

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

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

Zaaknummer: 202500434

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij bericht van 2 september 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 15 september 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 25 september 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 26 september 2025 aan verzoeker gezonden.
Bij e-mailbericht van 30 september 2025 heeft verzoeker hierop gereageerd en de commissie ook een foto gestuurd. Kopieën hiervan zijn aan de ziektekostenverzekeraar gezonden, waarna deze bij brief van 7 oktober 2025 heeft gereageerd. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Op 22 oktober 2025 heeft verzoeker de commissie een verklaring van zijn tandarts – gedateerd 21 oktober 2025 – doen toekomen. Een kopie van deze verklaring is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.4. Bij brief van 3 november 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025023235) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Hierin adviseert het Zorginstituut de commissie nader onderzoek te laten uitvoeren. Dit omdat op basis van de overgelegde stukken niet kan worden beoordeeld of verzoeker aanspraak heeft op vergoeding. Om een goede beoordeling te kunnen uitvoeren, dient de volgende informatie aan het dossier te worden toegevoegd:
 - 3D-modellen (fysiek of digitaal) van het gebit van verzoeker, waarop de mond van verzoeker in gesloten positie (maximale occlusie) zichtbaar is;
 - nadere informatie van de behandelend MKA-chirurg of orthodontist van verzoeker over de aard en de ernst van de schade voortvloeiende uit de functiestoornis.
- 1.5. Een kopie van het voorlopig advies van het Zorginstituut is op 4 november 2025 aan partijen gezonden. De commissie heeft verzoeker in de begeleidende brief gevraagd de ontbrekende informatie, zoals benoemd in het advies van het Zorginstituut van 3 november 2025, op te sturen.

Verzoeker heeft de commissie bij e-mailberichten van 4 november 2025 en 24 november 2025 medische informatie gezonden. Afschriften hiervan zijn aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

- 1.6. De reacties van verzoeker van 4 november 2025 en 24 november 2025 zijn op 25 november 2025 in kopie aan het Zorginstituut gezonden met de vraag een nader voorlopig advies uit te brengen, met inachtneming van hetgeen door verzoeker is toegestuurd.
Bij e-mailbericht van 8 december 2025 heeft verzoeker de commissie digitale 3D-modellen van zijn gebit gestuurd. Een kopie van dit e-mailbericht is zowel aan de ziektekostenverzekeraar als aan het Zorginstituut gezonden.
Bij brief van 23 december 2025 heeft het Zorginstituut een nader voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 24 december 2025 aan partijen gestuurd.
- 1.7. Bij brief van 29 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie een nadere reactie doen toekomen. Een kopie hiervan is aan verzoeker gezonden.
- 1.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 januari 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.9. De aantekeningen van de hoorzitting alsmede een kopie van de reactie van de ziektekostenverzekeraar van 29 december 2025 zijn op 2 februari 2026 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het nader voorlopig advies van 23 december 2025 aanpassing behoeft. In de begeleidende brief heeft de commissie het Zorginstituut verzocht in het definitief advies in te gaan op de vraag van verzoeker waarom er geen openbaar toegankelijk programma is gedownload om de aangeleverde .dcm-bestanden te kunnen inzien. Bij brief van 12 februari 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is, eveneens op 12 februari 2026, aan partijen gestuurd, waarbij hun de mogelijkheid is geboden hierop te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 12 februari 2026 van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan verzoeker gezonden.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Basis Collectief en Tandarts Collectief (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 2.2. Ten behoeve van verzoeker is door de behandelend orthodontist op 2 juni 2023 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan voor een orthodontische behandeling.
- 2.3. Bij brief van 5 juli 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag voor de orthodontische behandeling is afgewezen. De eveneens aangevraagde kaakchirurgische behandeling (osteotomie) werd wel akkoord bevonden.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. In het kader van de herbeoordeling heeft de ziektekostenverzekeraar bij verzoeker gebitsmodellen opgevraagd. Na ontvangst van deze modellen heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 2 april 2024 aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 3 november 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

