



> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Aan de minister voor Medische Zorg en Sport
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Zorginstituut Nederland
Zorg I

Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 85 55

2021012831

Datum 4 mei 2021
Betreft Evaluatie Implantaatgedragen gebitsprothesen

Onze referentie
2021012831

Geachte mevrouw Van Ark,

Bij deze brief treft u het evaluatierapport 'Implantaatgedragen gebitsprothesen' aan.

In dit evaluatierapport hebben wij onderzocht of de maatregelen, zoals het aanpassen van de eigen bijdragestructuur en het de aanpassing van de verzekeringstechnische indicatiecriteria uit ons rapport 'Implantaatgedragen gebitsprothesen' uit 2014 een positief effect hebben gehad op het terugdringen van de zorgkosten rondom de implantaatgedragen gebitsprothesen en het bevorderen van gepast gebruik van deze zorgvorm.

Tevens hebben wij onderzocht of de maatregelen functioneren in de praktijk. Het Zorginstituut concludeert dat de verschillende maatregelen rondom de verstrekking van gebitsprothetische zorg binnen de zorgverzekering hebben geleid tot een gewenste en beoogde verandering in de kosten- en volume ontwikkeling van deze zorg. Naar schatting is er een kostenbesparing waar te nemen van circa € 37 miljoen, dit is aanzienlijk meer dan voorzien was. Verder blijkt dat de partijen het systeem van eigen bijdragen als complex ervaren, maar dat het wel werkbaar en logisch is in de praktijk.

De maatregelen lijken een positieve bijdragen te hebben gehad op het terugdringen van zorgkosten rondom de implantaatgedragen gebitsprothesen en het bevorderen van gepast gebruik van deze zorgvorm.

Wij vertrouwen erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,


Sjaak Wijma
Voorzitter Raad van Bestuur



Zorginstituut Nederland

Evaluatie

Implantaatgedragen gebitsprothesen

Datum 28 april 2021
Status Definitief

Colofon

Volgnummer 2020012357

Afdeling Zorg II
Team Geboortezorg & Gynaecologie

Inhoud

Colofon—1

Evaluaties en monitors van het Zorginstituut—5

Samenvatting—7

1	Inleiding—9
1.1	Achtergrond—9
1.2	Advies eigen bijdrage gebitsprothetische zorg—9
1.3	Evaluatie—10
1.4	Evaluatievragen—11
1.5	Leeswijzer—11
2	Kwantitatieve evaluatie—13
2.1	Inleiding—13
2.2	Methode—13
2.3	Resultaten 2014-2018—13
2.3.1	Kostenontwikkeling implantaatgedragen gebitsprothesen—13
2.3.2	Volume ontwikkeling implantaatgedragen gebitsprothesen—14
2.3.3	Kostenontwikkeling conventionele gebitsprothesen—14
2.3.4	Volume ontwikkeling conventionele gebitsprothesen—15
2.3.5	Totale kostenontwikkeling gebitsprothetische zorg—15
2.4	Conclusie—16
3	Kwalitatieve evaluatie—17
3.1	Inleiding—17
3.2	Methode—17
3.3	Resultaten—17
3.3.1	Functionering eigen bijdrage regeling—17
3.3.2	Functionering aanscherping indicatie implantaten bovenkaak—18
3.3.3	Functionering uitbreiding aanspraak gebitsprothesen op implantaten—18
3.3.4	Overige knelpunten in de praktijk—18
3.4	Conclusie—19
4	Conclusie—21

Evaluaties en monitors van het Zorginstituut

Zorginstituut Nederland bevordert de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Op deze manier houdt elke burger toegang tot kwalitatief goede zorg, tegen aanvaardbare kosten voor ons allemaal. Niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk. Om in kaart te brengen wat er gebeurt nadat het Zorginstituut een product heeft uitgebracht, voert het Zorginstituut evaluaties en monitors uit. Hiervoor heeft het Zorginstituut een evaluatieprogramma.

Met een evaluatie of monitor wil het Zorginstituut inzicht krijgen in de vraag welke ontwikkelingen er plaatsvinden nadat het Zorginstituut een product heeft uitgebracht. Zo'n product is bijvoorbeeld een standpunt, handreiking of advies. Het versterken van de doorwerking van een product of activiteit speelt ook een belangrijke rol. Tot slot bieden de resultaten input voor de leer- en verbetercyclus van het Zorginstituut.

Samenvatting

In 2014 heeft het Zorginstituut het rapport *Implantaatgedragen gebitsprothesen* uitgebracht aan de minister van VWS. In dit rapport worden verschillende maatregelen genoemd, die de stijgende zorgkosten rondom de implantaatgedragen gebitsprothesen kunnen terugdringen en gepast gebruik van deze zorgvorm kunnen bevorderen. Daarnaast heeft het Zorginstituut in het rapport de minister geadviseerd om de eigen bijdragestructuur van gebitsprothetische zorg aan te passen en alleen het recht op implantaten te regelen onder de bijzondere tandheelkunde en het recht op een gebitsprothese te plaatsen op implantaten buiten de bijzondere tandheelkunde te regelen.

Vervolgens hebben de betrokken partijen (ANT, Cobijt, KNMT, NPCF, NVM, NVMKA, NVOI, ONT en Zorgverzekeraars) in gezamenlijkheid uitvoering gegeven aan de uitwerking van enkele maatregelen. Zo zijn er in 2015 onder andere twee zorginhoudelijke richtlijnen opgesteld. Waarna het Zorginstituut het initiatief heeft genomen om een aanscherping van de verzekeringstechnische indicatiecriteria van met name implantaatgedragen gebitsprothesen in de bovenkaak uit te werken. Deze duiding is in 2016 aan de minister van VWS uitgebracht.

Per 1 januari 2017 is de wijziging van de eigen bijdrage voor gebitsprothetische zorg en de aanspraak op een implantaatgedragen gebitsprothese in de regelgeving aangepast. Het Zorginstituut heeft in 2017 vervolgens op verzoek van VWS een *Quickscan* uitgevoerd naar de manier waarop de gewijzigde eigen bijdragestructuur is ingevoerd en welke neveneffecten zich mogelijk voordeden die een succesvolle uitvoering in de weg kunnen staan. Uit deze Quickscan blijkt dat partijen de structuur van de eigen bijdragen onnodig gecompliceerd vinden. Vandaar dat in deze evaluatie ook de volgende evaluatievraag wordt onderzocht: 'Functioneren de ingevoerde maatregelen/wijzigingen in de uitvoeringspraktijk?'

Uit de consultatie van deze evaluatie blijkt dat het systeem van eigen bijdragen over het algemeen functioneert, ondanks dat het hier en daar als complex wordt ervaren. Ook staan partijen positief tegenover de aanscherping van indicatiestelling.

Daarnaast wordt in deze evaluatie de invloed van de aanpassing van de eigen bijdragenstructuur en de aanscherping van de verzekeringstechnische indicatiecriteria onderzocht. En wordt nagegaan of hierdoor de zorgkosten voor deze zorg zijn teruggedrongen en of de maatregelen gepast gebruik hebben bevorderd. De volgende evaluatievraag is hiervoor opgesteld: 'Hebben de maatregelen geleid tot relevante veranderingen in het volume van en de uitgaven aan de zorg rond implantaatgedragen gebitsprothesen?'

De evaluatie toont aan dat na het uitbrengen van het advies over de gebitsprothetische zorg in 2014 en de duiding over de richtlijnen in 2016, de totale kosten van deze zorg zijn afgenomen. Ook lijkt de eerdere ongewenste financiële prikkel, die ontstond omdat de eigen bijdrage voor de conventionele gebitsprothese in de praktijk vaak hoger bleek te zijn dan die voor de complexere implantaatgedragen prothese, door de aanpassingen van de eigen bijdragestructuur en de aanpassing van de scherpere indicatiestelling te zijn verdwenen.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Als er sprake is van een ernstig geslonken tandeloze kaak kunnen verzekerden recht hebben op een implantaatgedragen gebitsprothese op basis van de Zorgverzekeringswet. In de jaren 2005-2014 zijn de kosten, die met deze zorg zijn gemoeid, bijna vertienvoudigd. Dit kwam mogelijk doordat de indicatiestelling in de praktijk werd opgerekt. Ook andere factoren, zoals toename van de materiaal- en techniekkosten, ontwikkeling van het aantal zorgverleners en het beleid van zorgverzekeraars kunnen hebben bijgedragen aan de toename van de kosten voor deze zorg.

Naar aanleiding van dit signaal heeft Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) in 2013 een onderzoek laten uitvoeren door onderzoeksbureau Pallas naar de factoren die van invloed kunnen zijn op de kostenontwikkeling. Uit dit onderzoek komt naar voren, dat op verschillende onderdelen van de zorg rondom de implantaatgedragen gebitsprothesen maatregelen zijn te nemen, mits er voldoende draagvlak is van de belanghebbende partijen. In 2014 heeft het Zorginstituut op basis van dit onderzoek en in nauw overleg met partijen het rapport *Implantaatgedragen gebitsprothesen*¹ uitgebracht aan de minister van VWS. In dit rapport worden verschillende maatregelen genoemd, die de stijgende zorgkosten rondom de implantaatgedragen gebitsprothesen kunnen terugdringen en gepast gebruik van deze zorgvorm kunnen bevorderen. Ook adviseerde het Zorginstituut in dit rapport om de eigen bijdrage voor implantaatgedragen gebitsprothesen aan te passen en alleen het recht op implantaten te regelen onder de bijzondere tandheelkunde en het recht op een gebitsprothese te plaatsen op implantaten buiten de bijzondere tandheelkunde te regelen.

