

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. J.J.M. Linders en mr. B.L.A. van Drunen

Zaaknummer: 202501130

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
 - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 6 januari 2026 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 20 januari 2026 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 24 februari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is, eveneens op 24 februari 2026, aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 23 maart 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2026004447) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 24 maart 2026 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 mei 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 19 mei 2026 gereageerd op de ingediende foto's. Een kopie hiervan is op 19 mei 2026 aan verzoekster gestuurd.
- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 10 juni 2026 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 23 maart 2026 aanpassing behoeft.
- 1.7. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 10 juni 2026 gereageerd op de brief van 19 mei 2026 van de ziektekostenverzekeraar. Een kopie van de nadere stukken is op 11 juni 2026 aan het Zorginstituut en de reactie van verzoekster is op die datum ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

- 1.8. Bij brief van 18 juni 2026 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Verder deelt het Zorginstituut mee dat de foto's van 6 januari 2026 bij de beoordeling zijn betrokken. Een kopie hiervan is eveneens bij brief van 18 juni 2026 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld te reageren. Partijen hebben niet gereageerd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis Voordelig (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil, zodat deze verder onbesproken blijft.
- 2.2. De behandelend orthodontist heeft ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag van 9 juli 2024 ingediend voor 'bijzondere orthodontie'.
- 2.3. Bij brief van 19 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 2.4. Op 9 december 2024 is wederom een aanvraag voor 'bijzondere orthodontie' bij de ziektekostenverzekeraar ingediend.
- 2.5. Bij brief van 19 december 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag afgewezen.
- 2.6. Op 20 februari 2025 is door de behandelend kaakchirurg een aanvraag voor een osteotomie van de kin, boven- en onderkaak bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Deze aanvraag is bij brief van 5 maart 2025 door de ziektekostenverzekeraar goedgekeurd.
- 2.7. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de afwijzende beslissingen gevraagd. Bij brief van 24 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissingen handhaaft.
- 2.8. Bij brief van 23 maart 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.9. Bij brief van 18 juni 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanvraag voor 'bijzondere orthodontie' alsnog goed te keuren.
- 3.2. Bij e-mailbericht van 2 april 2025 heeft verzoekster haar klacht aan de ziektekostenverzekeraar voorgelegd. De aanvragen van 9 juli 2024 en 9 december 2024 voor 'bijzondere orthodontie' zijn afgewezen, maar de aanvraag van 20 februari 2025 voor een osteotomie is wél goedgekeurd. Verzoekster benadrukt dat de beugel niet bedoeld is voor cosmetische redenen. In het verleden is zij bij een kaakfysiotherapeut geweest. Zij kon namelijk niet meer zonder pijn eten. De behandelend orthodontist en de kaakchirurg hebben vastgesteld dat een gecombineerde orthodontische en chirurgische behandeling medisch noodzakelijk is om de problematiek van de overbeet en toekomstige complicaties te verhelpen. Er is sprake van een ernstige groei- en/of ontwikkelingsstoornis van het tand-kaak-mondstelsel.

