



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, in deze vertegenwoordigd door IAK
Verzekeringen B.V. te Eindhoven
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, restauratie slijtage, materiaal- en techniekkosten
Zaaknummer : 201502838
Zittingsdatum : 12 oktober 2016

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2015-2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, in deze vertegenwoordigd door IAK Verzekeringen B.V. te Eindhoven.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de IAK Zorgverzekering Ruime Keuze (Natura) (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen IAK Extra Compleet Pakket, Fysio 1000, Alternatieve zorg 850 en OptiekPlan 300 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een tandheelkundige behandeling ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 19 augustus 2015, 17 september 2015 en 6 oktober 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 19 oktober 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar op 16 februari 2016 respectievelijk 9 maart 2016 aan verzoekster een gedeeltelijke goedkeuring heeft verleend voor de aangevraagde tandheelkundige behandeling.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 14 maart 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 10 juni 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 juni 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 26 juni 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 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 13 juni 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 23 juni 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016076639) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten. De ziektekostenverzekeraar heeft reeds vastgesteld dat bij verzoekster een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp aanwezig is. Een deel van het behandelplan van de tandarts is evenwel afgewezen, te weten de G-codes (inclusief techniekkosten) en een afzonderlijke techniekpost van € 1.000,--. Om te kunnen beoordelen of deze afwijzing in overeenstemming is met de bepalingen van de Zorgverzekeringswet, is antwoord nodig op twee vragen: (1) Waarom worden de G-codes geweigerd, als vallende buiten de indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp? (2) Voor de afzonderlijke techniekpost van € 1.000,-- is een begroting ingezonden (d.d. 25 februari 2016). Kan de ziektekostenverzekeraar de motivering tot weigering van deze post toespitsen op de inhoud van deze begroting? Thans staat niet zonder meer vast dat verzoekster niet in aanmerking komt voor het gevraagde.
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 27 juni 2016 aan partijen gezonden, waarbij aan de ziektekostenverzekeraar de opdracht tot het verrichten van nader onderzoek is gegeven. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 18 juli 2016 geïnformeerd over de uitkomst van het nader onderzoek. Een afschrift hiervan is aan verzoekster gestuurd.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 oktober 2016 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld in te gaan op het advies van het Zorginstituut, en verzoekster is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het door de ziektekostenverzekeraar uitgevoerde nader onderzoek.
- 3.11. Verzoekster heeft de commissie bij e-mailbericht van 13 oktober 2016 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.12. De ziektekostenverzekeraar heeft op 25 oktober 2016 gereageerd op de onder 3.11 genoemde aanvullende informatie. Een afschrift van deze reactie is aan verzoekster gezonden.
- 3.13. Bij brief van 31 oktober 2016 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 8 december 2016 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Het Zorginstituut concludeert dat de toetsing van de aanspraak door de ziektekostenverzekeraar op adequate wijze is verricht. Een afschrift van dit advies is op 9 december 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Van de geboden gelegenheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Het gebit van verzoekster voldoet aan de voorwaarden zoals die zijn geformuleerd in de richtlijn 'Criteria en omvang aanspraak bij tandweefselverlies van niet carieuze aard' van het College

Adviserend Tandartsen (hierna: CAT). Het is onbegrijpelijk dat de ziektekostenverzekeraar de CAT-richtlijn naast zich neer legt. Bovendien komt dit de gezondheid van verzoekster niet ten goede. Overigens stuurde de ziektekostenverzekeraar verzoekster op 10 september 2015 een schriftelijke goedkeuring voor de aangevraagde tandheelkundige behandeling, maar bij navraag bleek dat dit een fout was.

Verzoekster heeft verzocht om een afspraak met een adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar, zodat deze de ernstige situatie van haar gebit kon bekijken. De ziektekostenverzekeraar vond een dergelijke afspraak echter geen toegevoegde waarde hebben. Tevens is de ziektekostenverzekeraar niet ingegaan op het aanbod van verzoekster om in overleg te treden met de behandelend tandarts.

4.2. De behandelend tandarts heeft het volgende verklaard: *"(...) Gezien de ernst van de situatie vind ik dat de patiënt wel degelijk voldoet aan de richtlijnen opgesteld door het College van Adviserend Tandartsen. Er is sprake van een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel en zonder zorg zal de patiënt zijn functie niet kunnen behouden gelijkwaardig aan deze zonder de aandoening. Patiënt ervaart pijn tijdens het kauwen door afwezigheid van glazuur. Er zijn absoluut 8 of meer elementen per kaak die voldoen aan de gestelde voorwaarden (TWI 3/4). (...)"*, en verzocht om toestemming in het kader van artikel 2.7 lid 1 Bzv.

