

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202400534

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 25 juni 2024 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 12 juli 2024 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 8 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 9 augustus 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 3 september 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024030754) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 4 september 2024 aan partijen gestuurd. Bij brief van 23 september 2024 heeft verzoeker op het advies gereageerd. Een kopie van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 oktober 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. De aantekeningen van de hoorzitting alsmede een afschrift van de reactie van verzoeker van 23 september 2024 zijn op 22 oktober 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 3 september 2024 aanpassing behoeft. In de begeleidende brief heeft de commissie het Zorginstituut verzocht de volgende vragen te beantwoorden:

*"Kunt u in het definitief advies aandacht besteden aan de volgende stellingen van verzoeker:
(i) de beoordeling of aanspraak bestaat op een orthodontische behandeling ten laste van de zorgverzekering dient, anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt, plaats te vinden aan de hand van artikel 2.7, vijfde lid, Bzv (verwijzend naar de uitspraak van het CVZ), en
(ii) de indicatieve lijst is niet limitatief, hetgeen betekent dat ook een combinatie van afwijkingen kan betekenen dat aanspraak bestaat."*

Bij brief van 30 oktober 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 31 oktober 2024 aan partijen gezonden, waarbij zij in de

gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Bij brief van 3 november 2024 heeft verzoeker gereageerd op het definitief advies van het Zorginstituut. Een kopie van deze brief is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Van de ziektekostenverzekeraar is geen reactie ontvangen.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Alles Verzorgd Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen AV Extra Plus en AV Tand Optimaal (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 2.2. Bij de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 januari 2024 ten behoeve van verzoeker aanvragen gedaan voor een kaakchirurgische ingreep (osteotomie) en een orthodontische behandeling. Hierop heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 13 februari 2024 aan verzoeker meegedeeld dat de aangevraagde osteotomie is goedgekeurd. De aanvraag voor de orthodontische behandeling heeft de ziektekostenverzekeraar echter afgewezen.
- 2.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing met betrekking tot de orthodontische behandeling gevraagd. Bij brief van 28 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.4. In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen is verzoeker op 12 juni 2024 gezien op het spreekuur van de tandheelkundig adviseur van de ziektekostenverzekeraar. Dit spreekuurbezoek heeft niet tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar geleid.
- 2.5. Bij brief van 3 september 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 30 oktober 2024 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 alsnog toestemming te verlenen voor de aangevraagde orthodontische behandeling.
- 3.2. Verzoeker heeft gesteld dat hij uit de voorwaarden van de zorgverzekering opmaakt dat de kosten van orthodontische hulp vanuit deze verzekering kunnen worden vergoed als wordt voldaan aan een drietal eisen, te weten:
 1. de aanwezigheid van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis, en
 2. zonder beugel geen goed werkende kaak meer hebben of krijgen, en
 3. onder behandeling zijn van een plastisch chirurg of anesthesist
 Verzoeker komt tot de conclusie dat hij aan alle drie de genoemde voorwaarden voldoet, waarbij de oorzaak een malocclusie is. Dit is een ernstige ontwikkelingsstoornis waarbij de elementen van de onder- en bovenkaak elkaar niet meer raken. Bij verzoeker raken de voorste vijf elementen van de onderkaak de bovenkaak niet meer. Deze situatie zorgt bij verzoeker voor pijn in de kaken, hoofdpijn, en moeite met eten en praten. De klachten nemen toe naarmate verzoeker ouder wordt. Volgens de behandelend tandarts, kaakchirurg en orthodontist vormt een gecombineerde kaakchirurgische en orthodontische behandeling nog de enige oplossing hiervoor.
- 3.3. Tot grote frustratie van verzoeker wil de ziektekostenverzekeraar alleen de kosten voor de kaakchirurgische ingreep vergoeden. Volgens de ziektekostenverzekeraar is de aandoening van verzoeker niet in ernst vergelijkbaar met schisis. Verzoeker kan deze vergelijking niet volgen omdat schisis een aangeboren afwijking is en geen ontwikkelings- of groeistoornis.