- 3.3. Verzoekster heeft in haar brief van 6 januari 2026, gericht aan de commissie, verklaard dat de aanvraag voor de orthodontische behandeling alsnog moet worden goedgekeurd. Door de behandelend orthodontist zijn nogmaals foto's gemaakt om aan te tonen dat bij haar sprake is van een te grote overbeet. De kaakspieren van verzoekster zijn altijd gespannen en zij merkt – naarmate het beugeltraject vordert – dat haar onderkaak in een meer ontspannen positie komt. Daardoor wordt de overbeet alleen maar groter. Dit wordt weer gecompenseerd doordat haar tanden meer recht in positie komen te staan. De oorspronkelijke overbeet was groter dan op dit moment. De orthodontist heeft dit gemeten en zag ook een groot verschil met de originele foto's. Verzoekster heeft deze foto's met haar brief meegestuurd. Daarnaast heeft zij het medisch dossier van 21 maart 2025 en 11 april 2024 van het Universitair Medisch Centrum Utrecht overgelegd.
- 3.4. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop verklaard dat in het voorlopig advies van het Zorginstituut staat dat bij haar geen sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Zij kan dit juridisch niet beoordelen, maar alleen toelichten wat zij als persoon ervaart. De orthodontiebehandeling is voor haar geen cosmetische behandeling. Zij heeft altijd al veel klachten aan haar kaak gehad. Als tiener ging zij al naar de kaakfysiotherapeut, omdat haar kaken altijd gespannen en vermoeid waren. Op enig moment kon zij het mentaal ook niet meer aan om te eten. In haar tienerjaren heeft zij ook al een beugel gehad, maar de behandeling is toen mislukt. Haar kaak werd eerst naar voren, en daarna weer naar achteren gebracht. Zij heeft de chirurg nu gevraagd of niet kan worden volstaan met alleen de kaakoperatie (osteotomie), maar een orthodontiebehandeling is volgens hem ook noodzakelijk. Zij is dit traject toch maar aangegaan, omdat dit voor haar als laatste kans voelt. Haar klachten zullen naarmate ze ouder wordt alleen maar toenemen. Verzoekster heeft verder verklaard dat voor een eventuele vergoeding sprake moet zijn van minimaal 13mm overbeet. Daar komt zij nu net niet aan. Ten tijde van de aanvraag en de daarbij horende foto's was haar kaak erg gespannen. Zij weet nooit hoe zij haar kaken moet houden en krijgt deze ook nooit op elkaar. Op 6 januari 2026 zijn er nieuwe foto's gemaakt, waarbij zij al geruime tijd een beugel had. Haar kaken waren daardoor meer ontspannen. De voortanden waren inmiddels al meer naar achteren verplaatst. Ten tijde van deze foto's kwam zij wederom net niet aan de 13mm. Volgens verzoekster blijkt hieruit dat – nu haar kaken wel ontspannen waren en zij al geruime tijd een beugel droeg – destijds wel sprake moet zijn geweest van een overbeet van meer dan 13mm. Door de kaakoperatie kan zij ook beter ademen en zijn de rug- en nekklachten verminderd. Zij merkt nu hoeveel invloed de spanning van haar kaken op haar lichaam had. Volgens verzoekster kan dit de ziektekostenverzekeraar preventief ook veel vergoedingen schelen. Verzoekster merkt verder op dat in het voorlopig advies van het Zorginstituut is geschreven dat slechts aanspraak bestaat op orthodontische hulp wanneer sprake is van een zodanig ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstel dat een verzekerde zonder de tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. Volgens verzoekster is hiervan bij haar sprake. Als haar kaken niet afwijkend waren geweest, had zij deze tandheelkundige problematiek niet gehad.
- 3.5. Bij e-mailbericht van 10 juni 2026 heeft verzoekster verklaard het niet eens te zijn met de aanvullende reactie van 19 mei 2026 van de ziektekostenverzekeraar. Tijdens de hoorzitting is besproken dat de door haar aangeleverde foto's van 6 januari 2026 alsnog zouden worden beoordeeld, omdat deze niet eerder in de besluitvorming van de ziektekostenverzekeraar waren betrokken. Juist over die beoordeling in het kader van het aantal mm overjet bestaat discussie. Volgens verzoekster neemt de ziektekostenverzekeraar de twijfel over de oorspronkelijke meting niet weg, niet hij stelt dat de overjet op de foto's niet kan worden bepaald. Verzoekster heeft opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar feitelijk erkent dat op basis van de foto's geen definitieve conclusie kan worden getrokken. Desondanks blijft hij vasthouden aan de oorspronkelijke meting van 11 mm, zonder inhoudelijk te motiveren waarom juist die meting