- 2.6. Bij brief van 23 december 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een nader voorlopig advies uitgebracht.
- 2.7. Bij brief van 12 februari 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aangevraagde orthodontische behandeling te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Verzoeker heeft hiertoe aangevoerd dat zowel de behandelend kaakchirurg als de orthodontist die de aanvraag heeft gedaan van mening is dat de behandeling dient te worden vergoed. De aangevraagde orthodontische behandeling is noodzakelijk ter voorbereiding van, en in vervolg op de kaakoperatie. De kaakoperatie is door de ziektekostenverzekeraar goedgekeurd. Zonder het orthodontische voor- en natraject kan de kaakoperatie niet worden uitgevoerd. De ziektekostenverzekeraar wijst vergoeding van de kosten echter af omdat volgens zijn tandheelkundig adviseur de ondertanden van verzoeker niet zijn verhemelte raken. Dit is een onjuiste veronderstelling, aangezien verzoeker zelfs eeltvorming heeft aan het verhemelte. Een en ander blijkt zowel uit een foto die verzoeker van zijn orthodontist heeft ontvangen en bij e-mailbericht van 30 september 2025 aan de commissie heeft gestuurd, als uit een verklaring van zijn tandarts van 21 oktober 2025.
- 3.3. Bij e-mailbericht van 24 november 2025 heeft de behandelend orthodontist het volgende over verzoeker verklaard: *”Door de terugliggende stand van de onderkaak is er een ongunstige afsteuning ontstaan in het front. Door de vergrote overbeet is het onderfront gaan uitgroeien in de palatinale gingivaregio. Als gevolg van deze uitgroeï is er schade ontstaan aan de gingiva en het ophangstelsel van de rechter centrale snijtand (11). Met mobiliteit tot gevolg.”*
- 3.4. Ter zitting heeft verzoeker toegelicht dat de tandarts hem in 2023 duidelijk heeft gemaakt dat zijn klachten werden veroorzaakt door een aanwezige overbeet. Deze overbeet kon volgens de tandarts alleen worden verholpen door middel van een gecombineerde orthodontische en kaakchirurgische behandeling. Omdat zonder deze behandelingen de tanden en kiezen zouden afbreken was enige haast geboden. Het pre-orthodontisch traject is intussen bijna afgerond. Zowel de ziektekostenverzekeraar als het Zorginstituut stelt zich op het standpunt dat er geen aantoonbare schade aan het verhemelte aanwezig is. Verzoeker heeft het tegendeel willen aantonen door middel van overlegging van .dcm-bestanden. Het is vreemd te moeten vernemen dat de ziektekostenverzekeraar en het Zorginstituut deze bestanden niet kunnen openen, terwijl verzoeker zelf een programma op internet heeft gevonden waarmee dit wel mogelijk is. Daarnaast heeft verzoeker van zijn tandarts begrepen dat ook veel tandartsen gebruik maken van .dcm-bestanden. Het Zorginstituut heeft verzocht om in plaats van deze bestanden fysieke gebitsmodellen te sturen, maar hierover beschikt verzoeker niet.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de aanvraag voor de orthodontische behandeling terecht door hem is afgewezen. Er gelden namelijk verschillende indicatiecriteria voor de aanspraak op kaakchirurgie en een orthodontische behandeling. De aanspraak op een kaakchirurgische behandeling moet worden beoordeeld aan de hand van de criteria voor medisch specialistische zorg. Een orthodontische behandeling is daarentegen een tandheelkundige ingreep en hiervoor gelden strengere criteria. Orthodontie is in beginsel geen verzekerde prestatie op grond van de Zorgverzekeringswet. Alleen als er een indicatie is tot bijzondere tandheelkundige

hulp, kan orthodontie vanuit de basisverzekering worden vergoed. Dit is aan de orde indien er sprake is van een zeer ernstige groei- of ontwikkelingsstoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Tevens moet daarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn. Voor de bepaling van de ernst van de afwijking wordt gebruik gemaakt van een 'Indicatieve lijst'.

