Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen
prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. J.J.M. Linders en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202600415

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

1) De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden, en
2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Leiden,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

1.1. Verzoekster heeft bij brief van 27 februari 2026 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 14 maart 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.

1.2. Bij brief van 17 juni 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 18 juni 2026 aan verzoekster gestuurd.

1.3. Verzoekster heeft de commissie bij e-mailbericht van 2 juli 2026 aanvullende informatie gezonden. Een kopie hiervan is bij brief van 6 juli 2026 aan de ziektekostenverzekeraar en het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) gestuurd.

1.4. Bij brief van 7 juli 2026 heeft het Zorginstituut (zaaknummer: 2026012606) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 8 juli 2026 aan partijen gezonden.

1.5. Bij brief van 22 juli 2026 heeft de tandarts een verklaring gestuurd. Verzoekster heeft bij brief van 26 juli 2026 gereageerd op het voorlopig advies van het Zorginstituut. Kopieën van deze stukken zijn op 27 juli 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

1.6. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 augustus 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

1.7. Naar aanleiding van de zitting heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 19 augustus 2026 vragen voorgelegd ten behoeve van de behandelend mondhygiëniste. Een kopie hiervan is op 20 augustus 2026 aan verzoekster gestuurd.

1.8. Bij e-mailbericht van 21 augustus 2026 heeft verzoekster een brief van de behandelend mondhygiëniste doorgestuurd. Een kopie hiervan is op 24 augustus 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

1.9. Bij brief van 21 september 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een kopie hiervan is op 22 september 2026 aan verzoekster gestuurd.

1.10. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 22 september 2026 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 7 juli 2026 aanpassing behoeft. Bij brief van 1 oktober 2026 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

2.1. Verzoekster was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Zelf Bewust Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV Doorstap (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil, zodat deze verder onbesproken blijft.

2.2. Namens verzoekster is door de tandarts bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor extra preventieve voorlichting, extra gebitsreiniging en extra fluoridebehandelingen.

2.3. Bij brief van 5 januari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat 6 fluoridebehandelingen (M40) voor een bedrag van totaal € 113,82 zijn goedgekeurd. Vergoeding van preventieve voorlichting (M01) en extra gebitsreiniging (M03) is afgewezen.

2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 13 en 16 januari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

2.5. Bij brief van 7 juli 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

2.6. Bij brief van 1 oktober 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat zij aanspraak heeft op extra preventieve voorlichting (M01) en extra gebitsreiniging (M03), zodat de aanvraag van 16 december 2025 alsnog moet worden goedgekeurd.

3.2. Verzoekster heeft in een ongedateerde brief, gericht aan de ziektekostenverzekeraar, verklaard dat aanvragen voor fluoridebehandelingen, preventieve voorlichting en extra gebitsreiniging eerder werden toegekend op grond van haar medische en systemische aandoening, het syndroom van Sjögren. Deze extra zorg dient ter voorkoming van cariës. Volgens verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat de voorwaarden voor het behandelen van een droge mond zijn veranderd. De ziektekostenverzekeraar heeft voorgesteld dat zij een speciale tandpasta (Duraphat 5000) gaat gebruiken waarin veel fluoride zit of een fluoride spoelmiddel. Gebitsreiniging door de tandarts of mondhygiënist zou minder helpen. Het is vooral belangrijk dat zij zelf dient te zorgen voor een goede mondhygiëne. Volgens verzoekster zijn de voorwaarden echter niet veranderd. Daarbij is zij het niet eens met de verwijzing door de ziektekostenverzekeraar naar de KIMO-richtlijnen. Deze zijn niet op haar van toepassing, omdat haar tandheelkundig probleem geen betrekking heeft op, of is veroorzaakt door medicatie of

polyfarmacie. Navraag bij het KIMO, de KNMT, de Patiëntenfederatie en de Sjögren patiëntenvereniging NVSP leerde dat geen van deze instanties bekend is met de door de ziektekostenverzekeraar genoemde voorwaarden en wijzigingen in de behandeling. Sinds 2021 zijn er geen nieuwe landelijke tandheelkundige richtlijnen – specifiek gericht op de ernstig droge mond – gepubliceerd. In 2022 is de richtlijn Xerostomie van het College van Adviserend Tandartsen vervangen door de nog steeds geldende richtlijn Hyposialie. Verzoekster is van mening dat de aanvraag moet worden goedgekeurd op grond van de richtlijn Hyposialie.

3.3. Verzoekster heeft gesteld dat de aanspraak is gebaseerd op artikel 2.1, derde lid, in samenhang met artikel 2.7, eerste lid, onder b, van het Besluit zorgverzekering. Zij heeft verder toegelicht dat het syndroom van Sjögren een chronische systemische auto-immuunziekte is, die bij haar heeft geleid tot ernstige hyposialie/xerostomie en een sterk verhoogd cariës risico. De diagnose is gesteld na een afgenomen lipbiopt en speekselonderzoek. Het verslag van het speekselonderzoek door het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (hierna: ACTA) heeft verzoekster meegestuurd. Verder heeft zij verklaard dat de monddroogte en het functieverlies in de periode van 2019 tot en met 2026 zijn toegenomen. Haar ziekte en de gevolgen hiervan voor de mondgezondheid gaan onverminderd en progressief voort. Verzoekster heeft geen gevoel van een droge mond, maar er is vastgesteld dat sprake is van een gebrek aan speeksel. Dit maakt dat zij functieproblemen ondervindt bij het kauwen van voedsel en het slikken. Verzoekster heeft verklaard dat zij er alles aan doet om haar mondhygiëne bij te houden, maar de gevraagde extra mondzorg is desalniettemin noodzakelijk.

