

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Mondzorg, tandheekkundige zorg, implantaten, buitenland
Zaaknummer : ANO07.268
Zittingsdatum : 19 september 2007

Zaak: ANO07.268 (Mondzorg, tandheeskundige zorg, implantaten, buitenland)

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 11 en 13 Zvw, 2.7 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 22 januari 2007 inzake het niet (volledig) vergoeden van de kosten van het aanbrengen van tandheeskundige implantaten door een tandarts te Bocholt (Duitsland).

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering), alsmede op basis van een aanvullende verzekering.
- 3.2. Bij brief van 2 januari 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat de aanvraag voor de vergoeding van een prothese op implantaten voor beide kaken niet voor vergoeding in aanmerking komt.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 15 februari 2007 heeft de zorgverzekeraar om een orthopantomogram verzocht. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 12 maart 2007 aan verzoekster bericht dat de kosten van het aanbrengen van de implantaten door een tandarts te Bocholt worden vergoed tot maximaal 100% van het in Nederland geldende tarief van deze behandeling, te weten een bedrag van € 9.500,-.
- 3.4. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar hierop om heroverweging met betrekking tot de hoogte van de vergoeding gevraagd. Bij brieven van 28 maart en 10 april 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 29 april 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de volledige kosten van het aanbrengen van tandheeskundige implantaten door de tandarts te Bocholt te vergoeden.

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.
 - 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 20 juni 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
 - 3.8. Bij brief van 23 juli 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
 - 3.9. Op 23 juli 2007 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 19 september 2007 in persoon gehoord.
 - 3.10. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 29 augustus 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 6 september 2007 aan partijen gezonden.
 - 3.11. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 19 september 2007 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen. Verzoekster heeft van deze mogelijkheid gebruik gemaakt en haar standpunt nog eens herhaald. De zorgverzekeraar heeft geen aanleiding gezien tot het geven van een reactie.
 - 3.12. Bij brief van 20 september 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft het College voor zorgverzekeringen de commissie meegedeeld dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.
4. Het standpunt van verzoekster
- 4.1. Verzoekster is een 62-jarige vrouw met een tandeloze, zeer geslonken bovenkaak en een onderkaak met vijf losstaande tanden. Zij maakt al jaren gebruik van een prothese voor beide kaken, maar heeft thans protheses op implantaten nodig. Verzoekster heeft voor een Duitse tandarts gekozen, daar hij met transplantaten werkt zonder dat daarbij bottransplantatie nodig is. Die behandeling is in haar situatie niet onnodig kostbaar en gecompliceerd, maar uiterst doelmatig.
 - 4.2. De onderhavige behandeling is door de zorgverzekeraar goedgekeurd. Het is echter niet mogelijk de vergoeding op basis van de CTG-goedgekeurde tarieven te bepalen, omdat de Duitse tandarts niet met bottransplantatie werkt. Deze twee behandelingen zijn niet vergelijkbaar. Bij een second opinion in Nederland werden de kosten geraamd op € 8.000,- per kaak, hetgeen een stuk meer is dan de toegekende maximumvergoeding van € 9.500,- voor beide kaken.
 - 4.3. Verzoekster meent dat sprake is van ongelijke behandeling van gelijke gevallen omdat een familielid eenzelfde behandeling bij dezelfde Duitse arts heeft ondergaan en van de zorgverzekeraar een vergoeding van €12.000,- kreeg toegekend.

4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat de vergoeding van € 9.500,- te laag is.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

5.1. De zorgverzekeraar stelt dat mondzorg limitatief omschreven zorg omvat. Het indicatiecriterium bij implantaten is dat sprake dient te zijn van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en dat het implantaat moet dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese. Verzoekster heeft een indicatie voor de gevraagde behandeling.

5.2. Met betrekking tot zorg in het buitenland stelt de zorgverzekeraar dat een verzekerde in het geval van een niet-gecontracteerde zorgverlener, recht heeft op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten. Deze vergoeding kan nooit hoger zijn dan de vergoeding die in Nederland verleend kan worden. De zorgverzekeraar heeft € 9.500,- vergoed, omdat dit het bedrag is dat in Nederland gedeclareerd en betaald zou zijn voor eenzelfde soort behandeling.

5.3. Het beroep op het gelijkheidsbeginsel is onvoldoende onderbouwd.

5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de vordering van verzoekster moet worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, acht de commissie zich bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering.

7. De beoordeling van het geschil

7.1. De relatie tussen partijen wordt beheerst door een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW. Deze verzekeringsovereenkomst betreft een zorgverzekering. Een 'zorgverzekering' in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw, dient te voldoen aan de wettelijke eisen van de Zorgverzekeringswet. De aard en omvang van de in de zorgverzekering op te nemen verzekerde prestaties zijn omschreven in Hoofdstuk 3, de artikelen 10 tot en met 14a van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Slechts voor zover de verzekering voldoet aan de wettelijke eisen – dat wil zeggen niet meer en niet minder biedt – is sprake van een zorgverzekering en heeft de verzekerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzekeringsplicht.