- 4.2. De ziektekostenverzekeraar kon op basis van de overgelegde licht- en röntgenfoto's niet goed nagaan of verzoeker voldeed aan een bepaald criterium van de 'Indicatieve lijst', te weten: een traumatisch verdiepte beet mét aantoonbare schade aan het parodontium of palatum/verhemelte. Daarom zijn bij verzoeker gebitsmodellen opgevraagd. Aan de hand van deze modellen is gezien dat geen sprake is van aantoonbare schade aan het parodontium. Aangezien op de modellen zelfs nog redelijk veel ruimte aanwezig is, heeft dit geleid tot een afwijzing van de aanvraag voor orthodontie.
Opgemerkt dient te worden dat de behandelend orthodontist en de tandheelkundig adviseur van de ziektekostenverzekeraar nog telefonisch contact met elkaar hebben gehad. Tijdens dit gesprek heeft de orthodontist verklaard dat er wel contact is tussen het onderfront en het palatum/verhemelte. De tandheelkundig adviseur heeft vervolgens uitgelegd dat alleen een vergoeding vanuit de basisverzekering mogelijk is bij zeer ernstige functieproblemen. Voor een zeer diepe beet moet dan duidelijke paradontale schade te zien zijn. Hiervan is bij verzoeker geen sprake.
- 4.3. In reactie op de door verzoeker toegestuurde kleurenfoto heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 7 oktober 2025 toegelicht dat op basis van deze foto twijfel zou kunnen bestaan. Om die twijfel weg te nemen zijn tot twee keer toe gebitsmodellen opgevraagd. Uit deze gebitsmodellen bleek, als gezegd, dat er geen enkel contact is tussen het onderfront en het palatum/verhemelte. Van een traumatische palatumbet is dan ook geen sprake. Een en ander is ook niet waarschijnlijk, gelet op de overbeet van 5 mm en de overjet van 10 mm. Bij verzoeker bestaat derhalve geen heel diepe beet, waarbij schade aan het parodontium of verhemelte is te verwachten.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 29 december 2025 verklaard dat verzoeker al op 23 oktober 2025 is gestart met de orthodontische behandeling. Aangezien de situatie zoals deze aanwezig was vóór de start van de behandeling bepalend is, zijn de op 11 december 2025 overgelegde scans van de mond met de reeds geplaatste orthodontische apparatuur niet relevant voor de beoordeling. Verder is door de ziektekostenverzekeraar gesteld dat ook uit de overgelegde nieuwe informatie niet blijkt dat bij verzoeker sprake is van contact tussen het onderfront en het palatum/verhemelte. Dat er bij verzoeker tijdens het kauwen schade ontstaat, is volgens de ziektekostenverzekeraar niet navolgbaar, omdat tijdens het kauwen nog een voedselbolus tussen de molaren zit, waardoor de afstand juist wordt vergroot. De in de verklaring genoemde ruimte van 0,2 mm is in de praktijk groter, maar ook als er een ruimte van slechts 0,2 mm zou zijn, dan is een dergelijke schade bij het kauwen niet aannemelijk.
- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald en is door hem nogmaals benadrukt dat bij verzoeker weliswaar sprake is van een overbeet, maar dat deze gering is, waardoor het niet aannemelijk is dat schade aan het palatum ontstaat.
- 4.6. In reactie op het definitief advies van het Zorginstituut voert de ziektekostenverzekeraar aan dat hij over voldoende materiaal beschikt om de aanvraag te kunnen beoordelen. Zo zijn in het verleden fysieke gebitsmodellen gestuurd en zijn er in de onderhavige procedure scans aangeleverd. Hieruit blijkt duidelijk dat bij verzoeker geen sprake is van een verzekeringsindicatie voor een orthodontische behandeling ten laste van de zorgverzekering.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 3 november 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Het Zorginstituut merkt allereerst het volgende op ten aanzien van de beoordeling van orthodontie en osteotomie. Er gelden verschillende indicatiecriteria voor de aanspraak op kaakchirurgie en een orthodontische behandeling en deze worden los van elkaar getoetst. Voor vergoeding van een kaakchirurgische behandeling ten laste van de basisverzekering moet de verzekerde redelijkerwijs zijn aangewezen op deze behandeling.

Voor orthodontische hulp gelden strenge criteria. Het moet gaan om een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis, of een verworven afwijking van het tand-kaak- mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. Voor osteotomie gelden deze specifieke criteria niet.

Bij het bepalen of er sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel wordt gebruik gemaakt van de indicatieve lijst (zie juridisch kader). Uit de beschikbare informatie kan het Zorginstituut niet opmaken of de onderkaak van verzoeker het gehemelte raakt en, indien dat het geval is, welke schade hierdoor ontstaat. Voor de beoordeling van de aanspraak is het nodig dat de gemaakte 3D-modellen worden verstrekt en nadere informatie over het ontstaan en de ernst van de schade aan het dossier wordt toegevoegd.

