

Verantwoording Verzekeringswijzer Tandprothetische Zorg

De Verzekeringswijzer voor de tandprothetische zorg is een initiatief van de Organisatie van Nederlandse Tandprotheticici (ONT), de beroepsvereniging van specialisten op het gebied van kunstgebitten (gebitsprothesen). De Verzekeringswijzer richt zich op tandprothetische zorg. Dit is de zorg die te maken heeft met het vervaardigen en aanmeten van gebitsprothesen.

Doel van de Verzekeringswijzer Tandprothetische Zorg

De ONT ontwikkelt deze Verzekeringswijzer om patiënten en verzekerden zo volledig mogelijk te informeren over relevante aspecten van zorgverzekeringen voor tandprothetische zorg. De Verzekeringswijzer ondersteunt de verzekerde bij het maken van de voor hem of haar beste keuze voor een zorgverzekeraar op het gebied van tandprothetische zorg. Een aanzienlijk deel van de tandprothetische zorg zit in de basisverzekering. Voor de tandprothetische zorg die niet in de basisverzekering zit, kunnen verzekerden een aanvullende verzekering afsluiten.

De Verzekeringswijzer Tandprothetische Zorg maakt voor u op een eenvoudige wijze inzichtelijk welke bepalingen zijn opgenomen in het inkoopbeleid en polisvoorwaarden van de betreffende verzekeraar en welke afspraken er zijn gemaakt tussen zorgverzekeraars en tandprotheticici, die voor verzekerden belangrijk zijn. Met de Verzekeringswijzer kunnen verzekerden aan de hand van een sterrenbeoordeling de best passende zorgverzekering op het gebied van gebitsprothesen kiezen. Verzekerden hebben tot en met 31 december 2024 de mogelijkheid om over te stappen van zorgverzekeraar. Als ze voor 31 december contact opnemen met hun nieuwe zorgverzekeraar, regelt deze de overstap. Bij het tijdig opzeggen van hun huidige zorgverzekering (vóór 31 december), kunnen verzekerden zich nog tot en met 31 januari 2025 aanmelden bij hun nieuwe zorgverzekeraar.

Inhoud van de Verzekeringswijzer

Bij het samenstellen van de Verzekeringswijzer voor 2025 zijn de zeven inhoudelijke thema's opnieuw kritisch tegen het licht gehouden. De zeven thema's zijn:

- keuzevrijheid;
- administratieve belasting;
- ruimte voor vergoeding aan de patiënt van hogere materiaal- en techniekkosten (indien medisch noodzakelijk);
- transparantie over de opbouw van gebitsprothesen;
- klanttevredenheid;
- informatievoorziening;
- kwaliteit.

Deze zeven thema's zijn uitgewerkt in vijftien onderliggende vragen en enkele bonusvragen over tandprothetische zorg. De vragen weerspiegelen het perspectief van patiënten en verzekerden. Bij het opstellen van de vragen is zoveel rekening gehouden met belangrijke criteria, zoals: objectiviteit, transparantie en onderscheidend vermogen.

Vanwege het belang van een goede informatievoorziening voor patiënten en verzekerden krijgt dit thema uit de Verzekeringswijzer net als vorig jaar meer nadruk. Dit komt onder andere tot uitdrukking in drie bonusvragen, waarmee zorgverzekeraars door het aanleveren van een adequate onderbouwing extra punten toegekend kunnen krijgen. De bonusvraag over de afhandeling van

machtigingsaanvragen door zorgverzekeraars is dit jaar opnieuw opgenomen en biedt eveneens de mogelijkheid om extra punten te verdienen.

Onderbouwing

Ter onderbouwing van de keuze voor deze thema's en de onderliggende vragen wordt de argumentatie vanuit patiëntenperspectief hieronder nader toegelicht.

Keuzevrijheid

De patiënt moet (voor alle prestaties rondom tandprothetiek) de keuze hebben om naar de gecontracteerde of ongecontracteerde tandprotheticus van zijn keuze te kunnen gaan, die hem of haar volgens professionele richtlijnen en standaarden naar de meeste tevredenheid kan helpen. Uit [NIVEL-onderzoek \(NIVEL, 2014\)](#) blijkt dat klanten van de tandprotheticus hun mondgezondheid een hoger cijfer geven dan klanten van niet-tandprotheticici. Dit betekent dus dat patiënten bij de tandprotheticus aan het juiste adres zijn. Als een patiënt voor een deel van de tandprothetische zorg slechts een beperkte vergoeding ontvangt, kan dit de keuzevrijheid belemmeren. Dit speelt bijvoorbeeld als een patiënt voor het aanbrengen van de 'mesostructuur' een lagere vergoeding of zelfs géén vergoeding ontvangt. Vanuit die optiek wordt gevraagd of alle relevante prestaties voor implantaatgedragen prothesen (J-codes) en prestaties met betrekking tot conventionele prothesen (P-codes) worden ingekocht.

Administratieve belasting

Patiënten zijn er mee geholpen dat zoveel mogelijk administratieve en financiële processen rechtstreeks tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder worden afgehandeld (bijvoorbeeld declaratie- en betalingsstromen en afhandeling van eigen bijdragen), zonder dat ze daarin zelf een actieve rol hoeven te vervullen. Ter voorkoming van administratieve rompslomp en voor een vlot verloop van het proces zijn patiënten gebaat bij het afschaffen van machtingsprocedures voor verzekerde zorg. Voor zover er machtigingsaanvragen nodig zijn, zou een zorgverzekeraar bij een zorgvuldige beoordeling terughoudend moeten zijn bij het ter discussie stellen van het inhoudelijke oordeel van de betrokken zorgverleners. Uit rechtspraak blijkt immers dat de behandelend zorgaanbieder in beginsel het best kan beoordelen welk zorg een patiënt nodig heeft, en de verzekeraar dat oordeel in beginsel zal moeten accepteren. In dat kader is een bonusvraag opgenomen over het percentage aangevraagde machtigingsaanvragen dat wordt afgewezen.

