

Perspectief 2000

aanbevelingen
van het
College Adviserend Tandartsen

over

de wettelijk verzekerde tandheelkundige zorg

7 mei 1999
aan Zorgverzekeraars Nederland

de wettelijk verzekerde tandheelkundige zorg: perspectief op het jaar 2000

Inleiding

In deze notitie wordt onder “wettelijk verzekerde tandheelkundige zorg” verstaan:

1. de verstrekking van tandheelkundige hulp aan ziekenfondsverzekerden op grond van de Ziekenfondswet (ZFW), vastgelegd in de Regeling Tandheelkundige Hulp Ziekenfondsverzekering (RTHZ) en de Regeling Hulpmiddelen;
en
2. de vergoeding van tandheelkundige hulp aan particulier verzekerden met een StandaardPakketPolis (SPP), vastgelegd in de Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen (WTZ).

Buiten beschouwing blijft in deze notitie de tandheelkundige zorg in het kader van de AWBZ.

ZFW en WTZ regelen de aanspraak, cq. rechten van circa 11 miljoen Nederlanders.

Aard en omvang van de wettelijk verzekerde tandheelkundige zorg waren in de afgelopen decennia regelmatig onderwerp van bespreking in de Haagse politiek. Commissies onder leiding van Dekker en van Dunning waren voorstanders van marktwerking en adviseerden de regering tot pakketversobering.

Met ingang van 1995 werden belangrijke wijzigingen aangebracht in het tandheelkundig verstrekkingenpakket van de ziekenfondsverzekering. De jeugd was niet langer meer integraal verzekerd, en voor volwassenen verdween de tandheelkundige hulp vrijwel volledig uit het pakket. Gelijktijdig werden wijzigingen aangebracht in het vergoedingenpakket van de SPP-verzekering.

In de periode vóór en kort ná invoering van deze wijzigingen heeft het College Adviserend Tandartsen in meerdere rapporten voorspellingen gedaan over (mogelijk) negatieve gevolgen van de pakketversobering op de toegang tot en de bereikbaarheid van de tandheelkundige zorg.

Nu, ruim vier jaar na invoering van de “stelselwijziging” en aan de vooravond van een nieuw millennium wil het College terugkijken op de destijds gedane voorspellingen en -daar waar knelpunten worden gesignaleerd- aanbevelingen doen voor “reparatie”. Daartoe is in het College in werkgroepverband de wettelijk verzekerde zorg sectorgewijs tegen het licht gehouden:

- jeugdige ziekenfondsverzekerden;
- volwassen ziekenfondsverzekerden;
- bijzondere tandheelkunde;
- SPP-verzekerden.

De hier voorliggende notitie is een samenvatting van de belangrijkste conclusies en aanbevelingen uit de afzonderlijke werkgroep rapportages.

1. Jeugdige ziekenfondsverzekerden

Het verstrekkingenpakket voor jeugdige ziekenfondsverzekerden is sinds 1995 niet meer integraal. Op kronen en bruggen, op orthodontie en op implantaten in een betande kaak bestaat in principe geen aanspraak (behoudens in uitzonderingsgevallen met een “artikel 8”-rechtsgrond), zodat de kosten van deze hulp geheel voor rekening komen van de jeugdige verzekerde zelf of diens ouders/verzorgers. Aanvullende verzekeringen kunnen hierin voorzien, maar vergoeden deze hulp veelal slechts (zeer) beperkt.

Bij patiënten met gebitsletsel als gevolg van een ongeval en bij patiënten met een solitaire of beperkt meervoudige agenesie vormt het ontbreken van aanspraak op bovengenoemde hulp een knelpunt, omdat de hieraan verbonden kosten hoog zijn en in veel gevallen de financiële draagkracht van (de ouders van) de patiënt te boven gaan, waardoor noodgedwongen van adequate zorg moet worden afgezien.

Voor vergoeding van de kosten van orthodontische hulp zijn jeugdige verzekerden in principe aangewezen op de Aanvullende Verzekering (AV): alleen in zéér ernstige gevallen kan een beroep worden gedaan op de hoofdverzekering. Wanneer de ouders echter om de een of andere reden geen AV hebben afgesloten, respectievelijk geen AV hebben kunnen afsluiten, zal in veel gevallen van behandeling van het kind moeten worden afgezien. En ook in gevallen dat de ouders wel een AV hebben afgesloten moeten zij soms toch van behandeling afzien, omdat het voor eigen rekening komende kostendeel hun draagkracht te boven gaat. Als het daarbij gaat om objectief noodzakelijk geachte zorg bij een ernstige afwijking met IOTN-5-score, is volgens het College sprake van een onaanvaardbare situatie.