4.3. Verzoekster kan zich niet vinden in de gedeeltelijke goedkeuring van de ziektekostenverzekeraar. De kosten van de aangevraagde behandeling zijn begroot op € 5.350,45. Het probleem betreft thans met name nog de techniekkosten behorend bij code C29. De ziektekostenverzekeraar heeft deze kosten geaccordeerd voor € 10,--. In de begroting zijn deze techniekkosten echter opgenomen voor een bedrag van € 1.000,--. Verzoekster wenst een volledige goedkeuring van de aangevraagde behandeling te krijgen op grond van de geldende richtlijnen. In dit kader verwijst zij naar de systematische review 'Tooth wear: a systematic review of treatment options' van Muts et al (The Journal of Prosthetic Dentistry, oktober 2014). Dit artikel over het restaureren van slijtage is door de behandelend tandarts geschreven. Hetgeen de ziektekostenverzekeraar stelt is volstrekt niet wetenschappelijk onderbouwd. Het is niet aan de ziektekostenverzekeraar om te bepalen wat in de situatie van verzoekster goede zorg is.

4.4. Ter zitting heeft verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat sprake is van ernstige slijtage van tanden en kiezen, waardoor zij problemen ervaart in haar dagelijks functioneren. Op grond van de CAT-richtlijnen bestaat aanspraak op vergoeding ten laste van de zorgverzekering. De behandelend tandarts is zeer deskundig, specifiek ter zake van het herstellen van gebitsslijtage, en verzoekster heeft vertrouwen in hem. Voorts heeft verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de kostenpost van € 1.000,-- betrekking heeft op studiemodellen en opwas door de tandtechnicus. Uit de begroting volgt dat de kosten voor de studiemodellen € 23,-- bedragen. Volgens de ziektekostenverzekeraar bedraagt het gemiddelde tarief € 33,--. Het is dan ook onbegrijpelijk dat slechts € 10,-- wordt vergoed. De kosten van de opwas zijn volledig voor de tandtechnicus; de tandarts staat daar buiten. De tandarts past de directe methode toe. Hoe de vullingen worden aangebracht is ter beslissing aan de tandarts. Deze betreffen evenwel altijd V-codes. Er bestaat geen indirecte methode voor V-codes. Van een combinatie van methodes door de tandarts is geen sprake. Tot slot heeft verzoekster verwezen naar de schriftelijke onderbouwing van de G-codes door de tandarts.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Het dossier van verzoekster is meermaals beoordeeld door de adviserend tandartsen van de ziektekostenverzekeraar. In eerste instantie is op basis van de ontvangen gegevens, (röntgen)foto's en gebitsmodellen geconcludeerd dat bij verzoekster geen sprake is van een indicatie die aanspraak geeft op bijzondere tandheelkunde. Er is geen TWI van 3 en/of 4 bij acht of meer elementen per kaak volgens de classificatie van Smith en Knight. De gebitssituatie is ontstaan door in het verleden gemaakte keuzes van verzoekster. Zodoende is aanvankelijk aan verzoekster medegedeeld dat de

aangevraagde behandeling niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt.

Verzoekster heeft geen aanvullende tandartsverzekering afgesloten.