Verder geldt dat hij op 12 juni 2024 op het spreekuur van de tandheelkundig adviseur van de ziektekostenverzekeraar is geweest. Wat opvalt aan het verslag dat hiervan is gemaakt, is dat hierin duidelijk staat beschreven dat op 17 juni 2024 zal worden gestart met het orthodontisch traject. Het lijkt erop alsof deze keuze van verzoeker doorslaggevend is geweest voor de beslissing het gevraagde af te wijzen. Van een objectieve beoordeling door de ziektekostenverzekeraar is geen sprake. Dit laatste wordt versterkt doordat de ziektekostenverzekeraar niet ingaat op de vragen die door de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gesteld over een ander bindend advies van de commissie (GcZ, 4 maart 2024, SKGZ202300727). In dit advies wordt beschreven dat het Zorginstituut van mening is dat de indicatieve lijst niet limitatief is. Ook een combinatie van afwijkingen kan volgens het Zorginstituut betekenen dat bij verzekerden kan worden gesproken van een ernstige functiestoornis als bedoeld in artikel 2.7, derde lid, van het Besluit zorgverzekering. Dit laatste is bij verzoeker aan de orde en de ziektekostenverzekeraar heeft hier richting de Ombudsman Zorgverzekeringen niet op gereageerd. Hetzelfde geldt voor de aanwezige niet-tandheelkundige klachten.

- 3.4. Verder merkt verzoeker op dat de ziektekostenverzekeraar de orthodontische behandeling in zijn geheel heeft afgewezen. Volgens verzoeker kan dit sowieso niet kloppen, omdat op grond van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak bestaat op een maximale vergoeding van € 750,-.
- 3.5. Ter zitting heeft verzoeker aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte het standpunt heeft ingenomen dat orthodontische hulp zelden voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt. De ziektekostenverzekeraar baseert dit onjuiste standpunt op artikel 2.7, derde lid, van het Besluit zorgverzekering (Bzv). Aangezien in artikel 2.7, derde lid, van het besluit wordt verwezen naar artikel 2.7, eerste lid, en niet naar artikel 2.7, vijfde lid, is ook artikel 2.7, derde lid, niet van toepassing. Het eerste lid van artikel 2.7 van het Besluit zorgverzekering heeft betrekking op bijzondere tandheelkundige zorg. Dat de ziektekostenverzekeraar een onjuiste toepassing geeft van de regelgeving blijkt ook uit een uitspraak van het toenmalige College voor Zorgverzekeringen (CVZ) van 23 februari 2009 (27067442 (29023077)). Hierin staat onder andere *"Indien de verzekerde een behandeling in het kader van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard wenst dient artikel 2.7, derde lid, niet te worden toegepast."* en *"Met andere woorden; artikel 2.7, derde lid, van het Besluit zorgverzekering geeft aan wanneer in het kader van artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering ('bijzondere tandheelkunde') orthodontie tot de te verzekeren prestatie mag worden gerekend. Artikel 2.7, derde lid, van het Besluit zorgverzekering heeft geen betrekking op orthodontie in het kader van chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (artikel 2.7, vijfde lid, onder a, van het Besluit zorgverzekering)."* Uit het voorgaande blijkt duidelijk dat de aangevraagde behandeling moet worden beoordeeld aan de hand van het vijfde lid van artikel 2.7. Dit heeft tot gevolg dat de verwijzingen van de ziektekostenverzekeraar naar de 'indicatieve lijst' geen doel treffen omdat deze lijst betrekking heeft op het derde lid van artikel 2.7 Bzv.
- 3.6. In reactie op het definitief advies van het Zorginstituut stelt verzoeker dat door de ziektekostenverzekeraar is erkend dat een operatieve ingreep aan de kaak een te verzekeren prestatie is op grond van de zorgverzekering. Zowel de ziektekostenverzekeraar als het Zorginstituut stelt dat voor de orthodontische hulp geen aanspraak bestaat. Zij baseren zich hierbij op artikel 2.7, derde lid, van het Besluit zorgverzekering. Zoals ook tijdens de hoorzitting is uiteengezet, is dat artikellid niet van toepassing omdat dit is beperkt tot zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornissen van het tand-kaak-mondstelsel. In geval een orthodontische behandeling plaatsvindt na een kaakchirurgische ingreep is artikel 2.7, vijfde lid, van het besluit van toepassing, zoals ook blijkt uit eerder genoemd stuk van het CVZ.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de aangevraagde orthodontische behandeling ten laste van de zorgverzekering. Dit omdat een verzekeringsindicatie voor een dergelijke behandeling ontbreekt.

