



IAK stelt ten onrechte dat tandtechnici gemakshalve techniekcodes van tandartsen gebruiken
Oorsprong NZa-tarievenlijst Tandtechniek in eigen Beheer is referentielijst opgesteld door tandtechnici

De publicatie van het artikel 'Verzekeraar IAK verzint niet bestaande regel implantaattoeslag' is niet onopgemerkt gebleven. Een vertegenwoordiger van IAK noemt het artikel in een e-mailbericht direct 'tendentieus' en vraagt vervolgens om 'de kenmerken van de onderhavige casuïstiek' door te geven, dan wel 'het signaal waarop wij de berichtgeving baseren door te zenden'.

Hoewel alle relevante info reeds in het betreffende artikel te lezen valt is uiteraard op dit e-mailbericht gereageerd. Dit leverde de volgende mogelijk nog opmerkelijker reactie op.

Donderdag 11 juni 2015

Ter attentie van: Drs. Niels J.C. Eikmans,

Bureausecretaris Branchevereniging Tandtechniek

Geachte heer Eikmans,

Wij hebben uw mail voorgelegd aan de adviserend tandheekkundigen van VGZ, de risicodragend zorgverzekeraar van IAK Volmacht BV.

De reactie luidt als volgt:

De code 6490 voor tandartsen komt uit de Tarievenlijst Tandtechniek in eigen Beheer. Dit is een tarievenlijst voor tandartsen die zélf hun tandtechnische werkstukken vervaardigen en het betreft maximumtarieven. De tandtechnische laboratoria maken voor het gemak gebruik van deze tarievenlijst, maar deze is dus feitelijk niet voor hen bedoeld. De tarieven van tandtechnische laboratoria zijn vrij onderhandelbaar. De meeste zorgverzekeraars hanteren maximumbedragen voor tandtechnische werkstukken die voor vergoeding in aanmerking komen. Vaak worden deze maximumbedragen bij aanvragen voor een machtiging overschreden. Om toch onder het maximaal te vergoeden bedrag te komen worden niet terecht door de tandtechnische laboratoria gebruikte codes, waar onder o.a. code 6490 voor tandartsen uit de boven genoemde tarievenlijst, uit de begroting gehaald. Code 6490 voor tandartsen is bedoeld voor suprastructuren, kronen/bruggen voor implantaten. Deze code is dus sowieso niet bedoeld voor het vervaardigen van een steg, aangezien dat een mesostructuur is.

Op grond hiervan menen wij de onderhavige declaratie correct te hebben afgewikkeld.

*Met vriendelijke groet,
Gerard Bauman*

BRANCHEVERENIGING



TANDTECHNIEK

Van: Branchevereniging Tandtechniek [mailto:info@bvtandtechniek.nl]

Verzonden: vrijdag 12 juni 2015 11:11

Aan: 'Bauman, JG (Gerard)'

CC: 'info@bvtandtechniek.nl'

Onderwerp: RE2: Code 6490

Geachte heer Bauman,

Dank voor uw reactie. Naar aanleiding hiervan het volgende.

De NZa-tarievenlijst Tandtechniek in eigen beheer is een voortzetting van de referentielijst die altijd werd opgesteld door het Nederlands Tandtechnisch Genootschap en waarnaar het CTG (later CTG/ZAio) gemakshalve tot aan 2004 altijd verwees. In het schrijven van het College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit io van december 2004 met kenmerk PSES/amer/04/5500-1900-05-1c is hierover te lezen:

Op 15 november heeft CTG/ZAio gewijzigde beleidsregels vastgesteld (...), op basis waarvan in de tariefbeschikking niet langer wordt verwezen naar de referentielijst van het NTG, doch in plaats daarvan naar een nieuwe WTG tariefbeschikking. De NMA had het NTG eerder laten weten dat zij de referentielijst niet meer mocht publiceren. CTG/ZAio heeft derhalve besloten om zelf tarieven vast te stellen voor tandtechniek in eigen beheer, gebaseerd op de bestaande NTG referentielijst, trendmatig aangepast.