zonder twijfel als correct en representatief moet worden beschouwd. Vervolgens gaat de ziektekostenverzekeraar volgens verzoeker tóch in op een mogelijk grotere overjet. Dit heeft hij verklaard door de inmiddels gestarte orthodontische behandeling. Dit ondersteunt volgens verzoekster haar standpunt dat de overjet ten tijde van de aanvraag groter was dan die op de foto's van 6 januari 2026. Volgens verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar onvoldoende onderbouwd waarom haar situatie niet voldoet aan de voorwaarden voor vergoeding van bijzondere orthodontie.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brieven van 24 april 2025 en 22 oktober 2025 verklaard dat naar het oordeel van de adviserend tandarts bij verzoekster geen sprake is van een zeer ernstige groei- en/of ontwikkelingsstoornis. Orthodontie maakt geen deel uit van de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering. Alleen als wordt voldaan aan de voorwaarden van artikel 2.7, eerste lid, onder a, in samenhang met artikel 2.7, derde lid, van het Besluit zorgverzekering bestaat aanspraak op orthodontie in bijzondere gevallen.
- 4.2. Op grond van voornoemde bepalingen bestaat aanspraak op vergoeding als sprake is van een zodanig ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dat zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan worden behouden of verworven, gelijkwaardig aan die er zou zijn als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. Er bestaat aanspraak op orthodontische hulp in het 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. Voor de bepaling van de ernst van de afwijking wordt de 'indicatieve lijst orthodontie 2001' als leidraad gebruikt. Deze lijst is opgesteld door tandartsen en hoogleraren orthodontie en is opgenomen in de Zorgverzekeringswet.
- 4.3. Uit de aanvraag van verzoekster blijkt niet dat aan één van de criteria uit de indicatieve lijst is voldaan. Er is sprake van een beperkte functiestoornis, namelijk een open beet in het front, mede veroorzaakt door tonginterpositie tijdens het slikken. Dit is beschreven in het verslag van het intercollegiaal overleg van 21 maart 2025. Op basis van de medische gegevens bestaat geen ernstige objectieve functiestoornis. Ondanks dat verzoekster niet in aanmerking komt voor vergoeding van orthodontische hulp, is toestemming gegeven voor osteotomieën om de kin, boven- en onderkaak te corrigeren. De behandelend specialisten hebben vastgesteld dat een gecombineerde orthodontische en chirurgische behandeling medisch noodzakelijk is om de problemen te verhelpen. Dit is een medische indicatie. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij aan de hand van de geldende wet- en regelgeving dient te beoordelen – of de orthodontische behandeling op grond van een verzekeringsindicatie mag worden vergoed ten laste van de zorgverzekering.
- 4.4. Ter aanvulling heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 24 februari 2026, gericht aan de commissie, verklaard dat de aanvraag voor een osteotomie is goedgekeurd, omdat voor de aanspraak op kaakchirurgie andere indicatiecriteria gelden dan voor een orthodontische behandeling. Orthodontie in bijzondere gevallen is geregeld op pagina 46 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hier staat dat aanspraak bestaat op deze zorg bij een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Uit de Nota van Toelichting bij het Besluit zorgverzekering volgt dat het hierbij moet gaan om een situatie die in ernst is te vergelijken met een schisis. Uit artikel 2.7 van het Besluit zorgverzekering volgt dat een verzekerde slechts aanspraak kan maken op een orthodontische behandeling als sprake is van een zodanig ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel dat betrokkene zonder de tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. Daarbij dient sprake te zijn van medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de

tandheelkundige. De ziektekostenverzekeraar verwijst hiervoor naar artikel 2.7, eerste lid, onder a, van het Besluit zorgverzekering en het derde lid van genoemd artikel.

