moet geplaatst worden door een door de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVvP) erkende tandarts-parodontoloog, een door de Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI) erkende tandarts-implantoloog of door een kaakchirurg.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- niet-restauratieve behandeling van cariës in het melkgebit (M05) en behandeling van witte vlekken (M80 en M81);
- orthodontie. Dit valt, met uitzondering van de bijzondere orthodontie zoals omschreven in artikel [B.5](#), niet onder de basisverzekering. Dit kan uit een aanvullende verzekering vergoed worden;
- implantaten. Deze vallen mogelijk onder artikel [B.7](#) of artikel [B.12](#) of kunnen uit een aanvullende tandartsverzekering vergoed worden;
- een therapeutische injectie met botox (G44);
- uitgebreid onderzoek ten behoeve van het opstellen, vastleggen en verstrekken van behandelplan aan de patiënt (C012).

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op [zk.nl/zorgverkenner](https://www.zk.nl/zorgverkenner) of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

Let op!

Reguliere orthodontische hulp valt niet onder de basisverzekering. Hiervoor kunt u een aanvullende verzekering afsluiten.

N.B.

Geldt alleen voor verzekerden tot 18 jaar!

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.7

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

onderdelen a tot en met c:

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.31

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

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