



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheeldkunde, orthodontie, IOTN-score
Zaaknummer : 201503505
Zittingsdatum : 23 november 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

1) Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het Select Zorg Plan (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Royaal en T Start afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een orthodontische behandeling (hierna: de aanspraak). Bij brief van 30 oktober 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 1 december 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij brief van 1 mei 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 3 augustus 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 augustus 2016 aan verzoeker gezonden.

-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 13 augustus 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
-  3.9. Bij brief van 8 augustus 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 11 augustus 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016103176) de commissie medegedeeld dat zij de commissie niet kan adviseren, aangezien niet in geschil lijkt dat verzoeker geen aanspraak heeft op een vergoeding ten laste van de zorgverzekering. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 1 november 2016 aan partijen gezonden.
-  3.10. Verzoeker is op 23 november 2016 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
-  4.1. De behandelend orthodontist heeft bij verzoeker het volgende vastgesteld: *“Blijvende dentitie met Angle Kl. I occlusie, (sagitaal overbite 3 mm, verticaal overjet 3 mm), neutro - relatie, agenesie 35.45, skeletaal en dental diepe beet, brachycefaal, Crowding in onder- en bovenfront (ALD -3 mm bk, ALD -mm ok). De patiënt heeft klachten over de door hem ervaren crowding van het bovenfront en overweegt hiervoor behandeling”.*
-  4.2. De orthodontist heeft ten behoeve van verzoeker een behandelplan opgesteld. Dit behandelplan is naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Van de orthodontist heeft verzoeker begrepen dat de ziektekostenverzekeraar akkoord is gegaan met de behandeling en dat de kosten grotendeels door de ziektekostenverzekeraar zouden worden vergoed. Tijdens de onderhavige procedure heeft verzoeker bij de orthodontist de akkoordverklaring opgevraagd, maar tot op heden heeft hij deze niet ontvangen.
-  4.3. Na de goedkeuring door de ziektekostenverzekeraar is verzoeker gestart met de behandelingen. Dat de eerste behandelingen door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed, bevestigt de juistheid van de stelling dat de ziektekostenverzekeraar akkoord is gegaan met de voorgestelde behandeling. Pas negen maanden na aanvang van de behandeling ontving verzoeker van de ziektekostenverzekeraar brieven waaruit bleek dat de behandeling niet meer werd vergoed. Dit standpunt kan verzoeker niet begrijpen. In de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering staat immers enkel dat nadat de leeftijd van 22 jaar is bereikt geen aanspraak meer bestaat op een vergoeding van 90 percent, maar van 70 percent. Verzoeker meent dat de ziektekostenverzekeraar in ieder geval gehouden is 70 percent van de kosten te vergoeden.
-  4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij verschillende keren telefonisch contact heeft gehad met medewerkers van de ziektekostenverzekeraar. Aanvankelijk is aan verzoeker medegedeeld dat 90 percent van de kosten worden vergoed, gedurende de hele duur van de verzekering. Nadat verzoeker te kennen had gegeven dat hij 23 jaar zou worden, werd door de betreffende medewerker gezegd dat de vergoeding zou worden verlaagd tot 70 percent. Later kreeg verzoeker van een andere medewerker te horen dat de informatie niet juist was en dat toch 90 percent van de kosten worden vergoed. Niemand van de ziektekostenverzekeraar heeft ooit aan verzoeker medegedeeld dat vanaf de leeftijd van 23 jaar geen aanspraak meer bestaat op een vergoeding.

 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat door de behandelend orthodontist een aanvraag is ingediend voor een orthodontische behandeling ten behoeve van verzoeker. Orthodontie komt alleen ten laste van de zorgverzekering als sprake is van een indicatie voor bijzondere tandheelkunde. Orthodontische hulp valt onder bijzondere tandheelkunde ingeval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. De ziektekostenverzekeraar concludeert dat dit in de situatie van verzoeker niet aan de orde is.