- 4.5. Bij brief van 19 mei 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de recente foto's van 6 januari 2026 zijn voorgelegd aan de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar. Op basis van de eerste aanvraag is er geen aanspraak op bijzondere orthodontie, omdat de situatie van verzoekster niet voldoet aan de indicatielijst. De overjet bedraagt 11 mm en er zijn geen andere zeer ernstige groei- of ontwikkelingsstoornissen zichtbaar. Op basis van de ingediende foto's is zichtbaar dat verzoekster inmiddels vast apparaatuur heeft. Dit bemoeilijkt de beoordeling, nog afgezien van het feit dat er geen sprake meer is van de oorspronkelijke situatie. Voor zover is te beoordelen zijn er geen zeer ernstige groei- of ontwikkelingsstoornissen zichtbaar. De overjet is niet te bepalen aan de hand van de foto's. Opgemerkt wordt dat als deze groter zou zijn dan in de eerste aanvraag, dit ook kan komen door de orthodontische behandeling. Volgens de ziektekostenverzekeraar dient de aanspraak op een orthodontische behandeling te geschieden ten tijde van de oorspronkelijke situatie.
- 4.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat de aanvraag van 6 januari 2026 alleen is ingediend bij de commissie, maar niet bij de ziektekostenverzekeraar. Die foto's zijn nagestuurd aan de ziektekostenverzekeraar, maar niet als aanvraag beoordeeld door de adviserend tandarts. De ziektekostenverzekeraar vraagt zich af of het Zorginstituut de foto's van 6 januari 2026 heeft gezien. Daarnaast gevraagd door de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar bevestigd het gaat om aanvullende stukken waarmee verzoekster wil aantonen dat ten tijde van de aanvraag sprake was van een overbeet van meer dan 13 mm en dat de adviserend tandarts alsnog om een beoordeling zal worden gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft nadrukkelijk nog opgemerkt dat hij zich afvraagt of het Zorginstituut de foto's van 6 januari 2026 heeft gezien. Verder licht de ziektekostenverzekeraar het verschil tussen orthodontie en osteotomie toe, en ook het verschil tussen een medische indicatie en een verzekeringsindicatie.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 23 maart 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“(…) Aanspraak osteotomie

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

Voor orthodontische hulp gelden strenge criteria. Het moet gaan om een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis, of een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. Voor osteotomie gelden deze specifieke criteria niet. Uit het dossier blijkt dat verweerder op 5 maart 2025 toestemming heeft gegeven voor osteotomie van de kin, de bovenkaak en de onderkaak, zodat hier geen geschil meer over bestaat.

Orthodontie

Bij het bepalen of er sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel wordt gebruik gemaakt van de indicatieve lijst (zie juridisch kader). De afwijkingen bij verzoekster zijn qua ernst niet vergelijkbaar met de aandoeningen zoals genoemd op de indicatieve lijst.

Op de indicatieve lijst staat één voor de verzoekster klinisch relevant criterium, namelijk het hebben van een distorelatie klasse II met een overjet (horizontale overbeet of SOB) van meer dan 13 millimeter. Uit de aanvraag van de orthodontist op 9 juli 2024 blijkt dat de overjet bij verzoekster 11 millimeter bedraagt. Ditzelfde blijkt ook uit de aanvraag van de kaakchirurg op 14 februari 2025. Hiermee voldoet verzoekster niet aan de voorwaarde dat er sprake moet zijn van een overjet van meer dan 13 millimeter. Verder blijkt uit de beschikbare informatie niet dat er op een andere wijze sprake is van een zeer ernstige- ontwikkelings- of groeistoornis. Ook is er getoetst aan andere criteria, maar ook daar wordt niet aan voldaan.

Het Zorginstituut merkt ten overvloede op dat verweerder in de brief van 24 april 2025 heeft vermeld dat de indicatieve lijst orthodontie 2001 is opgenomen in de Zorgverzekeringswet. Deze stelling is echter onjuist. De indicatieve lijst is een document, toentertijd opgesteld door het College Adviserend Tandarts[en] (CAT), dat ondersteuning biedt bij de beoordeling van de aanspraak op orthodontische hulp. Zorgverzekeraars Nederland en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde hebben na de opheffing van het CAT deze lijst overgenomen als ondersteunend document. Deze lijst maakt dan ook geen onderdeel uit van de Zorgverzekeringswet.

Conclusie

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

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster is niet redelijkerwijs aangewezen op een orthodontische behandeling ten laste van de basisverzekering.”