Op geleide van bovenstaande overwegingen wordt vanuit het College gepleit voor uitbreiding van artikel 4 van de RTHZ met aanspraak op integrale hulp (na toestemming van het ziekenfonds) in gevallen waarin sprake is van gebitsletsel na ongeval of sprake van agenesieën. Met "gebitsletsel na ongeval" wordt hier bedoeld: de aantoonbare beschadiging of het verlies van één of meerdere gebitselementen als gevolg van de plotselinge inwerking van van buitenaf komend geweld op het tandkaakmondstelsel van de verzekerde buiten diens wil (trauma, mishandeling). Tevens pleit het College voor uitbreiding van artikel 4 van de RTHZ met aanspraak op orthodontische hulp van jeugdigen met een ernstige orthodontische afwijking, vallend in de IOTN-5-categorie.

2. Volwassen ziekenfondsverzekerden

Belangrijkste knelpunt binnen de RTHZ voor volwassenen vormt de aanspraak op Preventief Onderhoud (PO). Het zorginhoudelijke deel van het PO -met het cluster als honorering voor een jaarabonnement- geeft al sinds de invoering in 1995 structureel aanleiding tot conflicten tussen zorgaanbieders en verzekeraars. Met name op het onderdeel gebitsreiniging worden door tandartsen en mondhygiënisten op ruime schaal (bij)betalingen van verzekerden gevraagd.

Waar de overheid met het PO een toegankelijkheid van de tandheelkundige zorg wilde waarborgen, constateert het College dat in feite slechts een schijntoegankelijkheid is gerealiseerd. Diagnostiek en behandeling van aandoeningen zoals "paro" en "gnatho", eerste hulpverlening en pijnbestrijding zijn niet verzekerd. Gebitsletsel na ongeval is -behalve in zeer bijzondere gevallen- evenmin verzekerd. Restauratief onderhoud en herstel komt voor eigen rekening. Aanvullende Verzekeringen kunnen weliswaar soelaas bieden, maar de daarvoor te betalen premies en de veelal beperkte of gemaximeerde vergoedingen vormen voor bepaalde groepen in de samenleving een te hoge hindernis om het noodzakelijk onderhoud te laten uitvoeren. Resteert dan slechts een noodgedwongen uitwijken naar de -sinds de heropneming in het pakket financieel wél bereikbare- volledige prothese.

Het College is van mening dat het cluster Preventief Onderhoud onvoldoende waarborgen biedt voor een écht vrije toegang tot tandheelkundige zorg voor delen van de bevolking, met name voor risicogroepen en voor financieel minder draagkrachtigen. Gepleit wordt daarom voor een verruiming van de bestaande -als te beperkt ervaren- aanspraak tot een meer volwaardig pakket, waarin de essentiële ("basale") zorg is

opgenomen. Voor wat daaronder inhoudelijk verstaan moet/kan worden, wordt verwezen naar Advies-608 van de Ziekenfonds-raad van 16 december 1993.

De heropneming van de volledige prothese in het ziekenfondspakket (1997) heeft dit hulpmiddel weer beter bereikbaar gemaakt. Maar de wijze waarop deze heropneming is gerealiseerd maakt de verstrekking in financiële zin moeilijk beheersbaar. De 75%-vergoeding is een open-eind-regeling en op het onderdeel tandtechniek hebben verzekeraars te maken met kosten die bepaald worden door “vrije” markt, waarop zij maar weinig concrete invloed kunnen uitoefenen. Om diezelfde reden hebben zorgverzekeraars maar marginaal invloed op de kosten van implantaten, implantaatgedragen prothesen en hun onderliggende mesostructuren. Meer betrokkenheid van zorgverzekeraars bij de prijsstelling van tandtechnici zal nodig zijn om de kosten voor deze voorzieningen beheersbaar te houden.

Toenemende zorgvraag, veranderende inzichten in de praktijkvoering, zorgdifferentiatie en zorgverdieping zijn factoren, die -gevoegd bij een naderend menskrachtprobleem- de zorgplicht van verzekeraars in gevaar kunnen brengen. Dit vraagt om taakdelegatie en om ruimere inzet van hulpkrachten. Om de zorg betaalbaar en voor iedereen bereikbaar te kunnen houden zullen tandartsen, hulpkrachten en verzekeraars de handen ineen moeten slaan om tot kostenbewust handelen te komen, met transparante prijsafspraken. Eveneens zijn afspraken nodig om te voorkomen dat bepaalde delen van zorg door onnodige verwijzing worden overgeheveld naar de tweedelijns of naar instellingen voor bijzondere tandheelkunde, en zo onnodig kostbaar worden. Beroepsgroep én zorgverzekeraars hebben hier een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Deze gezamenlijke verantwoorde-lijkheid beperkt zich niet tot het wettelijk gefinancierde deel van de zorg, maar strekt zich ook uit tot de privaat gefinancierde derde compartimentszorg; aanvullende verzekeringen kunnen hun rol immers alleen blijven vervullen, als pakketomvang en premiehoogte op een aanvaardbaar niveau worden gehouden.

