



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem
Zaak : Mondzorg, gebitsprothese, hoogte vergoeding techniekkosten
Zaaknummer : 201502188
Zittingsdatum : 6 juli 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)



(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.7 Bzv, 2.31 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D



tegen



VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie



2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering VGZ Natura (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Vitaal Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide 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 een volledige gebitsprothese (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 19 juni en 27 juli 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak, met uitzondering van de techniekkosten, wordt ingewilligd ten laste van de zorgverzekering.



3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing inzake de techniekkosten. Bij brief van 6 oktober 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 e-mailbericht van 26 januari 2016 heeft verzoeker 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 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 5 april 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 april 2016 aan verzoeker gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 21 juni 2016 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 5 juli 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.

3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 juli 2016 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. Verzoeker stelt dat hij bij de ziektekostenverzekeraar verschillende aanvragen heeft ingediend voor een volledige gebitsprothese. Onder meer bij brieven van 19 juni en 27 juli 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak, met uitzondering van de techniekkosten, wordt ingewilligd ten laste van de zorgverzekering.

4.2. De ziektekostenverzekeraar stelt in dit verband dat de techniekkosten voor een gebitsprothese maximaal € 735,- mogen bedragen. Verzoeker meent dat genoemd bedrag, anders dan de ziektekostenverzekeraar beweert, niet marktconform is. Verzoeker heeft overleg gehad met zijn tandarts en deze heeft verklaard dat hij voor € 735,- aan techniekkosten geen duurzame gebitsprothese kan vervaardigen.

4.3. Ter zitting heeft verzoeker zijn eerdere standpunt herhaald en ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar ten aanzien van de verrichtingencode J52 het maximumtarief van € 735,- hanteert. Hiervoor kan wellicht een gestrooide prothese met kunsthars elementen worden vervaardigd, maar deze volstaat in dit geval niet. Het is voor verzoeker onduidelijk hoe de ziektekostenverzekeraar tot genoemd bedrag is gekomen. De code J52 wordt voor verschillende soorten prothesen gebruikt. De techniekkosten voor de ene prothese zijn aanzienlijk hoger dan voor de andere. Daar komt bij dat indien de tandarts een nieuwe prothese vervaardigt de techniekkosten deel uitmaken van de steg. Indien een vervangende prothese moet worden vervaardigd bestaat die mogelijkheid niet. Samengevat komt het er op neer dat het door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde gemiddelde tarief voor de techniekkosten soms te laag is om in een individueel geval een passende prothese te maken. Het is verzoeker overigens bekend dat andere zorgverzekeraars voor de code J52 hogere gemiddelde tarieven hanteren en dat de op de onderhavige begroting ter zake vermelde bedragen binnen die maxima vallen.

4.4. 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 heeft op 20 oktober 2014 een aanvraag ten behoeve van verzoeker ontvangen voor een vervangende gebitsprothese op vier (bestaande) implantaten. In reactie op deze aanvraag heeft de ziektekostenverzekeraar op 31 oktober 2014 een brief gestuurd naar de tandarts waarin aan deze wordt medegedeeld dat de techniekkosten niet hoger mogen zijn dan € 735,-. Voorts is de tandarts verzocht een nieuwe begroting op te stellen. Na ontvangst van de nieuwe begroting (voor hetzelfde bedrag) heeft de ziektekostenverzekeraar de tandarts van verzoeker op 19 juni 2015 medegedeeld dat de door hem gehanteerde code 6490 niet mag worden opgevoerd. Achteraf gezien was deze mededeling echter overbodig, aangezien niet de verrichting op zich maar de techniekkosten onjuist zijn.

5.2. Nadien heeft de ziektekostenverzekeraar van de tandarts een derde begroting ontvangen voor hetzelfde bedrag. Op deze begroting is de code 6490 vervangen door twee andere, te weten J52 en J58. Op 27 juli 2015 is aan de tandarts te kennen gegeven dat de opgevoerde techniekkosten de vastgestelde maximumvergoeding van € 735,- overschrijden.

5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aanvankelijk verklaard dat hij met de tandarts geen contract heeft afgesloten. Indien de ziektekostenverzekeraar met een zorgaanbieder geen contract heeft

afgesloten, wordt vergoed op basis van de wettelijke Wmg-tarieven en bij het ontbreken daarvan tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. De ziektekostenverzekeraar stelt dat voor de gehanteerde verrichtingencodes J52 en J58, zoals vermeld op de laatste begroting, de redelijke marktprijs € 735,-- is.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de tandarts van verzoeker wél door hem is gecontracteerd. De eerdere stellingname is derhalve onjuist. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij het standpunt van verzoeker deelt dat de code J52 wordt gebruikt voor verschillende soorten prothesen. De ziektekostenverzekeraar is op basis van bij hem declaraties en door hem opgevraagde offertes van tandtechnische laboratoria tot de conclusie gekomen dat de gemiddelde techniekkosten € 735,-- bedragen. Dat dit een redelijk bedrag is blijkt ook uit het gegeven dat veel andere tandartsen wél een prothese kunnen vervaardigen voor dit bedrag.

