



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Bijzondere tandheelkunde, orthodontie, ingangsdatum machtiging
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2010-2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv
Zaaknummer : 202100113
Zittingsdatum : 22 september 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,
tegen



VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure



2.1. Op 13 april 2021 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen telefonisch gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Op 30 april 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.



2.2. De zorgverzekeraar heeft op 9 juli 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 14 juli 2021 aan verzoekster gezonden.



2.3. Op 10 augustus 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021028222) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 11 augustus 2021 aan partijen gestuurd, waarbij verzoekster is gevraagd aanvullende informatie aan te leveren in het kader van het door het Zorginstituut geadviseerde nader onderzoek.



2.4. Op 17 augustus 2021 heeft de commissie aanvullende stukken van verzoekster ontvangen. Kopieën hiervan zijn op 19 augustus 2021 aan de zorgverzekeraar gezonden.



2.5. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 22 september 2021 gehoord.



2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 29 september 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 21 oktober 2021 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 22 oktober 2021 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen tien dagen te reageren. Verzoekster heeft op 22 november 2021 de commissie gebeld om te vragen naar de stand van zaken. Op dat moment bleek dat zij voornoemd advies niet had ontvangen. Daarom is het definitieve advies van het Zorginstituut op 22 november 2021 nogmaals aan verzoekster gezonden, waarbij zij een nieuwe termijn heeft gekregen om hierop te reageren. Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de geboden gelegenheid.

3. Vaststaande feiten



3.1. Verzoekster was in 2010 en 2011 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de VGZ Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering).



3.2. Verzoekster is in 2010 gestart met een orthodontische behandeling. Op 20 maart 2012 heeft de zorgverzekeraar een machtiging verleend voor orthodontische zorg in bijzondere gevallen, met ingangsdatum 1 februari 2012.

- 3.3. De behandelend orthodontist heeft op 30 november 2010 per brief over verzoekster verklaard:

“Onlangs zag ik bovengenoemde patiënte voor een herhalingsconsult.

Ik constateerde bij haar de vorige keer een klasse II / 1 afwijking, overjet +5mm, 1/2 prcmolaarbreedte disto links, 1/2 premolaarbreedte disto rechts, vertraagde ontwikkeling 11, (na verw.odotoom), crowding onderfront t.p.v. de 33, 43, diepe beet.

De patiënte zal binnenkort in actieve orthodontische behandeling worden genomen.

De behandeling zal plaatsvinden met vaste apparatuur in onder- en bovenkaak”

- 3.4. De zorgverzekeraar heeft in 2011 per brief aan verzoekster meegedeeld dat de nota van 10 januari 2011 voor het maandtarief orthodontie niet wordt vergoed.

- 3.5. In 2017 is verzoekster met haar vader op het kantoor van de zorgverzekeraar geweest voor een persoonlijk gesprek over de vergoeding van de orthodontische behandeling. Naar aanleiding van dit gesprek heeft de zorgverzekeraar besloten met betrekking tot de kosten uit 2010 een bedrag van € 1.033,10 uit coulance te vergoeden.

- 3.6. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 7 januari 2021 heeft de zorgverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

- 3.7. Op 10 augustus 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

“Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Hierbij zij uitdrukkelijk opgemerkt dat het hierbij niet gaat om de medisch-tandheelkundige behandel noodzaak, maar om de verzekeringstechnische indicatie.

Het dossier bevat zeer summiere medische-tandheelkundige informatie. In 2010 heeft de kaakchirurg bij verzoekster een melksnijtand plus mesiodens verwijderd. In datzelfde jaar is de orthodontische behandeling aangevangen. Uit de brief van de behandelend orthodontist d.d. 30 november 2010 blijkt niet dat in het geval van verzoekster sprake is van een zodanig ernstige aandoening dat aanspraak op bijzondere tandheelkundige hulp bestaat. In de brief d.d. 22 april 2021 meldt de behandelend orthodontist dat verzoekster lijdt aan de ziekte van POTS. Het dossier bevat hierover verder geen informatie. Evenmin is duidelijk wat de relatie tussen de ziekte van POTS en de noodzaak tot de orthodontische behandeling is. Op basis van de zeer geringe zorginhoudelijke informatie in het dossier kan het Zorginstituut niet beoordelen of verzoekster in de periode 2010-2012 aanspraak kon maken op orthodontische hulp krachtens de [Z]orgverzekeringswet.