3.4. Verder heeft verzoekster verklaard dat zij aanspraak heeft op bijzondere tandheelkunde, omdat zij niet met het syndroom van Sjögren is geboren, maar deze aandoening heeft verworven. De ziekte is eerder door de rechtspraak en het Zorginstituut aangemerkt als een niet tandheelkundige lichamelijke aandoening. Op grond van de overheidsregels bestaat aanspraak op zorg voor zover men daarop redelijkerwijs is aangewezen. Volgens verzoekster voldoet zij aan de criteria die gelden bij hyposialie. In de toetsingsrichtlijn is namelijk bepaald dat aanspraak bestaat op vergoeding als de aandoening gerelateerd is aan de speekselklier of een systemische aandoening. Uit het speekselonderzoek van het ACTA volgt een diagnose van ernstige hyposialie. Ernstige hyposialie geeft aanspraak op bijzondere tandheelkunde.

3.5. Zoals eerder opgemerkt, betwist verzoekster dat de voorwaarden voor het behandelen van een droge mond zijn veranderd. Zij verwijst hiervoor naar de KIMO-richtlijn van april 2021. Preventieve maatregelen, zoals het gebruik van fluoride tandpasta en medicatie-evaluatie, zijn een onderdeel van de aanbevolen aanpak bij xerostomie of polyfarmacie. De monddroogte bij verzoekster is, als gezegd, het gevolg van het syndroom van Sjögren en hyposialie. Het is geen gevolg van medicatiegebruik of polyfarmacie. De KIMO-richtlijn is volgens verzoekster dan ook niet op haar situatie van toepassing. De beoordeling dient te gebeuren aan de hand van de richtlijn Hyposialie 2022. De medisch relevante feiten zijn onvoldoende meegewogen, namelijk het syndroom van Sjögren en de objectieve uitkomst van de speekseltest (ernstige hyposialie), het risico op tandverlies en functionele problemen.

3.6. Verzoekster heeft in haar brief van 27 februari 2026, gericht aan de commissie, het voorgaande herhaald. Zij heeft nogmaals gesteld dat de tandpasta met een hoog fluoridegehalte (Duraphat 5000) geen vervanging is voor professionele preventie. Hoog fluoride tandpasta verlaagt weliswaar het cariësrisico, mogelijk ook bij het syndroom van Sjögren, maar herstelt de functie van de speekselklier niet. Professionele preventie omvat volgens verzoekster veel meer dan alleen een fluoridebehandeling, namelijk monitoring, vroege detectie, instructie, professionele reiniging, risicobeoordeling en tijdige interventie. Het advies van de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar is niet in lijn met de huidige wetenschappelijke inzichten. Verder verwijst verzoekster naar de op 16 december 2024 gepubliceerde richtlijn ‘Topicale en systemische behandeling van de ziekte van Sjögren’ van de Nederlandse Vereniging van Reumatologen. Zij

heeft samengevat wat uit deze richtlijn volgt en wat het verschil is tussen hyposialie door medicatie of het syndroom van Sjögren.

3.7. Bij e-mailbericht van 2 juli 2026 heeft verzoekster een e-mailbericht van het KIMO van 23 januari 2026 overgelegd. Hieruit volgt dat de klinische praktijkrichtlijn Xerostomie en hyposialie gerelateerd aan medicatie en polyfarmacie (2021) van het KIMO is gepubliceerd in 2021. Daarmee was die richtlijn vanaf dat moment onderdeel van de professionele standaard in de mondzorg. De richtlijn is tot op heden ongewijzigd gebleven.

3.8. De tandarts heeft bij brief van 22 juli 2026 verklaard dat bij verzoekster sprake is van het syndroom van Sjögren en extreme hyposialie (droge mond). Voor beide aandoeningen is het mogelijk om in aanmerking te komen voor vergoeding vanuit de zorgverzekering op grond van bijzondere tandheelkunde. In 2018 is aan verzoekster een machtiging voor onbepaalde tijd verstrekt voor behandeling door een collega-tandarts in Rotterdam. Verzoekster kwam daar elke drie maanden voor gebitsreiniging en fluoridebehandelingen. Vanwege een verhuizing zijn de behandelingen overgenomen vanaf oktober 2021. Hiervoor moest de tandarts een nieuwe machtiging aanvragen en deze werd voor een termijn van twee jaren toegekend. In de afgelopen jaren is de machtiging iedere twee jaar opnieuw aangevraagd en goedgekeurd. Volgens de ziektekostenverzekeraar zijn de regels voor het behandelen van een droge mond veranderd en zijn de fluorideapplicatie en poetsen met 5000ppm tandpasta van belang. De tandarts is het niet eens met de afwijzing, omdat tandenpoetsen met tandpasta met een hoger fluoridegehalte en de professionele fluorideapplicatie helpen tegen cariës, maar niet om ontstekingen in de mond te voorkomen. Daarvoor is gebitsreiniging noodzakelijk. Ook is de KIMO-richtlijn bedoeld voor patiënten met een droge mond, maar niet voor patiënten met het syndroom van Sjögren. Bij het syndroom van Sjögren is meer aan de hand dan alleen een droge mond. Door onder andere veel vermoeidheid en klachten aan de gewrichten is verzoekster niet in staat optimale gebitsreiniging uit te voeren. Hierdoor loopt zij meer risico op de vorming van tandsteen en ontstoken tandvlees. Tandsteen kan verzoekster niet zelf verwijderen door middel van tanden poetsen. Dit kan alleen door de tandarts of mondhygiënist worden uitgevoerd.

