

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. H.A.J. Kroon en mr. B.L.A. van Drunen

Zaaknummer: 202401222

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 27 november 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 23 december 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 22 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 24 januari 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 19 februari 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025002073) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 21 februari 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 maart 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 25 maart 2025 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 19 februari 2025 aanpassing behoeft. Hierbij heeft de commissie een vraag gesteld. Bij brief van 2 april 2025 heeft het Zorginstituut de vraag van de commissie beantwoord en aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Een kopie hiervan is op 4 april 2025 aan partijen gestuurd, waarbij partijen in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. De commissie heeft geen reactie van partijen ontvangen.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Just Basic (Zorgverzekering Natura Just) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Just Smile (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

- 2.2. In het jaar 2023 zijn namens verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verschillende aanvragen ingediend voor een orthodontische behandeling. Deze aanvragen zijn telkens door de ziektekostenverzekeraar afgewezen.
- 2.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar meerdere malen om heroverweging van zijn beslissingen gevraagd. In reactie hierop heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt verschillende keren toegelicht en laatstelijk bij e-mailbericht van 9 juli 2024 aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn afwijzende beslissing handhaaft.
- 2.4. Bij brief van 19 februari 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.5. Bij brief van 2 april 2025 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 gehouden is de aangevraagde orthodontische behandeling te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoeker in zijn brief van 27 november 2024 toegelicht dat bij hem aanzienlijke afwijkingen aan het gebit zijn geconstateerd. Verzoeker heeft een overjet van 14 mm, een schaarbeet aan beide zijden, en er is sprake van enorme gebitsslijtage. De behandelend orthodontist heeft een diagnose gesteld en een behandelplan opgesteld. Daarnaast heeft de behandelend kaakchirurg verzoeker op 2 februari 2024 opnieuw onderzocht. De kaakchirurg heeft vastgesteld dat verzoeker een traumatische dwarslaesie (C6) heeft opgelopen en rolstoelafhankelijk is. Verzoeker is bezig met revalidatie. Sinds het ongeluk zijn de klachten van de overbeet en bijbehorende complicaties toegenomen. Verzoeker is bekend met verschillende symptomen, namelijk moeizaam kauwen, refluxklachten, benauwdheid en een tekort aan lucht door verminderde longcapaciteit. De klachten die verband houden met Obstructief Slaapapneu Syndroom (OSAS) zijn toegenomen. Verder is bij onderzoek een overjet van 14 mm vastgesteld, met occlusie enkel op de achterste molaren en incompetente lipsluiting. De onderste gezichtshelft is verkort en verzoeker ervaart functionele beperkingen in het dagelijks leven. Volgens de behandelend kaakchirurg is een orthognathisch behandeltraject nodig. Dit traject heeft niet alleen een functionele, maar ook aanzienlijke impact op de kwaliteit van leven van verzoeker. De kaakchirurg benadrukt de noodzaak van consultatie van een orthodontist en het verkrijgen van een machtiging gezien de verzwarende omstandigheden, waaronder de aanwezige ernstige overjet van 14 mm.
- 3.3. Verzoeker heeft aangevoerd dat de gecombineerde orthodontisch-chirurgische behandeling noodzakelijk is om de ernstige malocclusie en functionele beperkingen te verhelpen. Zonder behandeling zullen zijn klachten blijven bestaan of verergeren. De kaakchirurgische ingreep kan niet worden uitgevoerd zonder voorafgaande orthodontische behandeling. Het gaat om een integraal behandeltraject. Dit heeft niet alleen een impact op de kwaliteit van leven van verzoeker, maar is ook essentieel om verdere complicaties te voorkomen. Gelet op de medische situatie van verzoeker na de traumatische dwarslaesie is het belang van de aangevraagde behandeling nog toegenomen. De gecombineerde behandeling is niet alleen van functionele, maar ook van medisch-urgente aard, omdat deze verzoeker in staat stelt de aanwezige klachten aanzienlijk te verlichten en zo zijn revalidatieproces te ondersteunen.
- 3.4. De ziektekostenverzekeraar stelt ten onrechte dat de medische omstandigheden van verzoeker, waaronder de dwarslaesie en verminderde longfunctie, niet relevant zijn voor de beoordeling van

de aanvraag. Hoewel de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor een osteotomie heeft goedgekeurd en stelt dat dit een positieve invloed zal hebben op de OSAS-problematiek, negeert hij het feit dat de osteotomie niet kan plaatsvinden zonder voorafgaande orthodontische behandeling.

