

Rapport

Signalement Mondzorg 2010

Op 1 juni 2010 uitgebracht aan de minister van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Uitgave

College voor zorgverzekeringen
Postbus 320
1110 AH Diemen
Fax (020) 797 85 00
E-mail info@cvz.nl
Internet www.cvz.nl

Volgnummer

29075178

Afdeling

ZORG-ZA

Auteur

dr. J. den Dekker / drs. E.J.A.A. Abbink

Doorkiesnummer

Tel. (020) 797 85 01

Inhoud:

pag.

	Samenvatting
1	1. Inleiding
3	2. Mondgezondheid volwassenen
3	2.a. Inleiding
3	2.b. Enquête onder 25-74 jarigen met eigen tanden en kiezen
4	2.c. Enquête onder tandeloze 25-74 jarigen
5	2.d. Verzekeringen en tandartsbezoek bij 25-74 jarigen
5	2.e. Mondonderzoek onder 25-74 jarigen
6	2.f. Vergelijking tussen 25-54 jarige (ex-)ziekenfondsverzekerden in 2002 en 2007
7	2.g. Discussie
10	2.h. Conclusies en vervolgacties
12	3. Mondzorg voor extreem angstigen
12	3.a. Inleiding
13	3.b. Resultaten
15	3.c. Discussie
16	3.d. Conclusies en vervolgacties
18	4. Eigen bijdrage mondzorg
18	4.a. Inleiding
18	4.b. Regeling zorgverzekering
19	4.c. Achtergrond
20	4.d. Voorstel tot aanpassing van artikel 2.4, eerste lid van de Regeling zorgverzekering
22	5. Kosten van de mondzorg
22	5.a. Kosten verzekerden tot achttien / tweeëntwintig jaar
23	5.b. Kosten verzekerden van tweeëntwintig jaar en ouder
23	5.c. Kosten en honoraria tandarts-specialisten
24	5.d. Gebitsprothesen
24	5.e. AWBZ mondzorg
24	5.f. Conclusies en vervolgacties
25	6. Consultatie belanghebbende partijen
25	6.a. Reacties op hoofdstuk Mondgezondheid Volwassenen
28	6.b. Reacties op hoofdstuk Mondzorg voor extreem angstigen
29	6.c. Reacties op hoofdstuk Eigen bijdrage mondzorg
32	6.d. Reacties op hoofdstuk Kosten van de mondzorg
34	7. Literatuur

Samenvatting

In dit signalement gaat het CVZ in op de ontwikkeling van de mondgezondheid. Verder gaat het CVZ in op een aantal kwesties die betrekking hebben op onderdelen van de verzekerde zorg, namelijk de angstbehandeling en de eigenbijdrage systematiek. Tot slot geeft het CVZ een overzicht van de kostenontwikkeling van de mondzorg.

Met dit signalement wil het CVZ een bijdrage leveren aan een toegankelijk en betaalbaar basispakket dat blijft voorzien in noodzakelijk te verzekeren zorg.

Mondzorg is de zorg die tandartsen, kaakchirurgen, orthodontisten, mondhygiënisten en tandprotheticipers bieden. Verzekerden tot tweeëntwintig jaar hebben, eenvoudig gesteld, recht op vrijwel alle mondzorg met uitzondering van kroon- en brugwerk en orthodontie. Volwassen verzekerden hebben recht op chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (kaakchirurgie) en gebitsprothesen. Daarnaast hebben alle verzekerden recht op de zogenoemde bijzondere tandheelkunde. De verzekerde heeft recht op deze bijzondere tandheelkunde bij:

een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel; een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening; of wanneer de verzekerde een medische behandeling moet ondergaan, waarvan het resultaat medeafhankelijk is van de mondzorg. Het recht op bijzondere tandheelkunde bestaat alleen wanneer de verzekerde zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of te verkrijgen die gelijkwaardig is aan de functie die hij zou hebben gehad als de stoornis, afwijking, aandoening zich niet had voorgedaan.

Volwassenen

Onderzoek naar de mondgezondheid van volwassen verzekerden laat tussen 2002 en 2007 een verbetering van de mondgezondheid zien. Deze verbetering bestaat eruit dat de DMFT- en DMFS- indices (maten voor de mondgezondheid) zijn gedaald. Zo is er minder cariës geconstateerd en zijn er minder ontbrekende elementen. Hierbij is wel een kantekening te plaatsen. De mondgezondheid is sterk afhankelijk van de sociaaleconomische status van de verzekerde. Hoogopgeleiden en autochtonen hebben een betere mondgezondheid dan laagopgeleiden en allochtonen.

- Het CVZ zal een vervolgonderzoek verrichten naar de ontwikkeling van de verschillen op basis van de sociaaleconomische status van de verzekerde, om nader te kunnen bepalen of hier sprake is van een neerwaartse spiraal.
- Het CVZ ziet in de uitkomsten van het onderzoek aanleiding om de ontwikkeling van de mondgezondheid van volwassenen te blijven volgen.

Extreem angstigen Uit onderzoek naar angstbehandeling in centra voor bijzondere tandheelkunde blijkt dat alle centra voor bijzondere tandheelkunde een significante angstreductie en verbetering van de door de betrokken patiënten gerapporteerde gebitstoestand bereiken. Toch komen er tussen de centra grote verschillen voor. Deze verschillen hebben betrekking op de initiële diagnostiek, percentage behandelingen onder narcose, behandelduur en terugverwijzing naar de huistandarts.

Het CVZ is van oordeel dat op deze punten de kwaliteit en doelmatigheid van de tandheelkundige zorg aan angstige volwassenen kan worden verbeterd.

- Het CVZ zal de resultaten van dit onderzoek bij direct belanghebbenden onder de aandacht brengen, en de ontwikkelingen op dit terrein blijven volgen.

Eigen bijdrage Verzekerden zijn in een aantal situaties een eigen bijdrage voor mondzorg verschuldigd. In de uitvoeringspraktijk bestaat er onduidelijkheid over de eigen bijdrage in het kader van de bijzondere tandheelkunde.

De onduidelijkheid wordt veroorzaakt doordat de eigen bijdrage is gekoppeld aan de aard van de uitgevoerde tandheelkundige behandeling en niet aan de zorginhoudelijke indicatie.

- Het CVZ stelt de minister voor om de Regeling zorgverzekering op dit punt aan te passen en wel zo dat de verzekerde slechts een eigen bijdrage verschuldigd is voor die zorg waarbij geen rechtstreeks zorginhoudelijk verband is tussen de indicatie voor een tandheelkundige behandeling en de indicatie voor bijzondere tandheelkunde.

Kosten Op het vlak van de kosten van de mondzorg valt vooral de stijging van de kosten voor de specialisten mondziekten en kaakchirurgie op. De kosten stegen van € 65,8 miljoen in 2007 naar € 80,4 miljoen in 2008. Het CVZ kan op basis van de uitgevraagde gegevens de stijging niet verklaren. Het CVZ wil weten of deze stijging is gebaseerd op zorginhoudelijke gronden.

- Het CVZ zal een onderzoek starten naar de achtergrond van deze stijging.

1. Inleiding

Mondzorg is de zorg die tandartsen, kaakchirurgen, orthodontisten, mondhygiënisten en tandprotheticici bieden. Verzekerden tot tweeëntwintig jaar hebben, eenvoudig gesteld, recht op vrijwel alle mondzorg met uitzondering van kroon- en brugwerk en orthodontie. Volwassen verzekerden hebben recht op chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (kaakchirurgie) en gebitsprothesen. Daarnaast hebben alle verzekerden recht op de zogenoemde bijzondere tandheelkunde. De verzekerde heeft recht op deze bijzondere tandheelkunde bij:

een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel; een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening; of wanneer de verzekerde een medische behandeling moet ondergaan, waarvan het resultaat medeafhankelijk is van tandheelkundige zorg. Het recht op bijzondere tandheelkunde bestaat alleen wanneer de verzekerde zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of te verkrijgen die gelijkwaardig is aan de functie die hij zou hebben gehad als de stoornis, afwijking, aandoening zich niet had voorgedaan.

In het voorliggende Signalement Mondzorg 2010 behandelt het CVZ verschillende onderwerpen rond de mondzorg. Met dit signalement wil het CVZ een bijdrage leveren aan een toegankelijk en betaalbaar basispakket dat blijft voorzien in zorg die noodzakelijk is.