3.9. Verzoekster heeft bij brief van 26 juli 2026 opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar niet heeft meegedeeld welke richtlijnen zijn veranderd. De richtlijn Xerostomie van het College van Adviserend Tandartsen (hierna: het CAT) is in 2022 verwijderd uit het richtlijnenprotocol van het CAT en vervangen door de richtlijn Hyposialie. Het bepalen van de omvang van de aanspraak zou volgens verzoekster moeten zijn gebaseerd op de richtlijn Hyposialie, mede nu aantoonbaar aan alle vormvereisten uit de richtlijn is voldaan en er sprake is van deze afwijking met een indicatie tot extra preventieve zorg. De verwijzingen van het Zorginstituut naar het Ivoren Kruis en de topicale en systematische behandeling bij Sjögren geven adviezen voor noodzakelijk extra preventieve zorg. Op grond van hyposialie en de adviezen zou recht moeten bestaan op extra preventieve zorg, zoals periodiek mondonderzoek, gebitsreiniging, zo nodig extra röntgenfoto's met als doel cariës diagnostiek, en extra fluoridehoudende tandpasta. De KIMO-richtlijnen zijn ook volgens een tandarts en universitair docent orale biochemie van het ACTA, tevens medisch adviseur van de NVSP, niet geschreven voor Sjögren patiënten en is er veel verschil met polyfarmacie patiënten. Volgens de ziektekostenverzekeraar zou de eerdere machtiging op onjuiste gronden zijn verstrekt, echter zonder dat wordt toegelicht wat daaraan dan onjuist zou zijn geweest. De machtiging is destijds na heroverweging verleend voor de duur van drie jaren en op grond van de richtlijn Hyposialie.

3.10. Verder heeft verzoekster verklaard dat bij haar sprake is van functionele problemen. Het gaat dan om problemen bij het spreken, het kauwen en slikken van vast voedsel. Ook heeft zij last van mond/tongbranden. De aangeboden voorlichting ter voorkoming van cariës en preventie lijkt verzoekster overbodig. Jarenlang is vanwege de ziekte hiermee ervaring opgedaan en ondanks

goede mondverzorging maakt de ziekte de extra preventieve zorg zeer gewenst en aanbevolen om een goede tandheelkundige functie te behouden.

3.11. Verzoekster heeft voorts geciteerd uit de richtlijn 'Preventieve tandheelkundige maatregelen richtlijndatabase, topicale en systemische behandeling van de ziekte van Sjögren'. Zij heeft gesteld dat in het voorlopig advies van het Zorginstituut wordt verwezen naar een vervallen advies, te weten het 'Advies Droge Mond' uit 2017. De Wetenschappelijke Adviescommissie van het Ivoren Kruis heeft in 2025 echter de adviezen herzien door uitgifte van de brochure 'Advies cariëspreventie 2025'. Verzoekster heeft ook delen hiervan geciteerd.

3.12. Ter zitting heeft verzoekster verklaard dat zij door haar toenmalige tandarts is gewezen op de aanspraak van bijzondere tandheelkunde. Destijds heeft zij een toekenning voor onbepaalde tijd ontvangen. De behandelingen werden jarenlang viermaal per jaar vergoed. Zij was daarom ook erg verbaasd dat de laatste aanvraag werd afgewezen. Zij heeft de KIMO-richtlijn bekeken. Deze gaat over hyposialie als gevolg van medicatie en chemotherapie. Anders dan bij medicatie of chemotherapie is hyposialie bij Sjogren niet tijdelijk, maar permanent. Volgens verzoekster is haar situatie ernstig. Zij kampt ook met vermoeidheids- en gewrichtsklachten. Volgens haar voldoet zij aan de voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen. Verder heeft verzoekster verteld dat zij in 2021 is geopereerd aan haar hand. Daarbij is een stuk bot verwijderd. De functie van haar rechterhand is hierdoor slecht en zij is rechtshandig. Zij heeft geprobeerd met links te poetsen. Ondanks het gebruik van een elektrische tandenborstel merkt zij dat het poetsen achteruit is gegaan.

3.13. Bij brief van 21 augustus 2026 heeft de mondhygiëniste de door de ziektekostenverzekeraar gevraagde informatie verstrekt.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 5 januari 2026 verklaard dat 6 fluoridebehandelingen (M40) voor een bedrag van totaal € 113,82 ten laste van de zorgverzekering worden vergoed. Er bestaat geen aanspraak op 24 maal extra gebitsreiniging (M03) ten bedrage van totaal € 408,24 en 6 maal preventieve voorlichting (M01) ten bedrage van totaal € 102,06.

4.2. In zijn brief van 13 januari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de preventieve voorlichting en de extra gebitsreiniging niet ten laste van de zorgverzekering kunnen worden vergoed. De voorwaarden voor het behandelen van een droge mond zijn veranderd. Eerder kreeg verzoekster een vergoeding voor gebitsreiniging. Nu is het van belang een speciale tandpasta te gebruiken met veel fluoride (Duraphat 5000), of een fluoride spoelmiddel. Een gebitsreiniging door de tandarts of mondhygiënist helpt minder, omdat het zelf verzorgen van de mondhygiëne belangrijker is. Het voorgaande is bij brief van 16 januari 2026 aangevuld met een verwijzing naar de KIMO-richtlijnen en de richtlijn Xerostomie en hyposialie.

4.3. Bij brief van 17 februari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de adviserend tandarts contact heeft gehad met de Richtlijn Ontwikkel Commissie (ROC). Hyposialie kan door verschillende oorzaken ontstaan. Bijvoorbeeld door medicijngebruik, bestraling of het syndroom van Sjögren. De behandeling is bij alle oorzaken hetzelfde. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de preventieve voorlichting eenmaal wordt vergoed. De instructie hoort na eenmaal duidelijk te zijn, zodat verdere preventieve voorlichting niet nodig is. De extra gebitsreiniging wordt niet vergoed, omdat niet is aangetoond dat dit helpt om cariës te voorkomen. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft hij in het verleden een te ruime uitleg gegeven aan de voorwaarden. Daardoor werden de aanvragen van verzoekster volledig toegekend. Nu vindt de beoordeling plaats op grond van de juiste uitleg van de richtlijnen. De

ziektekostenverzekeraar verwijst naar artikel 3.12.1 ‘Bijzondere tandheelkunde’ van de voorwaarden van de zorgverzekering.

4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 17 juni 2026, gericht aan de commissie, verklaard dat de richtlijn Hyposialie een richtlijn is voor zorgverzekeraars om te beoordelen of een verzekerde in aanmerking komt voor vergoeding van bijzondere tandheelkundige hulp. Op grond van de toetsingsrichtlijn heeft verzoekster aanspraak op extra preventieve zorg ter voorkoming van cariës. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster in aanmerking komt voor bijzondere tandheelkunde. Dit geschil gaat om de inhoud en omvang van de bijzondere tandheelkunde. Volgens de ziektekostenverzekeraar valt extra gebitsreiniging niet onder extra preventieve zorg ter voorkoming van cariës.