- 5.2. In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen is verzoekster opgeroepen voor het spreekuur van de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar. Dit spreekuurbezoek heeft plaatsgevonden op 27 januari 2016. Op basis hiervan heeft de adviserend tandarts alsnog geoordeeld dat verzoekster een indicatie voor bijzondere tandheelkunde heeft. Aan haar is een goedkeuring verleend voor bijzondere tandheelkunde in het kader van de zorgverzekering, geldig voor de volgende codes:
- 1 x C28;
 - 1 x C29 met techniekkosten € 10,--;
 - 6 x A10;
 - 6 x V50;
 - 19 x V94 (gebitselementen 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24, 25, 34, 33, 32, 31, 41, 42, 43, 44, 45, 46);
 - 1 x G69 met techniekkosten € 175,--.
- 5.3. De codes C65, G01, G10, G12, G15, G16, G33, G63 met techniekkosten € 200,--, G64 en G65 met techniekkosten € 75,--, zijn geen onderdeel van de goedkeuring. Deze verrichtingen worden niet vergoed ten laste van de zorgverzekering. De verrichtingen met G-codes zijn geweigerd omdat uit de aanvraag niet is gebleken dat verzoekster hiervoor een indicatie heeft. Een indicatie voor verrichtingen met G-codes kan zijn ernstige myogene en/of arthrogene klachten. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar de criteria die worden aangehouden voor de patiëntenselectie van CBT's voor de behandeling van gnathologische klachten. De zorgverlener van verzoekster heeft geen motivering in dit kader aangedragen.
- 5.4. De maximale vergoeding voor bijzondere tandheelkunde komt hiermee op € 2.114,--. Aan verzoekster is een gedeeltelijke goedkeuring van de machtigingsaanvraag gestuurd. De code C29 is bedoeld voor het vervaardigen van een studiemodel. De gehanteerde techniekkosten staan in geen verhouding tot de aard en de omvang van het ontwerp van deze code. De wettelijke verplichte IPT (maximum) tarieventabel vermeldt het volgende: *"C29 * Studiemodellen t.b.v. behandelplan € 26,42 Ad C29) Studiemodellen t.b.v. behandelplan Studiemodellen. Afdruk van boven- en onderkaak. De materiaal en/of techniekkosten dienen separaat in rekening te worden gebracht. Voor code C29 geldt dat de gemiddelde kosten in de jaren 2014 en 2015 € 24,-- bedragen op totaal 10.326 declaraties."*
- De gemiddeld gedeclareerde techniekkosten bedragen bij code C29 € 33,--. De gegevens van de ziektekostenverzekeraar dateren van 2014 en 2015. Code C29 is 6.679 keer gedeclareerd. De indruk ontstaat dat via de door de tandarts van verzoekster declareerde techniekkosten de nota oneigenlijk hoog zou kunnen uitvallen. Er is namelijk gedeclareerd voor het direct opbouwen van een kies of tand met vulmateriaal, en deze declaraties zijn akkoord bevonden. Direct opbouwen van tanden en/of kiezen gebeurt rechtstreeks in de mond van de patiënt en is arbeidsintensief; het tarief voor deze behandeling houdt rekening met een bepaalde behandelduur. Tegelijkertijd lijkt er door de tandarts van verzoekster voor een andere behandelmethode te worden gekozen: de indirecte methode. Bij de indirecte methode worden op een model de afgesletten kiezen en/of tanden eerst met was opgebouwd. Over deze wasopbouw wordt een mal (dieptrekplaat) gefabriceerd. Deze mal wordt gevuld met vulmateriaal en bij de patiënt over de op te bouwen kiezen en/of tanden geplaatst. Deze methode kost minder tijd aan de stoel. De indruk wordt gewekt dat de tandarts van verzoekster de beide methoden wenst te declareren. Dit is echter niet mogelijk; een kies of tand wordt óf direct óf indirect opgebouwd. Tegelijkertijd is niet mogelijk. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat de reeds geaccordeerde declaraties de directe methode betreffen. De ziektekostenverzekeraar wenst daarnaast niet de indirecte methode te vergoeden; zelfs niet als deze kosten verkapt zouden zijn in de techniekkosten bij een studiemodel. De betreffende techniekkosten worden dan ook niet vergoed.
- 5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt samengevat herhaald.

5.6. Nadien heeft de ziektekostenverzekeraar het volgende verklaard.
De tandheelkundig adviseur heeft toegelicht dat het oneigenlijk gebruik van een code niet is toegestaan door de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa). De omschrijving bij de code in het UPT boekje is leidend. De code C29 is voor het vervaardigen van een studiemodel. Het opwassen van elementen en vervaardigen van dieptrekplaatjes valt daar niet onder. Het is een principiële kwestie dat een zorgverlener niet zelf kan bepalen wat er allemaal onder een code gedeclareerd kan worden. Echter, de ziektekostenverzekeraar is bereid een vergoeding te verlenen voor het opwassen van de elementen en het vervaardigen van dieptrekplaatjes van maximaal € 500,--. Dit bedrag is vergelijkbaar met de vergoeding die in vergelijkbare gevallen wordt verleend. Vaker zijn de kosten echter lager. Verder is de ziektekostenverzekeraar bereid de codes G12, G15, G16, G33 en G69 (in plaats van G63) te vergoeden. Deze codes betreffen bescherming van het resultaat na afbehandeling. Bij de vergoeding van deze codes hoort ook het bedrag van € 200,-- ter zake van de aangevraagde techniekkosten. De ziektekostenverzekeraar vergoedt de codes G01 en G63 niet. Deze codes kunnen worden gedeclareerd als sprake is van craniomandibulaire dysfunctie (kaakgewrichtsklachten). Hiervan is in het geval van verzoekster geen sprake, aangezien het slijtage betreft.