In het Pakketadvies 2010 heeft het CVZ de minister geadviseerd het recht op mondzorg voor jeugdige verzekerden te beperken tot achttien jaar. Met ingang van 2008 is de leeftijdsgrens verhoogd van achttien naar tweeëntwintig jaar. De reden om de leeftijd tot waarop jeugdige verzekerden recht hebben op mondzorg per 2008 te verhogen was dat het een risicogroep zou betreffen. Op basis van de onderzoeken die CVZ heeft laten uitvoeren is er geen aanleiding tot bezorgdheid over de ontwikkeling van de mondgezondheid voor de groep van achttien tot tweeëntwintig jaar. Op basis van de onderzoeken is de conclusie gerechtvaardigd dat de mondgezondheid van verzekerden van zeventien tot en met drieëntwintig jaar sinds 1987 steeds is verbeterd. Op grond van het pakketprincipe noodzakelijkheid is het CVZ van oordeel dat mondzorg voor verzekerden van achttien tot tweeëntwintig jaar niet is te rekenen tot de te verzekeren prestaties.

Het onderzoek naar de mondgezondheid van volwassenen, waarover het CVZ in dit rapport bericht laat tussen 2002 en 2007 een verbetering van de mondgezondheid zien.

Het Signalement Mondzorg 2010 is het vierde signalement dat het CVZ over de mondzorg uitbrengt.

In de drie eerdere signalementen is steeds ingegaan op de

mondgezondheid van jeugdige verzekerden. Alleen in het eerste signalement van 2003 is het CVZ ook uitgebreid ingegaan op de mondgezondheid van volwassenen.

In vervolg op deze signaleringen evalueert het CVZ in dit signalement opnieuw de mondgezondheid van volwassen verzekerden. De minister van Volksgezondheid heeft bij de stelselherziening tandheelkunde in 1995 opgemerkt dat de mondgezondheid van de jeugd zo sterk was verbeterd dat in het algemeen de mondzorg vanaf 18 jaar voor eigen verantwoording kon komen, de minister beoordeelde de financiële risico's voor de burger als overzienbaar. Mede in dit licht acht het CVZ het van belang de ontwikkeling van de mondgezondheid van volwassen verzekerden te blijven volgen. In het tweede hoofdstuk worden de resultaten van onderzoek dat in opdracht van het CVZ is uitgevoerd gepresenteerd. Het gaat daarbij om het onderzoek naar de mondgezondheid van volwassenen¹, uitgevoerd door TNO Kwaliteit van Leven.

Verzekerden met een extreme angst voor de tandarts hebben recht op behandeling in het kader van de bijzondere tandheelkunde. De behandeling is gericht op het bereiken van een zodanige angstreductie dat de verzekerde weer door de huistandarts kan worden behandeld en op verbetering en/of herstel van de mondgezondheid. Onderzoek dat het CVZ naar de angstbehandeling in centra voor bijzondere tandheelkunde heeft laten uitvoeren is onder andere gericht op de ontwikkeling van de vraag naar angstbehandeling en de effectiviteit van de behandeling. In het derde hoofdstuk van dit signalement zijn de bevindingen van het onderzoek te lezen.

In het kader van de bijzondere tandheelkunde zijn verzekerden in een aantal situaties een eigen bijdrage verschuldigd. In de uitvoeringspraktijk bestaat er soms onduidelijkheid in welke situaties verzekerden een eigen bijdrage verschuldigd zijn. In het vierde hoofdstuk geeft het CVZ de kern van de problematiek weer om vervolgens de minister voor te stellen de regels zo aan te passen dat het voor een ieder duidelijk is onder welke omstandigheden verzekerden een eigen bijdrage voor bijzondere tandheelkunde verschuldigd zijn.

In het vijfde hoofdstuk geeft het CVZ een overzicht van de kosten die gemoeid zijn met de mondzorg in de Zorgverzekeringswet en de AWBZ.

Het CVZ heeft belanghebbende partijen gevraagd te reageren op het concept Signalement Mondzorg 2010. Reacties van partijen en het commentaar van het CVZ op die reacties zijn opgenomen in het zesde hoofdstuk.

¹ Schuller AA, Mondgezondheid volwassenen 2007. TNO Kwaliteit van Leven. Leiden, 2009

2. Mondgezondheid volwassenen

2.a. Inleiding

De afgelopen vijftien jaar hebben belangrijke veranderingen plaats gehad in de aanspraak op tandheelkundige zorg voor volwassenen. In 1995 werd de aanspraak op curatieve tandheelkundige hulp voor ziekenfondsverzekerden sterk beperkt. In 2004 werd ook het preventief onderhoud uit het pakket verwijderd. Sinds 2006 gelden de zeer beperkte aanspraken krachtens de Zorgverzekeringswet voor alle volwassenen. Het grootste deel van de mondzorg komt voor eigen rekening. Aanvullende verzekeringen kunnen een (doorgaans bescheiden) bijdrage leveren.

Het is niet bekend of deze veranderingen invloed hebben op de mondgezondheid en het preventieve gedrag van volwassenen. Belemmering van de financiële toegankelijkheid tot de tandheelkundige zorg kan gevolgen hebben voor de mondgezondheid, het tandartsbezoek en het preventieve gedrag.

Onderzoek

Het CVZ heeft TNO opdracht gegeven om in 2007/2008 onderzoek te doen naar de mondgezondheid van volwassenen. Het doel van het onderzoek was het schetsen van een actueel en representatief beeld van de mondgezondheid, het tandartsbezoek en het preventieve gedrag van volwassenen in Nederland en het aangeven van eventuele veranderingen daarin sinds het laatste onderzoek in 2002.

De onderzoekspopulatie bestond uit personen in de leeftijd van 25-74 jaar. Voor de verslaglegging zijn zij verdeeld in vijf leeftijdsgroepen die elk tien jaargangen beslaan. De resultaten van de 25-54 jarige ex-ziekenfondsverzekerden zijn vergeleken met de resultaten uit eerder onderzoek.

Het onderzoek bestond uit het afnemen van een vragenlijst en een klinisch mondonderzoek bij deelnemers met een of meer natuurlijke gebitselementen in de mond. De vragenlijst is ingevuld door 1632 mensen. Veruit het merendeel vulde het deel in voor dentate respondenten (87%); de overige 13% vulde het deel in voor edentate respondenten. Bij 1018 mensen is het klinisch mondonderzoek uitgevoerd.

2.b. Enquête onder 25-74 jarigen met eigen tanden en kiezen

Bijna driekwart van de respondenten geeft aan het afgelopen jaar een of meer problemen aan mond of gebit te hebben gehad. Daarbij is geen verschil tussen leeftijdsklassen, noch tussen mannen en vrouwen. Wel noemen laagopgeleiden vaker een of meer problemen dan hoogopgeleiden en noemen

respondenten die elders geboren zijn vaker problemen dan in Nederland geboren respondenten.

De vijf meest voorkomende problemen zijn verkleuring van tanden en kiezen (27%), gaatjes (25%), tandvleesproblemen (24%), ontbrekende, loszittende, gebroken gebitselementen (22%) en problemen bij eten en drinken (17%). Het is opvallend dat er weinig verschil is in het klachtenpatroon wanneer men de verschillende leeftijdscategorieën met elkaar vergelijkt.

Controle

Een grote meerderheid (94%) heeft een vaste tandarts. Allochtonen en lager opgeleiden hebben minder vaak een eigen tandarts dan autochtonen en hoger opgeleiden. Ongeveer 87% is het afgelopen jaar ter controle geweest; ruim 60% gaf aan dat dit in het laatste halfjaar had plaatsgevonden. Meer vrouwen dan mannen, meer autochtonen dan allochtonen en meer hoog opgeleiden dan laag opgeleiden hebben in het afgelopen jaar een controle gehad. Circa 9% was meer dan anderhalf jaar niet meer ter controle geweest

Bijna acht op de tien (79%) zegt minstens tweemaal daags de tanden te poetsen; 18% doet dat één keer per dag en 3% meldt niet dagelijks te poetsen. Vrouwen poetsen vaker tweemaal daags dan mannen, hoog opgeleiden vaker dan laag opgeleiden en autochtonen vaker dan allochtonen.

2.c. Enquête onder tandeloze 25-74 jarigen

De leeftijdsverdeling onder de tandeloze respondenten is, zoals verwacht, zeer scheef. Acht op de tien edentaten is 55 jaar of ouder en 5% behoort tot de 25-44 jarigen; 90% is laag opgeleid. De gemiddelde leeftijd waarop de laatste eigen gebitselementen werden getrokken is 36,1 jaar.

Bijna een kwart (24%) draagt de prothese meer dan 20 jaar. Bij ongeveer 12% is de huidige prothese minder dan een jaar geleden geplaatst. Bijna de helft (45%) van de bovenprothesen rust op natuurlijke tandwortels of op implantaten. Voor de onderprothesen is dat 55%.