4.5. In het kader van de KIMO-richtlijn benadrukt de ziektekostenverzekeraar dat – in tegenstelling tot wat verzoekster heeft verklaard – over preventieve maatregelen tegen cariës staat vermeld dat: “*Hoewel er verschillende oorzaken zijn voor het ontstaan van xerostomie/hyposialie - zoals radiotherapie in het hoofd-halsgebied, syndroom van Sjögren en medicatiegebruik - verschillen volgens de ROC de gevolgen daarvan niet of nauwelijks van elkaar. Daarom zijn de aanbevelingen om met het probleem van xerostomie/hyposialie om te gaan voor de drie groepen van oorzaken eensluidend. Deze aanbevelingen zijn gerelateerd aan de mate van reductie van de speekselsecretiesnelheid in rust en na stimulatie. Voor mensen met het syndroom van Sjögren wordt in een internationale richtlijn fluoride-applicatie aanbevolen. In dezelfde richtlijn staat dat chloorhexidine (vernis, gel of mondspoelmiddel) overwogen zou moeten worden.*”

4.6. Hieruit kan volgens de ziektekostenverzekeraar worden opgemaakt dat de KIMO-richtlijn wel degelijk ook voor Sjögren patiënten is geschreven. De richtlijn stelt dat de oorzaak van het ontstaan van de hyposialie geen groot verschil maakt voor de te nemen preventieve maatregelen tegen cariës. De richtlijn noemt bovendien voor mensen met het syndroom van Sjögren expliciet de fluoridebehandeling als maatregel ter voorkoming van cariës. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat niet is gebleken dat het KIMO heeft bevestigd dat de richtlijn niet van toepassing is op mensen met het syndroom van Sjögren.

4.7. De ziektekostenverzekeraar heeft voorts gesteld dat op grond van de KIMO-richtlijn voorlichting en adviezen over mondverzorging en fluoridebehandelingen zinvol zijn als preventieve zorg ter voorkoming van cariës. In de aanbeveling van de richtlijn wordt extra gebitsreiniging niet genoemd. Er is ook niet aangetoond dat extra gebitsreiniging helpt bij de preventie van cariës. Het hebben van tandsteen leidt ook niet tot het ontstaan van meer cariës. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft hij in het verleden de richtlijn te ruim uitgelegd, waardoor verzoekster – ten onrechte – de extra gebitsreiniging wel vergoed kreeg.

4.8. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat vooral op grond van de CAT-richtlijn wordt beoordeeld of aanspraak bestaat op bijzondere tandheelkunde. De indicatie voor preventieve mondzorg is niet in geschil. In het onderhavige geval gaat het over de omvang van de aanspraak. Hiervoor wordt gekeken naar de KIMO-richtlijn. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat deze altijd door hem is gehanteerd, maar in het verleden te ruim werd uitgelegd. Hierdoor werd gebitsreiniging standaard vergoed. Bij scherpere nalezing is echter gebleken dat dit hierin niet werd genoemd. Het wordt alleen nog vergoed als wordt onderbouwd waarom gebitsreiniging nodig is. Die onderbouwing ontbreekt vooralsnog. De functionele problemen die verzoekster heeft zijn voorgelegd aan de adviserend tandarts. Het is echter onduidelijk wat verzoekster heeft bedoeld met “viscositeit”. De genoemde vermoeidheids- en gewrichtsklachten kunnen mogelijk een nieuwe indicatie opleveren. Daarvoor zou de adviserend tandarts graag een aanvullende toelichting van de mondhygiëniste willen. Daarbij moet duidelijk worden hoe de klachten zich uiten, wat de relatie is met het gebit, en waarom viermaal per jaar gebitsreiniging

doelmatig is. Daarnaar gevraagd door de commissie bevestigt de ziektekostenverzekeraar dat preventieve voorlichting alsnog voor 30 minuten is toegekend.

4.9. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 19 augustus 2026 zijn vragen ten behoeve van de mondhygiëniste gestuurd. De ziektekostenverzekeraar vraagt om een nadere toelichting met betrekking tot de vermoeidheids- en gewrichtsklachten.

4.10. Bij brief van 21 september 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de adviserend tandarts de nagekomen stukken van de mondhygiëniste heeft beoordeeld. Een afschrift van het advies is door de ziektekostenverzekeraar meegestuurd. Uit de nagekomen stukken blijkt niet dat het eerder ingenomen standpunt moet worden gewijzigd. Zo komt uit de aanvullende informatie niet naar voren dat de zelfzorg door vermoeidheids- en gewrichtsklachten in die mate tekortschiet dat er bij verzoekster meer plaque, tandsteen en/of cariës ontstaat. Bovendien is niet aannemelijk gemaakt dat vier gebitsreinigingen per jaar doelmatig zijn om het cariësrisico te verlagen. De ziektekostenverzekeraar blijft daarom bij zijn standpunt geen toestemming te verlenen voor extra gebitsreinigingen in het kader van de bijzondere tandheelkunde.

5. Advies Zorginstituut

5.1. In het voorlopig advies van 7 juli 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"(...) Verweerder heeft de fluoridebehandeling en extra preventieve voorlichting toegewezen. De gebitsreiniging heeft verweerder afgewezen.

Uit het 'Advies Droge mond' van het Ivoren Kruis volgt dat patiënten met een droge mond met verminderde speekselvloed extra zorg en begeleiding nodig hebben, in verschillende mate naar de ernst van de klacht en de optredende klinische problematiek. Het Zorginstituut merkt op dat voor de aanspraak op vergoeding van extra preventieve zorg ten laste van de basisverzekering geldt dat er een relatie moet bestaan tussen de hyposialie (droge mond) en de huidige bestaande functiestoornis. Jaarlijks dient opnieuw beoordeeld te worden of extra preventieve zorg noodzakelijk is.