- 3.5. Ter zitting heeft verzoeker aangevoerd dat objectief is vastgesteld dat sprake is van een functiestoornis die aanspraak geeft op vergoeding van de orthodontische behandeling. Er is voldaan aan de voorwaarden van de indicatieve lijst. De behandelend orthodontist en kaakchirurg hebben een overjet van meer dan 13 mm gemeten. Daarnaast is sprake van een schaarbeet bij de vieren. Op de zessen is geen contact en er is dus geen goede occlusie. Het enige contact is op de zevens. Hierdoor is wel degelijk sprake van een functieprobleem. Verzoeker voldoet aan de voorwaarden van de indicatieve lijst. Het Zorginstituut spreekt over seriously handicapping malocclusions. Hiervan is in het geval van verzoeker sprake. Hij heeft alleen voldoende contact op de zevens. Over de ernst van de slijtage kan worden gediscussieerd. Bij verzoeker is slijtage zichtbaar op de achterste elementen. Dit geeft aan dat er niet veel occlusie over is en dat de elementen die worden gebruikt meer slijten. Er moet worden gekeken naar de volledige situatie en dan komen de occluderende eenheden bij elkaar.

Volgens de ziektekostenverzekeraar bestaat echter geen functieprobleem, omdat zijn adviserend tandarts een overjet meet van minder dan 13 mm. Verzoeker heeft in dit verband toegelicht dat de meetmethode van de ziektekostenverzekeraar onjuist is. Op de foto's en gipsmodellen is de geforceerde beet van verzoeker zichtbaar. Een patiënt gaat naar de voor hem meest prettige beet. Om te kunnen kauwen positioneert verzoeker zijn kaak verder naar voren. Op dat moment is sprake van een overjet van 6 mm. Dit is ook zichtbaar op de modellen en wat de adviserend tandarts heeft geconstateerd. Echter, als verzoeker zijn kaak in de natuurlijke positie heeft staan, staat zijn kaak verder naar achter en is sprake van een overjet van meer dan 13 mm. Dit is ook de reden waarom de adviserend tandarts verzoeker op het spreekuur had moeten oproepen. Tijdens een spreekuurbezoek kon de natuurlijke positie worden gemeten. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker nooit in de gelegenheid gesteld om samen te meten of om de meting anders te doen. Het gaat er uiteindelijk om dat niet wordt ontkend dat verzoeker problemen had en dat een osteotomie nodig was. De osteotomie kon niet plaatsvinden zonder voorafgaande orthodontische behandeling. Het is vreemd dat de aanvraag voor een osteotomie wordt goedgekeurd, maar de aanvraag voor het voorafgaande orthodontische behandeltraject niet. Dit leidt ertoe dat als een patiënt niet de financiële middelen heeft om de orthodontische behandeling te betalen, de osteotomie niet kan plaatsvinden. Verzoeker verkeert in een schrijnende situatie. Hij heeft een dwarslaesie en krijgt weinig lucht. De osteotomie is daarom erg nodig. Verzoeker heeft echter niet de financiële middelen om de orthodontische behandeling zelf te betalen. Inmiddels is de osteotomie uitgevoerd. Voorafgaand aan deze operatie heeft verzoeker een beugel gehad. De behandeling heeft deze klachten verbeterd.

Verder heeft verzoeker benadrukt dat meerdere malen aan de ziektekostenverzekeraar is gevraagd of er contact kon worden gelegd tussen de adviserend tandarts en de behandelend orthodontist. Of dat verzoeker kon worden opgeroepen voor het spreekuur. Verzoeker heeft hierbij verwezen op zijn brief van 11 januari 2024 waarin is gevraagd om contact met een adviserend tandarts en een uitnodiging op het spreekuur. Bij brief van 16 januari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar dit verzoek afgewezen.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft de ingediende aanvragen voor een orthodontische behandeling afgewezen. Ter onderbouwing hiervan heeft hij in zijn brieven van 4 september 2024 en 22 januari 2025 toegelicht dat orthodontie alleen kan worden vergoed vanuit de zorgverzekering als sprake is van een indicatie voor bijzondere tandheelkunde. Orthodontische hulp valt onder bijzondere tandheelkunde in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaakmondstelsel, waarbij het gebit zonder de tandheelkundige zorg de normale functie niet kan