Twee op de vijf respondenten hebben wel eens functionele problemen met de prothese. De problemen betreffen vooral eten en spreken. De bovenprothese zit volgens de respondenten vaker goed vast dan de onderprothese (77% versus 61%); 56% vindt dat beide prothesen goed vast zitten. Een ruime meerderheid (84%) is in het algemeen (zeer) tevreden met het gebit.

Ruim een derde (38%) meent dat op korte termijn iets aan de prothese zou moeten gebeuren. Als reden werd meestal een pijnklacht genoemd, of het loszitten van de onderprothese. Eveneens ruim een derde (37%) is vanwege problemen wel eens naar een tandheelkundige professional gegaan; 43%

raadpleegde een tandarts, 39% een tandtechnicus en 22% een tandprotheticus. Voor 41% was het bezoek minder dan een jaar geleden.

2.d. Verzekeringen en tandartsbezoek bij 25-74 jarigen

Aanvullende verzekering

Van de deelnemers met een eigen gebit heeft 80% een aanvullende verzekering voor tandheelkundige hulp afgesloten. Autochtonen zijn vaker aanvullend verzekerd dan allochtonen. De belangrijkste redenen voor het afsluiten zijn 'voor de zekerheid', 'de te verwachten hoge kosten' en 'altijd voor tandheelkundige kosten verzekerd te zijn geweest'. Voor het niet afsluiten werden vooral als reden genoemd 'te duur' en 'niet vaak iets aan het gebit te hebben'. Van de tandelozen heeft 64% een aanvullende tandartsverzekering, hierbij is geen verschil tussen mensen met en zonder natuurlijke tandwortels en/of implantaten.

Controle

Op de vraag naar de frequentie van controle bezoek voor en na de invoering van de Zorgverzekeringswet (1 januari 2006) antwoordt 85% van de respondenten met natuurlijke gebitselementen net zo vaak te gaan en 12% minder vaak. Autochtonen hebben sindsdien gemiddeld vaker een professionele gebitsreiniging ondergaan dan allochtonen, en mensen met een aanvullende verzekering vaker dan mensen zonder. Een op de tien tandelozen meldt sinds 2006 wel eens controle en/of behandeling te hebben uitgesteld vanwege de kosten. Vrouwen doen dit vaker dan mannen en allochtonen vaker dan autochtonen.

De kennis over de aanspraak op tandheelkundige zorg in de zorgverzekering is gering. Van de vier hierover aan respondenten met een natuurlijk gebit gestelde vragen had 39% geen enkel antwoord goed; 2% had alle vier antwoorden goed.

2.e. Mondonderzoek onder 25-74 jarigen

Het onderzoek in de mond is alleen uitgevoerd bij mensen met natuurlijke gebitselementen. Ongeveer een kwart (24%) van de respondenten heeft een of meer symptomen van temporomandibulaire disfunctie (kaak- of kaakgewrichtsklachten). De helft van hen ervaart deze symptomen als hinderlijk. Toch nemen slechts weinig mensen actie in de vorm van consult bij een (tand)arts.

Bijna evenveel mensen (23%) hadden enige vorm van prothetische voorziening in de bovenkaak. Dit percentage was het laagst in de jongste leeftijdsgroep (2%) en het hoogst in de hoogste leeftijdsgroep (46%). Voor de onderkaak was dit 11% voor de hele groep, 1% voor de jongste en 27% voor de oudste

leeftijdsgroep.

Het hebben van een (nagenoeg) compleet gebit (26-28 elementen) komt in de oplopende leeftijdsgroepen voor bij 89%, 68%, 46%, 23% en 14%. Van de respondenten met natuurlijke gebitselementen van 55 jaar of ouder heeft een kwart (25%) 15 of minder gebitselementen in de mond.

Een op de tien 25-34 jarigen heeft een volledig gaaf gebit. In de hogere leeftijdsgroepen komt een volledig gaaf gebit (bijna) niet voor. Het gemiddelde aantal elementen met onbehandelde cariës loopt in de verschillende leeftijdsgroepen uiteen van 0.9 tot 1.3. Het aantal geëxtraheerde elementen neemt toe met de leeftijd (van 0.3 tot 9.5).

Tot ongeveer 50-jarige leeftijd hebben laag opgeleiden meer onbehandelde cariës, meer geëxtraheerde elementen en meer restauraties dan hoog opgeleiden. Daarna hebben zij juist minder restauraties. Mannen hebben over het algemeen meer onbehandelde cariës en vrouwen meer restauraties. Allochtonen hebben meer geëxtraheerde elementen en minder restauraties dan autochtonen.

Er zijn verschillende mogelijkheden om een gebitselement te restaureren. Het percentage gerestaureerde elementen dat voorzien is van een kroon neemt toe met de leeftijd van 3% tot 23%. In de leeftijdsgroepen vanaf 45 jaar hebben hoogopgeleiden meer kronen dan laagopgeleiden.

In de jongste leeftijdsgroep vertoont 12% van de elementen wortelpositie. Dit loopt op tot 55% in de oudste groep. Van het blootliggend worteloppervlak is een derde tot de helft geabradeerd of geërodeerd. Slijtage van het tandoppervlak waarbij dentine zichtbaar wordt komt voor bij 5-11% van de volwassenen. In de jongste groep hebben hoogopgeleiden en autochtonen meer vlakken met slijtage dan laagopgeleiden en allochtonen.

Ongeveer een derde van het aantal onderzochte tandvlakken heeft (enige) tandplaque. De trend is dat er meer plaque is bij mannen dan bij vrouwen, meer bij allochtonen dan bij autochtonen en meer bij laagopgeleiden dan bij hoogopgeleiden.

2.f. Vergelijking tussen 25-54 jarige (ex-)ziekenfondsverzekerden in 2002 en 2007

De resultaten uit 2007 zijn vergeleken met die uit 2002. In 2002 zijn alleen ziekenfondsverzekerden van 25-54 jaar onderzocht. In de leeftijdsgroepen vanaf 35 jaar is het percentage edentaten in 2007 lager dan in 2002. Er is geen verschil in bezoekfrequentie van de tandarts. In de groep van 35-44 jaar wordt in 2007 vaker de tanden geïmpoetst en zijn

meer natuurlijke gebitselementen aanwezig dan in 2002. Tussen de jaren is geen verschil in het aantal kronen, inlays, hoekopbouwen of wortelresten.

In alle drie leeftijdsgroepen zijn de DMFT- en DMFS- indices (maten voor de mondgezondheid) gedaald. Bij de 25-34 jarigen komt dit vooral door daling van het aantal restauraties. Bij de 35-44 jarigen zijn er daarnaast ook minder ontbrekende gebitselementen.

De verbetering van de mondgezondheid geldt voor de groep die een aanvullende verzekering heeft. Tevens blijkt de groep zonder aanvullende verzekering groeiend te zijn.

2.g. Discussie

Allochtonen zijn enigszins ondervertegenwoordigd in de steekproef. Omdat allochtonen een minder goede mondgezondheid hebben dan autochtonen, zo blijkt uit het onderzoek, schetsen de resultaten mogelijk een te positief beeld hiervan. Enige vertekening is ook mogelijk door selectieve uitval van deelnemers. Niet-deelnemers zijn iets jonger, hebben een lagere sociaal economische status en zijn minder recent voor gebitscontrole geweest dan de deelnemers. Waarschijnlijk heeft dit tot een te positief beeld van de mondgezondheid geleid.

Uit tabel 2.1 kan worden afgeleid dat het percentage tandelozen in de laatste decennia sterk is gedaald. Wel valt op dat deze daling de laatste jaren is afgevlakt. Een kleine 20% van de bevolking van 16 jaar en ouder draagt een volledige gebitsprothese; ongeveer een derde van hen draagt deze in slechts één van beide kaken (omdat de andere kaak nog natuurlijke gebitselementen bevat). Ongeveer de helft van de prothesen rust op natuurlijke tandwortels of implantaten. Deze ontwikkeling is gunstig voor het tegengaan van slinking van de kaak, en bevordert daardoor duurzaam houvast van de gebitsprothese.

Tabel 2.1
Volledige
gebtsprothese

Percentage personen van 16 jaar en ouder met een volledige gebitsprothese (Den Dekker, 2008).

Jaar	Volledige prothese in boven- en onderkaak			Volledige prothese in boven- of onderkaak
	Totaal	Geslacht		
		M	V	
1981	32	28	35	7
1986	28	25	31	7
1991	24	21	26	7
1995	20	18	22	6
1999	17	15	19	6
2002	14	13	16	6
2005	13	12	14	5
2007	13	12	13	6

Tabel 2.2
Gebitselementen en
DMFT

Aantal aanwezige gebitselementen en DMFT bij volwassenen in 1995, 2002 en 2007.