Kortom: de door NZa gehanteerde Tarievenlijst Tandtechniek in Eigen Beheer is een voortzetting van de NTG referentielijst met een trendmatige aanpassing. Het is dus niet zo dat de tandtechnici voor het gemak een tarievenlijst van de tandartsen gebruiken, maar juist andersom: tandartsen gebruiken coderingen die tandtechnici gebruiken. Er kan dus geen sprake van zijn dat het gebruik van code 6490 door een tandtechnicus aangemerkt wordt als 'niet terecht door de tandtechnische laboratoria gebruikte codes (...)'. Sterker nog: alle codes in de door NZa gehanteerde Tarievenlijst Tandtechniek in Eigen Beheer zijn een directe overname van codes die tandtechnici gebruiken. Wanneer uw logica gevolgd zou worden zou dus geen enkele code die door tandtechnisch lab gebruikt wordt 'terecht' zijn. Quod non!

Omdat het Nederlands Tandtechnisch Genootschap de referentielijst opstelde is dat ook de reden dat het Nederlands Tandtechnisch Genootschap destijds over het gebruik van deze lijst met codes publiceerde in de genoemde uitgaven van het Tandtechnisch Magazine in 2001 waar de implantaattoeslag wel degelijk werd toegepast bij een casus met gebitsprothese. Dat geeft ook aan dat een dergelijke toepassing al decennialang gebruik is.

Zelfs als zou het voorgaande niet het geval zijn: zoals u zelf aangeeft zijn de tarieven van tandtechnici vrij.

U gaat verder niet in op de reden waarom soortgelijke aanvragen tot nu toe wel altijd een goedkeuring konden verkrijgen en nu opeens niet meer.

Uw schrijven waarin u aangeeft niet akkoord te gaan met de ingediende machtiging is de facto een afwijzing. In uw reactie gaat u echter niet in op het niet voldoen aan de NZa-beleidsregel inzake informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten. Sterker nog: u stelt dat IAK de onderhavige machtiging die u declaratie noemt zelfs correct heeft afgewikkeld, hetgeen dus alleen al vanwege het niet voldoen aan deze NZa-beleidsregel niet het geval is.



Uw reactie zien we gaarne tegemoet.

Met vriendelijke groeten,

Drs. Niels J.C. Eikmans,
Bureausecretaris Branchevereniging Tandtechniek

www.bvtandtechniek.nl

Verzekeraars vallen over decennialang gebruik toepassing implantaattoeslag

Onacceptabele verenging dekking basisverzekering waar patiënt de dupe van wordt

6 juni 2015 - Onlangs publiceerde de Branchevereniging Tandtechniek over een melding die het door deze vereniging ingestelde Meldpunt Zorgsignalen ontving inzake het door verzekeraar IAK verzonden niet bestaande toepassingsregel op implantaattoeslag. IAK stelde dat de op de technieknota vermelde code 06490 – implantaattoeslag – een code is die alleen gehanteerd kan worden indien er sprake is van implantaten ten behoeve van kronen. Niets is minder waar.

Ook andere verzekeraars blijken 'spontaan' opeens moeite te hebben met het onder de dekking laten vallen van de implantaattoeslag, zo blijkt uit andere meldingen die we ontvingen. Zo schrijft Zilveren Kruis/Achmea 'Onze adviserend tandarts heeft naar de techniek bon gekeken en gaat niet akkoord met de implantaattoeslag die u berekent. Deze code is niet doelmatig bij het repareren van een klikgebit.'

Tarieven voor tandtechnici zijn vrij

Nog los van het feit dat de tarieven voor tandtechnici vrij zijn is het al decennialang gebruik om de implantaattoeslag in rekening te brengen als er sprake is een werkstuk waarbij implantaten betrokken zijn. Dus ongeacht of het gaat om implantaten in combinatie met kroon- en brugwerk of prothesewerk.

Dit blijkt ook uit eerdere publicaties in het Tandtechnisch Magazine. Zo publiceerde het Nederlands Tandtechnisch Genootschap in 2001 in het Tandtechnisch Magazine de rubriek 'Correct Calculeren'. In TTM 39 is een artikel opgenomen waar sprake is van een boven- en onderprothese op implantaten. Uiteraard wordt ook hier de implantaattoeslag in rekening gebracht.