5.7. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek voor het resterende deel dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 11 van het 'Algemeen gedeelte' van de zorgverzekering (2015-2016) is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.

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 zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de 'Zorgartikelen' van de zorgverzekering (2015-2016).

8.3. Artikel 20.2 van de 'Zorgartikelen' van de zorgverzekering (2015) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

Bijzondere tandheelkunde is tandheelkundige zorg voor mensen met een bijzondere aandoening. Deze tandheelkundige zorg kost meer tijd en moeite. U hebt alleen recht op bijzondere tandheelkunde als u hiermee een tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die u zou hebben als u de aandoening niet zou hebben gehad.

U hebt recht op deze zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden, die noodzakelijk is:

1. als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt. U hebt ook recht op het aanbrengen van een implantaat en de opbouw als deze

*worden gebruikt voor het bevestigen van een uitneembare gebitsprothese. Dit recht hebt u alleen als u een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak hebt;
(...)*

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts verbonden aan een Centrum voor bijzondere tandheelkunde, orthodontist of kaakchirurg. Een Centrum voor bijzondere tandheelkunde is een centrum verbonden aan een ziekenhuis of universiteit voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in H.I artikel 2.4 en 2.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Eigen bijdrage

*U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd als u 18 jaar of ouder bent als het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. De eigen bijdrage is gelijk aan het bedrag dat in rekening mag worden gebracht als er geen sprake is van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen.
(...)*

Verwijsbrief nodig van

Tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Toestemming

U hebt vooraf onze toestemming nodig. De toestemmingsprocedure vindt u in H.I artikel 2.9 van deze voorwaarden."

Artikel 20.2 van de 'Zorgartikelen' van de zorgverzekering (2016) is gelijkloidend.

- 8.4. Artikel 20.2 van de 'Zorgartikelen' van de zorgverzekering (2015-2016) is volgens artikel 3 van het 'Algemeen gedeelte' van de zorgverzekering (2015-2016) 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 verder 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.
9. Beoordeling van het geschil
- 9.1. De zorgverzekering biedt, op grond van artikel 20.2 van de 'Zorgartikelen', aanspraak op tandheelkundige zorg indien sprake is van een (verzekerings)indicatie voor bijzondere

tandheelkunde, te weten een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij de tandheelkundige zorg noodzakelijk is om een tandheelkundige functie te behouden of te verwerven die gelijk is aan de functie die zou hebben bestaan indien de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. In de Nota van Toelichting bij artikel 2.7 Bzv, welk artikel ten grondslag ligt aan artikel 20.2 van de 'Zorgartikelen' van de zorgverzekering (2015-2016), wordt toegelicht dat lid 1 van genoemde bepaling betrekking heeft op bijvoorbeeld oligodontiepatiënten, schisispatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen.