Leeftijd	Jaar	N	Aantal gebts- element- en	DT	MT	FT	DMFT
25-34	1995	373	26,2	1,3	1,4	10,1	12,9
	2002	250	26,7	1,4	0,8	7,3	9,5
	2007	106	27,0	1,1	0,5	5,8	7,4
35-44	1995	335	23,5	1,2	5,2	10,6	17,0
	2002	342	24,1	1,5	3,4	9,9	14,8
	2007	155	25,2	1,5	2,3	8,9	12,7
45-54	1995	266	21,3	1,1	7,7	9,2	18,1
	2002	264	21,1	1,1	6,6	10,3	18,0
	2007	164	22,4	1,2	5,3	10,2	16,6
55-64	2007	194	19,8	0,9	8,0	10,2	19,1
65-74	2007	104	18,5	1,0	9,5	9,2	19,6
60-79 ²	1999	195	18,1	0,7	9,9	10,8	21,4

Uit de vergelijking tussen (ex-)ziekenfondsverzekerden uit 2002 en 2007 blijkt dat de respondenten in 2007 een betere mondgezondheid hebben. In tabel 2.2 zijn daarnaast de resultaten van onderzoek uit 1995 opgenomen. Hieruit kan worden afgeleid dat sprake is van voortzetting van een al langer lopende ontwikkeling. De verbetering is vooral sterk in de jongere leeftijdsgroepen. Opvallend is de daling van het

² Kalsbeek et al., 1999

aantal ontbrekende (getrokken) gebitselementen. De mondgezondheid van de oudste leeftijdsgroepen is vergeleken met onderzoek uit 1999. Ook hier lijkt een geringe verbetering te zijn opgetreden.

Overigens heeft van de niet tandeloze respondenten bijna een kwart een partiële prothetische voorziening in de mond. In de oudste leeftijdsgroep draagt 46% die in de bovenkaak en 27% in de onderkaak.

In dit onderzoek zijn verschillen in mondgezondheid tussen de sociaal economische klassen gesignaleerd. De mondgezondheid van Nederlanders is sterk afhankelijk van de sociale gradiënt. De hoogopgeleiden en autochtonen hebben een betere mondgezondheid dan de laagopgeleiden en allochtonen. Autochtonen hebben een betere mondgezondheid dan allochtonen.

In de jongste leeftijdsgroep is er een groot verschil tussen laag- en hoogopgeleiden. Er wordt in de jongere leeftijdsgroepen bij laagopgeleiden meer gerestaureerd dan bij hoogopgeleiden. In de oudere leeftijdsgroepen wordt onder laag opgeleiden meer geëxtraheerd en bij hoog opgeleiden meer gerestaureerd.

Mensen die in de periode tussen de invoering van de Zorgverzekeringswet en het tijdstip van onderzoek niet (meer) naar de tandarts waren geweest behoren meestal tot het mannelijk geslacht, zijn vaker allochtoon en laag opgeleid, en hebben vaker geen aanvullende verzekering.

Het percentage van de laagopgeleiden met een aanvullende verzekering verschilt niet van dat van de hoogopgeleiden. Toch gaan laagopgeleiden minder vaak naar de tandarts. De keuze om zich niet aanvullend te verzekeren werd in 2002 op andere gronden gebaseerd dan in 2007, de reden om geen aanvullende verzekering af te sluiten lijkt niet gebaseerd op de status van de mondgezondheid. Volgens tandartsen vertonen patiënten sterker calculerend gedrag. Het gaat hierbij met name om de planning van de behandelingen en minder om de behandelkeuzen. Tevens lijkt er een trend te zijn dat de groep van mensen die zich niet aanvullend verzekeren groeiend is.

Er is weinig kennis aanwezig over het verzekerde tandheelkundige pakket. Mensen met natuurlijke gebitselementen nemen vooral een aanvullende verzekering om gedekt te zijn tegen hoge tandheelkundige kosten. De meeste aanvullende verzekeringen kennen echter een maximale vergoeding van enkele honderden euro's per jaar. De 'top' van de markt kent premies van 40 tot 60 euro per maand en een maximale jaarvergoeding van € 1.500.

Van de mensen met een kunstgebit heeft 64% een aanvullende

tandartsverzekering. Het al dan niet daaronder hebben van (kunst)wortels maakt hierbij geen verschil. De volledige gebitsprothese (75%) maakt evenwel deel uit van de te verzekeren prestatie krachtens de Zorgverzekeringswet. Het lijkt erop dat de aanvullende verzekeringen slechts in beperkte mate voorzien in de behoeften.

2.h. Conclusies en vervolgacties

Uitgangspunten

Het kabinet achtte de sterke beperking van de aanspraak op tandheelkundige zorg per 1 januari 1995 destijds verantwoord omdat de bewustheid van het belang van een goede mondgezondheid bij de bevolking sterk was toegenomen. Daarbij was ook het besef van de eigen verantwoordelijkheid voor die mondgezondheid gegroeid. Het kabinet stelde voorts dat het bezoek aan de tandarts doorgaans zo regelmatig geschiedt dat sprake is van een goede gebitsverzorging. Dit leidt ertoe dat steeds meer mensen tot op hogere leeftijd hun eigen tanden en kiezen behouden. Die goede verzorging heeft ook tot gevolg dat de kosten die gemoeid zijn met de tandheelkundige verzorging voor de individuele burger in het algemeen overzienbaar zijn.

Sociaaleconomische status

Sinds 1995 volgt het CVZ de ontwikkeling van de mondgezondheid van volwassenen. Uit de meest recente epidemiologische studie komt als belangrijke conclusie naar voren dat de mondgezondheid van Nederlanders sterk afhankelijk is van de sociale gradiënt. Hoogopgeleiden en autochtonen hebben een betere mondgezondheid dan laagopgeleiden en allochtonen. Meer specifiek geldt voor lager opgeleiden en allochtonen:

- Zij hebben meer gebitsproblemen.
- Zij gaan minder vaak voor controle naar de tandarts.
- Zij hebben een minder goede mondhygiëne.
- Zij hebben minder vaak een aanvullende verzekering voor mondzorg.
- Er zijn bij hen meer gebitselementen getrokken.

Aanvullende verzekering

Vergelijking met onderzoek dat vijf jaar geleden is verricht onder 25- tot 55-jarigen leert dat alleen een verbetering van de mondgezondheid is opgetreden bij mensen met een aanvullende verzekering voor mondzorg. Het percentage van de bevolking dat een dergelijk verzekering afsluit neemt echter geleidelijk af. Mensen vertonen meer calculerend gedrag. Aanvullende verzekeringen voorzien slechts in beperkte mate in de behoefte van mensen.

Ouderen

Wat de ouderen betreft lijkt de afname van het percentage tandelozen tot staan te zijn gekomen. Van de mensen die ouder zijn dan 55 jaar en niet geheel tandeloos, heeft slechts een vijfde een min of meer volledig natuurlijk gebit. Een volledig gaaf gebit komt hier vrijwel niet voor.

Tweedeling

Het lijkt erop dat de uitgangspunten van de 'stelselherziening tandheelkunde' van 1995 geleidelijk onder druk komen te staan. Inmiddels kan een tweedeling worden vastgesteld tussen laag opgeleiden en allochtonen enerzijds, en de rest van de bevolking anderzijds. Laag opgeleiden en allochtonen blijven op alle punten (mondgezondheid, klachten, tandartsbezoek, mondhygiëne en financiering) significant achter. Het CVZ zal een vervolgonderzoek verrichten naar de ontwikkeling van deze verschillen, om nader te kunnen bepalen of hier sprake is van een neerwaartse spiraal. Het CVZ ziet in de geconstateerde tendens voorts aanleiding om de ontwikkeling van de mondgezondheid van volwassenen te blijven volgen.

3. Mondzorg voor extreem angstigen

3.a. Inleiding

Een kwart van de Nederlandse bevolking is bang voor de tandarts. Bijna vier procent van de bevolking is zo bang dat er sprake is van psychiatrische problematiek: zij lijden aan een fobie. Dergelijke patiënten zijn zo angstig voor een tandheelkundige behandeling dat zij het bezoek aan een tandarts voortdurend vermijden.

Op grond van artikel 2.7, eerste lid, onderdeel b, van het Besluit zorgverzekering hebben verzekerden met extreme angst voor mondzorg recht op mondzorg in het kader van de Zorgverzekeringswet.

Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde

Angsttherapie en intensieve angstbegeleiding tijdens de tandheelkundige behandeling zijn in deze gevallen meestal geïndiceerd. Dergelijke zorg kan worden verleend door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT); dit is een samenwerkingsverband van tandartsen met specifieke deskundigheden, vaardigheden en ondersteuning voor patiënten met bijzondere tandheelkundige problematiek.

Er is volgens de koepelorganisatie van CBT's, het Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde (COBIJT), sprake van een extreme, pathologische vorm van angst als de angst:

- excessief en moeilijk beheersbaar is;
- een irrationeel karakter heeft;
- gepaard gaat met slechte behandelbaarheid en in veel gevallen met langdurige vermijding van tandheelkundige zorgverlening.

Doel angstbehandeling

Voor volwassenen geldt dat de angst kwalitatief en kwantitatief -vooraf- kan worden vastgesteld met gevalideerde angstvragenlijsten en voorts tijdens het eerste consult waarin de angstanamnese wordt afgenomen. Het doel van de behandeling van de angstige volwassen patiënt in een CBT is veelal tweeledig:

1. Het bereiken van een zodanige angstreductie dat de patiënt (weer) door een huistandarts kan worden behandeld.
2. Verbetering c.q. herstel van de mondgezondheid.

Onderzoeksvragen

De onderzoeksvragen van het CVZ zijn:

1. Neemt de vraag naar angstbehandeling van volwassenen in een CBT toe?
2. Welk deel van de patiënten wordt effectief behandeld?
3. Welke kenmerken onderscheiden effectief behandelde patiënten van niet-effectief behandelde patiënten?

Van de 26 benaderde CBT's hebben er uiteindelijk 16

meegedaan aan het onderzoek. De CBT's werden ingedeeld in drie categorieën, op basis van het aantal angstige volwassen patiënten dat per jaar werd behandeld: minder dan 100 (zeven CBT's), 100-200 (zes CBT's) en meer dan 200 (twee CBT's) als respectievelijk klein, middelgroot en groot. De SBT (Stichting Bijzondere Tandheelkunde) in Amsterdam werd als een speciale categorie beschouwd, omdat dit CBT verreweg de grootste in Nederland is. In totaal zijn 1243 patiëntdossiers geraadpleegd.

In het onderzoek werd een aantal indicatoren voor effectiviteit in kaart gebracht, waaronder behandelduur, aantal afspraken, aantal gedeclareerde uren en angstreductie, zodanig dat de patiënt niet meer onder behandeling is bij een CBT en door de huistandarts kan worden behandeld.

3.b. Resultaten

De vraag naar eventuele toename van angstbehandeling in de CBT's kon niet uit het dossieronderzoek worden beantwoord. Negen CBT's waren in staat een globale schatting te geven. Gemiddeld werd meer dan een verdubbeling van het aantal angstige patiënten tussen 2001 en 2005 gerapporteerd: van 488 naar 1010. De SBT daarentegen rapporteerde een daling van 600 in 2001 naar 472 in 2005.

Gevraagd naar de factoren die de vraag naar angstbehandeling beïnvloeden meenden de coördinatoren van de CBT's dat het de huistandarts ontbreekt aan tijd, vaardigheid en affiniteit met betrekking tot de behandeling van angstige patiënten. Mogelijk neemt de vraag ook toe doordat patiënten gebitsbewuster en mondiger worden, en beter geïnformeerd zijn over hun rechten en behandelmogelijkheden. Verder kan de groeiende toegankelijkheid van angstbehandeling een rol spelen bij de toename van de vraag.

Van de behandelde patiënten was 60% vrouw. De gemiddelde leeftijd was 41 jaar met een standaarddeviatie van 12 jaar. De verdelingen naar geslacht en leeftijd verschilden nauwelijks tussen CBT-categorieën. Wel waren er forse verschillen in soort verwijzer. Bij kleine CBT's was de tandarts verreweg de belangrijkste verwijzer. Bij het SBT speelde ook de huisarts een belangrijke rol. Vooral bij kleine CBT's waren veelal geen gegevens over het gebruik van angstvragenlijsten in de dossiers terug te vinden.

De tandarts bleek bij 94% van de patiënten de angstbehandeling te hebben verricht. Narcosebehandeling werd in kleine en middelgrote CBT's vaker toegepast dan in grote CBT's en de SBT. Overigens varieerde de behandelstrategie ook binnen de categorieën van CBT's sterk. Zo werd in een CBT 100% van de patiënten onder narcose behandeld, en in nog eens twee CBT's 80%. In een ander CBT

werd slechts 3% van de patiënten onder narcose behandeld.

De CBT's verschilden ook in het soort uitgevoerde behandelingen. In kleine CBT's werd meer instructie mondhygiëne gegeven, meer parodontitis behandeld, meer restauraties gelegd, meer wortelkanaalbehandelingen uitgevoerd en meer kronen, bruggen en implantaten geplaatst. In de SBT werden het minst frequent restauraties gelegd, wortelkanaalbehandelingen uitgevoerd en gebitselementen geëxtraheerd.

CBT's verschilden aanzienlijk in het percentage patiënten die na behandeling konden worden terugverwezen naar de huistandarts. De SBT was op dit punt het meest effectief, de grote CBT's het minst. Als echter de proportie patiënten die tandheelkundig werden uitbehandeld als criterium wordt gehanteerd, dan was de SBT het minst effectief. Kennelijk richtte de SBT zich vooral op terugverwijzing naar de huistandarts en minder op tandheelkundige uitbehandeling.

De gemiddelde behandelduur bleef bij de SBT tot een jaar beperkt. De kleine en grote CBT's kenden een gemiddelde behandelduur van meer dan vier jaar; kennelijk werd in deze centra patiënten de gelegenheid geboden in het centrum onder behandeling te blijven. In lijn hiermee had de SBT gemiddeld minder afspraken nodig voor de behandeling van angstige volwassen patiënten.

In alle CBT-categorieën werd een significante verbetering van de door de betrokken patiënten gerapporteerde gebitstoestand gerapporteerd. Alle categorieën van CBT's slaagden er naar het oordeel van hun patiënten in een significante reductie van angst voor een tandartsbezoek te bewerkstelligen. Hetzelfde gold ten aanzien van angst voor pijn, angst voor de boor en angst voor de injectienaald. Er was geen verschil tussen de categorieën CBT's en de mondgezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. Van de patiënten was 92% (zeer) tevreden over de behandelingen.

Per indicator van effectiviteit kan aan de CBT-categorieën een rangorde worden toegekend. De middelgrote CBT's scoorden het hoogst op de reductie van angst; de SBT was daarin tweede. De SBT was het meest effectief inzake terugverwijzing naar de huistandarts, de behandelduur, het aantal afspraken en de verbetering van de gebitstoestand.

Onderzocht is of er kenmerken zijn die effectief behandelde patiënten onderscheiden van niet-effectief behandelde patiënten. Er kon geen verband worden aangetoond voor wat betreft de kenmerken geslacht, leeftijd, mondgezondheid voor de behandeling en angst voorafgaand aan de behandeling. Wel bleken hoger opgeleiden een betere mondgezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven te hebben

dan lager opgeleiden.

3.c. Discussie

De prevalentie van angst voor tandheelkundige behandeling is de afgelopen twintig jaar niet veranderd. Bijna 4% van de volwassenen is zo bang dat sprake is van psychiatrische problematiek. Het gaat naar schatting om een half miljoen volwassenen. Vier procent van de kinderen die jaarlijks de volwassen leeftijd bereiken, dus circa 8.000 mensen, hebben een fobische angst voor tandheelkundige behandeling.

De door de patiënten gerapporteerde verbeteringen kunnen over het algemeen als matig tot groot worden aangemerkt. In die zin is angstbehandeling door CBT's effectief. Opvallend is dat hierin geen verschillen optreden tussen categorieën van CBT's. De toegepaste behandelstrategie van het CBT heeft kennelijk weinig invloed.

De verschillen tussen de CBT's in dossiervoering, behandeldoelen, -strategieën en resultaten zijn groot. Zo blijkt de SBT zich meer te richten op angstreductie en snelle terugverwijzing naar een huistandarts en minder op tandheelkundige rehabilitatie. Uit het onderzoek komt duidelijk naar voren dat de tweeledige doelstelling, namelijk angstreductie en tandheelkundige behandeling, door instellingen in de praktijk verschillend worden geïnterpreteerd.

Het is niet de bedoeling dat instellingen de binnenkomende angstige patiënten blijvend inschrijven. De angstklinieken zouden dan een continue, autonome groei vertonen. Een belangrijke doelstelling van de zorg moet zijn angstreductie, die terugverwijzing naar een huistandarts mogelijk maakt.