Verzoekster geeft aan dat er functionele problemen bestaan, maar uit het dossier blijkt niet waar de functionele klachten als gevolg van hyposialie uit bestaan. Ook blijkt niet uit het dossier dat de hoeveelheid plaqueaangroei en/of tandsteen bovenmatig is door de beperkte speekselvloed. Evenmin blijkt dat er regelmatig cariës optreedt en dat de geleverde zelfzorg door verzoekster tekortschiet, waardoor extra gebitsreiniging zoals plaque en tandsteen verwijderen noodzakelijk is. Gelet op het voorgaande kan daarom niet worden geconcludeerd dat verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op extra gebitsreinigingen in het kader van de ziekte van Sjögren.

Conclusie
Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet worden geconcludeerd dat er bij verzoekster een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp is voor extra gebitsreinigingen in het kader van de ziekte van Sjögren.

Het advies
Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster kan geen aanspraak maken op de vergoeding van extra gebitsreinigingen in het kader van de ziekte van Sjögren."

5.2. In het definitief advies van 1oktober 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"(...) 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."

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 2.12, onder d, 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) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over bijzondere tandheelkunde en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

7.2. De aanspraak op bijzondere tandheelkundige zorg is geregeld in artikel 3.12.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hierin staat dat deze zorg wordt vergoed in de volgende drie gevallen:

(a) als de verzekerde een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft;
(b) als de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en de verzekerde zonder de mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat het gebit zou zijn geweest zonder deze aandoening; of
(c) als een medische behandeling zonder de mondzorg onvoldoende resultaat heeft en de verzekerde zonder de mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat het gebit zou zijn geweest zonder deze aandoening.

Deze voorwaarden zijn gebaseerd op artikel 2.7, eerste lid, Bzv.

7.3. Anders dan verzoekster lijkt te veronderstellen, is in haar geval geen sprake van een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel als bedoeld onder (a). De vraag is of bij haar een situatie als bedoeld onder (b) aan de orde is. Hierbij geldt dat moet worden gedacht aan een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke handicap, waardoor extra ondersteuning of zorg nodig is naast de reguliere tandheelkundige zorg. Verzoekster heeft hiertoe aangevoerd dat zij kampt met het syndroom van Sjögren, met hyposialie tot gevolg, en om die reden aanspraak heeft op preventieve voorlichting (M01) en extra gebitsreiniging (M03).

Preventieve voorlichting

7.4. De ziektekostenverzekeraar heeft eerder verklaard dat hij de preventieve voorlichting eenmaal vergoedt. Het Zorginstituut heeft in zijn voorlopig advies van 7 juli 2026 opgemerkt dat voor de aanspraak op vergoeding van extra preventieve zorg ten laste van de zorgverzekering geldt dat er een relatie moet bestaan tussen de hyposialie en de huidige bestaande functiestoornis. Jaarlijks dient opnieuw te worden beoordeeld of extra preventieve zorg noodzakelijk is. Nu de ziektekostenverzekeraar heeft toegezegd de preventieve voorlichting eenmaal te vergoeden, laat

de commissie een inhoudelijke beoordeling van dit onderdeel achterwege. Over eventuele toekomstige aanvragen en afwijzingen kan zij nu niet beslissen.

Extra gebitsreiniging

7.5. Verzoekster heeft verklaard dat zij functieproblemen ondervindt bij het kauwen van voedsel en het slikken. Uit het dossier blijkt echter niet waar de functionele klachten als gevolg van hyposialie uit bestaan. Ook blijkt niet dat de hoeveelheid plaque-aangroei en/of tandsteen bovenmatig is door de beperkte speekselvloed, aldus het Zorginstituut. Evenmin blijkt dat er regelmatig cariës optreedt. De zelfzorg door verzoekster lijkt daarom goed genoeg, waardoor extra gebitsreiniging om plaque en tandsteen te verwijderen niet nodig is.
Verzoekster heeft verwezen naar publicaties, echter zonder te onderbouwen waarom in haar situatie kan worden gesproken van gepaste zorg. Ook haar verwijzing naar eerder afgegeven machtigingen treft geen doel, nu – zoals blijkt uit het voorlopig advies van het Zorginstituut – jaarlijks opnieuw moet worden beoordeeld of de preventieve zorg nodig is. Om die reden neemt de commissie het advies over en beslist zij dat verzoekster niet redelijkerwijs is aangewezen op extra gebitsreiniging in het kader van het syndroom van Sjögren.

Slotsom

7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 28 oktober 2026,

J.J.M. Linders

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.
Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving

2. Voorwaarden zorgverzekering

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:

a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.

2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.

3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.

4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:

a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.

5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.

2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.

5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:

a. de zorg niet omvat:
   1°. het vaccineren ten behoeve van griepprevention;
   2°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
   3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
   4°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
   5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
   1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
   2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
   3°. verlamde of verslapte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
   4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespleten, misvormingen

van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;

5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;

c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

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 chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard of 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.

Verwijzing

Je hebt een verwijzing nodig van de huisarts, jeugdarts, arts-assistent, verloskundige (als het om verloskundige zorg gaat of als het gaat om een verwijzing naar een kinderarts binnen de eerste tien dagen na de bevalling), kaakchirurg, tandarts (alleen als het om dermatologie, neurologie, anesthesiologie of KNO gaat), medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts, triage-audicien (alleen voor KNO-arts), klinisch fysicus audioloog (alleen voor KNO-arts), klinisch technoloog, optometrist (bij oogzorg), orthoptist (bij oogzorg), GGD-arts (bij TBC of SOA), verpleegkundig specialist of physician assistant.
Naar een kinderarts mag je ook zijn doorverwezen door het RIVM, wanneer er sprake is van een positieve/afwijkende hielprikscreening bij een pasgeborene.
Woon je in een verpleeghuis en heb je geen eigen huisarts? Dan mag een basisarts die in jouw verpleeghuis werkt jou doorverwijzen.
Voor een second opinion door een medisch specialist heb je een verwijzing nodig van de huisarts of de behandelend medisch specialist.