Zowel uit de overgelegde T-scans als uit de bevindingen tijdens het spreekbezoek blijkt dat de kracht van de ondertanden ligt op de twee voortanden in de bovenkaak en niet, zoals verzoeker stelt, op het verhemelte.

Bij verzoeker kan niet worden gesproken van een traumatische palatumbeet. Zijn situatie voldoet daarmee niet aan de voorwaarden om voor vergoeding van een orthodontische behandeling in aanmerking te komen. Er is wél sprake van een diepe beet, maar de hiervoor noodzakelijke tandheelkundige behandeling valt niet onder de dekking van de zorgverzekering.

Voor zover verzoeker stelt dat de goedkeuring van een osteotomie automatisch betekent dat ook de orthodontische behandeling moet worden goedgekeurd, deelt de ziektekostenverzekeraar dit standpunt niet. Dit omdat voor een kaakchirurgische behandeling andere criteria gelden dan voor een orthodontische behandeling.

- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 8 augustus 2024 ter aanvulling nog aangevoerd dat hij bij de beoordeling van de aanspraak uitsluitend zorginhoudelijke criteria heeft betrokken. De omstandigheid dat er kennelijk op 17 juni 2024 een beugel zou worden geplaatst heeft geen invloed gehad op de beoordeling. De adviserend tandarts is van mening dat de aanwezige vergrote sagittale overbeet en diepere beet niet het gevolg zijn van een zeer ernstige groei- of ontwikkelingsstoornis. Verzoeker heeft immers vele jaren met de huidige situatie gefunctioneerd. Mogelijk is nu sprake van een verworven afwijking. Een verworven afwijking geeft echter geen aanspraak op orthodontie in het kader van bijzondere tandheelkunde. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van maximaal € 750,- voor de kosten van orthodontische behandelingen. Deze vergoeding is eenmalig en geldt voor de gehele verzekeringsduur. Deze maximale vergoeding is reeds aan verzoeker verleend.
- 4.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de vraag of aanspraak bestaat uitsluitend dient te worden beoordeeld aan de hand van artikel 2.7, derde lid, van het Besluit zorgverzekering. De verwijzing van verzoeker naar de uitspraak van het CVZ volgt de ziektekostenverzekeraar niet. Dit omdat het CVZ met de uitspraak alleen duidelijk heeft willen maken dat een osteotomie los van een orthodontische behandeling kan worden vergoed. Vóór deze uitspraak was het namelijk zo dat alleen als er ook een indicatie aanwezig was voor de orthodontische behandeling, er aanspraak bestond op een osteotomie.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 3 september 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"De aanvraag voor een osteotomie is goedgekeurd door verweerder, de aanvraag voor orthodontie niet. Het Zorginstituut merkt hierover het volgende op. Er gelden verschillende indicatiecriteria voor de aanspraak op kaakchirurgie en een orthodontische behandeling. Voor vergoeding van een kaakchirurgische behandeling ten laste van de basisverzekering moet de verzekerde redelijkerwijs zijn aangewezen op deze behandeling. Voor orthodontische hulp gelden strengere 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.

Bij het bepalen of sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel wordt gebruik gemaakt van de indicatieve lijst (zie juridisch kader). Een van de aandoeningen genoemd op de indicatieve lijst is een zeer diepe beet met gingivaal of palatinaal trauma, met aantoonbare schade aan het parodontium.

Uit de beschikbare informatie in het dossier blijkt dat bij verzoeker wel sprake is van een diepe beet is maar op de klinische en röntgenfoto's is geen aantoonbare schade aan het parodontium te zien. Ook de andere door de orthodontist genoemde afwijkingen leiden niet tot een zeer ernstige functiestoornis.

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 derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van een orthodontische behandeling ten laste van de basisverzekering.

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."

- 5.2. In het definitief advies van 30 oktober 2024 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.

U vraagt het Zorginstituut aandacht te besteden aan de twee stellingen van verzoeker dat:

- de beoordeling of aanspraak bestaat op een orthodontische behandeling dient plaats te vinden aan de hand van artikel 2.7, lid 5, van het Besluit zorgverzekering (verwijzend naar de uitspraak van het CVZ), en
- dat ook een combinatie van afwijkingen kan betekenen dat aanspraak bestaat.