Behandeling onder narcose is soms onvermijdelijk bij ernstige psychopathologie. Maar het is het sluitstuk van de behandel mogelijkheden. Bovendien leidt deze behandeling niet of nauwelijks tot angstreductie, zodat terugverwijzing zeer onwaarschijnlijk wordt. Een instelling die 80 tot 100% van zijn angstbehandelingen onder narcose uitvoert past waarschijnlijk geen angstbehandeling toe zoals bedoeld in het Besluit zorgverzekering. Een ander punt van aandacht is dat het beschikbare instrumentarium voor geobjectiveerde diagnostiek bij de intake niet altijd wordt gebruikt.

Uit de resultaten van dit onderzoek kan worden afgeleid dat in de kleinere instellingen over het algemeen minder objectiveerbare diagnostiek wordt gepleegd, vaker onder narcose wordt behandeld, meer restauratieve behandeling wordt uitgevoerd en langere behandelduur geldt (dus minder snel terugverwijzing naar de huispraktijk). Op deze punten is nog ruimte om de kwaliteit en doelmatigheid van de tandheelkundige zorg aan angstige volwassenen te

bevorderen.

3.d. Conclusies en vervolgacties

In instellingen voor bijzondere tandheelkunde worden onder andere mensen tandheelkundig behandeld die extreme angst voor deze vorm van zorg hebben. De omvang van de instroom is al 20 jaar min of meer constant. Bij volwassenen kan de angst vooraf kwalitatief en kwantitatief worden vastgesteld met gevalideerde angstvragenlijsten. Een belangrijke doelstelling van de behandeling is, naast verbetering van de mondgezondheid, het bereiken van angstreductie, zodat de patiënt kan worden terugverwezen naar de huistandarts. Angstreductie en terugverwijzing zijn dan ook belangrijke indicatoren voor effectiviteit.

Alle categorieën van instellingen voor bijzondere tandheelkunde (klein, middelgroot, groot) bereiken een significante angstreductie en verbetering van de ervaren gebitstoestand. Toch komen tussen instellingen grote verschillen voor:

- Intake. Vooral in kleinere instellingen worden niet altijd vragenlijsten gebuikt bij de initiële diagnostiek.
- Aard van de angstbehandeling. De angstandarts zal, eventueel met inzet van een psycholoog en/of medicatie, trachten de patiënt poliklinisch behandelbaar te maken. Behandeling onder narcose wordt slechts in het uiterste geval toegepast (bijvoorbeeld bij diep oligofrenen). In de praktijk loopt het percentage tussen instellingen uiteen van 3% tot 100%.
- Aard van de tandheelkundige behandeling. Vooral in kleine instellingen wordt meer curatieve hulp verleend om de patiënt tandheelkundig af te behandelen dan in andere instellingen.
- Behandelduur. De gemiddelde behandelduur van patiënten loopt tussen instellingen uiteen van één tot vier jaar.
- Terugverwijzing. Er zijn aanzienlijke verschillen tussen instellingen in het percentage patiënten dat na behandeling wordt terugverwezen.

Het CVZ is van oordeel dat op deze punten nog ruimte is om de kwaliteit en doelmatigheid van de tandheelkundige zorg aan angstige volwassenen te bevorderen. Hier ligt een belangrijke taak voor de beroepsgroep, en in het bijzonder de aan de instellingen verbonden 'angstandartsen'. De koepel van instellingen voor bijzondere tandheelkunde COBIJT voert reeds een actief kwaliteitsbeleid. Het CVZ zal de resultaten van dit onderzoek bij COBIJT onder de aandacht brengen, en de vorderingen op dit terrein blijven volgen. Het CVZ zal ook de zorgverzekeraars, die overeenkomsten sluiten met centra voor

bijzondere tandheekunde, over de uitkomsten informeren. De resultaten kunnen voorts van belang zijn bij de toetsing van de prestaties van andere, niet bij COBIJT aangesloten angstklinieken.

4. Eigen bijdrage mondzorg

4.a. Inleiding

Voor mondzorg geldt in een aantal situaties een eigen bijdrage. Waarvoor de eigen bijdrage geldt en wat er de omvang van is, is vastgelegd in artikel 2.4 van de Regeling zorgverzekering.

In de uitvoeringspraktijk bestaat enige onduidelijkheid over de eigen bijdrage zoals die geldt voor de zogenoemde bijzondere tandheelkunde. Bijzondere tandheelkunde is de tandheelkunde zoals omschreven in artikel 2.7, eerste lid, juncto tweede en derde lid van het Besluit zorgverzekering. Binnen de bijzondere tandheelkunde zijn verschillende patiëntengroepen aan te merken:

- ‘tandheekundig gehandicapten’ (artikel 2.7, eerste lid, onder a, van het Besluit zorgverzekering);
- ‘niet-tandheekundige lichamelijk of geestelijk gehandicapten’ waaronder begrepen ‘angstpatiënten’ (artikel 2.7, eerste lid, onder b, van het Besluit zorgverzekering);
- ‘medisch gecompromitteerden’ (artikel 2.7, eerste lid, onder c, van het Besluit zorgverzekering).

Voor verzekerden en zorgverzekeraars is het niet altijd duidelijk in welke situaties verzekerden een eigen bijdrage op grond van artikel 2.4, eerste lid, van de Regeling zorgverzekering verschuldigd zijn.

Het CVZ stelt voor de Regeling zorgverzekering op dit punt aan te passen.

4.b. Regeling zorgverzekering

De tekst van artikel 2.4, eerste lid, van de Regeling zorgverzekering luidt:

“Voor zorg als bedoeld in artikel 2.7, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering onderscheidenlijk voor zorg als bedoeld in artikel 2.7, eerste lid, onderdeel b, van dat besluit indien die wordt verleend vanwege extreme angst voor mondzorg, betaalt de verzekerde van tweeëntwintig jaar of ouder, voor zover die zorg bestaat uit preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale hulp, endodontische hulp, restauratie van gebitselementen met plastische materialen of uitneembare niet-volledige prothetische voorzieningen, een bijdrage ter grootte van het bedrag dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht voor zodanige prestaties indien er geen sprake is van toepassing van artikel 2.7, eerste lid, onderdeel a of b, van het Besluit zorgverzekering.”

De bepalingen uit het eerste lid van artikel 2.4 van de Regeling

zorgverzekering komen er op neer dat verzekerden met een zogenoemde ‘tandheeskundige handicap’ en ‘angstpatiënten’ een eigen bijdrage verschuldigd zijn voor:

- preventief onderzoek;
- incidenteel consult;
- extractie;
- parodontale hulp;
- endodontische hulp;
- restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
- uitneembare niet-volledige prothetische voorzieningen.

Verzekerden met een ‘niet-tandheeskundige lichamelijke of geestelijke handicap’ (niet zijnde ‘angstpatiënt’) en ‘medisch gecompromitteerden’ zijn geen eigen bijdrage verschuldigd.

4.c. Achtergrond

Uitgangspunten

Bij het opstellen van deze bepalingen was het uitgangspunt dat verzekerden met een ‘tandheeskundige handicap’ financieel niet bevoordeeld mochten worden ten opzichte van patiënten zonder die aandoening.

Het uitgangspunt ten aanzien van verzekerden met een ‘niet-tandheeskundige lichamelijke of geestelijke handicap’ was dat deze verzekerden deze aandoening niet aangerekend kon worden en dat het daarom ook niet redelijk is deze verzekerden een eigen bijdrage te laten betalen voor de met deze aandoening samenhangende tandheeskundige zorg, behoudens de extreem angstige patiënten.

Onduidelijkheid

De huidige formulering van de eigen bijdrage leidt er echter toe dat er zich situaties kunnen voordoen waarin verzekerden een eigen bijdrage betalen voor een behandeling waartoe zij juist zijn geïndiceerd in het kader van de bijzondere tandheeskunde of geen eigen bijdrage betalen terwijl dat gezien de uitgangspunten wel verwacht zou mogen worden. Dit heeft tot gevolg dat er voor verzekerden zich situaties kunnen voordoen waarin zij juist wel bevoordeeld worden ten opzichte van verzekerden die de aandoening niet hebben. Ook kunnen er zich situaties voordoen waarin verzekerden benadeeld worden omdat zij een eigen bijdrage verschuldigd zijn voor een behandeling waarvoor zij juist geïndiceerd zijn in het kader van de bijzondere tandheeskunde. Zo is een angstpatiënt een eigen bijdrage verschuldigd voor een eenvoudige vulling, maar niet voor een kroon- of brugconstructie. Een verzekerde met een ‘tandheeskundige handicap’ is een eigen bijdrage verschuldigd voor een frameprothese ter overbrugging van schisis of een partiële prothese ter vervanging van agenetische gebitselementen.

