



‘Waarom hanteren verzekeraars niet hetzelfde dekkingbedrag?’

*En waarom is dat een goede zaak – Informatiepakket Bijbetalen Meerkosten
Tandtechniekdoor Patiënt*

Zeist, 11 juni 2016 - Regelmatig ontvangt het door de Branchevereniging Tandtechniek ingestelde Meldpunt Zorgsignalen klachten over de opstelling van verzekeraars. Het betreft vrijwel altijd situaties waarin het gaat om afwijzingen van aanvragen van machtigingen waar bij de door de verzekeraar zelf(!) opgestelde rigide maximumtarief – ongeacht de situatie – als dictaat aan de individuele zorgaanbieder wordt opgelegd.

Menig tandtechnisch ondernemer spreekt zijn verwondering uit als hem of haar is gebleken dat verschillende verzekeraars voor dezelfde tandtechnische werkstukken zeer uiteenlopende dekkingbedragen hanteren. Het is al vervelend dat er met een systeem van machtigingen gewerkt wordt, maar waarom hanteren verzekeraars niet hetzelfde dekkingbedrag?

Zorgconsument kan kiezen

Hierover vallen een aantal opmerkingen te maken.

1. Het valt u wellicht op dat de term ‘dekkingbedrag’ gehanteerd wordt en niet de in gesprekken hierover vaak gebruikte term ‘vergoeding’. Dat is een heel bewuste keuze. Immers: het is nu eenmaal (gek genoeg) zo dat verzekeraars niet alleen bepalen of een patiënt naar aard en omvang recht heeft op een bepaalde verstrekking uit de basisverzekering maar tevens zelf mogen vaststellen welk bedrag zij als dekkingbedrag willen hanteren. Dit is voornamelijk helaas een gegeven.
2. Patiënten kiezen zelf met welke verzekeraar ze in zee gaan en wat voor pakket ze hier afnemen. In theorie kunnen (de meeste) patiënten dan ook (één maal aan het eind van het jaar) switchen van verzekeraar als hiervoor aanleiding is.
3. Uit een eerder door de Branchevereniging Tandtechniek bij de NZa ingediende is naar voren gekomen dat tandartsen tandtechniekkosten (materiaal- en techniekkosten) één-op-één mogen doorberekenen aan de patiënt. Wanneer die kosten een eventueel door de verzekeraar gehanteerd maximum(dekking)bedrag te boven gaat dient de patiënt wel vooraf geïnformeerd te worden. Belangrijk is evenwel dat het onder die voorwaarde is toegestaan meerkosten tandtechniek in rekening te brengen bij de patiënt. (Het is – om misverstanden achteraf te voorkomen – verstandig de patiënt hier schriftelijk voor te laten tekenen).
4. Punt 3 maakt dus de weg vrij om tegen de patiënt te zeggen: bij de door u ZELF gekozen verzekeraar biedt slechts een dekkingbedrag van Euro Y. De tandtechniekkosten van de eerste keus behandeling die is opgesteld door de tandarts in samenspraak met de tandtechnicus bedragen echter Z. Het is mogelijk om toch deze eerste keus behandeling te vervolgen indien u bereid bent om het verschil tussen Z en Y, groot Euro zelf te betalen. De door u gekozen verzekeraar dekt dit bedrag helaas niet.
5. De Branchevereniging Tandtechniek geeft er de voorkeur aan dat (een groot deel van de) patiënten de mogelijkheid hebben om te switchen van verzekeraar die elkaar in het gunstigste geval beconcurreren op geboden dekkingbedrag in combinatie met de mogelijkheid van de patiënt om ervoor te kiezen bij te betalen dan het alternatief.



Het alternatief zou hoogstwaarschijnlijk zijn dat een bepaalde organisatie/uitvoeringsorgaan centraal (!) gaat vaststellen wat helemaal niet centraal is vast te stellen: namelijk wat een tandtechnicus zou mogen(?) verdienen door de toegestane prijs van tandtechnisch werk uit de basisverzekering vast te gaan stellen. Op papier is dit al vragen om problemen. De wetenschap dat een dergelijke exercitie hoogstwaarschijnlijk zal worden uitgevoerd door de NZa is ondraaglijk.

Kortom: liever de vrijheid voor de patiënt om via bijbetaling te kiezen voor een A-keuze behandeling dan een dictaat van een uitvoeringsorganisatie van de Minister van VWS.

Te meer daar we de wetenschap hebben dat het onvermijdelijk is dat in de (nabije) toekomst de patiënt steeds vaker voor allerlei gezondheidsdiensten zal moeten bijbetalen. Immers, de kosten in de gezondheidszorg blijven elk jaar onverminderd stijgen. Aangezien Nederland zich in Europees verband wil conformeren aan de afgesproken begrotingsregels vallen deze kostenstijging op lange termijn (korte termijn oplossingen daargelaten) slechts op een aantal manieren te adresseren.

Te weten:

1. Basispakket verkleinen – is vrijwel elk jaar opnieuw discussie over: gevolg is dat de zorgconsument meer zelf moet betalen;
2. Eigen risico verhogen – het eigen risico is sinds de introductie al meer dan verdubbeld: gevolg is dat de zorgconsument meer zelf moet (bij)betalen;
3. Een combinatie van de hierboven beschreven optie 1 en 2: gevolg is dat de zorgconsument meer zelf moet (bij)betalen;
4. Andere optie – die er hoogstwaarschijnlijk toe leidt dat de zorgconsument meer zelf moet (bij)betalen.

Dus: kiest u niet voor een beleid van ‘uitzingen’ tot uw pensioen en/of wilt u niet de facto vaarwel zeggen aan uw ondernemerschap door slaafs het dekkingsbedrag van de verzekeraar te volgen dan kunt u er beter voor kiezen zo snel mogelijk uw patiënten de mogelijkheid bieden bij te betalen voor een A-keuze behandeling en dito materialen.

Informatiepakket Meerkosten Tandtechniek

De Branchevereniging Tandtechniek heeft voor de leden een informatiepakket met voorbeeldbrief richting patiënt en tandarts inzake het bijbetalen van meerkosten tandtechniek. U kunt dit aanvragen via info@bvtandtechniek.nl.

Heeft u hierover vragen? Neem svp contact op via info@bvtandtechniek.nl of bel 030-6915754.