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 de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 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 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 gebruik dient te maken van gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 29.2 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op tandheelkundige zorg bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

"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-kaakmondstelsel 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;*
- 2. als u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt;*
- 3. als u een medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. Het gaat over het algemeen om het ontstekingsvrij maken van de mond. Voorbeelden van het ontstekingsvrij maken zijn behandeling van het tandvlees, het trekken van tanden en kiezen of toedienen van antibiotica.*

(...)

Gebitsprothese op implantaten

Als u al lange tijd een volledige gebitsprothese (kunstgebit) draagt kan uw kaak zo erg slinken dat uw kunstgebit geen houvast meer heeft. In zo'n geval kunnen implantaten uitkomst bieden. Meestal

*gaat het om 2 implantaten in de onderkaak waarop 2 drukknoppen of een staafje worden geschroefd om het kunstgebit overheen te klikken. Het kunstgebit blijft uit uw mond te nemen. Als u een niet uitneembare of geschroefde brug of prothese wilt op implantaten in plaats van een uitneembaar kunstgebit, dan worden de kosten hiervan niet vergoed.
(...)"*

- 8.4. Artikel 1.4 van de zorgverzekering regelt de vergoeding indien een verzekerde kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder en luidt als volgt:

*"1.4. hoogte vergoeding voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Gaaf u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van zorg vergoeden wij tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders. Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden Wmg-tarieven, dan worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven.*

Uitzondering:

(...)

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, hebt u recht op vergoeding van de kosten tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. U moet ons zo spoedig mogelijk over deze zorg informeren."

- 8.5. De artikelen 1.4 en 29.2 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. 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.
- 8.7. 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. Op grond van artikel 29.2 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op verstrekking van een volledige gebitsprothese op implantaten. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker een (verzekerings)indicatie heeft voor deze zorg. Enkel de vergoeding van de bijbehorende techniekkosten houdt partijen verdeeld.
- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft, onder verwijzing naar artikel 1.4 van de zorgverzekering, gesteld dat hij de kosten vergoedt op basis van de Wmg-tarieven dan wel - bij ontbreken hiervan - tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Op de door de gecontracteerde tandarts ingediende aanvraag staan de verrichtingencodes J52 (boven - klikgebit) en J58 (toeslag vervangingsklikgebit op bestaande stegconstructie tussen drie of vier implantaten). De



ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de kosten voor tandtechniek, indien niet uitgevoerd door een tandarts, niet vallen onder de werking van de Wmg. Vervolgens heeft hij berekend dat de techniekkosten voor beide codes maximaal € 735,-- mogen bedragen zodat dit bedrag is te beschouwen als de geldende redelijke marktprijs. Verzoeker stelt dat zijn tandarts heeft verklaard dat deze voor genoemd bedrag aan techniekkosten geen duurzame prothese kan vervaardigen en dat de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde tarieven niet zijn vastgelegd in de overeenkomst die hij heeft gesloten met de ziektekostenverzekeraar. Dit laatste is door de ziektekostenverzekeraar niet weersproken, daarom neemt de commissie dit als vaststaand aan. De maximale vergoeding voor de codes J52 en J58 van € 735,-- is bovendien niet in de polisvoorwaarden opgenomen en was derhalve voor verzoeker niet kenbaar.



De commissie stelt voorts vast dat artikel 1.4 van de zorgverzekering ziet op zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Daarvan is in het onderhavige geval geen sprake. Verder wordt 'de in Nederland geldende marktprijs' genoemd in relatie tot acute zorg, wederom indien verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Op basis hiervan concludeert de commissie dat het beroep op voornoemd artikel, als het gaat om de hoogte van de vergoeding, niet kan slagen.

- 
- 9.3. Verzoeker heeft een naturapolis. De behandelend tandarts is door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerd. Zoals onder 9.2 is overwogen, wordt als vaststaand aangenomen dat over de in het geding zijnde tarieven in de overeenkomst tussen de zorgaanbieder en de ziektekostenverzekeraar geen afspraken zijn gemaakt. De commissie constateert dat de visies van de ziektekostenverzekeraar en de zorgaanbieder over de hoogte van de in rekening te brengen techniekkosten uiteenlopen, en dat zij hierover bij het aangaan van de overeenkomst geen afspraken hebben gemaakt. Het is dan ook zaak dat zij hierover alsnog het overleg aangaan. Verzoeker staat daar buiten; hij mag erop vertrouwen dat een gecontracteerde zorgaanbieder de verzekerde zorg kan en mag leveren. De ziektekostenverzekeraar is derhalve gehouden alsnog zijn toestemming te verlenen op basis van de ingediende begroting.

Conclusie

- 
- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 
- 9.5. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.



Zeist, 21 juli 2016,



A.I.M. van Mierlo