De opsomming van behandelingen waarvoor een eigen

bijdrage verschuldigd is, dateert uit 1995 en is sinds die tijd aangevuld met behandelingen die (buiten de ‘bijzondere tandheelkunde’) niet langer meer tot de aanspraken/verzekerde prestatie worden gerekend (preventief onderzoek, incidenteel consult en extractie). Tot 1995 zat consultatie en eenvoudige curatieve hulp in het pakket voor volwassenen. Kroon- en brugwerk kon alleen worden vergoed in het kader van de bijzondere tandheelkunde. Op grond daarvan gold kroon- en brugwerk niet als behandeling waarvoor een eigen bijdrage verschuldigd was. Tegenwoordig wordt geen onderscheid meer gemaakt tussen kroon- en brugwerk en andere tandheelkundige hulp voor volwassenen. Het verdient aanbeveling het criterium voor de eigen bijdrage niet langer te stelen op de aard van de behandeling, maar op de relatie tot de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp.

4.d. Voorstel tot aanpassing van artikel 2.4, eerste lid van de Regeling zorgverzekering

Wegnemen onduidelijkheid

Met inachtneming van de hierboven genoemde uitgangspunten adviseert het CVZ de bepalingen rond de eigen bijdrage in het kader van de bijzondere tandheelkunde als volgt te interpreteren.

Verzekerden zijn een eigen bijdrage verschuldigd wanneer er geen rechtstreeks verband is tussen de indicatie voor een tandheelkundige behandeling en de indicatie voor bijzondere tandheelkunde. (Bijvoorbeeld: behandeling van een gaatje in de onderkaak bij schisispatiënt.)

Verzekerden zijn geen eigen bijdrage verschuldigd wanneer er een rechtstreeks verband is tussen de indicatie voor een tandheelkundige behandeling en de indicatie voor bijzondere tandheelkunde. (Bijvoorbeeld: een frameprothese ter overbrugging van schisis).

Voorstel

Het CVZ stelt daarom voor artikel 2.4, eerste lid van de Regeling zorgverzekering als volgt aan te passen:
“Voor zorg als bedoeld in artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering betaalt de verzekerde van tweeëntwintig jaar of ouder, voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp, een eigen bijdrage ter grootte van het bedrag dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht indien deze zorg niet op grond van artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering wordt verleend.”

Gevolgen van de aanpassing van artikel 2.4, eerste lid van de Regeling zorgverzekering

Indien het voorstel tot aanpassing van artikel 2.4, eerste lid van de Regeling zorgverzekering wordt overgenomen heeft dat de volgende consequenties.

De bepalingen rond de eigen bijdrage voor zorg als bedoeld in

artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering zijn in overeenstemming (gebracht) met de zorginhoudelijke uitgangspunten van de bijzondere tandheelkundige hulp.

Verzekerden met een tandheelkundige handicap zullen in een aantal situaties geen eigen bijdrage meer verschuldigd zijn. Dit zal naar verwachting in een beperkt aantal situaties het geval zijn. Daarnaast zullen verzekerden met een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening mogelijk een eigen bijdrage verschuldigd zijn. Voor angstpatiënten zal er geen wijziging optreden, zij zijn en blijven een eigen bijdrage verschuldigd. 'Medisch gecompromitteerden' kunnen na overname van het voorstel te maken krijgen met een eigen bijdrage. De verwachting is dat dit zich, gezien de aard van de behandeling die deze groep patiënten in het kader van de bijzondere tandheelkunde ondergaat, zelden zal voordoen.

Een verzekerde is een eigen bijdrage verschuldigd wanneer er geen rechtstreeks verband is tussen de indicatie voor een tandheelkundige behandeling en de indicatie voor bijzondere tandheelkunde. Deze formulering maakt de uitvoering van de regeling voor zorgverzekeraars eenvoudiger en maakt het vooral voor verzekerden en zorgverzekeraars inzichtelijk en duidelijk wanneer verzekerden een eigen bijdrage verschuldigd zijn.

5. Kosten van de mondzorg

Zorgverzekeraars leveren in de kwartaal- en jaarstaten informatie aan het CVZ die het CVZ nodig heeft voor de uitvoering van zijn wettelijke taken.

In dit hoofdstuk zijn de kosten voor de mondzorg opgenomen van de periode 2006 tot en met 2008. Het CVZ beschikt alleen over financiële informatie van zorgkosten in het kader van de Zorgverzekeringswet en AWBZ. Zorgkosten die verzekerden zelf betalen of vergoed krijgen op grond van aanvullende verzekeringen zijn bij het CVZ niet bekend.

De hieronder gepresenteerde kosten zijn de kosten exclusief balanspost. Dit houdt in dat de kosten zijn gebaseerd op de feitelijk door de zorgverzekeraars ontvangen declaraties. Schattingen wat zorgverzekeraars nog verwachten uit te keren met betrekking tot een boekjaar zijn niet opgenomen.

5.a. Kosten verzekerden tot achttien / tweeëntwintig jaar

Met ingang van 1 januari 2008 is de te verzekeren prestatie mondzorg voor verzekerden tot achttien jaar uitgebreid naar tweeëntwintig jaar. Deze uitbreiding is de belangrijkste reden voor de stijging van de uitgaven in 2008. Zie tabel 6.1.

Tabel 6.1
Jeugdige
verzekerden

	2006	2007	2008
Consultatie en diagnostiek	59,9	63,6	79,3
Röntgendiagnostiek	11,6	13,4	22,8
Preventie en mondhygiëne	44,8	50,0	64,1
Anesthesie	4,8	5,1	8,0
Restauratie met plastische materialen	74,2	78,9	109,4
Endodontie	4,7	5,3	10,8
Gnathologie	0,2	0,3	0,9
Chirurgie	5,5	5,8	7,9
Uitneembare prothetische voorzieningen	0,0	0,1	0,2
Parodontologie	1,0	1,2	3,0
Orale implantologie / Restauratie met niet plastische materialen	0,4	1,7	3,2
Bijzondere tandheelkundige hulp ³	1,6	1,6	2,4
Bijzondere tandheelkundige hulp ⁴	2,2	2,8	4,0
Techniekkosten	0,5	1,5	- ⁵
Totaal	211,5	231,3	315,9

1=€ 1 miljoen

³ Artikel 2.7, eerste lid, onder a van het Besluit zorgverzekering.

⁴ Artikel 2.7, eerste lid, onder b en c van het Besluit zorgverzekering.

⁵ Met ingang van 2008 vraagt het CVZ de techniekkosten niet meer apart op, verzekeraars verantwoordt deze kosten bij de betreffende zorg.

Verhoging van de leeftijdsgrens

De minister ging er bij de verhoging van de leeftijdsgrens vanuit dat de BKZ-relevante uitgaven door het verhogen van de leeftijdsgrens zouden stijgen met circa € 100 miljoen op jaarbasis. Uiteindelijk bleek met de verhoging van de leeftijdsgrens in 2008 een bedrag van ruim € 77 miljoen gemoeid. Zie tabel 6.2.

Tabel 6.2

	2008
Totale kosten voor verzekerden tot achttien jaar	238,3
Totale kosten voor verzekerden van achttien tot tweeëntwintig jaar	77,6
Totaal	315,9

1=€ 1 miljoen

5.b. Kosten verzekerden van tweeëntwintig jaar en ouder

Met ingang van 2008 vraagt het CVZ de techniekkosten niet meer apart op, verzekeraars verantwoordt deze kosten bij de betreffende zorg.

Tabel 6.3
Volwassen
verzekerden

	2006	2007	2008
Bijzondere tandheelkundige hulp - Implantaten (Artikel 2.7, eerste lid, onder a van het Besluit zorgverzekering)	52,9	71,7	81,4
Bijzondere tandheelkundige hulp - Overig (Artikel 2.7, eerste lid, onder a van het Besluit zorgverzekering)	12,3	11,9	23,5
Bijzondere tandheelkundige hulp (Artikel 2.7, eerste lid, onder b en c van het Besluit zorgverzekering)	5,1	9,2	28,5
Röntgendiagnostiek	7,4	1,6	2,0
Techniekkosten	37,3	40,8	- ⁶
Totaal	114,9	135,2	135,4

1=€ 1 miljoen

5.c. Kosten en honoraria tandarts-specialisten

De kosten voor de specialisten mondziekten en kaakchirurgie stegen van € 65,8 miljoen in 2007 naar € 80,4 miljoen in 2008.