Een verwijzing is niet nodig als er sprake is van acute zorg.

Toestemming vooraf

Onderga je een polysomnografie (een uitgebreide slaapregistratietest waarin de kwaliteit van jouw ademhaling en slaap wordt gemeten) bij een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heb je vooraf toestemming van ons nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet je zorgverlener gebruikmaken van het formulier ‘aanvraag machtiging niet-gecontracteerde polysomnografie’, dat op onze website staat.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Let op!

Voor zelfstandige behandelcentrums (ZBC's) gaan wij uit van de ZBC-tarievenlijst. De lijsten met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen en ZBC's staan ook op onze website of kun je bij ons opvragen. Wanneer een extramuraal werkend specialist geen contract met ons heeft, vindt vergoeding op dezelfde wijze plaats als voor niet-gecontracteerde ZBC's.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.12 Mondzorg (tandheelkunde)

3.12.1 Bijzondere tandheelkunde (alle leeftijden)

Inhoud zorg

Je hebt recht op mondzorg verleend door een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus, orthodontist of kaakchirurg, voor zover er sprake is van zorg zoals tandartsen plegen te bieden en die noodzakelijk is in een van de volgende situaties:

a. Je hebt een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dat je zonder die zorg geen tandheelkundige functie kunt behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke je zou hebben gehad zonder deze aandoening. Je hebt daarnaast ook recht op het aanbrengen van implantaten als je een zeer ernstig geslonken tandenloze kaak hebt. Bovendien moet het implantaat zijn bedoeld om hierop een uitneembare prothese te bevestigen.
b. Je hebt een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening en je kunt zonder die zorg geen tandheelkundige functie behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke je zou hebben gehad zonder deze aandoening.
c. Je moet een niet-tandheelkundige medische behandeling ondergaan die zonder bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en je kunt zonder die zorg geen tandheelkundige functie behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke je zou hebben gehad zonder deze aandoening.

Let op!

Orthodontische zorg door een orthodontist valt alleen onder bijzondere tandheelkunde als je een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mond-stelsel hebt, vergelijkbaar met een schisisafwijking. Hierbij moet medediagnostiek of medebehandeling van een kaakchirurg of van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn.

Uitsluitingen

Je hebt geen recht op:

- reparatie of vervanging van een bestaande orthodontische voorziening als je deze verliest of beschadigt door jouw eigen schuld of nalatigheid (code F811A);
- beugelcategorie 0 (myofunctionele apparatuur);
- beugelcategorie 7 (vacuümgevormde beugels, aligners) wanneer daar in jouw individuele situatie geen medische reden voor is of wanneer de kosten van de behandeling met vacuümgevormde beugels of aligners hoger zijn dan die van de behandeling met andersoortige beugels.

Wie mag deze zorg verlenen

a. Een tandarts, mondhygiënist, of tandprotheticus, gespecialiseerd in de behandeling van specifieke problemen in de mondzorg of in de behandeling van gehandicapte of angstige patiënten.
b. Een autotransplantaat (diagnostiek en het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand of kies) moet uitgevoerd 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;
c. Een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde;
d. Een kaakchirurg;
e. Een orthodontist;
f. Een NVGPT erkende tandarts-gnatholoog.

Let op!

Voor het aanbrengen van een implantaat mag de zorg uitsluitend worden verleend door een gespecialiseerde tandarts op het gebied van implantologie of een kaakchirurg. Het klikgebit mag ook worden geleverd door een tandprotheticus. Voor orthodontie als onderdeel van de bijzondere tandheelkunde mag de zorg uitsluitend worden verleend door een orthodontist of in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde. Behandelingen van kaakklachten (zoals pijnklachten van kaakgewrichten en kauwspieren) mogen uitsluitend worden uitgevoerd door een door de NVGPT erkende tandarts-gnatholoog of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

Een tandarts moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Een mondhygiënist moet zijn opgeleid zoals bedoeld in het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.

Een tandprotheticus moet voldoen aan de eisen van het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

Een kaakchirurg moet zijn ingeschreven in het register voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Een orthodontist moet zijn ingeschreven in het register voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT) is een instelling voor het verlenen van tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen, die zich kenmerkt door een samenwerkingsverband van gedifferentieerde mondzorgverleners met specifieke deskundigheden, vaardigheden, kennis en faciliteiten respectievelijk ondersteuning door andere disciplines (zoals psychologie, fysiotherapie en logopedie). In een CBT wordt consultatie, diagnostiek en behandeling verleend aan patiënten met bijzondere (tandheelkundige) problematiek, veelal in multidisciplinair verband.

Verwijzing

Voor een behandeling door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde heb je een verwijzing nodig van jouw tandarts, huisarts, kaakchirurg of medisch specialist.
Voor een behandeling door een kaakchirurg heb je een verwijzing nodig van jouw tandarts, huisarts, een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of medisch specialist.

Toestemming vooraf

Vergoeding van de kosten van zorg genoemd onder dit artikel vindt alleen plaats als De Friesland voorafgaand aan de behandeling schriftelijk toestemming heeft verleend. Een aanvraag moet zijn voorzien van een gemotiveerd verzoek, een behandelplan met begroting en zo nodig beschikbare röntgenfoto's en/of lichtfoto's.