behouden of krijgen, die het zonder de aandoening zou hebben gehad. Tevens moet medediagnostiek of medebehandeling van andere vakgebieden dan de tandheelkunde noodzakelijk zijn. Dit blijkt uit artikel 2.7, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering (Bzv). Uit de toelichting op de wetgeving blijkt dat een orthodontische behandeling alleen kan worden vergoed in zeer ernstige gevallen. Het moet gaan om een aandoening die een ernstige functiestoornis oplevert, vergelijkbaar met bijvoorbeeld oligodontie (het aangeboren ontbreken van ten minste 6 tanden of kiezen) of schisis (een spleet in de lip, kaak of het gehemelte). Bij de beoordeling of sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaakmondstelsel zoals bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering, wordt de 'Indicatieve lijst' als richtlijn gehanteerd. Deze lijst is opgesteld door het College van Adviserend Tandartsen (CAT) in samenspraak met de Nederlandse hoogleraren orthodontie. De 'Indicatieve lijst' noemt "seriously handicapping malocclusions" die gepaard gaan met en/of leiden tot ernstige, objectief vast te stellen functiestoornissen, waarbij vaak sprake is van een interdisciplinaire behandeling. Een van de genoemde afwijkingen is een distorelatie (Klasse II) met een overjet van meer dan 13 millimeter.

- 4.2. De adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar heeft op basis van twee gebitsmodellen, drie lichtfoto's en vier röntgenfoto's geconcludeerd dat bij verzoeker geen sprake is van een ernstige groei- of ontwikkelingsstoornis, zoals oligodontie of schisis, dan wel van een andere, ernstige tandheelkundige afwijking die aanspraak geeft op vergoeding. De ziektekostenverzekeraar kan zich niet vinden in de diagnose van de behandelend orthodontist, namelijk dat sprake is van een overjet van 14 mm. In dit verband heeft hij gewezen op de verklaring van de behandelend kaakchirurg, waaruit blijkt dat een overjet van 13 mm bestaat. De adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar heeft geconcludeerd dat bij verzoeker in ieder geval geen sprake is van een overjet van meer dan 13 mm. Daarom kan niet worden gesproken van een "seriously handicapping malocclusion", zoals genoemd op de 'Indicatieve lijst'. Daarnaast is geen sprake van een volledige kruisbeet. Element 14 staat end-to-end met de antagonist en de 24 staat in een normale transversale verhouding, zij het suboptimaal, maar is geen sprake van een transversale ernstige afwijking, met verlies aan occlusaal contact. Ook is er geen ernstige vorm van slijtage van het front, niet in de bovenkaak en niet in de onderkaak. Er is geen sprake van slijtage die aanspraak geeft op vergoeding in het kader van bijzondere tandheelkunde en bijzondere orthodontie. Verder bestaat geen buitenbeet. Bij verzoeker zijn zes occluderende eenheden. Hoewel dit niet helemaal optimaal is, blijkt uit de literatuur dat dit geen enkel probleem vormt.

De behandelend orthodontist heeft gewezen op verschillende functiestoornissen, waaronder een schaarbeet aan beide zijden, beperkte occlusie met slechts vier occluderende eenheden, en extreme slijtage aan het front. Volgens de ziektekostenverzekeraar kunnen deze bevindingen weliswaar wijzen op een verminderde functionaliteit van het gebit, maar is de ernst hiervan in het geval van verzoeker niet voldoende onderbouwd. Er is onvoldoende aannemelijk gemaakt dat de klachten zo ernstig zijn dat deze als een ernstige functiestoornis moeten worden aangemerkt. De behandelend orthodontist heeft ook verklaard dat de aangeleverde modellen op zo'n manier in elkaar passen dat de afwijking niet kan worden geconstateerd. Volgens hem is bij nauwkeurig onderzoek van de modellen wel vast te stellen dat sprake is van een geforceerde beet die aanzienlijke schade aan de elementen en de kaakstand zou hebben veroorzaakt. Echter, deze schade is naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar niet zo ernstig dat dit een indicatie vormt voor de aangevraagde orthodontische behandeling.

- 4.3. Volgens de ziektekostenverzekeraar kan aan de hand van de foto's in het dossier geen modelanalyse worden uitgevoerd. De foto's van de modellen tonen namelijk slechts een betande krans en geen volledig model. Bovendien is de onderkaak op de foto's van de modellen niet correct gepositioneerd ten opzichte van de bovenkaak. Het model kantelt naar achteren. Daarnaast blijkt uit de foto's met meetlat dat de orthodontist mogelijk een vertekend beeld heeft geschetst. Verzoeker lijkt gepositioneerd in de meest dorsale stand van de onderkaak, terwijl gemeten wordt

naar de meest ventrale positie in het bovenfront. Dit leidt tot onnauwkeurige metingen. Bovendien spreekt de vaststelling van de behandelend kaakchirurg, namelijk dat sprake is van een overjet van 13 mm, de conclusie van de orthodontist tegen. De adviserend tandarts heeft de modellen diverse malen bekeken en op de juiste wijze gemeten. Hieruit is niet gebleken dat verzoeker een overjet heeft van meer dan 13 mm. De behandelend orthodontist heeft zelf ook onderkend dat de afwijking niet aanwezig en zichtbaar is op de modellen.