Nader onderzoek:

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

- 3.8. Het Zorginstituut heeft in zijn definitieve advies van 21 oktober 2021 het volgende verklaard:

“Aanvullende informatie

Correspondentie en facturen van de behandelend orthodontist alsmede het verslag van de hoorzitting.

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

De aanvullende informatie in dit dossier geeft geen aanleiding om aan te nemen dat in 2010 sprake is geweest van een verzekeringstechnische indicatie tot bijzondere orthodontische hulp.

Conclusie

De aanvraag is terecht afgewezen door verweerder.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verweerder heeft de aanvraag terecht afgewezen, nu er geen indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp aanwezig was."

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de zorgverzekeraar de kosten van de orthodontische behandeling in 2010 en 2011 alsnog volledig moet vergoeden.
- 4.2. De zorgverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over bijzondere tandheelkunde, waaronder die met betrekking tot orthodontische hulp in bijzondere gevallen, 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.
- 6.2. Verzoekster stelt dat haar vader in 2010 persoonlijk een aanvraag voor orthodontie heeft afgegeven op het kantoor van de zorgverzekeraar. Hierop is geen reactie ontvangen van de zorgverzekeraar. Begin 2012 is een nieuwe aanvraag voor orthodontie ingediend. Op 20 maart 2012 is door de zorgverzekeraar een machtiging verleend, met ingangsdatum 1 februari 2012. Volgens verzoekster moeten op grond van deze machtiging ook de kosten van orthodontie uit 2010 en 2011 worden vergoed.

Ter zitting heeft verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat gekeken moet worden naar de regelgeving zoals deze gold in 2010 en niet naar de huidige regelgeving. Verzoekster heeft benadrukt dat zij in 2010 persoonlijk de aanvraag aan de ziektekostenverzekeraar heeft overhandigd. Zij is destijds eerst bij een specialist in het ziekenhuis geweest. De tanden moesten eerst uit elkaar worden gezet, en een volwassen tand is naar beneden gehaald.

- 6.3. De zorgverzekeraar stelt dat hij op 16 maart 2012 een aanvraag voor orthodontische hulp in bijzondere gevallen heeft ontvangen ten behoeve van verzoekster. Naar aanleiding van deze aanvraag is op 20 maart 2012 een machtiging afgegeven. Omdat vóór 2012 geen aanvraag is ingediend en dus ook geen machtiging is afgegeven, worden de kosten van de orthodontische behandeling die zijn gemaakt vóór 1 januari 2012 niet vergoed. Dit behoudens het bedrag van € 1.033,10 dat de zorgverzekeraar uit coulance over 2010 reeds heeft vergoed en dat op verzoek van verzoekster is verrekend met openstaande vorderingen.

Ter zitting heeft de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat voor bijzondere orthodontie ten laste van de zorgverzekering een machtiging is vereist. Er is in 2012 een machtiging afgegeven. De adviserend tandarts heeft nu beoordeeld dat die machtiging destijds onterecht is afgegeven. Het enige dat uit de aangeleverde stukken blijkt, is dat er sprake was van de ziekte van Pots. Er is geen

causaal verband tussen deze ziekte en de tandheelkundige problemen van verzoekster. Dit betekent niet dat er aanleiding is tot een aanvullende vergoeding over te gaan. De al vergoede bedragen worden niet teruggevorderd.

Daarnaast heeft de zorgverzekeraar contact gehad met de orthodontist, en deze heeft verklaard alles 20 jaar te bewaren. De orthodontist kan evenwel ook geen aanvraag terugvinden. Er blijkt wel dat reguliere behandelingen zijn gedeclareerd, maar pas in 2012 is een aanvraag ingediend.