Diverse veldpartijen hebben uitvoering gegeven aan opgestelde maatregelen. Uit de evaluatie van 2015 blijkt, dat de partijen verschillende maatregelen hebben uitgewerkt, die gepast gebruik van deze zorg bevorderen. De Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI) en de Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie (NVMKA) hebben bijvoorbeeld twee zorginhoudelijke richtlijnen opgesteld. Op basis van deze richtlijnen nam het Zorginstituut het initiatief om een aanscherping van de verzekeringstechnische indicatiecriteria van met name implantaatgedragen gebitsprothesen in de bovenkaak uit te werken. Deze duiding² is in 2016 aan de minister van VWS uitgebracht.

1.2 Advies eigen bijdrage gebitsprothetische zorg

In 2014 heeft het Zorginstituut de minister van VWS geadviseerd om de eigen bijdragen voor de implantaatgedragen gebitsprothese aan te passen. Dit omdat de eigen bijdrage voor de conventionele gebitsprothese in de praktijk vaak hoger bleek te zijn dan die voor de complexere implantaatgedragen prothese. Deze ongewenste financiële prikkel bevorderde dat mensen eerder de meer complexe prothese kregen. Daarnaast was er sprake van een sterke kostenstijging in deze zorgvorm. Tot 2017 was de eigen bijdrage voor een conventionele volledige gebitsprothese 25% van de kosten³ en voor de implantaatgedragen gebitsprothese gold een eigen bijdrage van € 125 per kaak.

¹ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2014/06/30/implantaatgedragen-gebitsprothesen>

² <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2016/03/01/aanspraak-implantaatgedragen-prothesen-n.a.v.-richtlijnen-beroepsgroep>

³ Eigen bijdrage van 25% over zowel het prothetische deel van de behandeling als over de reparatie en rebasings.

Het Zorginstituut adviseerde in 2014 om voor vrijwel alle gebitsprothetische zorg een eigen bijdrage van 10% in rekening te brengen; voor de implantaatgedragen prothese in de bovenkaak adviseerde zij een eigen bijdrage van 8%. De minister van VWS heeft dit advies gedeeltelijk overgenomen.

Vanaf 1 januari 2017 is de regelgeving aangepast en geldt voor een implantaatgedragen gebitsprothese in de onderkaak een eigen bijdrage van 10% en voor een implantaatgedragen gebitsprothese in de bovenkaak een eigen bijdrage van 8%. De kosten van de implantaten zelf (honorarium, materiaal- en techniekkosten) worden hierbij buiten beschouwing gelaten. De implantaten gelden namelijk als een compensatie van de betreffende tandheelkundige handicap in het kader van de bijzondere tandheelkunde. Voor bijzondere tandheelkundige hulp geldt geen eigen bijdrage. De eigen bijdrage voor reparatie of overzetting van een uitneembare volledige prothetische voorziening bedraagt 10% van de kosten (was: 0%). De eigen bijdrage voor de conventionele volledige gebitsprothese blijft onveranderd op 25% van de kosten.

In het advies is een financiële paragraaf bijgevoegd, waarin de verwachte kostenbesparing na invoering van de nieuwe regelgeving is opgenomen. Er wordt geschat dat het totale bedrag aan eigen bijdragen voor de implantaatgedragen gebitsprothesen (boven en onder) ruim € 9 miljoen bedraagt en gelijk zal blijven. Ervan uitgaande dat het aantal geplaatste conventionele gebitsprothesen gelijk blijft, zal de som van de eigen bijdragen afnemen met circa € 15 miljoen. De nieuwe eigen bijdragen voor onderhoudswerk worden geschat op ongeveer € 5 miljoen.

Daarnaast is berekend dat met de implantaatgedragen gebitsprothesen een totaal bedrag gemoeid is van € 170 miljoen⁴ en met de conventionele gebitsprothesen een bedrag van € 131,8 miljoen, in totaal € 301,8 miljoen. Na invoering van de in dat rapport voorgestelde maatregelen, te weten, aanscherping van indicatiestelling/verzekeringsvoorwaarden, centralisering diagnostiek bovenkaak, aanpassing van de materiaal- en techniekkosten en een nieuw regime van eigen bijdrage, is de verwachting dat met de implantaatgedragen gebitsprothesen een bedrag is gemoeid van € 145,1 miljoen en met de conventionele gebitsprothesen een bedrag van € 146,5 miljoen, in totaal € 291,6 miljoen. Het totaal pakket aan maatregelen levert naar verwachting een besparing van minimaal € 10,2 miljoen op.

Vervolgens is, op verzoek van VWS, in 2017 door het Zorginstituut een *Quickscan*⁵ uitgevoerd naar de manier waarop de gewijzigde eigen bijdragestructuur is ingevoerd en welke neveneffecten zich mogelijk voordeden die een succesvolle uitvoering in de weg kunnen staan. Op basis van de eerste indrukken kan worden vastgesteld dat de hoogte van de eigen bijdragen voor de (implantaatgedragen) gebitsprothesen in verhouding zijn met de complexiteit van de ingreep. De partijen geven wel aan dat de structuur van de eigen bijdragen als onnodig gecompliceerd wordt ervaren, vooral vanwege de verschillende percentages die in rekening worden gebracht.

1.3

Evaluatie

Om te achterhalen of de doelen en de besparing van het advies in de praktijk worden behaald, heeft het Zorginstituut het advies opgenomen in zijn

⁴ Gebaseerd op de lasten 2013 inclusief balanspost in de 4^e kwartaalstaat 2013, omgerekend naar het aandeel zorg op basis van artikel 2.7, eerste lid, onder a van het Besluit zorgverzekering. Zorg implantaatgedragen gebitsprothesen.

⁵ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2017/03/27/eigen-bijdrage-implantaatgedragen-gebitsprothese-quickscan>

evaluatieprogramma. Het evaluatieprogramma is ontwikkeld om evaluaties op een meer structurele wijze te borgen binnen de werkwijze van het Zorginstituut. De primaire doelstelling van deze evaluatie is inzicht verkrijgen in het effect van uitgebrachte producten van het Zorginstituut in de zorg.

1.4 Evaluatievragen

Voor de evaluatie van het advies over de kosten van de implantaatgedragen gebitsprothesen luidt de evaluatievraag als volgt: 'Hebben de maatregelen geleid tot relevante veranderingen in het volume van en de uitgaven aan de zorg rond implantaatgedragen gebitsprothesen?'

In het eerste deel van de evaluatie zal de volgende deelvraag beantwoord worden: Is de ongewenste financiële prikkel van het verschil in eigen bijdrage verdwenen na de aanpassing van de eigen bijdragestructuur en de aanpassing van de verzekeringstechnische indicatie voor implantaatgedragen gebitsprothesen?

Daarbij gelden de volgende subvragen:

- 1 Is sinds de invoering van de nieuwe eigen bijdragestructuur en de aanpassing van de verzekeringstechnische indicatiecriteria een verandering waar te nemen in de totale kosten en volume voor de implantaatgedragen gebitsprothesen?
- 2 Hoe ontwikkelen de totale kosten voor implantaatgedragen gebitsprothesen zich gedurende de jaren 2014-2018?
- 3 Is sinds de invoering van de nieuwe eigen bijdragestructuur en de aanpassing van de verzekeringstechnische indicatiecriteria een verandering waar te nemen in de totale kosten en volume voor de conventionele gebitsprothesen?
- 4 Hoe ontwikkelen de totale kosten voor conventionele prothesen zich gedurende de jaren 2014-2018?

Daarnaast wordt nagegaan of de verwachte besparing van € 10,2 miljoen is behaald.

In het tweede deel van de evaluatie wordt onderzocht hoe enkele maatregelen op dit moment in de uitvoeringspraktijk functioneren en of de aanvankelijk genoemde problemen in de uitvoeringspraktijk inmiddels opgelost zijn.

De evaluatievraag luidt als volgt: 'Functioneren de ingevoerde maatregelen/wijzigingen in de uitvoeringspraktijk?'

Om dit te onderzoeken zijn de volgende deelvragen uitgezet in het veld:

- 1 Hoe functioneert de eigen bijdrage regeling op dit moment in de praktijk?
- 2 Hoe functioneert de aanscherping van de indicatie tot implantaten in de bovenkaak in de praktijk?
- 3 Hoe functioneert de uitbreiding van de aanspraak op volledige gebitsprothesen op implantaten die niet onder de zorgverzekering vallen?
- 4 Zijn er andere problemen of knelpunten in de regeling van implantaten en gebitsprothesen die om aandacht vragen?

1.5 Leeswijzer

In het rapport worden de evaluatievragen behandeld en onderzocht aan de hand van data uit de jaarstaten van het Zorginstituut en aan de hand van de schriftelijke reacties van geconsulteerde partijen. In hoofdstuk 2 worden de evaluatievragen beantwoord aan de hand van kwantitatieve gegevens. In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de evaluatievragen met betrekking tot de uitvoeringspraktijk. Elk hoofdstuk is opgedeeld in paragrafen met de inleiding, methode, resultaten, conclusie. Tot slot worden in hoofdstuk 4 een conclusie gegeven over de uitgevoerde evaluatie.