Eigen bijdrage

Als je achttien jaar of ouder bent, kun je voor de zorg genoemd onder dit artikel een eigen bijdrage verschuldigd zijn tot ten hoogste het bedrag dat bij jou in rekening zou worden gebracht als er geen sprake was van bijzondere tandheelkunde. Je bent deze eigen bijdrage verschuldigd voor zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. Angstpatiënten zijn deze eigen bijdrage altijd verschuldigd. In artikel 12.2 kun je vinden om welke eigen bijdrage(n) dit gaat.
Als de zorg genoemd onder dit artikel bestaat uit een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, bedraagt de eigen bijdrage 8% van de kosten voor de bovenkaak en 10% van de kosten voor de onderkaak.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders. Een eventuele eigen bijdrage vergoeden wij niet.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.12.2 Reguliere tandheelkunde (achttien jaar en ouder)

Inhoud zorg

Als je achttien jaar of ouder bent, kun je naast de onder artikel 12.1 genoemde bijzondere tandheelkunde recht hebben op:

a. chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij horende röntgenonderzoek, met uitzondering van:
   - ongecompliceerde extracties inclusief het daarbij horende röntgenondezoek;
   - parodontale chirurgie;
   - het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat.
b. een uitneembaar volledig kunstgebit of klikgebit voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten. Tot een uitneembaar volledig klikgebit te plaatsen op tandheelkundige implantaten, behoort ook het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur;
c. reparatie en rebasing van een bestaand uitneembaar volledig kunstgebit of klikgebit of van een bestaand volledig overkappingskunstgebit.

Uitsluiting

Je hebt geen recht op vergoeding van de bevestigingsmaterialen die zorgen voor de verbinding tussen het volledige overkappingskunstgebit en de natuurlijke elementen (jouw eigen tandwortels).

Wie mag deze zorg verlenen

Zorg genoemd onder a.: een kaakchirurg.

Zorg genoemd onder b.: een tandprotheticus of tandarts.

Zorg genoemd onder c.: een tandprotheticus of tandarts. Voor reparaties (dus niet rebasen) mag een tandtechnicus de zorg ook verlenen, maar alleen als sprake is van reparaties aan een uitneembaar volledig kunstgebit voor de boven- en/of onderkaak en als er geen handelingen in de mond nodig zijn. Hieronder valt het buiten de mond herstellen van een scheur of een eenvoudige breuk in het kunstgebit waarbij de delen van het kunstgebit eenvoudig in elkaar passen. Of het buiten de mond vastzetten van een tand of kies aan het kunstgebit.

Een kaakchirurg moet zijn ingeschreven in het register voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Een tandprotheticus moet voldoen aan de eisen van het ‘Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus’.

Een tandarts moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Verwijzing

Voor een behandeling door de kaakchirurg heb je een verwijzing nodig van jouw huisarts, tandarts, tandarts-specialist, orthodontist, mondhygiënist, tandprotheticus, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of een andere medisch specialist of jeugdarts. Een mondhygiënist mag jou alleen doorverwijzen bij verdenking op pathologie van de slijmvliezen in de mond. Dit mag niet veroorzaakt worden door problemen aan gebitselementen of tandvlees. Een tandprotheticus mag jou alleen doorverwijzen bij verdenking op pathologie in een tandeloze mond. Ga je voor de zorg onder b. naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de behandeling? Dan moet jouw tandarts of kaakchirurg jou hebben doorverwezen.

Toestemming vooraf

Voorafgaande schriftelijke toestemming door De Friesland is vereist in de volgende situaties:

a. de zorg bestaat uit het trekken van een of meer tanden of kiezen onder narcose;
b. de zorg bestaat uit een osteotomie (kaakstandcorrectie);
c. er is sprake van vervanging van het kunstgebit of klikgebit (met uitzondering van het tijdelijke kunstgebit of klikgebit) binnen vijf jaar na aanschaf en voor een tijdelijk kunstgebit of klikgebit (code P023) binnen een half jaar;
d. je laat een nieuw volledig klikgebit op implantaten en/of bevestigingsmateriaal (drukknoppen of staaf) voor boven- en/of onderkaak maken;
e. je laat een volledig kunstgebit voor de boven- en/of onderkaak maken, plaatsen, aanpassen of herstellen en de materiaal- en techniekkosten zijn hoger dan ons maximumbedrag;
f. correctie van de kaak in combinatie met het trekken van een of meer tanden of kiezen;
g. kinplastiek als zelfstandige verrichting;
h. botopbouw voor en/of tijdens een implantologische behandeling (pre- en per-implantologische chirurgie);
i. het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling;
j. plastische chirurgie;
k. voor de “Toeslag zeer ernstig geslonken kaak” (code P044). Hier heb je alleen recht op als je aanspraak hebt op tandheelkundige implantaten en je besluit deze niet te laten plaatsen.

Een aanvraag moet zijn voorzien van een gemotiveerd verzoek, een behandelplan met begroting en zo nodig beschikbare röntgenfoto’s. Het behandelplan moet zijn opgesteld door jouw tandarts, orthodontist of kaakchirurg, voor zover deze daartoe bekwaam en bevoegd is.

Eigen bijdrage

a. Voor een uitneembaar volledig kunstgebit of klikgebit voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten, is de eigen bijdrage 25% van de kosten van die voorziening. In afwijking hiervan is de eigen bijdrage:
    - 8% van de kosten per voorziening voor de bovenkaak en 10% van de kosten per voorziening voor de onderkaak, als de zorg bestaat uit een uitneembaar volledig klikgebit te plaatsen op tandheelkundige implantaten;
    - 17% van de kosten voor het gelijktijdig plaatsen van een kunstgebit op de ene kaak en een klikgebit op tandheelkundige implantaten op de andere kaak (code J080).
b. Voor reparatie en overzetting (rebasing) is de eigen bijdrage 10% van de kosten.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders. Een eventuele eigen bijdrage vergoeden wij niet.

Let op!

Wij hanteren maximumbedragen aan materiaal- en techniekkosten voor:
- het maken van een uitneembare volledig kunstgebit of klikgebit voor boven- en/of onderkaak, al dan niet op implantaten;
- het repareren en rebasen van een volledig kunstgebit of klikgebit;
- tandheelkundige implantaten.