Telefonische toelichting verzekeraar

Desgevraagd geeft de verzekeraar de toelichting dat uit de NZa-tarievenlijst zo blijken dat de code 6490 alleen van toepassing zou zijn op kroon- en brugwerk. Ook dit is een onjuiste voorstelling van zaken.

Zelfs in de NZa-tarievenlijst – die overigens alleen van toepassing is op tandartsen die tandtechnisch werk in eigen beheer maken – behoort de code 6490 'implantaattoeslag; eenmalig per werkstuk per implantaat' tot groep 6.4 met de omschrijving 'opbouwen, suprastructuren, kronen/bruggen voor implantaten'. De suprastructuur betreft een constructie op de implantaten waarover de prothese heen klikt. Het gebruik van deze term bewijst nogmaals dat de implantaattoeslag ook van toepassing is op prothese-werkstukken.

In de meeste gevallen zal er niet sprake zijn van een tandarts die tandtechnisch werk in eigen beheer maakt maar van een tandarts die tandtechnisch werk inkoopt. Deze inkoopkosten (van tandtechniek)



mogen één op één worden doorberekend aan de patiënt of diens verzekeraar. In het artikel 'Van Swaaij Advokaten: tandarts mag meerkosten tandtechniek doorberekenen' staat onder het kopje 'Conclusie Van Swaaij Advokaten' geschreven:

'Er is geen tariefbeschikking voor tandtechnisch werk (...) Deze tarieven zijn dus in principe vrij (afgezien van tandtechnisch werk in eigen beheer, redactie). De tandarts mag dus deze kosten tot ten hoogste de aan hem in rekening gebrachte kostprijs volledig doorbelasten aan de opdrachtgever.'

Onzin

Kortom: het lijkt erop dat de verzekeraars de kosten die hun verzekerden maken omlaag willen brengen en elke methode is hierbij gerechtvaardigd: het heel makkelijke want overal op toepasbare "deze code is niet doelmatig" zonder enig vorm van toelichting of onderbouwing of zelfs het opvoeren van zelf verzonden regels of foute interpretaties.

Patiënt de dupe

Het is opnieuw een verenging van hetgeen volgens deze verzekeraars onder de dekking van de basisverzekering valt waar uiteindelijk de patiënt de dupe van wordt. Zie hier de noodzaak voor de NZa om verzekeraars te houden aan de door de NZa ingestelde beleidsregel inzake informatieverstrekking bij volmachten en de gestelde regels met betrekking tot afwijzingsbrieven in het bijzonder.

Afwijzingsbrieven voldoen niet aan NZa-beleidsregel

Opvallend is namelijk dat geen enkele ontvangen afwijzingsbrief voldeed aan de NZa-beleidsregel inzake informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten 2014 waarin voorwaarden worden genoemd waaraan een afwijzingsbrief moet voldoen.

Zo moet een verzekerde erop gewezen worden dat hij/zij een klacht kan indienen bij de zorgverzekeraar als hij/zij het niet eens is met de afwijzing, en de klacht tevens aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekering kan voorleggen. Verzekeraars informeren de patiënt kennelijk liever niet over deze mogelijkheid aangezien dit de kans op daadwerkelijk ingediende klachten uiteraard verhoogd.

Wat te doen bij een dergelijke afwijzingsbrief?

De problematiek van het machtigingsbeleid van verzekeraars heeft al geruime tijd de aandacht van de Branchevereniging Tandtechniek. Zie bijvoorbeeld de publicatie van de notitie 'Stappenplan Hoe Om Te Gaan Met Afwijzingen, Wat kunt u en uw tandarts doen met een afwijzing van de verzekeraar?' In alle gevallen moet hiervan melding gemaakt worden bij het Meldpunt Zorgsignalen. Het is duidelijk dat de verzekeraars hier het PIEP-systeem hanteren. Wanneer er geen gemor volgt na het afstrepen van weer een kostenpost is dat principe weer binnen. Bij het aan de orde stellen van deze praktijken speelt ook het getal een rol: hoe meer klachten, hoe moeilijker de problematiek afgedaan kan worden als 'incident'.