2 Kwantitatieve evaluatie

2.1 Inleiding

Om het effect van de in 2017 nieuwe eigen bijdragestructuur voor de verschillende prothetische voorzieningen inzichtelijk te maken, brengen wij in deze evaluatie de trend in kosten en volumes van de verschillende prothetische voorzieningen in kaart. De algemene evaluatievraag luidt als volgt: 'Hebben de maatregelen geleid tot relevante veranderingen in het volume van en de uitgaven aan de zorg rond implantaatgedragen gebitsprothesen'?

In de volgende paragrafen wordt ingegaan op volume- en kostenontwikkeling van de verschillende prothetische voorzieningen en wordt onderzocht of de ongewenste financiële prikkel van het verschil in eigen bijdragestructuur is verdwenen na de aanpassing van de eigen bijdragestructuur en de aanpassing van de verzekeringstechnische indicatie voor implantaatgedragen gebitsprothesen.

2.2 Methode

Om de evaluatievraag met bijbehorende subvragen (zie paragraaf 1.4) te kunnen beantwoorden heeft het Zorginstituut gebruik gemaakt van data uit de Zvw jaarstaten. De kosten voor de gebitsprothesen zijn met zekerheid vast te stellen voor de periode 2014 tot 2018. Voor 2019 en latere jaren zijn de gegevens nog (te) onvolledig om met enige zekerheid conclusies te trekken of aannames te maken⁶.

2.3 Resultaten 2014-2018

2.3.1 Kostenontwikkeling implantaatgedragen gebitsprothesen

Tot 2017 vielen de implantaten én de implantaatgedragen gebitsprothesen onder de bijzondere tandheelkunde⁷. Alleen verzekerden met een indicatie voor de bijzondere tandheelkunde hadden aanspraak op deze zorg. Vanaf 2017 is de aanspraak op een implantaatgedragen gebitsprothese buiten de bijzondere tandheelkunde geregeld, waardoor deze voorziening voor meer verzekerden beschikbaar is geworden. Daarom valt er in tabel 1 vanaf 2017 een sterke daling waar te nemen op de kosten van de bijzondere tandheelkundige zorg. De implantaten moeten, indien de verzekerde niet onder de bijzondere tandheelkunde valt, zelf worden betaald⁸.

	2014	2015	2016	2017	2018
Bijzondere tandheelkundige zorg (art. 2.7, lid 1, sub a) Implantaten	€ 171,2	€ 159,3	€ 156,8	€ 25,1	€ 24,0
Volledige implantaatgedragen gebitsprothesen voor onder en/of bovenkaak				€ 80,2	€ 88,3
Rebasings en reparaties implantaatgedragen gebitsprothesen				€ 18,8	€ 18,8
Totale kosten implantaatgedragen gebitsprothesen	€ 171,2	€ 159,3	€ 156,8	€ 124,2	€ 131,1

Bron: Zvw jaarstaten 2014 - 2018, februari 2021 / Zorginstituut Nederland

Grafiek 1 laat zien dat tussen 2014 en 2016 de totale kosten van de implantaatgedragen gebitsprothesen met 8,4% daalden en vervolgens van 2016 tot 2017 met 20,8% nog sterker daalden. Dit ondanks het feit dat sinds 2017 de implantaatgedragen gebitsprothese voor veel meer verzekerden beschikbaar is geworden. Daarentegen stijgen vanaf 2018 de uitgaven aan volledige implantaatgedragen gebitsprothesen met 10%, respectievelijk van € 80,2 miljoen in 2017 naar € 88,3 miljoen in 2018, maar hoe dit te verklaren is en zich verhoudt tot voorgaande jaren is met de beschikbare gegevens niet na te gaan. De kosten voor

⁶ Zvw jaarstaten 2014 - 2018, februari 2021 / Zorginstituut Nederland.

⁷ Artikel 2.7, eerste lid, onder a van het Besluit zorgverzekering.

⁸ In de tabellen en grafieken zijn alleen de kosten opgenomen die uit de basisverzekering worden vergoed.

rebasings en reparaties bleven in de jaren 2017 en 2018 gelijk.

Grafiek 1: Kostenontwikkeling implantaatgedragen gebitsprothesen



Pas vanaf de nieuwe regelgeving in 2017 worden de kosten voor implantaten, implantaatgedragen gebitsprothesen en kosten voor rebasings en reparaties apart geregistreerd. Hierdoor kan er geen antwoord gegeven worden op de vraag of sinds de invoering van de nieuwe eigen bijdragestructuur en de aanpassing van de verzekeringstechnische indicatiecriteria een verandering is waar te nemen in de kosten van de implantaatgedragen gebitsprothesen. Wel kan geconcludeerd worden dat de totale kosten van deze zorg (implantaten, reparaties en rebasings en implantaatgedragen gebitsprothesen) over de jaren is gedaald.

2.3.2

Volume ontwikkeling implantaatgedragen gebitsprothesen⁹

Tabel 2 laat zien dat tussen 2017 en 2018 het totaal aantal implantaatgedragen gebitsprothesen (onder en boven kaak) met 13,9% is gestegen. Daarnaast steeg ook het aantal implantaatgedragen gebitsprothesen (voor alleen onder of boven kaak) met 23,1%. Vóór 2017 werden deze gegevens niet uitgevraagd waardoor deze in tabel 2 ontbreken. Daarnaast vielen de implantaatgedragen gebitsprothesen samen met de implantaten onder de bijzondere tandheelkunde, waardoor gegevens over enkel de implantaatgedragen gebitsprothesen niet beschikbaar zijn.

	Aantal 2014	Aantal 2015	Aantal 2016	Aantal 2017	Aantal 2018
Volledige implantaatgedragen gebitsprothesen onder en boven kaak				41.450	47.206
Volledige implantaatgedragen gebitsprothesen onder of boven kaak				13.577	16.709

Bron: Zvw jaarstaten 2014 - 2018, februari 2021 / Zorginstituut Nederland

2.3.3

Kostenontwikkeling conventionele gebitsprothesen

Tabel 3 laat zien dat tussen 2014 en 2016 de totale kosten van de conventionele gebitsprothesen met 3,3% daalden. Van 2016 tot 2017 is er een daling waar te nemen van 3,4% en voor 2017 tot 2018 een daling van 4,4% ondanks de aangepaste regelgeving sinds 2017.

	2014	2015	2016	2017	2018
Volledige conventionele gebitsprothesen voor onder- en/of bovenkaak	€ 82,8	€ 79,7	€ 72,8	€ 84,6	€ 82,7
Rebasings en reparaties van de conventionele gebitsprothesen	€ 52,3	€ 50,4	€ 57,8	€ 41,5	€ 37,9
Totale kosten conventionele gebitsprothesen	€ 135,1	€ 130,1	€ 130,7	€ 126,2	€ 120,6

Bron: Zvw jaarstaten 2014 - 2018, februari 2021 / Zorginstituut Nederland

Wanneer er alleen gekeken wordt naar de kostenontwikkeling van de conventionele gebitsprothesen dan is er een daling waar te nemen tussen 2014 en 2016 van 12,1%. Van 2016 tot 2017 stijgen de kosten sterk met 16,2% en vanaf 2018 dalen

⁹ Voor het schatten van de aantallen in tabel 2 en 4 hebben wij gebruik gemaakt van de gegevens op basis van jaar T. De aantallen over 2018 hebben wij gecorrigeerd o.b.v. de kosten uit 2018. Daarna hebben wij alle aantallen procentueel verhoogd naar jaar T-2 o.b.v. de kosten en de aantallen uit de Zvw jaarstaten 2014 - 2018.

zij weer licht met 2,3%. Echter als er in de periode van 2016 tot 2017 naar de kosten voor rebasings en reparaties wordt gekeken dan dalen die sterk met 28,2%. Waardoor dit komt is niet bekend.

Grafiek 2: Kostenontwikkeling conventionele gebitsprothesen



2.3.4

Volume ontwikkeling conventionele gebitsprothesen

Tabel 4 laat zien dat tussen 2014 en 2016 het totaal aantal conventionele gebitsprothesen (onder en boven kaak) met 17,1% is gedaald. Daarnaast daalde ook het aantal conventionele gebitsprothesen (voor alleen onder of boven kaak) met 19,1%. Van 2016 tot 2017 is er een zeer sterke stijging waar te nemen van respectievelijk 37,7% voor de onder en boven kaak en 53% voor alleen onder of boven kaak, het jaar waarin de regelgeving voor gebitsprothetische zorg is aangepast. Van 2017 tot 2018 dalen zij weer met respectievelijk 12,4% voor de onder en boven kaak en 18% voor alleen onder of boven kaak.