Ruimte voor vergoeding van hogere materiaal- en techniekkosten (indien medisch-noodzakelijk)

Als de zorgverzekeraar geen toestemming geeft om af te wijken van de maximale materiaal- en techniekkosten, kan dat voor de patiënt tot extra kosten leiden, omdat een deel van de techniekkosten dan niet worden vergoed. Het kan ook betekenen dat de zorgverzekeraar van mening is dat de verzekerde bepaalde zorg niet nodig heeft. De mate waarin zorgverzekeraars ruimte bieden voor het afwijken van maximale materiaal- en techniekkosten is voor patiënten dus van belang.

Transparantie in opbouw van gebitsprothesen

Patiënten hebben recht op goede zorg. In de richtlijnen van de beroepsgroep voor het vervaardigen van gebitsprothesen zijn stappen onderscheiden die zorgverleners zouden moeten zetten om te komen tot een kwalitatief goede prothese. Steeds meer zorgverzekeraars hanteren daarom de op richtlijnen gebaseerde 'prestatiecode-opbouw gebitsprothesen-systematiek' of een vergelijkbaar

systeem. De ervaringen leren dat deze benadering verzekeraars, zorgaanbieders en patiënten meer duidelijkheid en transparantie biedt.

Klanttevredenheid

De verzekerden/patiënten vinden het in het algemeen belangrijk dat zij terecht kunnen bij de beste zorgaanbieder. Een zorgverzekeraar kan hen daarop wijzen. Uit onderzoek ([NIVEL, 2014](#)) blijkt dat klanten van de tandprotheticus hun mondgezondheid een hoger cijfer geven dan klanten van niet-tandprotheticici en dat klanten van protheticici hun behandelaar hogere cijfers geven op veel aspecten van het behandelingsproces dan klanten van niet-tandprotheticici. Met het oog op de klanttevredenheid is het daarom belangrijk dat zorgverzekeraars hun verzekerden voor tandprothetische behandelingen actief verwijzen naar een tandprotheticus met wie zij concrete afspraken hebben gemaakt over kwaliteit, declaraties en andere aspecten van tandprothetische zorg.

Informatievoorziening

Patiënten hebben behoefte aan betrouwbare en duidelijke informatie over de zorg en hun behandeling. Betrouwbare en begrijpelijke informatie helpt bij het maken van geïnformeerde behandelkeuzes en draagt bij aan de kwaliteit van het zorgproces. Dit geldt ook voor de tandprothetische zorg. Door te verwijzen naar de website www.kunstgebit.nl kunnen zorgverzekeraars hun verzekerden voorzien van betrouwbare en begrijpelijke informatie. Daarnaast kunnen ook de medewerkers van de klantenservice van zorgverzekeraars een belangrijke bijdrage leveren aan de juiste informatievoorziening over tandprothetische zorg. Via drie bonusvragen kunnen zorgverzekeraars door het aanleveren van een adequate onderbouwing extra punten verdienen.

Kwaliteit

Het spreekt voor zich dat patiënten moeten kunnen rekenen op goede kwaliteit van de tandprothetische zorg. In het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep tandprotheticici zijn meerdere waarborgen getroffen om de kwaliteit van de tandprothetische zorg te garanderen, zoals inschrijving in het Diplomaregister van tandprotheticici, de Codex van Beroepsethiek voor Tandprotheticici, de ONT klachtenregeling en het Kwaliteitsregister Tandprotheticici (KRTP). Door alleen overeenkomsten te sluiten met tandprotheticici die aan deze voorwaarden voldoen kunnen zorgverzekeraars de kwaliteit van de gecontracteerde tandprothetische zorg garanderen. In aanvulling hierop kunnen adviserend tandprotheticici en tandartsen van zorgverzekeraars een bijdrage leveren aan de kwaliteit van de tandprothetische zorg door hierover met hun beroepsgenoten in gesprek te gaan. Een goede verwijsrelatie tussen zorgverleners kan ook bevorderlijk zijn voor de kwaliteit van zorg die de patiënt ervaart. Hierdoor ontvangt de patiënt tijdig de juiste zorg op de juiste plek. Dit kan gaan over de verwijsrelatie tussen de tandprotheticus en de tandarts, maar ook met de MKA-chirurg wanneer er sprake is van verdenking van bepaalde pathologieën in een tandenloze mond.

Per thema zijn de onderliggende vragen met bijbehorende weging nader uitgewerkt (zie bijlage voor de volledige vragenlijst).

Uitvraag

De vragen uit de vragenlijst zijn voorgelegd aan alle zorgverzekeraars: a.s.r., Caresq, CZ, DSW, Menzis, ONVZ, Salland Zorgverzekeraar, VGZ, Zilveren Kruis en Zorg en Zekerheid met het verzoek om deze te beantwoorden. Het merendeel van de zorgverzekeraars gaf aan deze oproep gehoor. Zij hebben de vragen beantwoord en voorzien van een toelichting. Aan de hand van deze antwoorden

en het feitelijke beleid van deze verzekeraars is aan de betreffende zorgverzekeraars een score toegekend (aantal sterren). Caresq, Menzis en VGZ hebben aangegeven niet mee te werken aan het beantwoorden van de vragen uit de Verzekeringswijzer. Op grond hiervan blijven deze zorgverzekeraars in deze versie van de Verzekeringswijzer buiten beschouwing.