4.4. De stand van de kaken geeft geen aanspraak op de aangevraagde orthodontische behandeling. Het kaakprobleem wordt waarschijnlijk verholpen door het uitvoeren van de reeds goedgekeurde osteotomie. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat mogelijke toekomstige problemen geen aanspraak geven op bijzondere tandheelkunde of orthodontie. Ook de andere door verzoeker genoemde klachten, zoals refluxklachten, longproblemen en OSAS maken niet dat hierop aanspraak bestaat. Deze klachten betreffen geen tandheelkundige problemen. De ziektekostenverzekeraar heeft nog opgemerkt dat de goedgekeurde osteotomie al een positieve invloed zal hebben op de OSAS problematiek.

4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij dient te beoordelen of sprake is van een vergoedingsindicatie voor zorg. Dit is iets anders dan de vraag of een verzekerde een behandelindicatie heeft. Een vergoedingsindicatie is terug te brengen op de voorwaarden van de zorgverzekering. Dit is gebaseerd op de wet. Zo heeft de wetgever in artikel 2.7, eerste lid, onder a, Besluit zorgverzekering een specifieke voorwaarde gesteld voor de vergoeding van orthodontie. Voor de aanspraak op een osteotomie gelden andere voorwaarden. Deze voorwaarden staan los van elkaar. De aanvraag van verzoeker moet worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden die gelden voor orthodontie in het kader van bijzondere tandheelkunde. Om hierop aanspraak te maken moet sprake zijn van een ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaakmondstelsel. Dit begrip is toegelicht in de Nota van Toelichting. Hieruit blijkt dat sprake moet zijn van een functiestoornis die in ernst vergelijkbaar is met een schisis. Voor de beoordeling is de indicatieve lijst opgesteld. Dit betreft een richtsnoer. Ook al komt de indicatie voor op de indicatieve lijst, dan zal nog steeds in het individuele geval moeten worden beoordeeld of sprake is van een functiestoornis. Daarnaast moet het gaan om een tandheelkundige functie die gelijkwaardig is aan die welke een verzekerde zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan en moet sprake zijn van mededagnostiek of medebehandeling van andere disciplines. Dit laatste is niet in geschil.

Om te beoordelen of sprake is van een ernstige ontwikkelingsstoornis zoals bedoeld in de wet, heeft de ziektekostenverzekeraar diverse aanvragen beoordeeld. Hij is tot de conclusie gekomen dat niet kan worden vastgesteld dat sprake is van een dergelijke functiestoornis. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker de gelegenheid geboden om gebitsmodellen aan te leveren. Deze modellen geven een natuurgetrouw beeld van de situatie. In de aanvraag wordt gesproken over een overjet, een buitenbeet met vier occluderende eenheden en slijtage. Echter, de ziektekostenverzekeraar heeft niet kunnen vaststellen dat sprake is van een situatie vergelijkbaar met een schisis.

De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat hij na de eerste aanvragen gipsmodellen heeft opgevraagd, omdat de lichtfoto's onvoldoende waren. Er zijn modellen aangeleverd. De ziektekostenverzekeraar heeft hiermee voldoende informatie gekregen om de aanvraag te beoordelen. Uit de beoordeling van de modellen bleek dat bij lange na geen sprake was van een overjet van 14 mm. Dit is gecommuniceerd en de behandelend orthodontist heeft toen aangegeven dat de afwijking inderdaad niet kon worden geconstateerd op basis van de modellen en de foto's. De orthodontist spreekt over een geforceerde beet, maar het is niet duidelijk wat daarmee wordt bedoeld. Uit de informatie in het dossier wordt niet duidelijk dat sprake is van een overjet van meer dan 13 mm. Volgens de orthodontist is sprake van een buitenbeet van twee zijden. Dit is echter niet zichtbaar op de modellen en de lichtfoto's. Hieruit blijkt een praktisch normale relatie van de kiezen in de boven en onderkaak. Ook zouden vier kiezen weinig contact maken. Hiervoor geldt dat verzoeker minder kiezen heeft vanwege een eerder orthodontisch

traject. Dit is niet het gevolg van een ontwikkelingsstoornis of aangeboren afwijking. Als er dan vier occluderende eenheden zijn, betekent dit dat de achterste en middelste kiezen contact hebben. De kleine kiezen missen contact. Dit is niet ideaal, maar deze situatie is niet vergelijkbaar met een schisis.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 19 februari 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is tandheelkundig en juridisch beoordeeld.