	Aantal 2014	Aantal 2015	Aantal 2016	Aantal 2017	Aantal 2018
Volledige conventionele gebitsprothesen onder en boven kaak	72.639	69.694	60.221	82.905	72.629
Volledige conventionele gebitsprothesen onder of boven kaak	74.681	70.132	60.385	92.415	75.777

Bron: Zvw jaarstaten 2014 - 2018, februari 2021 / Zorginstituut Nederland

2.3.5

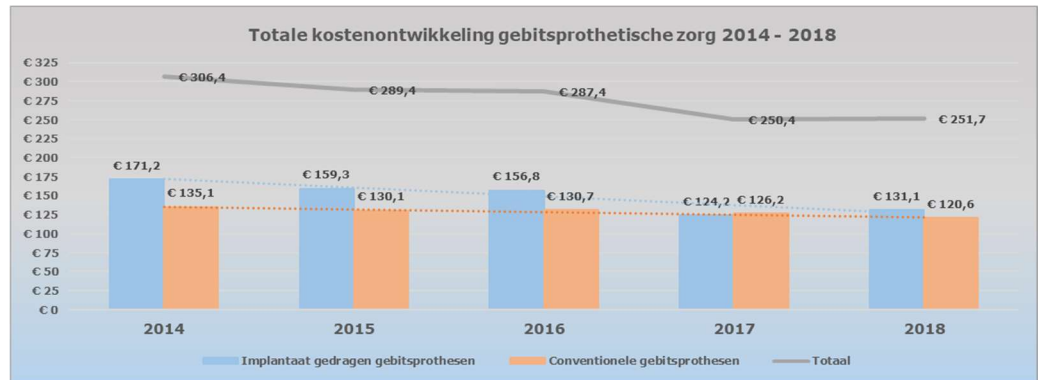
Totale kostenontwikkeling gebitsprothetische zorg

Tabel 5 laat zien dat tussen 2014 en 2016 de totale kosten van de gebitsprothetische zorg daalden met 6,2% van € 306,4 miljoen naar € 287,4 miljoen en vervolgens van 2016 tot 2017 daalden met 12,9% naar € 250,4 miljoen. Vanaf 2018 is er een lichte stijging waar te nemen van 0,5%.

	2014	2015	2016	2017	2018
Implantaat gedragen gebitsprothesen	€ 171,2	€ 159,3	€ 156,8	€ 124,2	€ 131,1
Conventionele gebitsprothesen	€ 135,1	€ 130,1	€ 130,7	€ 126,2	€ 120,6
Totaal	€ 306,4	€ 289,4	€ 287,4	€ 250,4	€ 251,7

Bron: Zvw jaarstaten 2014 - 2018, februari 2021 / Zorginstituut Nederland

Daarnaast laat grafiek 3 zien dat er vanaf 2017 een kostenbesparing is waar te nemen van circa € 37 miljoen. Dit bedrag is aanzienlijk hoger dan de geplande besparing, uit het advies van 2014, van € 10,2 miljoen. Wanneer in aanmerking wordt genomen dat de NZa de maximumtarieven voor mondzorg per 1 januari 2017 met 1,77% heeft verhoogd is de netto besparing nog hoger.

Grafiek 3: Totale kostenontwikkeling gebitsprothetische zorg

2.4

Conclusie

De totale kosten van implantaatgedragen gebitsprothesen zijn in de jaren 2014 tot 2018 met 23,4% gedaald van € 171,2 miljoen in 2014 naar respectievelijk € 131,1 miljoen in 2018.

Als er gekeken wordt naar de ontwikkeling per 2017, het jaar waarin de nieuwe eigen bijdragestructuur is ingegaan, dan valt er een sterke daling waar te nemen in de totale kosten van de implantaatgedragen gebitsprothesen ten opzichte van 2016. Dit ondanks het feit dat vanaf 2017 de implantaatgedragen gebitsprothesen buiten de bijzondere tandheelkunde is geregeld, waardoor deze voorziening voor meer verzekerden beschikbaar is geworden. Dit heeft niet geleid tot aantoonbare kostenstijging van deze gebitsprothetische zorg. Mogelijk heeft de aanpassing van de eigen bijdragestructuur hier ook invloed op gehad.

Daarnaast daalden ook de totale kosten van conventionele gebitsprothesen in diezelfde periode met 10,7% van € 135,1 miljoen in 2014 naar respectievelijk € 120,6 miljoen in 2018. Als er gekeken wordt naar de ontwikkeling per 2017, dan valt wel op dat zowel de kosten als het volume van de conventionele prothesen (dus zonder reparaties en rebasings) ten opzichte van 2016 zijn gestegen. Ook hier lijkt de aanpassing van de eigen bijdragestructuur invloed op te hebben gehad. De eerdere ongewenste financiële prikkel lijkt door de aanpassingen van de eigen bijdragestructuur en de aanpassing van de scherpere indicatiestelling te zijn verdwenen.

Verder is de beoogde besparing uit het advies van 2014, sinds invoering van de nieuwe regelgeving, ruimschoots behaald met de maatregelen rondom de prothetische zorg. De meest voor de hand liggende verklaring hiervoor is dat de door partijen afgesproken scherpere indicatiestelling effect heeft gehad.

Aangezien de volumeregistraties voor de jaren 2014 tot 2018 onvolledig zijn, voor 2018 gecorrigeerd en daarom geschat, kunnen wij aan de totale volumeontwikkeling geen conclusies verbinden.

3 Kwalitatieve evaluatie

3.1 Inleiding

In 2017 is een Quickscan uitgevoerd naar de manier waarop de gewijzigde eigen bijdragestructuur is ingevoerd en welke neveneffecten zich mogelijk voordeden die een succesvolle uitvoering in de weg konden staan. Uit de consultatie bleek dat het nieuwe systeem van de eigen bijdrage voor gebitsprothesen als onnodig gecompliceerd werd ervaren door de partijen, vooral vanwege de verschillende percentages die in rekening moeten worden gebracht. Om te achterhalen hoe het huidige systeem in de praktijk functioneert hebben wij de volgende evaluatievraag opgesteld: 'Functioneren de ingevoerde maatregelen/wijzigingen in de uitvoeringspraktijk?'

3.2 Methode

Om de evaluatievraag te kunnen beantwoorden zijn partijen geconsulteerd en zijn de volgende vragen uitgevraagd:

- 1 Hoe functioneert de eigen bijdrage regeling op dit moment in de praktijk?
- 2 Hoe functioneert de aanscherping van de indicatie tot implantaten in de bovenkaak in de praktijk?
- 3 Hoe functioneert de uitbreiding van de aanspraak op gebitsprothesen op implantaten die niet onder de zorgverzekering vallen?
- 4 Zijn er andere problemen of knelpunten in de regeling van implantaten en gebitsprothesen die om aandacht vragen?

Onderstaande veldpartijen veld hebben gereageerd op de consultatie¹⁰:

- Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT);
- Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT);
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN);
- Centraal Overleg BIJzondere Tandheelkunde (Cobijt);
- Organisatie van Nederlandse Tandprothetici (ONT);
- Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI);
- Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie (NVMKA);

De Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist(en) (NVM) heeft aangegeven geen reactie op de vragen te kunnen geven.

3.3 Resultaten

3.3.1 Functionering eigen bijdrage regeling

Uit de reactie van verschillende partijen blijkt dat de eigen bijdrage structuur gecompliceerd en arbeidsintensief is, maar functioneert. ZN geeft aan dat zij weinig problemen ervaren. De ONT geeft aan dat de structuur nog steeds complex en tijdrovend is, ondanks dat de zorgverleners inmiddels hun weg in de regeling hebben gevonden. Ook valt hen op dat de zorgverzekeraars moeite hebben met het verstrekken van de juiste informatie aan hun verzekerden. De beroepsverenigingen (KNMT en ANT) kaarten dit punt ook aan. Cobijt geeft aan dat het voor de centra voor bijzondere tandheelkunde zeer arbeidsintensief is en zij vragen zich af of het wel kosteneffectief is. Ook ontbreekt het aan uniformiteit in de communicatie met

¹⁰ Zie bijlage 1 voor de volledige reacties van partijen

de zorgverzekeraar. ZN geeft aan dat de regeling voor de zorgverlener lastig is om uit te leggen aan de patiënt. De NVOI daarentegen geeft juist aan dat het uit te leggen is aan hun patiënten. De regeling leidt, volgens de NVOI, bij patiënten ook tot stimulans om zorg te dragen voor hun investering en hierdoor zijn zij beter te motiveren tot hun nazorgtraject.

3.3.2 *Functionering aanscherping indicatie implantaten bovenkaak*

Meerdere partijen staan positief tegenover de aanscherping van de indicatiestelling. De beroepsverenigingen krijgen terug dat het lastiger is om een machtiging te krijgen, wat het proces arbeidsintensiever maakt. Ook de ONT geeft aan dat het vaak een langdurig traject is, waarbij weinig oog lijkt te zijn voor de individuele situaties van de verzekerden. Daarbij geeft de NVMKA aan dat er door zorgverzekeraars verschillend wordt omgegaan met informatie die nodig is voor een machtiging. De NVOI stelt dat wanneer een erkend implantoloog een goed beargumenteerde aanvraag doet, de zorgverzekeraar dit zou moeten volgen. Een ander punt van aandacht dat wordt genoemd zijn de machtigingsvrije praktijken. Zo stelt de NVMKA dat toetsing op indicatiestelling scherper zou mogen bij machtigingsvrij implanteren. ZN stelt verder dat de aanscherping heeft geholpen bij het beoordelen van machtigingsaanvragen, waardoor minder discussie plaatsvond over aanvragen bijzondere tandheelkunde. Wel lijkt het erop dat het indicatiegebied langzaamaan weer verruimd wordt.