- 5.2. In het definitief advies van 18 juni 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Uit het verslag en de aanvullende informatie 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.

Uit het hoorzittingsverslag blijkt dat verweerder zich afvraagt of het Zorginstituut de foto's van 6 januari 2026 heeft gezien. Het Zorginstituut heeft deze foto's in haar beoordeling betrokken. Deze wijzigen de conclusie van het voorlopig advies echter niet.”

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 A17 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over mondzorg en het criterium ‘redelijkerwijs zijn aangewezen op’ zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. De commissie overweegt conform haar bestendige lijn in bindende adviezen dat met het indienen van een nieuwe aanvraag de voorgaande aanvraag is komen te vervallen. Voor de beoordeling zal daarom worden uitgegaan van de aanvraag van 9 december 2024.

De commissie overweegt vervolgens dat onderscheid moet worden gemaakt tussen de kaakchirurgische en de orthodontische behandeling. Een (verzekerings)indicatie voor kaakchirurgie betekent dan ook niet automatisch dat ook het bestaan van een (verzekerings)indicatie voor orthodontie in bijzondere gevallen kan worden aangenomen. Het gaat om twee verschillende verzekerde prestaties, die door de commissie afzonderlijk worden beoordeeld, aan de hand van de hiervoor geldende voorwaarden.

Voor de kaakchirurgische behandeling geldt dat de ziektekostenverzekeraar 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. De commissie zal hierna toetsen of in de situatie van verzoekster aanspraak bestaat op orthodontie in bijzondere gevallen.

- 7.3. De aanspraak op orthodontie in bijzondere gevallen is geregeld in het artikel ‘Tandheelkunde’ van de zorgverzekering. Hierin staat dat aanspraak bestaat op deze zorg bij een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaakmondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. Het voorgaande is gebaseerd op artikel 2.7, eerste lid, onder a, in samenhang met artikel 2.7, derde lid, Bzv. 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 vergelijkbaar zijn met schisis. Deze lijst is weliswaar geen wettelijk voorschrift, maar zij wordt wel gehanteerd als richtsnoer om vast te stellen of bij verzekerde een (verzekerings)indicatie aanwezig is voor orthodontie in bijzondere gevallen. Recent is de ‘indicatieve lijst’ vervangen door de nieuwe indicatieve lijst ‘Aanspraken orthodontische hulp vanuit de basisverzekering’ van de KNMT, waarbij overigens geen voor de onderhavige kwestie relevante aanpassingen zijn doorgevoerd. Ook de commissie hanteert de ‘indicatieve lijst’ als richtsnoer. Daarnaast moet medediagnostiek of medebehandeling door andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn.
- 7.4. De commissie heeft begrip voor de wens van verzoekster. Zij heeft eerder pijn gehad tijdens het kauwen op voedsel en is daarvoor bij een kaakfysiotherapeut geweest. Ook had verzoekster last van gespannen kaken door de overbeet. Dit laat onverlet dat de commissie de aanvraag moet toetsen aan de geldende wet- en regelgeving. Zij komt tot de conclusie dat bij verzoekster geen zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis aan de orde is. Haar aandoening komt weliswaar voor op de ‘indicatieve lijst’, maar niet in een zodanig ernstige mate dat een verzekeringsindicatie bestaat. Zo blijkt uit de ‘indicatieve lijst’ dat sprake moet zijn van een overbeet van meer dan 13 millimeter. Uit de – eerdere – aanvraag van 9 juli 2024 van de orthodontist en de aanvraag van de kaakchirurg van 14 februari 2025 blijkt dat bij verzoekster sprake is van een overbeet van 11 millimeter. Gesteld noch gebleken is dat bij haar een andere indicatie volgens de ‘indicatieve lijst’ aan de orde is. Het voorgaande betekent dat zij niet voldoet aan de indicatiecriteria voor aanspraak op orthodontie ten laste van de zorgverzekering. Dit wordt bevestigd in het voorlopig advies van 23 maart 2026 van het Zorginstituut. De door verzoekster overgelegde foto’s leiden niet tot een

andere conclusie. Datzelfde geldt voor haar stelling dat de oorspronkelijke overbeet groter was. De commissie kan daar, voor zover relevant, bij een gebrek aan bewijstukken niet van uitgaan.