Het Zorginstituut merkt hierover het volgende op. Verzoeker verwijst naar een standpunt van het CVZ (nu: het Zorginstituut) uit 2009 over de vergoeding ten laste van de basisverzekering van een osteotomie in combinatie met orthodontie. In dit standpunt wordt uitgelegd dat er verschillende indicatiecriteria bestaan voor een osteotomie en orthodontie.

Een osteotomie is een kaakchirurgische behandeling, welke voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de basisverzekering op grond van artikel 2.7, lid 5, onder a, van het Besluit zorgverzekering (Bzv). Hierbij geldt dat de verzekerde redelijkerwijs aangewezen moet zijn op deze zorg.

Orthodontie kan voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de basisverzekering wanneer sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. Dit is geregeld in artikel 2.7, lid 3, van het Bzv.

Bij de beoordeling of sprake is van een zeer ernstige functiestoornis wordt gekeken naar de individuele omstandigheden van het geval. Ook een combinatie van afwijkingen kan er in uitzonderlijke gevallen toe leiden dat sprake is van een zeer ernstige functiestoornis. Dit is bij verzoeker echter niet het geval, zoals reeds toegelicht in het voorlopig advies."

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 2.12 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 2.10 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over tandheelkundige zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 7.2. De commissie overweegt dat onderscheid moet worden gemaakt tussen de aangevraagde 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 dan ook niet dat het bestaan van een verzekeringsindicatie voor orthodontie in bijzondere gevallen kan worden aangenomen. Beide worden door de commissie daarom afzonderlijk beoordeeld, aan de hand van de daarvoor geldende specifieke voorwaarden. Deze zijn gebaseerd op respectievelijk artikel 2.7, vijfde lid, Bzv voor de kaakchirurgische operatie en artikel 2.7, derde lid, in samenhang met artikel 2.7, eerste lid, voor de orthodontische behandeling.
- De stelling van verzoeker dat de kaakchirurgische ingreep en de orthodontische behandeling moeten worden beschouwd als één traject volgt de commissie, gelet op het voorgaande, niet. Hetzelfde geldt voor zijn verwijzing naar het standpunt van het CVZ uit 2009. Hierin wordt bevestigd dat verschillende indicatiecriteria bestaan voor een kaakchirurgische operatie en een orthodontische behandeling, zoals het geval is bij een ernstige skeletale afwijking. Een zodanige afwijking geeft aanspraak op een osteotomie, ook zonder dat een orthodontisch traject wordt gestart. Ten aanzien van de kaakchirurgische ingreep geldt dat de ziektekostenverzekeraar bij brief van 13 februari 2024 heeft verklaard de kosten hiervan te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil zodat beoordeling van de aanspraak op dit punt achterwege kan blijven. Hetgeen partijen verdeeld houdt is de vraag of de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de kosten van de eveneens aangevraagde orthodontische behandeling terecht heeft afgewezen. Hieromtrent overweegt de commissie als volgt.
- 7.3. De aanspraak op orthodontie in bijzondere gevallen is geregeld in artikel 3.12.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hierin staat dat aanspraak bestaat op deze zorg bij een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Overeenkomstig de Nota van Toelichting bij het Bzv volgt uit artikel 3.12.1 van de verzekeringsvoorwaarden dat het hierbij moet gaan om een situatie die in ernst vergelijkbaar is met schisis. De vroegere Ziekenfondsraad heeft destijds een 'indicatieve lijst' opgesteld van aandoeningen die in ernst vergelijkbaar zijn met schisis. Deze lijst is weliswaar geen wettelijk voorschrift, maar zij wordt wel gehanteerd als richtsnoer om vast te stellen of bij een verzekerde een (verzekerings)indicatie aanwezig is voor orthodontie in bijzondere gevallen. Ook de commissie hanteert de 'indicatieve lijst' als richtsnoer.
- Daarnaast moet medediagnostiek of medebehandeling door andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn. Dit betekent dat de verzekerde niet uitsluitend door de orthodontist mag worden behandeld.
- 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 evenwel door de ziektekostenverzekeraar wordt bestreden. Het Zorginstituut concludeert, op basis van de overgelegde stukken, in zijn advies van 3 september 2024 dat bij verzoeker weliswaar een diepe beet bestaat, maar dat op de klinische- en röntgenfoto's geen aantoonbare schade aan het parodontium is te zien.