3.3.3 *Functionering uitbreiding aanspraak gebitsprothesen op implantaten*

Verschillende partijen staan positief tegenover de uitbreiding van de aanspraak op gebitsprothesen op implantaten, waarbij de implantaten niet onder de zorgverzekering vallen. Wel worden er een aantal kanttekeningen gemaakt. ZN geeft aan dat het een complexe materie in de uitvoeringspraktijk is. Ook de beroepsverenigingen geven aan achter de uitbreiding te staan, maar in de praktijk lijkt het niet zo makkelijk te gaan en wordt de mogelijkheid bemoeilijkt door zorgverzekeraars. De ONT geeft aan dat deze uitbreiding goed lijkt te functioneren. Wel geven zij daarbij aan dat er meer ruimte geboden zou moeten worden voor maatwerk. Ook de NVOI geeft aan dat deze uitbreiding een meerwaarde is voor de praktijk. De zorg is hierdoor bereikbaarder geworden. Wel pleiten zij voor een hoofdbehandelaar voor de indicatie, de chirurgie en de prothetiek om uitvoeringsproblemen te voorkomen.

3.3.4 *Overige knelpunten in de praktijk*

De geconsulteerde partijen ervaren verschillende knelpunten in de praktijk. De NVOI geeft aan dat zorgverzekeraars verschillende tarieven hanteren voor de prothetische gebitszorg, waardoor het voor de zorgverlener lastig te doorgronden is. Daarnaast voorziet de regeling niet in mogelijkheden tot innovatie binnen de zorg. Ook de beroepsverenigingen geven aan dat het inkoopbeleid van zorgverzekeraars problemen opleveren, waardoor maatwerk niet mogelijk is. Ook verschillen de maximale tarieven van materiaal en techniekkosten per zorgverzekeraar, waarbij niet alle zorgverzekeraars kostendekkend zijn voor de zorgverlener. Dit betekent dat in sommige gevallen de kwaliteit van de mondzorg in het geding komt, omdat dan niet de beste behandeling kan worden gegeven. Daarnaast stellen zij dat de zorgverlener vanuit zijn deskundigheid zou moeten kunnen bepalen wat de beste behandeling is voor de patiënt.

De ONT geeft de volgende knelpunten aan: sinds de nieuwe regeling leidt complexere zorg, meer implantaten, tot hogere kosten, en zijn er verschillen waar te nemen zijn tussen de tarieven van de zorgverzekeraars dit heeft te maken met verschillende rekenmethoden. Daarnaast geeft het verplicht meesturen van een schriftelijke verwijzing onnodige administratieve belasting. De zorgverleners weten

vanuit hun expertise welke zorg verleend moet worden. Verder vraagt de ONT aandacht voor de ongewenste effecten van de stapeling van verplichte eigen bijdragen en het verplichte eigen risico. Mensen uit een lagere economische klasse zien eerder af van noodzakelijke tandprothetische zorg.

Ook Cobijt geeft aan dat zij signalen ontvangen dat zorg wordt vermeden door de eigen bijdragen. Daarnaast wijzen zij nog op het verschil tussen verzekerden met een indicatie langdurige zorg zonder verblijf en behandeling en verzekerden met verblijf en behandeling. Deze laatste groep hoeft geen eigen bijdrage te betalen. Ook geven zij aan dat verzekerden met complexe problematiek een hogere eigen bijdrage hebben. Het maatmanprincipe zou hierbij een uitkomst bieden. In instellingen voor bijzondere tandheelkunde is de eigen bijdrage niet ten dienste van de zorgverlening en dit geeft frustraties in de uitvoering bij de zorgverleners. Cobijt pleit voor een vaste eigen bijdrage voor prothetische voorzieningen en geen eigen bijdrage voor verzekerden met een Wlz¹¹ indicatie.

ZN geeft aan dat in Nederland een gebitsprothese op implantaten een gemeengoed is geworden. Hierdoor zijn verzekerden mogelijk minder bereid om een periode te wennen aan een conventionele gebitsprothese en sneller over willen gaan op een implantaatgedragen gebitsprothese. Gevolg hiervan is dat verzekerden dan slecht begrijpen dat zij eerst een eigen bijdrage moeten betalen voor een conventionele gebitsprothese en vervolgens weer een eigen bijdrage moeten betalen voor een implantaatgedragen gebitsprothese. NVMKA geeft aan dat het belangrijk is dat de aanvraagprocedure geüniformeerd wordt en dat er toetsing plaatsvindt bij praktijken die machtigingsvrij werken.

3.4

Conclusie

Uit de reacties van veldpartijen kan geconcludeerd worden dat de regeling over het algemeen functioneert, ondanks dat het hier en daar als complex wordt ervaren. Het systeem van eigen bijdragen is werkbaar en logisch, en stimuleert verzekerden tot zorgvuldig omgaan met de geplaatste voorzieningen, en tot deelname aan nazorg.

Van oudsher wordt ervan uitgegaan om bij sterk geslonken kaken eerst te proberen of een conventionele gebitsprothese nog adequaat kan functioneren. Vanuit het veld wordt erop gewezen dat na decennia van toepassing de implantaatgedragen gebitsprothese als eerste keus wordt beschouwd en de 'omweg' via de conventionele gebitsprothese (met tweemaal een eigen bijdrage) als niet meer van deze tijd wordt beschouwd.

Voorts wordt erop gewezen dat, wanneer meerdere zorgverleners bij het behandelproces betrokken zijn, het aanwijzen van een hoofdbehandelaar (als aanspreekpunt met eindverantwoordelijkheid) aandacht verdient. Blijkbaar is dit in de praktijk nog steeds niet altijd duidelijk. Ook lijkt de eigen bijdrage er voor te zorgen dat de zorg niet voor iedereen financieel toegankelijk is, dit geldt ook voor patiënten met complexere problematiek waar uitgebreidere prothetische voorzieningen benodigd zijn. Het systeem van de eigen bijdrage is wettelijk bepaald en een politieke beslissing, waar het Zorginstituut geen zeggenschap over heeft.

Verder staan de partijen positief tegenover de aanscherping van indicatiestelling en uitbreiding van de aanspraak op gebitsprothesen op implantaten, waarbij de implantaten niet onder de zorgverzekering vallen.

¹¹ Wet langdurige zorg

4 Conclusie

Na het uitbrengen van het advies over de gebitsprothetische zorg in 2014 en de duiding over de richtlijnen voor de overkappingsprothese in de edentate boven- en onderkaak in 2016, zijn na jaren stijgende kosten, de totale kosten van deze zorg afgenomen.

Het kwantitatieve deel van deze evaluatie maakt inzichtelijk dat de verschillende maatregelen rondom de verstrekking van gebitsprothetische zorg binnen de zorgverzekering hebben geleid tot een gewenste en beoogde verandering in de kosten- en volume ontwikkeling van deze zorg. Naar schatting is er een kostenbesparing waar te nemen van circa € 37 miljoen, dit is aanzienlijk meer dan de € 10 miljoen die voorzien was. Daarnaast lijkt de ongewenste financiële prikkel van het verschil in eigen bijdragestructuur verdwenen te zijn, sinds de aanpassing van de eigen bijdragestructuur in 2017.

In 2017 valt een sterke daling waar te nemen in de totale kosten van de implantaatgedragen gebitsprothesen ten opzichte van 2016. Dit ondanks het feit dat vanaf 2017 de kosten van de implantaatgedragen gebitsprothesen buiten de bijzondere tandheelkunde zijn geregeld, waardoor deze voorziening voor meer verzekerden beschikbaar is geworden. Dit heeft niet geleid tot aantoonbare kostenstijging van deze gebitsprothetische zorg. Wel is te zien dat de kosten en volume van de conventionele gebitsprothesen (zonder te kijken naar reparaties en rebasings) vanaf 2017 in vergelijking met 2016 zijn gestegen, maar dit is te verklaren door de aanpassing van de eigen bijdragestructuur.

Daarnaast is in deze evaluatie onderzocht of de maatregelen ook functioneren in de praktijk, dit naar aanleiding van een eerder signaal dat het nieuwe systeem onnodig complex is. Uit de consultatie blijkt dat de partijen het systeem van eigen bijdragen als complex ervaren, maar dat het wel werkbaar en logisch is. Ook staan de partijen positief tegenover de aanscherping van indicatiestelling en uitbreiding van de aanspraak op gebitsprothesen op implantaten, waarbij de implantaten niet onder de zorgverzekering vallen. Verder melden partijen nog enkele punten van aandacht in de uitvoeringspraktijk waar het Zorginstituut geen zeggenschap over heeft. Zo wordt de implantaatgedragen onderprothese bij geslonken tandeloze kaken inmiddels als eerste keus beschouwd, en het eerst proberen om alsnog een conventionele prothese te plaatsen (met dubbele eigen bijdrage) wordt niet meer als van deze tijd beschouwd.

Ook lijkt de eigen bijdrage er voor te zorgen dat de zorg niet voor iedereen financieel toegankelijk is, dit geldt ook voor patiënten met complexere problematiek waar uitgebreidere prothetische voorzieningen benodigd zijn. Daarnaast wordt aangegeven dat het beleid van de zorgverzekeraars niet uniform is en er weinig ruimte is voor maatwerk. En blijkt het in de praktijk nog steeds voor te komen dat meerdere zorgverleners zich met het behandeltraject bezig houden, zonder dat er een eindverantwoordelijke hoofdbehandelaar is.