Slotsom

7.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 13 juli 2026,

B.L.A. van Drunen

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.7

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

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.31

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

Tandheelkunde

Bijzondere tandheelkunde

Bijzondere tandheelkunde is bedoeld voor mensen voor wie reguliere tandheelkunde niet toereikend is, door een bijzondere aandoening. U kunt hierbij denken aan een verhemeltespleet of een zeer ernstige overbeet.

Welke zorg

U heeft recht op bijzondere tandheelkunde die noodzakelijk is als u:

- een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel heeft. Hieronder valt ook het aanbrengen van implantaten bij een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur. Deze moeten dan dienen om een uitneembare prothese op te bevestigen,
- een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft,
- een niet-tandheelkundige medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder de bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben.

Let op

- U heeft alleen recht op bijzondere tandheelkunde als dit noodzakelijk is om een tandheelkundige functie te behouden of te verwerven, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die u zou hebben gehad zonder de aandoening.
- U heeft alleen recht op orthodontische hulp als er 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. U heeft alleen recht op orthodontische hulp als deze wordt verleend door een orthodontist.

Eigen bijdrage

- Voor bijzondere tandheelkunde betaalt u een eigen bijdrage voor de zorg die niet rechtstreeks onder uw indicatie voor bijzondere tandheelkunde valt. De eigen bijdrage is dan het bedrag dat u zelf had moeten betalen als u geen indicatie voor bijzondere tandheelkunde had gehad.
- Betreft de bijzondere tandheelkunde in uw geval het plaatsen van een kunstgebit (een volledige prothetische voorziening), dan betaalt u een eigen bijdrage van 25% van de totale kosten van een volledige prothese. Voor een kunstgebit op implantaten geldt een eigen bijdrage van 10% voor de onderkaak en 8% voor de bovenkaak. U kunt dit ook vinden in de Regeling zorgverzekering. Raadpleeg de regeling op menzis.nl of vraag deze op bij onze Klantenservice.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een tandarts, Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde, kaakchirurg of orthodontist. Voor het orthodontische deel van de behandeling kunt u naar een orthodontist.

Verwijzing

- U heeft alleen recht op bijzondere tandheelkunde door een orthodontist als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw tandarts of kaakchirurg.
- U heeft alleen recht op bijzondere tandheelkunde door een kaakchirurg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw tandarts of huisarts. De kaakchirurg moet verbonden zijn aan een ziekenhuis.
- U heeft alleen recht op bijzondere tandheelkunde door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde als u

vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, tandarts of kaakchirurg.

Toestemming

Voor bijzondere tandheelkunde heeft u voorafgaande toestemming van Menzis nodig. Stuur u bij uw aanvraag een schriftelijke motivatie en een behandelplan van de zorgaanbieder mee.

Tandheelkunde

U heeft recht op tandheelkunde. Waar u precies recht op heeft, hangt ervan af of u jonger bent dan 18 jaar of 18 jaar of ouder.

Welke zorg

Tot en met 17 jaar

U heeft recht op :

- 1 periodiek preventief tandheelkundig onderzoek per jaar, tenzij u meer keren per jaar zo'n onderzoek nodig heeft,
- incidenteel tandheelkundig consult,
- het verwijderen van tandsteen,
- 2 fluorideapplicaties per jaar, tenzij u meer keren per jaar zo'n applicatie nodig heeft, vanaf het doorbreken van blijvende gebitselementen,
- sealing,
- parodontale hulp (behandeling van tandvlees),
- anesthesie (verdooving),
- endodontische hulp (wortelkanaalbehandeling),
- restauratie van gebitselementen met plastische materialen (vullingen),
- gnathologische hulp (hulp bij kaakgewrichtproblemen of knarsen),
- uitneembare prothetische voorzieningen (kunstgebit en frameprothese),
- tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van implantaten:
 - als het ter vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden is die niet zijn aangelegd, of
 - als het ontbreken van die tand(en) het directe gevolg is van een ongeval,
- chirurgische tandheelkundige hulp, behalve het aanbrengen van implantaten,
- röntgenonderzoek (foto), behalve röntgenonderzoek voor orthodontische hulp.