Bij het bepalen of er sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tandkaak mondstelsel wordt gebruik gemaakt van de indicatieve lijst (zie juridisch kader). Op de gebitsfoto in bijlage 9 bij de brief van 4 september 2024 van verweerder is zichtbaar dat de overjet van 13-14 millimeter is gemeten op een element [dat] door crowding naar voren is geschoven.

Dit geeft niet de gemiddelde overjet weer over het hele front en is daarom niet indicatief voor de algehele overjet. In de habituele of maximale occlusie, zoals zichtbaar in bijlage 10 bij de brief van 4 september 2024 van verweerder, is er geen sprake van een overjet van 13 millimeter of meer. De overjet is derhalve geen indicatie voor de aanwezigheid van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel.

Verder blijkt uit de beschikbare informatie niet dat er andere factoren aanwezig zijn waaruit blijkt dat afwijking van verzoeker is qua ernst vergelijkbaar met de aandoeningen zoals genoemd op de indicatieve lijst. Er kan derhalve niet worden vastgesteld dat verzoeker lijdt aan een ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel.

De genoemde refluxklachten, longproblemen en de OSAS zijn geen tandheelkundige problemen en kunnen geen aanspraak vormen op orthodontie.

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.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker heeft geen (verzekerings)indicatie voor orthodontische hulp."

- 5.2. In het definitief advies van 2 april 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting ontvangen. Uit het verslag 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 verzoekt het Zorginstituut in uw begeleidende brief om in het definitief advies aandacht te besteden aan de stelling van verzoeker dat op de lichtfoto's, de röntgenfoto's, de digitale scan en de fysieke modellen niet de natuurlijke kaakstand, waarbij wel degelijk sprake is van een overjet

van 13mm of meer, maar de geforceerde kaakstand, waarbij sprake is van een overjet van 6mm, zichtbaar is.

Het Zorginstituut concludeert dat op basis van de beschikbare informatie in het dossier bij verzoeker geen sprake is van een overjet van 13 mm of meer veroorzaakt door een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waaruit een functiestoornis voortvloeit. Het advies is gebaseerd op de beschikbare informatie in het dossier zoals ontvangen van de SKGZ. Het dossier bevat lichtfoto's, röntgenfoto's en een digitale scan van het gebit van verzoeker.

Het Zorginstituut heeft geen aanleiding gezien aanvullende informatie op te vragen, omdat de beschikbare informatie in het dossier voldoende inzicht geeft in de tandheelkundige situatie van verzoeker. Het Zorginstituut heeft geen aanleiding gezien te twifelen aan de tandheelkundige situatie zoals in het dossier omschreven."

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) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over mondzorg, meer specifiek tandheelkundige hulp en orthodontische hulp in bijzondere gevallen 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. Ten behoeve van verzoeker zijn meerdere aanvragen gedaan voor een gecombineerde behandeling, bestaande uit een kaakoperatie en een orthodontische behandeling. Volgens de vaste lijn van de commissie zijn met het indienen van een volgende aanvraag de eerdere aanvragen vervallen. De huidige situatie is dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor de kaakoperatie heeft goedgekeurd. De aanvraag voor de orthodontische behandeling is door hem daarentegen afgewezen. De commissie overweegt in dit verband dat onderscheid moet worden gemaakt tussen enerzijds de kaakchirurgische behandeling (osteotomie) en anderzijds de orthodontische behandeling. De kaakchirurgische behandeling behoort tot de medisch specialistische zorg. De orthodontische behandeling betreft een tandheelkundige behandeling. Het gegeven dat iemand vanwege een ernstige skelettale aandoening redelijkerwijs is aangewezen op osteotomie, betekent niet dat daarmee ook het bestaan van een verzekeringsindicatie voor orthodontie in bijzondere gevallen kan worden aangenomen. Hiervoor gelden namelijk andere voorwaarden. Om die reden wordt de stelling van verzoeker dat de kaakoperatie niet zonder voorafgaande orthodontie kan worden uitgevoerd gepasseerd.
- 7.3. De aanspraak op orthodontie in bijzondere gevallen is geregeld in artikel B.12.3. van de voorwaarden van de zorgverzekering, welke bepaling is gebaseerd op artikel 2.7, derde lid, Bzv. Aanspraak op deze vorm van zorg bestaat in geval van een zeer ernstige ontwikkelings-of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Uit de Nota van Toelichting bij het Bzv volgt dat het moet gaan om een situatie vergelijkbaar 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 de verzekerde een verzekeringsindicatie 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.