3. Bijzondere Tandheelkunde in de ziekenfondsverzekering

Artikel 8 van de RTHZ regelt de aanspraak en verstrekking van noodzakelijke hulp aan een verzekerde die een zodanig ernstige tandheelkundige of niet-tandheelkundige aangeboren of verworven aandoening heeft, dat hij zonder die hulp geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad, als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. Het kan daarbij gaan om bijzondere hulp van tandheelkundige aard en/of om “normale” hulp onder bijzondere omstandigheden. Het normalisatiebeginsel bepaalt dat de bijzondere status geen aanspraak biedt op de normale (= niet-bijzondere) hulp. In de toelichting op artikel 10 van de RTHZ wordt -gedetailleerd tot op UPT-verrichtingencode-niveau- aangeduid wat onder “normale” hulp verstaan wordt.

Knelpunten worden gesignaleerd in bijzonderheidssituaties, waarin de verzekerde ten aanzien van de mondzorg in redelijkheid niet op eigen verantwoordelijkheid kan worden aangesproken (bijvoorbeeld bij verstandelijk gehandicapte patiënten) en/of de financiële risico's onvoorzienbaar zijn (bijvoorbeeld bij bestralingspatiënten). Het normalisatiebeginsel zou volgens het College in die gevallen niet van toepassing mogen zijn. Het gelijkwaardigheidsbeginsel impliceert immers dat de aanspraak ex artikel 8 zich uitstrekt tot hulp die de functie zo veel mogelijk behoudt dan wel terugbrengt tot het niveau van tandheelkundige functie, die gelijkwaardig is aan die welke er zou zijn, als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.

Daarom pleit het College voor aanpassing van de de RTHZ in die zin dat -wanneer artikel 8 van toepassing is- de verzekerde geen eigen bijdrageverplichting heeft, ook niet voor de “normaal geachte” hulp, met uitzondering van:

- de extreem angstige patiënt;
- de tandheelkundig gehandicapte patiënt, voor zo ver de hulp geen directe relatie heeft met de tandheelkundige handicap;
- de patiënt met een volledige prothese, al dan niet door implantaten ondersteund.

Naast het bovenstaande signaleert het College een behoefte aan richtlijnen in de uitvoeringspraktijk over de (afbakening van de) aanspraak op bijzondere tandheelkunde. Met name betreft het daarbij de interpretatie en

reikwijdte van in de Regeling genoemde begrippen zoals “functieverlies”, “zodanig ernstig”, “gelijkwaardig” en “niet onnodig kostbaar”. Een consensusbijeenkomst van (adviseurs van) verzekeraars met externe deskundigen zou hiertoe een eerste aanzet kunnen geven.

4. Particulier verzekerden met een StandaardPakketPolis (SPP)

Het verstrekkingenpakket van de ziekenfondsverzekering en het vergoedingenpakket van de SPP verschillen op veel onderdelen aanzienlijk van elkaar. De verschillen tussen beide verzekeringsvormen zijn dusdanig groot dat het onjuist is om te stellen dat SPP-verzekerden en ziekenfondsverzekerden dezelfde aanspraken cq. rechten hebben.

Grootst en meest ernstig knelpunt in de SPP is volgens het College dat de kosten van de mesostructuur op implantaten niet worden vergoed. Daardoor kunnen SPP-verzekerden in een situatie worden gebracht dat zij -ondanks het feit dat de verzekeraar de implantatiekosten en een groot deel van de overkappingsprothesekosten vergoedt- tóch van deze hulp moeten afzien (of een reeds aangevangen behandeling niet kunnen voltooien), omdat zij financieel niet bij machte zijn de voor eigen rekening komende kosten van de mesostructuur uit hun AOW-uitkering of klein pensioen-inkomen te betalen.

Het College pleit daarom voor verruiming van de SPP-vergoedingsvoorwaarden in die zin dat (als door de verzekeraar toestemming is gegeven voor het aanbrengen van implantaten) ook de kosten van de mesostructuur voor een vergoedingsregeling in aanmerking kunnen komen.

Tenslotte: volwassen SPP-verzekerden hebben op grond van artikel 2.1.12.2 van de SPP-voorwaarden recht op vergoeding van preventieve onderhoudsverrichtingen, in principe eenmaal per jaar, tenzij meerdere behandelingen per jaar medisch noodzakelijk zijn. Het woord “medisch” leidt in de uitvoeringspraktijk regelmatig tot problemen die de Wetgever niet bedoeld kan hebben. Deze interpretatieproblemen kunnen worden voorkomen, als in artikel 2.1.12.2 het woord “medisch” vervangen wordt door “tandheelkundig”.

5. Slotbeschouwing

Het College brengt bovengenoemde signaleringspunten onder de aandacht van Zorgverzekeraars Nederland, daarbij de wens uitsprekend dat ZN initiatieven zal ontplooiën om in het jaar 2000 tot “reparatie”-wetgeving te komen.

Uiteraard is het College te allen tijde bereid om de knelpunten, die in deze notitie naar voren zijn gebracht, desgewenst nader toe te lichten.