De meest correcte wijze zou natuurlijk zijn de verzekeraar te wijzen op het ontbreken van enige ratio bij deze beslissing. Een tandtechnisch ondernemer kreeg bij telefonische navraag te horen dat het de verzekeraar te doen was om de implantaattoeslag: het bedrag was verder geen probleem. Dit bleek ook in de praktijk: de opnieuw ingediende begroting voor hetzelfde bedrag maar zonder de implantaattoeslag werd wel goedgekeurd. Er is weinig fantasie voor nodig om te bedenken dat de verzekeraar eerst het principe wil binnenhalen waarna de strijd opnieuw zal beginnen, maar dan om het naar beneden brengen van het totaalbedrag.



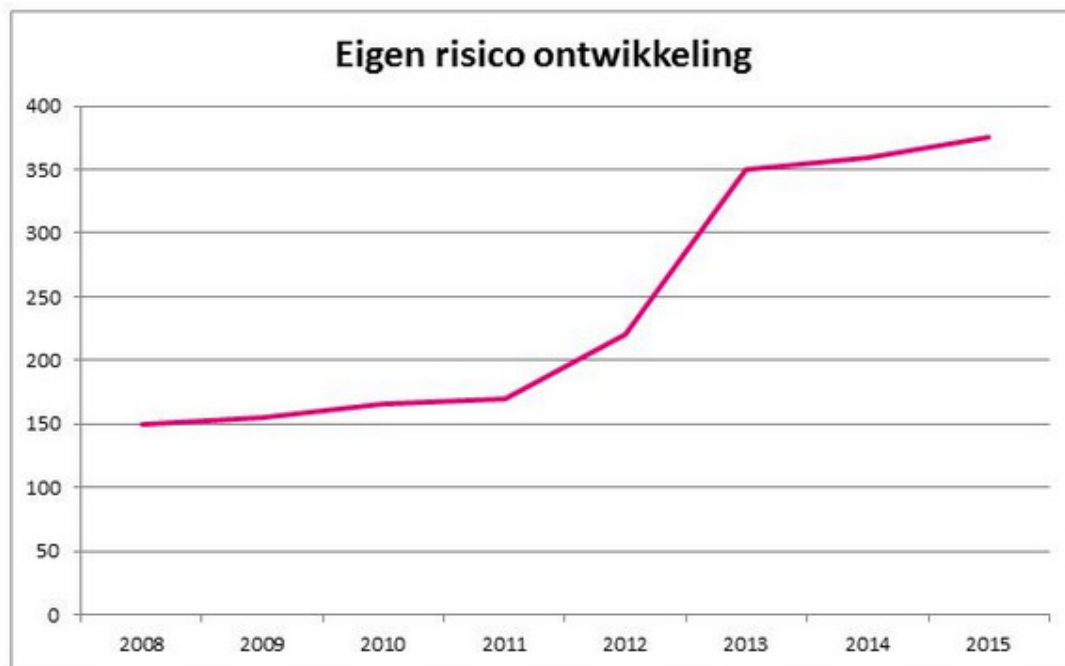
Dus het principe 'ze kunnen het krijgen zoals ze het hebben willen' is op korte termijn wellicht een werkbare oplossing, maar niet voor de langere termijn.

Patiënt zelf bijbetalen

De enige toekomst bestendige werkwijze is die waarin de patiënt erop wordt gewezen dat de door hem of haar ZELF gekozen verzekeraar niet voldoende dekking (wil) bied(t)(en) om de eerste keus behandeling (met eerste keus materialen) van de tandarts en tandtechnicus te bekostigen. Het is mogelijk om de behandeling te vervolgen maar dan zal de patiënt zelf moeten bij betalen. Dat deel zal niet verhaalbaar zijn bij de verzekeraar. Het is verstandig om goed vast te leggen dat de patiënt dat deel van dit verhaal goed heeft begrepen.