- 7.4. In zijn voorlopig advies aan de commissie van 19 februari 2025 concludeert het Zorginstituut dat verzoeker geen verzekeringsindicatie heeft voor de aangevraagde orthodontische behandeling. De overjet van verzoeker is geen indicatie voor de aanwezigheid van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Op de gebitsfoto van bijlage 9 bij de brief van de ziektekostenverzekeraar van 4 september 2024 is zichtbaar dat de overjet van 13-14 mm is gemeten op een element dat door crowding naar voren is geschoven. Dit geeft niet de gemiddelde overjet weer over het hele front en is daarom niet indicatief voor de algehele overjet. In de habituele of maximale occlusie, zoals zichtbaar in bijlage 10 bij de brief van 4 september 2024 van de ziektekostenverzekeraar, is er geen sprake van een overjet van 13 mm of meer. Verder zijn er geen andere factoren aanwezig waaruit blijkt dat de afwijking van verzoeker qua ernst vergelijkbaar is met de aandoeningen zoals genoemd op de 'Indicatieve lijst'. Volgens het Zorginstituut kan daarom niet worden vastgesteld dat verzoeker lijdt aan een ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Door verzoeker zijn daarnaast andere klachten, waaronder refluxklachten, longproblemen en OSAS, genoemd. De commissie oordeelt dat dit klachten van niet-tandheelkundige aard zijn en dat deze geen reden vormen om van de conclusie van het Zorginstituut af te wijken. Ook de stelling van verzoeker dat bij gebruik van een andere meetmethode wel sprake is van een overjet van 13 mm of meer, vormt geen reden om van het advies van het Zorginstituut af te wijken. In zijn definitief advies aan de commissie van 2 april 2025 heeft het Zorginstituut verklaard dat hij geen aanleiding heeft gezien om aanvullende informatie op te vragen, omdat de beschikbare informatie in het dossier voldoende inzicht geeft in de tandheelkundige situatie van verzoeker. Hij heeft geen aanleiding gezien te twijfelen aan de tandheelkundige situatie zoals in het dossier omschreven. Het Zorginstituut concludeert dat op basis van de beschikbare informatie in het dossier bij verzoeker geen sprake is van een overjet van 13mm of meer veroorzaakt door een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waaruit een functiestoornis voortvloeit. De commissie neemt de conclusies van het Zorginstituut daarom over.
- 7.5. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op de aangevraagde orthodontische behandeling ten laste van de zorgverzekering

Slotsom

- 7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 30 april 2025,

A. de Ruijter

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

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 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.

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.

- een nieuw polisblad. Wij geven daarbij ook aan vanaf welke datum dit nieuwe polisblad geldt. Vanaf die datum geldt uw oude polisblad niet meer.
- als u ons daar om vraagt, ook nieuwe verzekeringsvoorwaarden en een nieuw Vergoedingen Overzicht toe. Wij geven aan vanaf welke datum die nieuwe verzekeringsvoorwaarden en het nieuwe Vergoedingen Overzicht gelden. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum gelden uw oude verzekeringsvoorwaarden en het oude Vergoedingen Overzicht niet meer.
- als u ons daar om vraagt, een aanvulling op uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht. Wij geven aan vanaf welke datum de aanvulling geldt. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum geldt die aanvulling naast uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht.

U kunt de verzekeringsvoorwaarden en Vergoedingen Overzichten op onze website vinden.

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

A.3.1. Zorgbemiddeling

U heeft recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Bijvoorbeeld als de benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt ook verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van uw woonplaats kan worden verleend of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.

A.3.2. Inhoud en omvang van zorg

Wie bepalen de inhoud en omvang van de zorg?

- De inhoud en omvang van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid.
- Wij bepalen de inhoud en omvang van de particuliere ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen.

In deze verzekeringsvoorwaarden staat beschreven waar u voor verzekerd bent. Voor alle zorg geldt dat deze moet voldoen aan alle volgende eisen:

- Het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen.