Organisatie van
Nederlandse
Tandprotheticici

Secretariaat

Postbus 1312
2130 EK Hoofddorp

Telefoon : 023 - 7200444
E-mail : info@ont.nl
Internet : www.ont.nl
www.kunstgebit.nl

Triodos : NL 43 TRIO 033 8778 942
KvK : 40476046

Zorginstituut Nederland
t.a.v. mevrouw M.L. de Saint Aulaire
Geboortezorg, Mondzorg en Zintuigen
Sector Zorg
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Betreft: evaluatie maatregelen gebitsprothesen

Hoofddorp, 24 augustus 2020

Geachte mevrouw De Saint Aulaire, beste Maayke Lotte,

We maken graag gebruik van de mogelijkheid om inbreng te leveren voor de evaluatie van de eigen bijdrage regeling voor implantaten en gebitsprothesen. In zijn algemeenheid moeten we daarbij helaas constateren dat veel van de eerder aangegeven knelpunten nog steeds aan de orde zijn (zie bijgevoegde reactie op de eerdere quickscan d.d. 3 maart 2017). In aanvulling op onze eerdere reactie geven we aan de hand van de evaluatievragen een update van onze ervaringen met de huidige regeling en de gesignaleerde knelpunten.

Vraag 1

Hoe functioneert de eigen bijdrage regeling op dit moment in de praktijk?

De meeste tandprotheticici hebben de afgelopen jaren hun weg gevonden met de eigen bijdrage regeling voor implantaten en gebitsprothesen. Hoewel het toepassen van de regeling in de dagelijkse praktijk nog steeds complex en tijdrovend blijft. Deze complexiteit houdt verband met de verschillen in het inkoopbeleid, gecontracteerde tarieven en polisvoorwaarden van zorgverzekeraars die bovendien jaarlijks veranderen. Dit maakt het voor tandprotheticici onoverzichtelijk en lastig om hun patiënten vooraf de actuele en volledige informatie te verschaffen over de exacte hoogte van de vergoedingen en eigen bijdragen. Helaas geeft de informatie op de machtiging van zorgverzekeraars meestal ook geen uitsluitel.

In de praktijk blijkt overigens dat ook zorgverzekeraars moeite hebben met het verstrekken van de juiste informatie aan hun verzekerden. Vaak blijft de voorlichting van zorgverzekeraars over de eigen bijdrage en eventuele vergoeding vanuit een aanvullende verzekering beperkt tot de hoofdlijnen en regelmatig blijkt de informatievoorziening niet correct en/of onvolledig.

De afgelopen jaren zijn veel tandprotheticici voor hun declaraties gebruik gaan maken van factoringmaatschappijen. Als zorgverleners richten ze zich liever op het verlenen van goede tandprothetische zorg. De hiervoor geschetste complexiteit van de eigen bijdrage regeling speelt hierbij zeker een rol. Het uitbesteden van het declaratieproces via factoring brengt uiteraard wel hogere kosten met zich mee voor tandprotheticici.



Vraag 2

Hoe functioneert de aanscherping van de indicatie tot implantaten in de bovenkaak in de praktijk?

Volgens veel samenwerkingsafspraken tussen tandprotheticici en tandarts-implantologen verzorgt de tandarts-implantoloog de aanvragen voor implantologie. In de praktijk merken tandprotheticici dat het lastiger is geworden om implantologie in de bovenkaak aangevraagd te krijgen. In enkele gevallen volgt er een langdurig traject voor de patiënt die deze tandprothetische behandeling wel degelijk nodig heeft. Bij zorgverzekeraars lijkt een gestandaardiseerd proces (volgens afvinklijstjes) te worden doorlopen met weinig oog voor de persoonlijke omstandigheden van patiënten. Voor patiënten kan dit leiden tot vervelende situaties. Naar het zich laat aanzien speelt dit bij vervangende prothesen een minder grote rol; deze worden sneller goedgekeurd. Hetzelfde geldt voor reparaties, waarbij het probleem in de praktijk minder groot is dan voorafgaand aan de regeling werd verondersteld.

Vraag 3

Hoe functioneert de uitbreiding van de aanspraak op gebitsprothesen op implantaten die niet onder de zorgverzekering vallen?

De uitbreiding van de aanspraak op implantaatgedragen gebitsprothesen, waarbij patiënten zelf de kosten voor hun rekening nemen, lijkt goed te functioneren. Hoewel het niet vaak voorkomt, zijn er patiënten die besluiten het plaatsen van de implantaten zelf te betalen als ze niet in aanmerking komen voor vergoeding van implantaten. Tandprotheticici ervaren dat zorgverzekeraars in deze gevallen een machtiging verstrekken voor zowel de suprastructuur als de prothese. In onze optiek zou daarbij meer ruimte geboden moeten worden voor maatwerk. Als een patiënt zelf de implantaten betaald, moet het ook mogelijk zijn om de mesostructuur door de patiënt te laten betalen en de prothese aan te vragen bij de verzekering. Op dit moment is het altijd alles of niets.

Vraag 4

Zijn er andere problemen of knelpunten in de regeling van implantaten en gebitsprothesen die om aandacht vragen?

Een aantal knelpunten en belemmeringen die we in onze eerdere reactie op de regeling hebben beschreven zijn zoals aangegeven helaas nog steeds aan de orde. Bij de beantwoording van deze vraag brengen we de belangrijkste problemen en knelpunten nogmaals onder de aandacht.



Hoe meer implantaten er nodig zijn des te hoger de eigen bijdrage.

Patiënten die op grond van medische noodzakelijke redenen meerdere implantaten nodig hebben, zien zich geconfronteerd met hogere verplichte eigen bijdragen. In onze eerdere reactie hebben we reeds onze bezwaren geuit tegen dit ongewenste effect van de regelgeving, waarbij complexere zorg met een zorginhoudelijke indicatie leidt tot hogere eigen bijdragen.

Het volgen van een uniforme rekenmethode

Ondanks werkbare afspraken met Zilveren Kruis over het hanteren van een uniforme rekenmethode houden andere zorgverzekeraars vast aan eigen rekenmethoden om de kosten voor tandtechniek te koppelen aan de verschillende honorariumcodes. Dit leidt tot ongewenste en onverklaarbare verschillen tussen zorgverzekeraars voor wat betreft de eigen bijdragen van patiënten.

Verplicht meesturen van een schriftelijke verwijzing

De verplichting van sommige zorgverzekeraars om een schriftelijke verwijzing voor de behandeling mee te sturen, zorgt zowel bij de tandarts-implantoloog als de tandprotheticus voor overbodige administratieve belasting. De praktijk wijst inmiddels al jaren uit dat beide zorgverleners vanuit hun eigen expertise prima kunnen beoordelen of en welke zorg er verleend moet worden. De voortdurende veranderingen in het beleid van zorgverzekeraars op dit punt geven aan dat er sprake is van wisselende inzichten die zorgen voor verwarring bij verzekerden.

Tot besluit van onze reactie vragen we uw aandacht voor de ongewenste effecten van de stapeling van verplichte eigen bijdragen en het verplichte eigen risico. Juist mensen uit lagere sociaal-economische klassen voelen de financiële gevolgen van deze stapeling direct in hun portemonnee. Zij zullen daardoor eerder afzien van noodzakelijke tandprothetische zorg. Vanwege de relatie tussen de mondgezondheid en de algehele gezondheid die steeds duidelijker wordt, beperken de gevolgen daarvan zich niet tot verschillen in (financieel-economische) toegankelijkheid van de zorg, maar draagt deze ongelijkheid ook bij aan de sociaal-economische gezondheidsverschillen. We hopen dat u ook deze hartenkreet zou willen meenemen in de evaluatie van de regeling en zijn graag bereid onze inbreng nader toe te lichten.

Met vriendelijke groet,

Marnix de Romph,
Directeur ONT

Zorginstituut Nederland
t.a.v. Mw. M.L. de Saint Aulaire
Postbus 320
1110 AH Diemen



datum: 31-08-2020
betreft: evaluatie maatregelen gebitsprothesen

Geachte mevrouw De Saint Aulaire,

Met genoegen verleent Cobijt haar medewerking aan uw oproep om onze bijdrage te leveren aan de evaluatie van de eigenbijdrage voor prothetische voorzieningen in de mondzorg. Hieronder treft u onze antwoorden op uw vragen alsmede enkele aanvullende opmerkingen.

Hoe functioneert de eigen bijdrageregeling op dit moment in de praktijk?

De uitvoering van de regeling binnen centra voor bijzondere tandheelkunde is nog immer zeer arbeidsintensief en wordt als omslachtig ervaren. De regeling eigen bijdrage heeft betrekking op de prestatiecodes in de reguliere mondzorg die niet gebruikt worden in de centra waar tijdstarieven in rekening worden gebruikt. Hierdoor is een omslachtige verrekening waar het aan uniformiteit in de communicatie met de zorgverzekeraar ontbreekt en de communicatie via de declaratiestandaard volgens Vektis nog immer stroef verloopt waardoor declaraties worden afgewezen. Door gebrek aan uniformiteit verloopt de communicatie naar de verzekerde over zijn eigen bijdrage ook moeizaam. Gezien de forse arbeidsintensiviteit die dit voor de centra betekent vragen we ons nog steeds af of deze uitvoering van de regeling wel kosteneffectief is. Zeker ten aanzien van de eigen bijdrage voor reparaties etc. (waarmee lage bedragen zijn gemoeid. Bovendien verbaast het ons nog steeds dat de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van deze complexe regeling door de zorgverzekeraar unilateraal oplegt aan de zorgverlener.

Hoe functioneert de aanscherping van de indicatie tot implantaten in de bovenkaak in de praktijk?

Gelukkig heeft het Zorginstituut in een nadere duiding dat de Centrum indicatie leidend is voor de aanspraak vanuit de bijzondere tandheelkunde. Soms leidt dit nog tot nadere discussie in overleg met de adviserend tandartsen.