Toekomstbestendige benaderingswijze

Dit is een toekomstbestendige werkwijze aangezien het onvermijdelijk is dat de patiënt uiteindelijk meer zelf zal moeten betalen. In de gezondheidszorg zijn weinig zaken zeker, maar één ding wel: de kosten (zullen) stijgen. Aangezien de Nederlandse overheid zich heeft gecommitteerd het begrotingstekort niet hoger dan 3% te laten zijn zullen de kosten in de hand gehouden moeten worden. Bij stijgende gezondheidskosten kan dit alleen maar als de patiënt links of rechtsom meer zelf zal moeten betalen. Die tendens is al enkele jaren zichtbaar: de eigen bijdrage wordt elk jaar verhoogd en is nu reeds meer dan het dubbele van toen deze geïntroduceerd werd (2008 eerste € 150 uit basisverzekering, 2015: eerste € 375 uit basisverzekering).



Een andere mogelijkheid is het verkleinen van het basispakket. Of combinaties van beide maatregelen. Wat betreft de mondzorg heeft het Zorginstituut Nederland het adviesrapport 'Implantaatgedragen gebitprothese' gepubliceerd waarin hierop een voorschot wordt genomen met voorstellen om extra eigen risico betalingen te introduceren. Voor alle gebitsprothetische zorg – met uitzondering van de op implantaten gebaseerde gebitsprothetische zorg in de bovenkaak: 8% eigen



bijdrage en 10% eigen bijdrage voor rebasing en reparaties.

Kortom: voor wat betreft de introductie van het principe van meer zelf betalen door de patiënt is de principiële kogel al door de kerk. Verzekeraars die zelf zowel mogen bepalen of een verzekerde voor een bepaalde verstrekking uit de basisverzekering naar aard en omvang recht heeft en tevens naar eigen willekeur mag bepalen wat de financiële waarde is die dit vertegenwoordigt zijn een tweede factor die de onvermijdelijke introductie van zelf bijbetalen door de patiënt stimuleren.

TOELICHTING: Oorsprong implantaattoeslag

De code voor de implantaattoeslag is destijds in het leven geroepen om kosten te dekken die niet gedekt kunnen worden met een tarief voor een feitelijke handeling. Te denken valt bijvoorbeeld aan extra tijd voor overleg (intern of met de opdrachtgever, of veelal allebei), aanvullende studie, opleiding en technische bewerking van het implantaat, waarvoor geen directe tarieven gerekend kunnen worden. Gezien de grote variatie in implantaatsystemen is een dergelijke code alleszins gerechtvaardigd.

Al eerder onzinverhalen verzekeraar over implantaattoeslag

Ook in 2009 kwam er bij het Meldpunt Zorgsignalen een melding binnen over een onzinverhaal met betrekking tot de implantaattoeslag. Toen was het een adviserend tandprotheticus van Achmea die stelde dat er een 'gentlemen's agreement' zou zijn om de implantaattoeslag niet langer te berekenen. Uit navraag bleek dat een dergelijke overeenkomst helemaal niet bestaat.

Meldpunt Zorgsignalen

Heeft u of uw tandarts ook een afwijzing ontvangen? Laat dit weten aan het Meldpunt Zorgsignalen via info@bvtandtechniek.nl of bel 030-6915754.

1) Zie ook artikel: 'Verzekeraar IAK verzint niet bestaande toepassing regel implantaattoeslag Onacceptabele verenging dekking basisverzekering waar patiënt de dupe van wordt' .

Surf hiervoor naar www.bvtandtechniek.nl en zoek op zoekterm IAK.

2) Zie ook het artikel: Van Swaaij Advokaten: tandarts mag meerkosten tandtechniek doorberekenen

Surf hiervoor naar www.bvtandtechniek.nl en zoek op zoekterm Van Swaaij Advokaten.

3) Zie ook notitie 'Stappenplan Hoe Om Te Gaan Met Afwijzingen, Wat kunt u en uw tandarts doen met een afwijzing van de verzekeraar?'

Surf hiervoor naar www.bvtandtechniek.nl en zoek op zoekterm Stappenplan.