Toelichting:

- Om te beoordelen of zorg behoort tot de zorg die een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden, gaat het er om welke klachten/aandoeningen een bepaalde beroepsgroep behandelt en welke vormen van zorg men daarvoor in het algemeen aanbiedt. Met andere woorden: behoort de zorg tot het domein van een bepaalde beroepsgroep en rekent deze beroepsgroep de zorg tot zijn deskundigheidsgebied.
 - De zorg valt als verzekerde zorg op grond van de Zorgverzekeringswet onder de basisverzekering en is genoemd op uw Vergoedingen Overzicht en is uitgewerkt en omschreven onder hoofdstuk B van deze verzekeringsvoorwaarden; of
 - De zorg valt als verzekerde zorg onder uw aanvullende verzekering(en) en is genoemd op uw Vergoedingen Overzicht en is uitgewerkt en omschreven onder hoofdstuk D van deze verzekeringsvoorwaarden.
- De inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Toelichting:

- Er moet genoeg (goed) bewijs zijn waaruit duidelijk wordt dat de zorg (op de lange termijn) goed en veilig is. Wij kijken hierbij naar alle wetenschappelijke informatie die er is.
 - In Vergoedingen Overzichten en andere communicatiemiddelen staat de omvang van de zorg. Als bij bepaalde zorg een bedrag, aantal of periode staat, bestaat aanspraak op die zorg tot maximaal dat genoemde bedrag, dat aantal of die periode. Op rekeningen met een lager bedrag, een lager aantal of een kortere periode wordt nooit meer betaald dan wat gedeclareerd is.
- U bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.

Toelichting:

Het moet gaan om doelmatige, passende zorg voor uw situatie. Zo moet er een indicatie voor de zorg zijn en mag het geen onnodig dure zorg en geen onnodig uitgebreide zorg zijn. Te dure of te uitgebreide zorg in uw situatie is dus geen doelmatige zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering, óók niet als u een deel zelf betaalt. Voorbeeld:

Als u een indicatie heeft voor een hoortoestel uit categorie X en een toestel van € 1.500,- is voldoende en geschikt voor u, dan is dat hoortoestel doelmatige zorg. U heeft dan een wettelijke eigen bijdrage van 25% van € 1.500,- en daarvan kan een deel uit uw aanvullende verze-

kering vergoed worden als u daarvoor verzekerd bent.

Als u uit diezelfde categorie X een toestel van € 2.000,- kiest dat even geschikt is, vergoeden we dus niets, omdat dat toestel niet doelmatig is; als er twee hoortoestellen binnen een categorie (X) zijn die even geschikt en voldoende zijn voor u, vergoeden we op basis van de doelmatigheid het hoortoestel van € 1.500,- en wordt niets vergoed van het hoortoestel van € 2.000,-.

- De verzekerde zorg kan ook bestaan uit andere zorg dan in dit hoofdstuk B is beschreven. Voor deze "andere zorg" gelden de volgende voorwaarden:
 - de andere zorg moet naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leiden; en
 - de andere zorg is wettelijk niet uitgesloten; en
 - wij hebben u van tevoren een akkoordverklaring gegeven voor de "andere zorg".
- De zorg die u ontvangt, kan uit slechts 1 bepaling van de basisverzekering voor vergoeding in aanmerking komen; uw aanvullende verzekering kan hier eventueel een aanvullende vergoeding op geven.

Deze algemene eisen gelden altijd naast de andere eisen in deze verzekeringsvoorwaarden voor de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg. Als u al zorg ontvangt, maar die zorg voldoet niet meer aan inmiddels gewijzigde en u medegedeelde eisen in deze verzekeringsvoorwaarden, dan vervalt ook de aanspraak op zorg en vergoeding van de kosten. Een lopende behandeling waarvoor wij een akkoordverklaring hebben gegeven, mag worden afgemaakt.

A.3.3. Voorwaardelijke zorg

In afwijking van artikel A.3.2. 2^e en 3^e bolletje omvat de dekking ook de zorg en diensten die bij de Regeling zorgverzekering voor een bepaalde periode zijn aangewezen. Voor die zorg gelden de daar gestelde voorwaarden (zie artikel B.22.). Op de website van de overheid: wetten.overheid.nl is de Regeling zorgverzekering te vinden.

A.3.4. Dekkingsgebied

Uw verzekering(en) heeft (hebben) een werelddekking.

Voorbeeld:

U bent op vakantie in Frankrijk en koopt daar een bril op sterkte. U heeft een aanvullende verzekering waarin een vergoeding voor gezichtshulp-

middelen is opgenomen van € 100,- per 2 jaar. Deze vergoeding geldt dan ook voor een bril die u in het buitenland koopt.

De voorwaarden die bij het betreffende artikel horen gelden ook voor het buitenland en de zorgverlener moet voldoen aan de eisen, wetten en regels die in dat land worden gesteld.

A.3.5. Voorwaarden op maat

Uw vergoedingen en voorwaarden worden online op maat aangeboden. Het kan dan gebeuren dat u op een bepaald moment andere voorwaarden of vergoedingen ziet dan die u eerder zag, bijvoorbeeld nadat u 18 jaar of 22 jaar bent geworden. In deze gevallen passen wij niet de voorwaarden of vergoedingen aan (zoals bedoeld in artikel A.5.3.), maar zijn vanwege uw leeftijd andere voorwaarden of vergoedingen op u van toepassing geworden.