Van een traumatische palatumbeet, zoals de behandelend orthodontist stelt, is derhalve geen sprake. Volgens het Zorginstituut leiden ook de andere, door de orthodontist genoemde afwijkingen niet tot een zeer ernstige functiestoornis.

Verzoeker heeft in dit verband aangevoerd dat het Zorginstituut in een eerder advies (in zaak GcZ, 4 maart 2024, SKGZ202300727) de commissie heeft meegedeeld dat de 'indicatieve lijst' niet limitatief is en dat ook bij andere indicaties sprake kan zijn van een zeer ernstige tandheelkundige functiestoornis. Volgens verzoeker is dit laatste bij hem aan de orde, vanwege de combinatie van verschillende aandoeningen.

- 7.5. Het Zorginstituut stelt in het definitief advies van 30 oktober 2024 dat bij de beoordeling of sprake is van een zeer ernstige functiestoornis wordt gekeken naar de individuele omstandigheden van het geval. Ook een combinatie van afwijkingen kan er in uitzonderlijke gevallen toe leiden dat sprake is van een zeer ernstige functiestoornis. Dit is bij verzoeker echter niet het geval. De door hem genoemde niet-tandheelkundige klachten - te weten problemen met afbijten van voedsel, moeizaam kauwen, pijn in de kaken en moeite met praten - vormen, gelet op het voorlopig advies van 3 september 2024, volgens het Zorginstituut geen verzekeringsindicatie. De commissie ziet in het overigens door verzoeker gestelde - met name ten aanzien van de verslaglegging van het spreekuurbezoek - geen aanleiding af te wijken van de conclusie van het Zorginstituut en neemt deze over. Dit betekent dat bij verzoeker een verzekeringsindicatie voor bijzondere tandheelkunde als bedoeld in artikel 2.7, eerste lid, Bzv ontbreekt en dat hij geen aanspraak heeft op de aangevraagde orthodontische behandeling, ten laste van de zorgverzekering. Aan de vraag of is voldaan aan de eis van medediagnostiek of medebehandeling door andere disciplines dan de tandheelkundige wordt niet toegekomen.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.6. Op grond van artikel 4.3 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van orthodontische kosten voor verzekerden van 18 jaar en ouder. De maximale vergoeding bedraagt € 750,- en deze geldt gedurende de gehele looptijd van de verzekering. Door de ziektekostenverzekeraar is in dit verband gesteld, en door verzoeker niet gemotiveerd bestreden, dat in de periode van augustus 2022 tot en met juni 2024 reeds het maximale bedrag van € 750,- voor orthodontische behandelingen aan verzoeker is vergoed. De commissie concludeert hieruit dat verzoeker geen aanspraak heeft op verdere vergoeding van orthodontische kosten ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Slotsom

- 7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
8. **Bindend advies**
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 december 2024,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

3.12 Mondzorg (tandheelkunde)

3.12.1 Bijzondere tandheelkunde (alle leeftijden)

Inhoud zorg

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

Let op!

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

Uitsluitingen

U heeft geen recht op:

- reparatie of vervanging van een bestaande orthodontische voorziening als u deze verliest of beschadigt door uw eigen schuld of nalatigheid (code F811A);
- beugelcategorie 0 (myofunctionele apparatuur);
- beugelcategorie 7 (vacuümgevormde beugels, aligners).

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 Aangezichts chirurgie 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 heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts, huisarts, kaakchirurg of medisch specialist.

Voor een behandeling door een kaakchirurg heeft u een verwijzing nodig van uw 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 u achttien jaar of ouder bent, kunt u voor de zorg genoemd onder dit artikel een eigen bijdrage verschuldigd zijn tot ten hoogste het bedrag dat bij u in rekening zou worden gebracht als er geen sprake was van bijzondere tandheelkunde. U 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 [3.12.2](#) kunt u 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 u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u 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 u achttien jaar of ouder bent, kunt u naast de onder artikel [3.12.1](#) 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 röntgenonderzoek;
 - 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

U heeft geen recht op vergoeding van de bevestigingsmaterialen die zorgen voor de verbinding tussen het volledige overkappingskunstgebit en de natuurlijke elementen (uw 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 Aangezichts chirurgie 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.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.7

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

onderdelen a tot en met c:

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.31

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

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