Nader onderzoek

Het dossier bevat onvoldoende informatie om te beoordelen of verzoeker voldoet aan de vergoedingsvoorwaarden voor de zorg of behandelingen. Om te kunnen beoordelen of verzoeker voldoet aan de voorwaarden voor vergoeding van orthodontie dient de volgende informatie aan het dossier toegevoegd te worden:

- *3D-modellen (fysiek of digitaal) van het gebit van verzoeker, waarop de mond van verzoeker in gesloten positie (maximale occlusie) zichtbaar is;*
- *Nadere informatie van de behandelend MKA-chirurg of orthodontist van verzoeker over de aard en de ernst van de schade voortvloeiende uit de functiestoornis.*

Het advies

Het Zorginstituut adviseert u om nader onderzoek te laten uitvoeren waarbij u rekening houdt met het bovenstaande.”

- 5.2. In het nader voorlopig advies van 23 december 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Aanspraak osteotomie

Het Zorginstituut merkt allereerst het volgende op over de beoordeling van orthodontie en osteotomie. Er gelden verschillende indicatiecriteria voor de aanspraak op kaakchirurgie en een orthodontische behandeling en deze worden los van elkaar getoetst. Voor vergoeding van een kaakchirurgische behandeling ten laste van de basisverzekering moet de verzekerde redelijkerwijs zijn aangewezen op deze behandeling.

Voor orthodontische hulp gelden strenge criteria. Het moet gaan om een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. Voor osteotomie gelden deze specifieke criteria niet. Uit de brief van 25 maart 2025 blijkt dat verweerder de osteotomie bij verzoeker heeft goedgekeurd.

Beoordeling orthodontie

Bij het bepalen of er sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel wordt gebruik gemaakt van de indicatieve lijst (zie juridisch kader). De afwijkingen bij verzoeker zijn qua ernst niet vergelijkbaar met de aandoeningen zoals genoemd op de indicatieve lijst. In de situatie van verzoeker is er getoetst of er sprake is van een zeer diepe beet met gingivaal of palatinaal trauma, met aantoonbare schade aan het parodontium of palatum. Op de aangeleverde foto's en modellen is zichtbaar dat de overlap van de tanden in verticale zin vijf millimeter bedraagt, terwijl de klinische kroon van de voortanden in verticale zin groter is dan vijf millimeter. Hierom kan er niet worden geconcludeerd dat er bij verzoeker sprake is van een zeer diepe beet. Daarnaast geven de aangeleverde lichtbeeldfoto's en modellen geen uitsluitel of er aantoonbare schade is aan het parodontium of palatum.

Daarnaast kan op basis van de overige informatie in het dossier niet objectief worden vastgesteld dat verzoeker leidt aan [een] andere zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoeker een (verzekerings)indicatie heeft voor orthodontische hulp. Verzoeker kan dan ook geen aanspraak maken op vergoeding van een orthodontische behandeling ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker heeft geen (verzekerings)indicatie voor de vergoeding van een orthodontische behandeling ten laste van de basisverzekering.”

- 5.3. In het definitief advies van 12 februari 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Uit het verslag komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het tweede voorlopig advies van 23 december 2025 te herzien. U kunt het tweede voorlopig advies als definitief beschouwen.

De commissie verzoekt het Zorginstituut aandacht te besteden aan de vraag van verzoeker waarom er geen openbaar toegankelijk programma is gedownload om de aangeleverde DCM-bestanden te kunnen inzien.

Het staat het Zorginstituut niet vrij om elk openbaar toegankelijk (computer)programma van het internet te downloaden. Om veiligheidsredenen kan het Zorginstituut alleen gebruikmaken van zorgvuldig geselecteerde en geverifieerde programma's. Een programma om DCM-bestanden te openen is momenteel niet beschikbaar binnen het Zorginstituut.”

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over mondzorg en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' en die uit het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies

Zorgverzekering

- 7.2. Verzoeker heeft in de eerste plaats aangevoerd dat de osteotomie en de aangevraagde orthodontische behandeling, als onderdelen van één behandeltraject, in samenhang moeten worden gezien. Zonder de orthodontische behandeling heeft het uitvoeren van de osteotomie geen zin, aldus verzoeker. De commissie begrijpt dat verzoeker dit zo ziet, wat echter niet wil zeggen dat dit ook geldt voor de aanspraken op basis van de zorgverzekering. De commissie overweegt dat voor de beoordeling van de verzekeringsaanspraken onderscheid moet worden gemaakt tussen de kaakchirurgische ingreep (osteotomie) en de orthodontische behandeling. De kaakchirurgische operatie is een medisch-specialistische behandeling, terwijl de orthodontie een tandheelkundige behandeling betreft. Een verzekeringsindicatie voor kaakchirurgie betekent niet dat tevens een verzekeringsindicatie voor orthodontie in bijzondere gevallen kan worden aangenomen, ook al kan de kaakoperatie niet plaatsvinden zonder het orthodontische voor- en natraject. Het voorgaande volgt uit de aan de verzekeringsvoorwaarden ten grondslag liggende regelgeving, waarbij de aanspraak op orthodontie in bijzondere gevallen is geregeld in artikel 2.7, derde lid, in samenhang met artikel 2.7, eerste lid, Bzv, en die op kaakchirurgie in artikel 2.7, vijfde lid, Bzv. Ten aanzien van de verzekeringsindicatie voor de osteotomie geldt dat partijen niet erover verdeeld zijn dat verzoeker hierop redelijkerwijs is aangewezen. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard de kosten van de kaakchirurgische ingreep te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Beoordeling van de aanspraak op dit punt kan dus achterwege blijven. Hetgeen partijen verdeeld houdt is het antwoord op de vraag of de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de kosten van de eveneens aangevraagde orthodontische behandeling terecht heeft afgewezen. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.
- 7.3. De aanspraak op orthodontie in bijzondere gevallen is geregeld in artikel B.12.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering, welke bepaling zijn grondslag vindt in artikel 2.7, derde lid, in samenhang met het eerste lid, Bzv. In het eerste lid, onder a, staat dat aanspraak bestaat op deze zorg bij een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Uit de Nota van Toelichting bij dit artikel volgt dat het hierbij moet gaan om een situatie die in ernst vergelijkbaar is met schisis. De vroegere Ziekenfondsraad heeft destijds een 'Indicatieve lijst' opgesteld van aandoeningen die in ernst vergelijkbaar zijn met schisis. Deze lijst is weliswaar geen wettelijk voorschrift, maar wordt wel gehanteerd als richtsnoer om vast te stellen of bij een verzekerde een (verzekerings)indicatie aanwezig is voor orthodontie in bijzondere gevallen. Recent is de 'Indicatieve lijst' vervangen door de nieuwe indicatieve lijst 'Aanspraken orthodontische hulp vanuit de basisverzekering' van de KNMT, waarbij overigens geen voor de onderhavige kwestie relevante aanpassingen zijn doorgevoerd. Ook de commissie hanteert de 'Indicatieve lijst' als richtsnoer. Daarnaast moet medediagnostiek of medebehandeling door andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn.
- 7.4. De 'Indicatieve lijst' noemt onder 'seriously handicapping malocclusions' onder meer een 'Zeer diepe beet met gingivaal of palatinaal trauma, met aantoonbare schade aan het parodontium'. De behandelend orthodontist heeft verklaard dat dit bij verzoeker aan de orde is, hetgeen door de ziektekostenverzekeraar wordt bestreden. Het Zorginstituut concludeert op basis van de overgelegde stukken in zijn advies van 23 december 2025 dat bij verzoeker geen sprake is van een zeer diepe beet. Daarnaast merkt het Zorginstituut in voornoemd advies op dat de overgelegde

lichtfoto's en modellen geen uitsluitel geven of ook daadwerkelijk sprake is van aantoonbare schade aan het parodontium of palatum.

De commissie overweegt dat het, gelet op artikel 150 Rv, op de weg van degene die aanspraak maakt op dekking vanuit een verzekering ligt om aan te tonen dat aan de in dat verband geldende voorwaarden is voldaan. Verzoeker heeft weliswaar gesteld dat bij hem aantoonbare schade aan het palatum aan de orde is, maar hiervan heeft hij geen overtuigend bewijs geleverd. Zijn verwijzing, in dit verband, naar de .dcm-bestanden die hij heeft aangeleverd, treft geen doel. Deze bestanden kunnen niet alleen door de ziektekostenverzekeraar en het Zorginstituut, maar ook niet door de commissie worden geopend. Deze omstandigheid komt voor rekening en risico van verzoeker.

Daarentegen heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat aan de hand van de modellen geen ernstige schade aan het palatum is vastgesteld, en dat het ook niet logisch is dat dergelijke schade ontstaat bij een overbeet van 5 millimeter en een overjet van 10 millimeter. De commissie concludeert dat het bestaan van eerdergenoemde verzekeringsindicatie door verzoeker niet is aangetoond onderscheidenlijk gemotiveerd is bestreden door de ziektekostenverzekeraar. Van een andere zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel is in de procedure niet gebleken. Daarmee voldoet verzoeker niet aan de voorwaarden die gelden voor orthodontie in bijzondere gevallen en heeft hij geen aanspraak op vergoeding van de inmiddels aangevangen orthodontische behandeling ten laste van de zorgverzekering.