Hoe functioneert de uitbreiding van de aanspraak op gebitsprothesen op implantaten die niet onder de zorgverzekering vallen?

Vanuit de centra voor bijzondere tandheelkunde wordt enkel zorg verleend zoals omschreven in de regeling bijzondere tandheelkunde vanuit de zorgverzekering. Hiermee hebben we dus geen ervaring.

Zijn er andere problemen of knelpunten in de regeling van implantaten en gebitsprothesen die om aandacht vragen?

- We ontvangen enige signalen dat prothetische zorg uit de basisverzekering wordt vermeden vanwege de eigen bijdrage. Daarbij gaat het ook om conventionele volledige prothetiek. De eigen bijdrage wordt dan als te hoog ervaren en verzekerende gaan tandeloos door het leven.
- Verzekerden in de langdurige zorg die een andere leveringsvorm van de zorg kiezen dan integrale zorg bij een WLZ-aanbieder dienen een eigen bijdrage te betalen terwijl een cliënt met vergelijkbare zorgindicatie in een zorginstelling de zorg volledig vergoed krijgt uit de Wlz. Dit wordt als oneerlijk ervaren.
- Patiënten met aangeboren of verworven complexe edentate problematiek zijn vaak aangewezen op een uitgebreidere prothetische voorziening dan de standaardoplossing (bij voorbeeld meer implantaten per kaak). Daarmee is dan een hogere eigen bijdrage gemoeid. Het maatmanprincipe zou hierbij een uitkomst moeten bieden maar de huidige regeling laat hiervoor geen ruimte.

Kortom: in de bijzondere tandheelkundige hulp in centra is de regeling eigen bijdrage niet ten dienste van de zorgverlening. De uitvoering frustriert hier de zorgverlener nog steeds. Deze uitingen hebben we ook gebracht bij de eerste quickscan en zijn er geen merkbare veranderingen opgetreden.

CBT's verlangen er naar de zinnige, gepaste zorg te bieden aan de verzekerden met complexe problematiek. We zijn van mening dat we ons daarheen voldoende toetsbaar opstellen. We streven naar betere facilitering van regelgeving gericht op de reguliere mondzorg vanuit onze bijzondere positie. We pleiten voor:

- Partnership met zorgverzekeraar bij de uitvoering van de eigen bijdrage via declaratie door de zorgverzekeraar bij haar verzekerde.
- Vaste eigen bijdrage voor prothetische voorzieningen (zoals voorheen)
- Geen eigen bijdrage van reparaties
- Ruimte voor de maatmanprincipe binnen de Centrumindicatie
- Geen eigen bijdrage voor verzekerde met een indicatie voor langdurige zorg.

Uiteraard tot verdere overleg gaarne bereid.

Met vriendelijke groet,

Rick van der Pas, voorzitter.

Evaluatie maatregelen gebitsprothesen

Hieronder treft u de reactie van Zorgverzekeraars Nederland op uw vragen aangaande de regelgeving van aanspraken en eigen bijdrage ten aanzien van de implantaatgedragen) gebitsprothesen.

1. Hoe functioneert de eigen bijdrage regeling op dit moment in de praktijk?

De eigen bijdrage structuur voor (implantaatgedragen) is nog steeds onnodig gecompliceerd en is door de zorgverleners moeilijk uit te leggen aan de verzekerden.

De zorgverzekeraars hebben het goed ingeregeld in hun systemen en ervaren weinig problemen meer.

2. Hoe functioneert de aanscherping van de indicatie tot implantaten in de bovenkaak in de praktijk?

De duiding van het Zorginstituut Nederland aangaande de "Aanspraak implantaatgedragen prothesen n.a.v. richtlijnen beroepsgroep" van 1 maart 2016 heeft de zorgverzekeraars enorm geholpen bij het beoordelen van de machtigingsaanvragen implantologie ten behoeve van implantaten in de onderkaak en met name in de bovenkaak.

De indicaties tot bijzondere tandheelkundige hulp worden hierin zeer duidelijk omschreven en maken het voor alle partijen inzichtelijk waardoor discussie over aanvragen bijzondere tandheelkunde, zeker in de eerste maanden na de publicatie, tot een aanvaardbaar minimum beperkt werden.

Nu een paar jaar verder merken de zorgverzekeraars een toename van het aantal aanvragen voor implantaatgedragen prothesen waarbij het indicatiegebied voor bijzondere tandheelkundige hulp wederom verruimd wordt. Een oorzaak kan zijn dat de zorgvraag van verzekerden meer erop gefocust is dat een implantaatgedragen prothese een recht is waarbij hun zorginhoudelijke klachten voorop staan.

Ook zorgverleners kijken meer naar de zorginhoudelijke klachten van hun patiënten waarbij niet meehelpt dat de zorgverzekeraars op hun spreekuren constateren dat het maken van een goede gebitsprothese met een bilateraal gebalanceerde articulatie voor veel zorgverleners een lastige opgave is. Een tweede punt is dat een aantal zorgverzekeraars contracten hebben afgesloten voor de implantologie in de edentate kaak waarbij mogelijk de verzekeringstechnische indicatie van een zeer ernstig geslonken edentate kaak ruimer wordt geïnterpreteerd dan oorspronkelijk afgesproken. Het achteraf controleren of er daadwerkelijk sprake was van een zeer ernstig geslonken edentate kaak is vaak niet mogelijk en of er een adequaat functionerende volledige prothese aanwezig was, is uitgesloten.

3. Hoe functioneert de uitbreiding van de aanspraak op gebitsprothesen op implantaten die niet onder de zorgverzekering vallen?

Dit is een complexe materie waarbij de zorgverzekeraar moet bepalen of er aanspraak zou zijn geweest op meestal 2, 4 of 6 implantaten gezien de vorm van de kaak en aan de hand daarvan moet er worden beoordeeld of er een steg/drukknoppen op 2, 4 of 6 implantaten voor vergoeding uit de basisverzekering in aanmerking komen.

Vaak is er sprake van een kaak met daarin meerdere implantaten (tot wel 8 stuks per kaak) die geplaatst zijn ten behoeve van vaste constructies of solitaire kronen en die niet op locaties staan die geschikt zijn voor een implantaatgedragen

gebitsprothese.

4. Zijn er andere problemen of knelpunten in de regeling van implantaten en gebitsprothesen die om aandacht vragen?

Een edentate onderkaak met 2 implantaten is meer en meer gemeengoed geworden in Nederland. Mogelijk ook hierdoor zijn de verzekerden nauwelijks bereid een adaptatie periode te ondergaan om te wennen aan de conventionele gebitsprothese nadat de eigen tanden en kiezen getrokken zijn. Hierdoor wordt er een druk uitgeoefend op de zorgverleners en zorgverzekeraars om snel over te gaan tot het vergoeden van een implantaatgedragen onderprothese op 2 implantaten.

Daarnaast kunnen verzekerden het slecht te begrijpen dat zij eerst de eigen bijdrage voor de volledige prothese moeten betalen en vervolgens (na soms een adaptatietijd van 6 maanden als het gaat om implantaten in de onderkaak) de eigen bijdrage voor de implantaatgedragen prothese.

Geachte mevrouw De Saint Aulaire,

Uw e-mail van 29 juli 2020 inzake 'Evaluatie maatregelen gebitsprothesen' is besproken door het bestuur van de NVMKA.

Hieronder staan de antwoorden op de door u gestelde evaluatievragen over prothetische voorzieningen.

Algemene opmerking is, dat de vraagstelling meer een prothetisch dan een MKA-chirurgisch karakter heeft.

De vragen en antwoorden:

Vraag 1: Hoe functioneert de eigen bijdrage regeling op dit moment in de praktijk?
Antwoord: Deze vraag is niet van toepassing op de MKA-chirurgie.

Vraag 2: Hoe functioneert de aanscherping van de indicatie tot implantaten in de bovenkaak in de praktijk?
Antwoord: De aanscherping van de indicatie is op zich nuttig. In de praktijk blijkt dat de informatie die door de verschillende zorgverzekeraars wordt opgevraagd, nogal varieert. Het zou mooi zijn als dit meer uniform gebeurde. De formulieren in Vecozo zijn al uniform, maar juist de gevraagde aanvullende info is divers.

Er zijn nog steeds grote tandartspraktijken die machtigingsvrij mogen implanteren in de onder- en bovenkaak. Patiënten komen dan vervolgens bij een kaakchirurg voor botopbouw, en – na implantatie door tandarts - voor complicaties. Dit staat haaks op het kwaliteitsbeleid. Toetsing op indicatiestelling bij machtigingsvrij implanteren mag scherper teneinde foutieve indicaties (en kosten) te voorkomen.

Vraag 3: Hoe functioneert de uitbreiding van de aanspraak op gebitsprothesen op implantaten die niet onder de zorgverzekering vallen?
Antwoord: Wij begrijpen deze vraagstelling niet; hoe bedoelt u? Volgens ons is dit een 'contradictio in terminis'.

Vraag 4: Zijn er andere problemen of knelpunten in de regeling van implantaten en gebitsprothesen die om aandacht vragen?
Antwoord: - Uniformeren aanvraagprocedure;
- Toetsing op indicatiestelling in praktijken waar machtigingsvrij gewerkt wordt.

Het blijft van wezenlijk belang dat voor indicatiestelling anders dan gevorderde atrofie een hardheidsclausule (vangnet CBT) blijft bestaan. Denk aan extreme kokhalsreflex, xerostomie (bijv. na radiotherapie of m. Sjögren).