A.4. Begin en duur van uw verzekering

A.4.1. Ingangsdatum

De verzekering gaat in op de datum waarop wij uw verzoek om de verzekering bij ons af te sluiten, ontvangen. U dient hierbij uw adres te vermelden zoals dit bekend is in de Basisregistratie Personen. We kunnen u ook inschrijven voor de verzekering zonder (juist) adres in de Basisregistratie Personen als u:

- een verklaring van uw werkgever of een salarisafschrift aan ons toestuur van maximaal een maand oud waarop de ingangsdatum van uw dienstverband genoemd staat. Hieruit moet blijken dat u aan de loonbelasting onderworpen bent in verband met in Nederland of op het continentaal plat (als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg), uitgevoerd werk; of
- een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank aan ons toestuur waaruit blijkt dat u verzekerd bent ingevolge de Wet langdurige zorg; of
- er redelijkerwijs niets aan kunt doen dat het door u verstrekte adres afwijkt van het adres in de Basisregistratie Personen.

Als u op dit moment nog bij een andere zorgverzekeraar verzekerd bent en u in uw verzoek aangeeft dat u de verzekering op een latere datum wilt laten ingaan, gaat de verzekering op die latere datum in. Op uw polisblad staat de ingangsdatum van uw verzekering.

A.4.2. Verzoek tot wijziging

Uw verzoek om bij ons een verzekering af te sluiten beschouwen wij ook als een verzoek van u om de

voor) diëtetiek in combinatie met het zorgprogramma Gecombineerde Leefstijl Interventie (zie artikel B.3.4.).

- Als behandeling plaatsvindt in groepsverband, mag de groep niet groter zijn dan 10 personen.

Voorwaarden

Algemeen

- Bij ketenzorg gaat de declaratie via de hoofdaannemer in de vorm van één integraal tarief. In dat geval geldt de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde Beleidsregel "Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg" van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).
- De zorg mag bij u thuis plaatsvinden als dit medisch noodzakelijk is.

Zorgverlener

- Een diëtist verleent de zorg.
- Een diëtist die aangesloten is bij ParkinsonNet verleent de zorg bij de ziekte van Parkinson.

Als het om ketenzorg gaat, wordt de zorg geleverd door een diëtist die:

- is aangesloten bij, of gecontracteerd door een hoofdaannemer;
- is aangesloten bij een gecontracteerde hoofdaannemer als sprake is van astma.

Verwijzing

- Is niet nodig als de behandeling wordt gegeven door een gecontracteerde zorgverlener.
- Als de behandeling wordt gegeven door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is voor aanvang van de behandeling een verwijzing nodig van een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, tandarts, bedrijfsarts, verpleegkundig specialist of medisch specialist.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

B.12. Mondzorg voor alle leeftijden

B.12.1. Mondzorg in bijzondere gevallen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat mondzorg in bijzondere gevallen. Deze is noodzakelijk omdat:

- u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft; en/of
- u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft; en/of

- u een medische behandeling krijgt die zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvolgende resultaat heeft. Bij deze tandheelkundige zorg gaat het over het algemeen om het ontstekingsvrij maken van de mond door bijvoorbeeld een parodontale behandeling, het trekken van (een) tand(en) en/of (een) kies/kiezen, of het toedienen van antibiotica.

Zonder deze mondzorg kan uw gebit de normale functie niet houden of krijgen, die het zonder de aandoening zou hebben gehad.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Kosten van een mandibulair repositie apparaat (MRA) inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71*, G72 en G73*) worden niet vergoed als mondzorg. Het betreft een hulpmiddel tegen snurken.
- Kijk voor de voorwaarden in artikel B.12.3.

B.12.2. implantaat

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Deze zorg omvat het plaatsen van een tandheelkundig implantaat:

- als er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak waarop het kunstgebit (uitneembare prothese) vastgemaakt kan worden; en
- als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft zoals genoemd onder B.12.1. en uw gebit zonder die tandheelkundige zorg zijn normale functie niet kan houden of krijgen, die het zonder die aandoening zou hebben gehad.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Er geldt een wettelijke eigen bijdrage voor het kunstgebit (volledige gebitsprothese) die op een tandheelkundig implantaat wordt vastgemaakt. Zie hiervoor artikel B.14.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg ook extra en/of ruimer verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Kijk voor de voorwaarden in artikel B.12.3.

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);