- 6.4. De commissie overweegt dat op grond van artikel 27.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak bestaat op tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen. Onder deze aanspraak valt ook orthodontische hulp in bijzondere gevallen. Er moet sprake zijn van een verzekeringsindicatie en als bijkomende voorwaarde geldt dat het moet gaan om medediagnostiek of medebehandeling door een andere discipline dan de tandheelkundige. De hiervoor aangehaalde bepaling in de verzekeringsvoorwaarden is gebaseerd op artikel 2.7 Bzv. Uit het eerste lid van laatstgenoemd artikel volgt dat een indicatie tot bijzondere tandheelkunde kan voorkomen in de volgende gevallen:
- a) bij een ernstige ontwikkelingsstoornis, een groeistoornis of een verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel;
 - b) als de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en zonder de mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat zijn gebit zou zijn geweest als hij de aandoening niet had gehad;
 - c) als een medische behandeling zonder de mondzorg onvoldoende resultaat heeft en de verzekerde zonder de mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat zijn gebit zou zijn geweest als hij de aandoening niet had gehad.
- In de situatie van verzoekster zijn de onder b en c vermelde indicaties niet aan de orde. Zij had namelijk geen andere, in dit verband relevante niet-tandheelkundige aandoening en er lag geen relatie tussen de aangevraagde mondzorg en een medische behandeling die zij onderging of moest ondergaan.
- 6.5. Bij de indicatie, genoemd in artikel 2.7, eerste lid, onder a, Bzv, gaat het om ernstige stoornissen of afwijkingen van het tand-kaak-mondstelsel. Uit de toelichting op artikel 2.7 Bzv blijkt dat voor de invulling van deze bepaling aansluiting is gezocht bij de toenmalige Regeling Tandheelkundige hulp Ziekenfondsverzekering. De vroegere Ziekenfondsraad heeft destijds een 'indicatieve lijst' opgesteld van die gevallen waarin een indicatie in het kader van de bijzondere tandheelkunde aanwezig kan zijn.
- 6.6. Door verzoekster is gesteld, dat zij in november 2010 een aanvraag heeft gedaan voor een orthodontische behandeling. De zorgverzekeraar heeft op 20 maart 2012 een machtiging verleend op basis van een aanvraag van 16 maart 2021. De commissie is niet gebleken dat vóór 16 maart 2012 een aanvraag is gedaan. Verzoekster heeft weliswaar gesteld dat haar vader in november 2010 persoonlijk een aanvraag voor orthodontie heeft afgegeven op het kantoor van de zorgverzekeraar, maar zij is er niet in geslaagd haar stelling te onderbouwen. Ook uit de gegevens van de orthodontist en de zorgverzekeraar blijkt niet van een in november 2010 ingediende aanvraag.

Uit artikel 27.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering blijkt dat een machtiging is vereist om de kosten van orthodontie vergoed te krijgen ten laste van de zorgverzekering. Vast staat dat verzoekster in de periode november 2010 tot 1 februari 2012 geen machtiging had voor vergoeding van de kosten van orthodontie ten laste van de zorgverzekering. Daarom komen de kosten van orthodontie die zijn gemaakt vóór 1 februari 2012 niet voor vergoeding in aanmerking.

Wellicht ten overvloede merkt de commissie op dat uit het definitieve advies van het Zorginstituut volgt dat in 2010 bij verzoekster geen (verzekerings)indicatie aanwezig was. Dit betekent dat zelfs in het geval verzoekster zou hebben voldaan aan het formele vereiste van het indienen van een voorafgaande aanvraag tot machtiging, zij op grond van het ontbreken van een (verzekerings)indicatie niet in aanmerking komt voor vergoeding van de kosten van de orthodontische behandeling over de periode van november 2010 tot 1 februari 2012.

6.7. Gezien de ter zitting door de zorgverzekering gemaakte opmerking dat inmiddels wordt getwijfeld aan de juistheid van de verleende machtiging, merkt de commissie het volgende op. De commissie ziet geen aanleiding te onderzoeken of de machtiging in 2012 terecht door de zorgverzekeraar werd afgegeven. De verleende machtiging vormt een gegeven. De op grond van de machtiging verleende vergoedingen mogen daarom niet worden teruggevorderd.

6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 december 2021,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving (bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

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 aanspraak op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

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.
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 2 van het Interimbesluit forensische zorg.

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 en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, 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 medidiagnostiek 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 aan verzekerden vanaf de leeftijd van zes jaar, 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. 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 niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
 - m. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
 - n. 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.
6. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de verzekerde een eigen bijdrage betaalt voor de zorg, bedoeld in het eerste of vijfde lid, onderdeel b.

Terugwerkende kracht

Stb. 2012, 512, datum inwerkingtreding 31-10-2012, bevat een wijziging met terugwerkende kracht van dit artikel. Deze wijziging werkt terug tot en met 01-01-2006.

6. Bij ministeriële regeling wordt bepaald dat de verzekerde een eigen bijdrage betaalt voor de zorg, bedoeld in het eerste of vijfde lid, onderdeel b.