Wij vertrouwen erop aan uw verzoek te hebben voldaan.

Met vriendelijke groet,
Namens het bestuur NVMKA,
Dr. J.P.M. Fennis, voorzitter



Nederlandse Vereniging voor
Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie

Sint Antonieweg 3
Postbus 369

8160 AJ Epe
Telefoon 0578 62 97 40
Mobiel 06 236 10 316
Email secretaris@nvmka.nl

Geboortezorg, Mondzorg en Zintuigen
Sector Zorg
Zorginstituut Nederland
T.a.v. Mevrouw M.L. de Saint Aulaire
Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen

Datum: 25 augustus 2020
Ons kenmerk: U20 025

Geachte mevrouw De Saint Aulaire,

Dank voor uw schrijven dd 29 juli 2020. Samen met onze achterban van NVOI erkende implantologen zijn uw vragen beantwoord en vindt u onderstaande beantwoording.

1. Hoe functioneert de eigen bijdrage regeling op dit moment in de praktijk?

De regeling is gecompliceerd maar functioneert inmiddels naar behoren. De regeling is uit te leggen aan patiënten en leidt naar onze mening ook tot stimulans bij patiënten om zorg te dragen voor hun investering. Dat betekent dat patiënten beter te motiveren zijn tot hun nazorgtraject.


2. Hoe functioneert de aanscherping van de indicatie tot implantaten in de bovenkaak in de praktijk?

De NVOI is voorstander van de huidige aanscherping in de indicatiestelling. Situaties waarbij machtigingsvrij in de bovenkaak mag worden geïmplantatoerd leiden niet tot hogere succespercentages of toegenomen doelmatigheid. Wel is NVOI van mening dat wanneer een NVOI erkend implantoloog een goed beargumenteerde aanvraag doet, dit door de zorgverzekeraar van patiënt gevolgd zou moeten worden. De situatie waarbij de adviserend tandarts de indicatiestelling overneemt is naar mening van de NVOI onwenselijk.

3. Hoe functioneert de uitbreiding van de aanspraak op gebitsprothesen op implantaten die niet onder de zorgverzekering vallen?

Deze uitbreiding heeft meerwaarde voor de praktijk. Er zijn patiënten die wel degelijk gebaat zijn bij een overkappingsprothese op implantaten in de bovenkaak maar niet voor vergoeding vanuit de basisverzekering in aanmerking komen. Voor deze patiënten is een overkappingsprothese bereikbaar geworden door een deel van de meso- en suprastructuur wel vanuit de basisverzekering te vergoeden.

Waar NVOI wel voor zou willen pleiten om in deze situaties een hoofdbehandelaar aan te stellen voor de indicatie, de chirurgie en de prothetiek. Dit voorkomt situaties waarbij de patiënt op een "implantaat-vakantie" implantaten laat plaatsen zonder zicht op indicatie, merk implantaat, garantieregeling of prothetische nazorg.

- 
4. Zijn er andere problemen of knelpunten in de regeling van implantaten en gebitsprothesen die om aandacht vragen?

Wij signaleren dat:

- Zorgverzekeraars onderling in hun polisvoorwaarden andere tarieven hanteren op onderdelen van de prothetische voorziening (steg constructie, knopverankering, prothese). Dit maakt de prothetische mogelijkheden binnen het gestelde budget voor de tandarts-prothetist zeer moeilijk te doorgronden.
- De regeling voorziet niet in mogelijkheden tot innovatie binnen de prothetische zorg. De mogelijkheid van een vrijwillige eigen bijdrage door de patiënt aan zijn meso- en suprastructuur (om te komen tot een hoogwaardiger behandelmodaliteit) zou moeten worden ingebouwd.
- Het immediaat plaatsen van implantaten (bijvoorbeeld in het onderfront in de situatie waarbij het onderfront veel langer in situ is gebleven en de zijdelingse delen ernstig geresorbeerd zijn) kan in voorkomende gevallen veel doelmatiger zijn dan de tussenstap waarbij patiënt en verzekeraar eerst opdraaien voor de kosten van een immediaatprothese, gevolgd door een definitieve prothese, en na 6-12 maanden nogmaals voor de kosten van een overkappingsprothese omdat elke vorm van retentie en stabiliteit van de conventionele prothese ontbreekt. Niet alleen gaat dit gepaard met veel meer kosten, er is ook een aanzienlijk reductie van kwaliteit van leven gedurende het gehele behandeltraject voor de patiënt. Er zijn zonder meer indicaties te formuleren waarbij immediaat implanteren in de edentate situatie zinnige en doelmatige zorg is.

Met vriendelijke groeten,

Gijs Jaspers, secretaris NVOI

Antwoorden van KNMT en ANT op de vragen van ZiN m.b.t. de evaluatie van de regeling prothetische voorzieningen

28 augustus 2020

Momenteel is het Zorginstituut bezig met een evaluatie over de prothetische voorzieningen. En heeft daarbij de volgende vragen aan u:

1. Hoe functioneert de eigen bijdrage regeling op dit moment in de praktijk?
 - Vergoedingen
Het bepalen van de vergoeding van de behandeling met een eigen risico, eigen bijdragen (de verschillende percentages), al dan niet gecontracteerd zijn, maximale techniek en materiaalkosten en eventuele vergoeding uit aanvullende verzekering is complex. De zorgverzekeraar behoort aan zijn verzekerden aan te geven welke kosten worden vergoed, maar het komt geregeld voor dat dit te lang duurt of dat zij niet in staat om de juiste informatie te verstrekken. Dat levert dan weer onnodige discussie op tussen de patiënt en de tandarts.
 - Het is voor de KNMT en ANT ook niet helder of alle zorgverzekeraars op exact dezelfde wijze de vergoeding bepalen en of daar dan dezelfde uitkomst uit komt.
2. Hoe functioneert de aanscherping van de indicatie tot implantaten in de bovenkaak in de praktijk?
 - Wij krijgen terug dat het lastig is om een machtiging te verkrijgen, mogelijk was dit ook het doel van het aangescherpte beleid.
 - De aanscherping levert in sommige gevallen wel problemen op met de door zorgverzekeraars te verlenen machtiging bij patiënten die er echt recht op hebben. In deze gevallen lijken zorgverzekeraars standaard het protocol rondom ontmoediging af te draaien en steeds weer om nieuwe informatie te vragen. Waardoor het soms veel moeite en tijd kost om de behandeling voor de patiënt vergoed te krijgen.
3. Hoe functioneert de uitbreiding van de aanspraak op gebitsprothesen op implantaten die niet onder de zorgverzekering vallen?
 - Wij krijgen signalen dat verzekeraars onder deze regeling proberen uit te komen door o.a. een parodontiumstatus op te vragen van de

andere kaak. De uitbreiding van de aanspraak is iets waar wij achter staan en niet belemmerd zou moeten worden.

4. Zijn er andere problemen of knelpunten in de regeling van implantaten en gebitsprothesen die om aandacht vragen?
 - Het inkoopbeleid van zorgverzekeraars levert problemen op voor tandartsen en hun patienten. De overeenkomsten zijn een eenzijdig dictaat van de zorgverzekeraars met alleen de keuze wel of niet tekenen door de mondzorgaanbieder, maatwerk is niet mogelijk. Niet tekenen betekent het waarschijnlijke verlies van veel patienten, want de vergoeding is dan in veel gevallen nog een stuk lager en wel tekenen betekent het moeten voldoen aan veel verplichtingen. Prothese patienten worden op deze wijze in een aantal gevallen min of meer gedwongen (er wordt veel minder vergoed) afscheid te nemen van hun eigen niet gecontracteerde tandarts en hebben dan ook nog vaak een langere reisafstand.
 - Maximering techniek en materiaalkosten
De tariefbeschikking geeft helder aan dat techniek- en materiaalkosten tegen kostprijs kunnen worden gedeclareerd. Zorgverzekeraars hanteren echter een lijst maximale techniek- en materiaalkosten, waardoor mondzorgaanbieders soms niet alle gemaakte kosten vergoed krijgen. Daarnaast zijn er aanzienlijke verschillen tussen zorgverzekeraars in de vergoeding van de techniek- en materiaalkosten, hetgeen de transparantie niet ten goede komt.
 - Kwaliteit van de mondzorg
Een mondzorgaanbieder kan niet structureel onder de kostprijs werken. Dat betekent dat in sommige gevallen mogelijk niet meer de beste behandeling kan worden gegeven of de beste materialen kunnen worden gebruikt. De zorgverzekeraar gaat door het inkoopbeleid, de maximering van techniek- en materiaalkosten en de stringente verplichtingen in de overeenkomsten dus ook op de stoel van de mondzorgaanbieder zitten als het gaat om de bepaling van de behandeling en de keuze van de materialen. De mondzorgverlener is degene die vanuit zijn professionele autonomie en deskundigheid zelfstandig moet kunnen bepalen wat de beste behandeling op maat is voor zijn patiënt.

Uw reactie ontvangen wij graag uiterlijk **vrijdag 28 augustus 2020**, zodat wij deze kunnen verwerken in onze evaluatie.

Wij verzoeken u om uw reactie in een Word-document of een

bewerkbare pdf (zogeneten pdf/A) toe te zenden. Dit in verband met de publicatie van uw reactie op onze website als onderdeel van onze evaluatie.

Uw reactie kunt u sturen aan ondergetekende via: msaintaulaire@zinl.nl