 5.2. Op grond van artikel 15.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van 90 percent van de kosten van orthodontie voor verzekerden tot 22 jaar met een maximum van € 2.500,-- voor de gehele duur van de aanvullende verzekering. Verzoeker is met de orthodontische behandeling gestart toen hij nog 21 jaar oud was. Om die reden is indertijd 90 percent van de kosten vergoed. Vanaf het moment dat verzoeker de leeftijd van 22 jaar bereikte, bestond op grond van artikel 15.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering geen aanspraak meer op vergoeding van orthodontische kosten.

 5.3. Op grond van artikel 15.3 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat voor verzekerden van 22 jaar en ouder aanspraak op vergoeding van 70 percent van de kosten van orthodontie tot maximaal € 1.000,-- voor de gehele duur van de aanvullende verzekering bij een IOTN-score 3 of hoger. Uit de aanvraag blijkt dat bij verzoeker sprake is van IOTN-score 2 zodat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van orthodontie op basis van artikel 15.3 ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat van het eerste gesprek van verzoeker geen notitie is gemaakt omdat verzoeker toen nog geen klant was. Van het latere gesprek is wél een notitie gemaakt, maar daaruit blijkt niet dat aan verzoeker bepaalde toezeggingen zijn gedaan.

 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

 6.1. Gelet op artikel 18 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

 7. Het geschil

 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel op basis van 70 percent van de kosten in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

- 8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld onder het kopje 'Aanspraken' van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 6 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op orthodontische zorg in bijzondere gevallen bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, dat u zonder orthodontische behandeling geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan de tandheelkundige functie die u zou hebben zonder deze aandoening? Dan heeft u aanspraak op deze behandeling.

Voorwaarden voor aanspraak

1. De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
2. Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor een behandeling? Dan moet uw tandarts, tandartsspecialist of huisarts u hebben doorverwezen.
3. Voor deze behandeling is medediagnostiek of medebehandeling van andere dan tandheelkundige disciplines noodzakelijk.
4. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.
(...)"

- 8.4. Artikel 6 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering is volgens artikel 1 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. Artikel 11 lid 1 onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Mondzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.7 Bzv en nader uitgewerkt in artikel 2.31 Rzv.
- 8.6. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.7. Artikel 15.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op orthodontie voor verzekerden tot 22 jaar en luidt:

"Orthodontie voor verzekerden tot 22 jaar (bij pakket Royaal en Excellent)

Wij vergoeden aan verzekerden tot 22 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) en een second opinion. De zorg wordt gedeclareerd met de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven prestatiecodes voor orthodontie eindigend op de letter A.

(...)

Royaal 90% tot maximaal € 2.500,- voor verzekerden tot 22 jaar voor de gehele duur van de aanvullende verzekering. (...)"

- 8.8. Artikel 15.3 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op orthodontie voor verzekerden van 22 jaar en ouder en luidt:

"Orthodontie voor verzekerden van 22 jaar en ouder

Wij vergoeden aan verzekerden van 22 jaar en ouder de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) en een second opinion. De zorg wordt gedeclareerd met de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven prestatiecodes voor orthodontie eindigend op de letter A.

Voorwaarden voor vergoeding

1. Een orthodontist of tandarts moet de behandeling uitvoeren of de second opinion geven.
2. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Bij uw aanvraag voor toestemming moet u een door de behandelend orthodontist opgesteld behandelplan sturen. Samen met een schedelprofielfoto, orthopantomogram, digitale mondfoto's en/of foto's van gebitsmodellen en de "Index for Orthodontic Treatment Need" (IOTN). Stuur al deze gegevens naar onze tandheelkundig adviseur ter beoordeling.

Wat wij niet vergoeden

1. Heeft u een geringe behandelingsbehoefte (IOTN-score 1 of 2)? Dan vergoeden wij niet de kosten van orthodontie. De orthodontist kan u hierover meer informatie verstrekken.
2. Verliest of beschadigt u bestaande orthodontische voorzieningen door uw eigen schuld of nalatigheid? Dan vergoeden wij niet de kosten van reparatie of vervanging hiervan.