7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg. Artikel 18 van de zorgverzekering bepaalt wanneer aanspraak op zorg bestaat in het buitenland. Artikel 18.1.1. luidt, voor zover hier relevant:

*“de verzekerde die woont in Nederland, heeft naar keuze aanspraak op:
- (...)*

- vergoeding van kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling conform de aanspraken van de zorgverzekering tot maximaal:

- (...)
 - het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum)-tarief;
 - indien en voorzover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum)-tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconform bedrag.
- (...)"

7.3. Vergoeding voor tandheelkundige zorg wordt geregeld in de artikelen 29 en volgende van de aanspraken van de zorgverzekering.

7.4. Artikel 31 van de aanspraken bepaalt wanneer aanspraak op implantaten bestaat en onder welke voorwaarden. Lid 2 van dit artikel bepaalt, voor zover hier relevant:

"U heeft aanspraak op tandheelkundige implantaten ten behoeve van een uitneembare volledige prothese wanneer u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder deze hulp geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.

Voorwaarden:

- *Wij moeten u vooraf toestemming hebben verleend. (...)*
- *Er moet sprake zijn van een ernstig geslonken tandenloze kaak."*

7.5. De regeling van de artikelen 18, 29 en 31 van de aanspraken is volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.

7.6. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. Artikel 11 lid 1 onderdeel a van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, 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 omschreven in artikel 2.7 van het Bzv. Lid 1 onderdeel a van dit artikel bepaalt dat slechts aanspraak bestaat op tandheelkundige zorg die noodzakelijk is 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. In lid 2 is bepaald dat onder de zorg, zoals bedoeld in lid 1, onderdeel a, tevens is begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, indien sprake is van een zeer ernstig geslonken tandenloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.

7.7. Artikel 13 van de Zvw bepaalt dat indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten en hij deze zorg desalniettemin betreft van een andere aanbieder, hij recht heeft op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg gemaakte kosten.

- 7.8. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.9. Tussen partijen is niet (langer) in geschil dat verzoekster aan het indicatiecriterium voldoet om voor een implantatenbehandeling in aanmerking te komen.
- 7.10. Verzoekster stelt dat de volledige kosten van de onderhavige behandeling vergoed dienen te worden. De zorgverzekeraar brengt hier tegen in dat € 9.500,- het bedrag is dat in Nederland wordt gedeclareerd en betaald voor eenzelfde soort behandeling.
- 7.11. De basis voor een vergoeding is altijd het Nederlandse tariefsysteem, tenzij het gaat om behandelingen die in Nederland in welke vorm ook niet mogelijk zijn. De (veelal afwijkende) declaratiesystematiek en tariefopbouw in een ander land bepalen niet de hoogte van de door de zorgverzekeraar te verstrekken vergoeding.
- 7.12. De onderhavige behandeling, te weten het plaatsen van prothese op implantaten, al dan niet met bottransplantatie, kan ook in Nederland worden uitgevoerd. In het Centrum voor Mondzorg te Wageningen kost een behandeling met vier implantaten en een prothese ruim € 4.500,-. Verzoekster heeft onvoldoende gesteld om haar stelling te onderbouwen dat het bedrag van € 9.500,- niet juist zou zijn. Haar stelling dat bij een second opinion een indicatie van € 8.000,- per kaak zou zijn gegeven, is evenmin onderbouwd. Vergeleken met de opgave van de uit te voeren verrichtingen van de Duitse tandarts, acht de commissie de door de zorgverzekeraar aangeboden vergoeding voor de behandeling met acht implantaten en een prothese, alleszins redelijk.
- 7.13. Verzoekster stelt dat de zorgverzekeraar het gelijkheidsbeginsel heeft geschonden door ten aanzien van een andere verzekerde, een familielid van verzoekster, kosten voor een medische behandeling als door verzoekster aangevraagd te vergoeden, terwijl hij in haar situatie de aanvraag tot vergoeding van de behandeling heeft afgewezen. Dit moet, aldus verzoekster, ertoe leiden dat haar aanvraag dient te worden toegewezen. Gesteld noch gebleken is dat de zorgverzekeraar een begunstigend beleid voert, of dat ten aanzien van (een) bepaalde verzekerde(n) sprake is van een oogmerk tot begunstiging. Bij toepassing van de meerderheidsregel gaat het erom of in de meerderheid van de met het geval van belanghebbende vergelijkbare gevallen een juiste toepassing van de op voormelde regelgeving gebaseerde polisvoorwaarden achterwege is gebleven. Indien deze vraag bevestigend moet worden beantwoord, dient deze - in de meerderheid van de vergelijkbare gevallen door de zorgverzekeraar gevolgd - gedragslijn ook in het geval van verzoekster te worden gevolgd. Aangezien verzoekster slechts een concreet geval heeft genoemd, is toepassing van de meerderheidsregel in het onderhavige geval niet aan de orde. Het beroep op het gelijkheidsbeginsel faalt derhalve.
- 7.14. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 oktober 2007

Voorzitter