- 9.2. Verzoekster kampt met slijtage van het gebit. Volgens de behandelend tandarts is sprake van een verworven afwijking aan het tand-kaak-mondstelsel. Zonder de zorg zal verzoekster de gebitsfunctie niet kunnen behouden, gelijkwaardig aan die zonder de aandoening. Verzoekster ervaart pijn tijdens het kauwen door de afwezigheid van glazuur. De behandelend tandarts heeft gesteld dat acht of meer gebitselementen voldoen aan de gestelde voorwaarden (TWI 3/4). De ziektekostenverzekeraar heeft zich in eerste instantie op het standpunt gesteld dat verzoekster geen indicatie heeft voor bijzondere tandheelkunde, doch heeft later een gedeeltelijke goedkeuring verleend voor de aangevraagde tandheelkundige behandeling, op grond van de zorgverzekering.
- 9.3. Het geschil spitst zich toe op twee punten, te weten de techniekkosten behorend bij code C29 en de codes C65, G01, G10, G12, G15, G16, G33, G63 met techniekkosten € 200,--, en G64 en G65 met techniekkosten € 75,--. De commissie overweegt dienaangaande als volgt.
- 9.4. Wat betreft code C29 geldt dat de indicatie geen onderwerp van geschil vormt. De ziektekostenverzekeraar heeft hiervoor in eerste instantie een vergoeding geaccordeerd van € 10,--, en dit later verhoogd naar € 500,--.
- In de kostenbegroting van 22 februari 2016 is een bedrag van € 1.000,-- ter zake van 'Materiaal- en techniekkosten' bij code C29 opgenomen waarover partijen verdeeld zijn. In de overgelegde stukken is een kostenbegroting van een tandtechnisch bedrijf aanwezig. Deze begroting, gedateerd 25 februari 2016, bedraagt totaal € 1.000,--. De commissie leidt hieruit af dat de begrote kostenpost van € 1.000,--, ziet op techniekstukken die de tandarts wenst te laten maken door een technicus. Bij het inkopen van dergelijke techniekstukken mag de tandarts de kosten daarvan doorberekenen aan de patiënt (i.c. verzoekster).
- Ingevolge de tariefbeschikking van de NZa met nummer TB/CU-7103-02, mag voor code C29 met omschrijving "*Studiemodellen t.b.v. behandelplan*" maximaal € 27,76 in rekening worden gebracht door de zorgaanbieder. Voorts geldt dat de materiaal- en/of techniekkosten separaat in rekening dienen te worden gebracht.
- De tandarts heeft voor code C29 een bedrag van € 27,76 begroot, en voor de bijbehorende materiaal- en techniekkosten € 1.000,--. Dit is in overeenstemming met voornoemde tariefbeschikking van de NZa.
- Volgens (de tandarts van) verzoekster is het bedrag van € 1.000,-- aan techniekkosten redelijk. De maximale vergoeding voor de techniekkosten behorend bij code C29 is niet in de voorwaarden opgenomen, en was derhalve voor verzoekster niet kenbaar.
- Verzoekster heeft een naturopolis. De commissie constateert dat de visies van de ziektekostenverzekeraar en de zorgaanbieder over de hoogte van de in rekening te brengen techniekkosten uiteenlopen. Een dergelijke discussie dient plaats te vinden in de verhouding tussen de ziektekostenverzekeraar en de zorgaanbieder; verzoekster staat daar buiten. De ziektekostenverzekeraar is hierover evenwel de discussie met verzoekster aangegaan c.q. heeft de consequenties van de uiteenlopende visies op haar afgeschoven, hetgeen niet correct is. De ziektekostenverzekeraar is derhalve gehouden alsnog zijn toestemming te verlenen voor code C29 op basis van de ingediende begroting. Dit komt neer op een bedrag van € 27,76 en € 1.000,-- voor de bijbehorende materiaal- en techniekkosten. Indien de toegezegde vergoeding van € 500,-- reeds is uitbetaald, dient voornoemde vergoeding hiermee te worden verlaagd.
- 9.5. Met betrekking tot de codes C65, G01, G10, G12, G15, G16, G33, G63 met techniekkosten € 200,--, en G64 en G65 met techniekkosten € 75,-- geldt het volgende.



De ziektekostenverzekeraar heeft in eerste instantie ten aanzien van deze codes gemotiveerd gesteld dat een (verzekerings)indicatie ontbreekt. Nadien heeft de ziektekostenverzekeraar evenwel verklaard de codes G12, G15, G16, G33 en G69 (in plaats van G63) te vergoeden. Deze codes betreffen bescherming van het resultaat na afbehandeling. Bij de vergoeding van deze codes hoort ook het bedrag van € 200,-- ter zake van de aangevraagde techniekkosten. De ziektekostenverzekeraar vergoedt de codes G01 en G63 niet. Hiermede vormen enkel nog de codes C65, G01, G10, G64 en G65 onderwerp van discussie. Ten aanzien van code C65 heeft verzoekster niets gesteld, hetgeen tot de conclusie leidt dat de ziektekostenverzekeraar terecht vergoeding heeft geweigerd in verband met het ontbreken van een (verzekerings)indicatie. Voorts heeft verzoekster de weigering van de vergoeding van de G-codes door de ziektekostenverzekeraar gemotiveerd bestreden, onder verwijzing naar een inhoudelijke onderbouwing van deze codes door de tandarts. Gelet op het definitief advies van het Zorginstituut van 8 december 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar vergoeding van voornoemde codes terecht geweigerd. Inzake code G65 is door de behandelend tandarts van verzoekster verklaard dat deze waarschijnlijk niet zal worden toegepast/gedeclareerd, zodat dit onderdeel van het verzoek geen behandeling behoeft.

Conclusie

- 
- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, in die zin dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden voor de verrichting met code C29 en de bijbehorende materiaal- en techniekkosten een bedrag van totaal € 1.027,76 te vergoeden. Voorts dient te worden vastgesteld dat de ziektekostenverzekeraar heeft toegezegd de codes G12, G15, G16, G33 en G69 (in plaats van G63) en de bijbehorende techniekkosten van € 200,-- te vergoeden. Het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.
- 
- 9.7. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.
- 
10. Het bindend advies
- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe op de wijze als onder 9.6 is omschreven. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
- 
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.



Zeist, 18 januari 2017,



A.I.M. van Mierlo