(...)

Royaal 70% tot maximaal € 1.000,- voor verzekerden van 22 jaar en ouder voor de gehele duur van de aanvullende verzekering.

(...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De zorgverzekering biedt dekking voor orthodontische zorg in bijzondere gevallen indien sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. Gelet op de nota van toelichting bij artikel 2.7 Bzv, welke bepaling ten grondslag ligt aan artikel 6 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering, gaat het daarbij om verzekerden met schisis dan wel een hiermee vergelijkbare zeer ernstige afwijking.
- 9.2. De bij verzoeker aanwezige overbeet van 3 mm vormt geen (verzekerings)indicatie voor orthodontische zorg in bijzondere gevallen. Ook de overige, in dit kader genoemde problemen zijn niet in ernst vergelijkbaar met schisis. Voorts is niet gebleken van medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de orthodontische zorg, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. Op grond van artikel 15.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat voor verzekerden tot 22 jaar aanspraak op vergoeding van 90 percent van de kosten van orthodontie tot maximaal € 2.500,- voor de gehele duur van de aanvullende ziektekostenverzekering. Vast staat dat verzoeker de kosten van orthodontie tot de leeftijd van 22 jaar conform dit artikel vergoed heeft gekregen. Hierover bestaat dan ook geen geschil tussen partijen. Waar het de orthodontische kosten betreft die zijn gemaakt nadat verzoeker 22 jaar werd, geldt dat artikel 15.2 voor deze kosten geen dekking biedt.
- 9.4. Op grond van artikel 15.3 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat voor verzekerden van 22 jaar en ouder aanspraak op vergoeding van 70 percent van de kosten van orthodontie tot maximaal € 1.000,- voor de gehele duur van de aanvullende verzekering indien sprake is van een IOTN-score 3 of hoger. Uit het aanvraagformulier voor orthodontische hulp van 26 oktober 2015

blijkt dat bij verzoeker sprake is van een IOTN-score 2. Dat een andere indicatie bestaat, leidend tot een IOTN-score 3, is in de procedure gesteld noch gebleken.

- 9.5. Gelet op het voorgaande is de commissie van oordeel dat vanaf het moment dat verzoeker de leeftijd van 22 jaar bereikte hij geen aanspraak (meer) heeft op vergoeding van de kosten van orthodontie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dat de ziektekostenverzekeraar in een eerder stadium heeft ingestemd met het ten behoeve van verzoeker ingediende behandelplan en ondubbelzinnig en zonder voorbehoud heeft toegezegd de kosten grotendeels te vergoeden is door verzoeker weliswaar gesteld, maar niet aannemelijk gemaakt. De akkoordverklaring waaruit dit zou moeten blijken is door hem niet overgelegd.

Telefonische toezegging

- 9.6. Door verzoeker is gesteld dat hij verschillende keren telefonisch contact heeft gehad met verschillende medewerkers van de ziektekostenverzekeraar, bij welke gelegenheid verzoeker is medegedeeld onder andere is medegedeeld dat 90 percent van de orthodontische kosten worden vergoed. Dit is door de ziektekostenverzekeraar gemotiveerd betwist. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie als volgt.

- 9.7. De commissie stelt allereerst vast dat niet ter discussie staat dat verzoeker verschillende keren met de ziektekostenverzekeraar telefonisch contact heeft gehad. Het is evenwel aan verzoeker aannemelijk te maken dat hem bij die gelegenheid bepaalde toezeggingen zijn gedaan. Ten aanzien hiervan merkt de commissie op dat verzoeker er in de procedure niet in is geslaagd aannemelijk te maken dat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, bepaalde (telefonische) toezeggingen zijn gedaan. Daarbij hecht de commissie belang aan het feit dat het moeilijk is de exacte vraagstelling en de beantwoording daarvan te reconstrueren, terwijl dan nog het probleem blijft hoe dit antwoord luidde, respectievelijk mocht worden opgevat.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 december 2016,

A.I.M. van Mierlo