Slotsom

7.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 27 maart 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. Voorwaarden zorgverzekering
2. Wetgeving

B.12.3. Orthodontie in bijzondere gevallen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Orthodontie valt onder uw zorgverzekering als:

- u voldoet aan de eisen die genoemd zijn in artikel B.12.1.; en
- sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel waarbij medebehandeling van andere disciplines dan tandheelkundige zorg noodzakelijk is.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De volgende kosten vergoeden wij niet:
- Reparatie of vervanging van een beugel door eigen schuld (codes F811B* en F811C*)

Voorwaarden (B.12.1., B.12.2. en B.12.3.)

Algemeen

- Als bij een gecombineerde orthodontische en kaakchirurgische behandeling prothetische nabehandeling noodzakelijk is, moet een multidisciplinair behandelplan door alle betrokken zorgverleners opgesteld worden.
- De zorg mag verleend worden op de plaats waar u verblijft; u heeft hiervoor een schriftelijk advies van de huisarts of specialist nodig.

Zorgverlener

- De zorg onder B.12.1. wordt verleend door een tandarts, mondhygiënist, kaakchirurg, orthodontist of een bevoegde zorgverlener die verbonden is aan een centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
- De zorg onder B.12.2. wordt verleend door een tandarts of kaakchirurg;
- De zorg onder B.12.3. wordt verleend door een orthodontist of door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.);
- Als sprake is van een tandheelkundige behandeling onder algehele anesthesie of sedatie wordt deze verleend door een bevoegde zorgverlener:
 - in een door Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde (COBIJT) erkend Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) of
 - waarmee wij voor deze behandeling afspraken hebben gemaakt.

Verwijzing

Als het gaat om het plaatsen van tandheelkundige implantaten, heeft u voor aanvang van de behandeling een verwijzing nodig van een tandarts, orthodontist of tandarts-implantoloog.

Akkoordverklaring

- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig voor de zorg onder B.12.1.
Bij de aanvraag van de akkoordverklaring zit een schriftelijke motivering van uw tandarts en een schriftelijk behandelplan. Wij kunnen onze akkoordverklaring intrekken als:
 - de mondzorg niet meer noodzakelijk is;
 - u de mondhygiëne ernstig verwaarloost;
 - u de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt.
- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is nodig voor het plaatsen van een tandheelkundig implantaat (B.12.2.). Daarbij geldt dat u een ernstig geslonken tandeloze kaak heeft. Bij de aanvraag voor de akkoordverklaring zit een schriftelijke motivering van uw tandarts of kaakchirurg en een schriftelijk behandelplan. Meer informatie over aanvragen kaakchirurgie vindt u in de Limitatieve lijst machtigingen Kaakchirurgie. Deze staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.
- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is nodig voor orthodontie in bijzondere gevallen (B.12.3.). Bij de aanvraag voor de akkoordverklaring zit een schriftelijke motivering van uw orthodontist en een schriftelijk behandelplan.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.13. Mondzorg tot 18 jaar

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Mondzorg tot 18 jaar bestaat naast de zorg die beschreven staat in artikel B.12., uit:

- a. één periodiek preventief tandheelkundig onderzoek per jaar, zo nodig vaker als dit tandheelkundig gezien nodig is;
- b. incidenteel tandheelkundig consult;
- c. verwijderen van tandsteen;
- d. aanbrengen van fluoride maximaal 2x per jaar bij kinderen vanaf het doorbreken van blijvende gebitselementen (dus niet het melkgebit);
- e. aanbrengen van een beschermend laklaagje op de bovenkant van de kiezen (sealingfissuurlak);
- f. behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale hulp);
- g. verdoving (lokale anesthesie);
- h. behandeling van de tandzenuw (endodontische zorg);
- i. restaureren (vullen) van tanden of kiezen met plastische materialen;
- j. behandeling van het kaakgewricht (gnathologische zorg);

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.7

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

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.31

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

Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering

Artikel 150

De partij die zich beroept op rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten of rechten, draagt de bewijslast van die feiten of rechten, tenzij uit enige bijzondere regel of uit de eisen van redelijkheid en billijkheid een andere verdeling van de bewijslast voortvloeit.