Je kunt deze bedragen terugvinden op onze website of bij ons opvragen.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.12.3 Reguliere tandheelkunde (jonger dan achttien jaar)

Inhoud zorg

Als je jonger dan achttien jaar bent, heb je naast de onder artikel 12.1 genoemde bijzondere tandheelkunde recht op:

a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij je tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp bent aangewezen;
b. een incidenteel tandheelkundig consult;
c. het verwijderen van tandsteen;
d. fluorideapplicaties vanaf het doorbreken van blijvende gebitselementen, maximaal tweemaal per jaar, tenzij je tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp bent aangewezen;
e. sealing;
f. parodontale hulp;
g. anesthesie (plaatselijke verdoving);
h. endodontische hulp (wortelkanaalbehandeling);
i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen (vullingen);
j. gnathologische hulp (hulp bij kaakgewrichtproblemen of knarsen);
k. uitneembare prothetische voorzieningen (frameprothese, partiële prothese (plaatje) of volledig kunstgebit);
l. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
m. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp;
n. tot de leeftijd van 23 jaar: tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, als:
   - het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die in het geheel niet zijn aangelegd, of;
   - het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
   - de noodzaak van deze zorg is vastgesteld voordat je de leeftijd van achttien jaar hebt bereikt.

Uitsluitingen

Wij vergoeden geen:
- cosmetische behandelingen;
- behandelingen van witte vlekken (codes M80 en M81);
- niet-restauratieve behandelingen van cariës in het melkgebit (code M05);
- therapeutische injecties met botox (code G44);
- uitgebreid onderzoek ten behoeve van het opstellen, vastleggen en verstrekken van behandelplan aan de patiënt (code C012);
- reguliere orthodontische hulp;
- orthodontie om de ruimte van de ontbrekende tand(en) te sluiten voor de zorg genoemd onder n.

Wie mag deze zorg verlenen

Zorg genoemd onder a. t/m m. met uitzondering van autotransplantaten: een tandarts, kaakchirurg of tandprotheticus. De zorg genoemd onder a. t/m g., i. en m. mag in plaats daarvan ook worden verleend door de mondhygiënist. Voor de zorg genoemd onder i. geldt dit alleen voor één- en tweevlaksvullingen. Voor de zorg genoemd onder g., i. en m. is een opdracht van de tandarts aan de mondhygiënist nodig, tenzij de zorg wordt verleend door een geregistreerd-mondhygiënist op grond van het Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid geregistreerd-mondhygiënist. Een autotransplantaat (diagnostiek en het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand of kies) moet uitgevoerd 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.
De zorg genoemd onder n. mag worden verleend door een tandarts of kaakchirurg.

Een tandarts moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Een kaakchirurg moet zijn ingeschreven in het register voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Een tandprotheticus moet voldoen aan de eisen van het ‘Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus’.

Een mondhygiënist moet zijn opgeleid zoals bedoeld in het ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’.

Verwijzing

Voor een bezoek aan de kaakchirurg heb je een verwijzing nodig van jouw tandarts, orthodontist, huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts of andere medisch specialist. Voor tandvervangende hulp tot 23 jaar door de kaakchirurg heb je een verwijzing nodig van jouw tandarts.

Toestemming vooraf

Voorafgaande schriftelijke toestemming door De Friesland is vereist in de volgende situaties:

a. de zorg bestaat uit het trekken van een of meer tanden of kiezen onder narcose;
b. de zorg bestaat uit een osteotomie (kaakstandcorrectie);
c. correctie van de kaak in combinatie met het trekken van een of meer tanden of kiezen;
d. kinplastiek als zelfstandige verrichting;
e. botopbouw voor en/of tijdens een implantologische behandeling (pre- en per-implantologische chirurgie);
f. het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling;
g. het maken van een kaakoverzichtsfoto (code X21);
h. meer dan twee fluoridebehandelingen per jaar;
i. autotransplantaten (diagnostiek (codes H36 en H37) en het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand of kies (codes H38 en H39));
j. sealen in het melkgebit;
k. het sealen van meer dan 8 tanden en/of kiezen per jaar in het blijvende gebit (codes V30/V35);
l. als er meer dan 1 uur per jaar aan preventieve voorlichting/evaluatie van preventie nodig is (meer dan 12x code M01 en/of M02);
m. als er meer dan 30 minuten gebitsreiniging (meer dan 6 x code M03) per dag nodig is;
n. als er meer dan 1,5 uur gebitsreiniging (meer dan 18 x code M03) per jaar nodig is;
o. als er meer dan 6 vullingen (codes V71 t/m V74, V81 t/m V84, V91 t/m V94) per dag of 10 vullingen (V71 t/m V74, V81 t/m V84, V91 t/m V95) per jaar geplaatst moeten worden;
p. tot de leeftijd van 23 jaar: tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten.

Een aanvraag moet zijn voorzien van een gemotiveerd verzoek, een behandelplan met begroting en zo nodig beschikbare röntgenfoto’s.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt niet onder het eigen risico, omdat dit zorg betreft aan kinderen jonger dan achttien jaar. Uitzondering hierop is tandvervangende hulp tot de leeftijd van 23 jaar, die valt wel onder het eigen risico.

3.13 Oncologieonderzoek bij kinderen

Inhoud zorg

Je hebt recht op centrale (referentie)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal.

Wie mag deze zorg verlenen

Het Prinses Máxima Centrum voor kinderoncologie.

Vergoeding

Wij vergoeden de zorg volledig als deze wordt verleend door het Prinses Máxima Centrum voor kinderoncologie. Wordt de zorg door een andere zorgaanbieder verleend, dan bestaat geen recht op een vergoeding.

Eigen risico

Deze zorg valt niet onder het eigen risico, omdat dit zorg betreft aan kinderen jonger dan achttien jaar.

3.14 Paramedische zorg

Inhoud zorg algemeen

Je hebt recht op diëtetiek, ergotherapie, fysiotherapie (incl. valpreventie), oefentherapie (incl. valpreventie) en logopedie zoals diëtisten, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, oefentherapeuten respectievelijk logopedisten plegen te bieden.

3.14.1 Diëtetiek

Inhoud zorg

Je hebt recht op zorg met een medisch doel, tot een maximum van drie behandeluren per kalenderjaar.

Wie mag deze zorg verlenen

Een diëtist die voldoet aan de eisen zoals die aan een diëtist worden gesteld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.