Tot en met 22 jaar

U heeft recht op tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van implantaten als het ter vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden is die helemaal niet zijn aangelegd, of als het ontbreken van die tand(en) het directe gevolg is van een ongeval. U heeft alleen recht op deze zorg als de noodzaak daarvan is vastgesteld voordat u de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.

Let op

Gaat u buiten de normale openingstijden naar de tandarts, dan heeft u alleen recht op tandheelkunde als het bezoek niet tot een andere dag kan worden uitgesteld.

Vanaf 18 jaar

U heeft recht op :

- chirurgische tandheelkundige hulp door een kaakchirurg en het daarbij horende röntgenonderzoek, behalve parodontale chirurgie, het aanbrengen van implantaten en ongecompliceerde extracties,
- uitneembare volledige protheses voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten.

Eigen bijdrage

Bent u 18 jaar of ouder? U betaalt een eigen bijdrage van 25% van de totale kosten van een volledige prothese. U betaalt een eigen bijdrage van 10% van de totale kosten van een volledige prothese op implantaten en bijbehorende mesostructuur voor de onderkaak en 8% van de totale kosten van een volledige prothese op implantaten en bijbehorende mesostructuur voor de bovenkaak. De eigen bijdrage voor reparatie en opvullen (rebasen) van een uitneembare volledige prothetische voorziening is 10% van de kosten van die reparatie of opvullen. U kunt dit ook vinden in de Regeling zorgverzekering. Raadpleeg de regeling op [menzis.nl](https://www.menzis.nl) of vraag deze op bij onze Klantenservice.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een tandarts, kaakchirurg of tandprotheticus. Bent u jonger dan 18 jaar, dan kunt u ook naar een vrijgevestigde mondhygiënist. Voor implantologie die verband houdt met de plaatsing van een volledige prothese in de bovenkaak kunt u naar een kaakchirurg of naar een tandartsimplantoloog die door de NVOI is erkend. U vindt deze op nvoi.nl/erkende-implantologen. Voor volledige protheses en implantaten heeft Menzis zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op [menzis.nl/zorgvinder](https://www.menzis.nl/zorgvinder) vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact opnemen met onze Klantenservice. Het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) is op de tandheelkunde niet van toepassing.

Verwijzing

U heeft alleen recht op behandeling door een kaakchirurg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van een tandarts of huisarts.

Toestemming

U heeft voorafgaande toestemming van Menzis nodig:

- voor tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van implantaten,
- voor parodontale hulp, behandeling onder narcose, osteotomie en het plaatsen van een implantaat door een kaakchirurg,
- voor het maken van een overzichtsfoto (Orthopantomogram), als u jonger bent dan 18 jaar,
- als een tandarts of tandprotheticus een volledige en uitneembare prothese voor de boven- of onderkaak maakt en de totale kosten (inclusief de techniekkosten) meer dan € 750 per kaak zijn,
- voor het plaatsen van een implantaatgedragen prothese en bijbehorende mesostructuren vervaardigd door een daarvoor niet-gecontracteerd zorgaanbieder,
- voor reparatie en rebasing van de implantaatgedragen prothese door een daarvoor nietgecontracteerd zorgaanbieder,
- als de volledige en uitneembare prothese voor de boven- en/of onderkaak die u nu draagt, binnen 5 jaar na levering wordt vervangen. Dit geldt niet voor een immediaatprothese,
- als u moet worden behandeld op de plaats waar u verblijft (bijvoorbeeld thuis of in een instelling).

Stuurt u bij uw aanvraag een schriftelijke motivatie en een behandelplan mee van de zorgaanbieder.