⁶ Met ingang van 2008 vraagt het CVZ de techniekkosten niet meer apart op, verzekeraars verantwoordt deze kosten bij de betreffende zorg.

Tabel 6.4
Kosten en honoraria specialisten mondziekten en kaakchirurgie

	2006	2007	2008
Specialisten mondziekten en kaakchirurgie	62,3	65,8	80,4

1=€ 1 miljoen

De kosten voor specialisten orthodontie hebben betrekking op orthodontische hulp in het kader van de bijzondere tandheelkunde⁷.

Tabel 6.5
Kosten en honoraria specialisten orthodontie

	2006	2007	2008
Specialisten orthodontie	4,0	4,3	3,3

1=€ 1 miljoen

5.d. Gebitsprothesen

Tabel 6.6
Gebitsprothesen

	2006	2007	2008
Volledige gebitsprothesen	58,2	64,8	50,7

1=€ 1 miljoen

5.e. AWBZ mondzorg

Tabel 6.7
Mondzorg in AWBZ-instellingen

	2006	2007	2008
Mondzorg AWBZ	12,6	14,4	14,3

1=€ 1 miljoen en inclusief balanspost

5.f. Conclusies en vervolgacties

Met ingang van 1 januari 2008 is de leeftijdsgrens tot waarop jeugdige verzekerden recht hebben op mondzorg verhoogd van achttien naar tweeëntwintig jaar. Deze verhoging is de belangrijkste reden van de stijging van de kosten in 2008.

De stijging van de kosten voor de specialisten mondziekten en kaakchirurgie kan het CVZ op basis van de uitgevraagde gegevens niet verklaren. Het CVZ wil weten of deze stijging is gebaseerd op zorginhoudelijke gronden en zal daarom een onderzoek starten naar de achtergrond van deze stijging.

⁷ Bijzondere tandheelkunde is de tandheelkunde zoals omschreven in artikel 2.7, eerste lid, juncto tweede en derde lid van het Besluit zorgverzekering.

6. Consultatie belanghebbende partijen

Het CVZ heeft het concept Signalement Mondzorg 2010 voorgelegd aan de volgende belanghebbende partijen:

- Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT)
- Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde (COBIJT)
- College Adviserend Tandartsen (CAT)
- Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT)
- Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)
- Nederlands Vereniging van Mondhygiënisten (NVM)
- Organisatie van Nederlandse Tandprothetici (ONT)
- Vereniging tot Bevordering der Tandheelkundige Gezondheid voor Gehandicapten (VBTGG)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Het CVZ heeft reacties op het Signalement Mondzorg 2010 ontvangen van ANT, COBIJT, CAT, NMT, NVM, ONT en ZN. De belangrijkste punten uit de bestuurlijke consultatie zijn in de volgende paragrafen hoofdstuksgewijs samengevat direct gevolgd door een antwoord van het CVZ op de ontvangen reacties.

6.a. Reacties op hoofdstuk Mondgezondheid Volwassenen

ANT

De ANT verwijst in haar reactie op het hoofdstuk Mondgezondheid volwassenen naar de conclusie inzake de aanvullende verzekering voor mondzorg. Het CVZ, zo schrijft de ANT, merkt in die conclusie onder andere op dat het percentage van de bevolking dat een dergelijke verzekering afsluit geleidelijk afneemt en dat de aanvullende verzekering voor mondzorg slechts in beperkte mate voorziet in de behoefte van mensen. De ANT geeft aan op deze punten al sinds jaar en dag te wijzen. De ANT is van mening dat verzekeraars met de huidige aanvullende verzekeringen de belangen van de verzekerden niet dienen en dat de aanvullende verzekeringen onvoldoende transparant zijn. De ANT pleit ervoor dat het CVZ er bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op aan dringt meer werk te maken van het toezicht op de verzekeraars en de herziening van de verzekerings- en bekostigingsstructuur.

Reactie CVZ

Het CVZ stelt voor dat de ANT deze punten rechtstreeks bij de NZa onder de aandacht brengt.

NMT

De NMT stelt met tevredenheid vast dat de mondgezondheid van volwassenen sinds 2002 over het geheel genomen is verbeterd. Dat hoger opgeleiden en autochtonen een betere mondgezondheid hebben dan lager opgeleiden en allochtonen is volgens de NMT niets nieuws. Dat de verbetering van de mondgezondheid alleen wordt geconstateerd bij mensen met een aanvullende verzekering wil volgens de NMT niet zeggen

dat sprake is van een causale relatie tussen het hebben van een aanvullende verzekering en mondgezondheid. De NMT maakt daarom bezwaar tegen de opmerking dat lijkt dat aanvullende verzekeringen slechts in beperkte mate worden afgesloten door mensen die hieraan de meeste behoefte hebben.

De NMT maakt verder bezwaar tegen de conclusie dat door de stelselherziening van 1995 een tweedeling is ontstaan tussen lager opgeleiden en allochtonen enerzijds en hoger opgeleiden en autochtonen anderzijds. De NMT merkt op dat op geen enkele wijze is aangetoond dat de thans zwakkere mondgezondheid van lager opgeleiden en allochtonen direct samenhangt met het niet opnemen van de tandheelkundige zorg in het basispakket. De conclusie die de NMT trekt uit de gepresenteerde gegevens is dat de wijzigingen in het zorgstelsel van de afgelopen jaren geen grote gevolgen hebben gehad op de mondgezondheid en het mondgezondheidsgedrag van ex-ziekenfondsverzekerden.

De NMT is van mening dat het CVZ in het signalement veel meer nadruk moet leggen op het feit dat de mondgezondheid nog steeds verbetert, maar dat deze ontwikkeling wel extra aandacht vraagt. Onmiskenbaar zijn er, zo schrijft de NMT, ook signalen dat deze positieve ontwikkeling voor bepaalde groepen stagneert. De NMT noemt het door het CVZ voorgestelde onderzoek naar de achtergrond van de sociaaleconomische verschillen zeer gewenst.

Reactie CVZ

De NMT trekt in twijfel dat er sprake zou zijn van een causale relatie tussen het hebben van een aanvullende verzekering en de staat van de mondgezondheid. Bij een nadere beschouwing is het CVZ van mening dat de passages over de relatie tussen een aanvullende verzekering en de mondgezondheid, gezien het lage aantal personen in de groepen zonder aanvullende verzekering, anders geformuleerd moet worden. Het CVZ heeft daarom mede op basis van de opmerkingen van de NMT de passages aangepast.

Het CVZ heeft niet geconcludeerd dat door de stelselherziening van 1995 een tweedeling is ontstaan tussen lager opgeleiden en allochtonen enerzijds en hoger opgeleiden en autochtonen anderzijds. Het CVZ merkt slechts op dat het CVZ sinds 1995 de ontwikkeling van de mondgezondheid van volwassenen volgt en dat het erop lijkt dat de uitgangspunten van de stelselherziening van 1995 onder druk komen te staan. Het is juist dat de mondgezondheid van volwassenen over het geheel genomen een verbetering laat zien. Deze positieve ontwikkeling laat onverlet dat er ook wordt geconstateerd dat de mondgezondheid ook afhangt van de sociaaleconomische status van de verzekerde.

NVM	<p>De NVM spreekt haar zorg uit over de constatering dat de verbetering van de mondgezondheid alleen geldt voor de groep volwassenen die een aanvullende verzekering heeft en er een trend tot verslechtering wordt gezien in de groep zonder aanvullende verzekering. Wanneer ook geconstateerd wordt dat de groep zonder aanvullende verzekering groter wordt ziet het er voor de toekomst niet rooskleurig uit.</p> <p>De NVM merkt verder op dat in de onderzoeken die zijn gedaan naar de mondgezondheid van volwassenen met name is gekeken naar de DMFT-index (maat voor de mondgezondheid), maar dat de beoordeling van de parodontale situatie achterwege is gebleven. De NVM is van mening dat er meer onderzoek gedaan moet worden naar de incidentie van tandvleesproblemen.</p>
Reactie CVZ	<p>Bij de beoordeling van de parodontale situatie zijn alleen de resultaten van de meting van de bloedingsneiging niet in het rapport vermeld. Hiervoor is gekozen omdat metingen van de bloedingsneiging matig tot slecht reproduceerbaar zijn en dus niet tot interpreteerbare uitkomsten leiden. Tandplaque, tandsteen en pockets zijn wel gemeten.</p>
ONT	<p>De ONT stelt dat het duidelijk is dat er in de bevolkingsgroep met een lagere sociaal economische status een neerwaartse spiraal is waar te nemen aangaande de mondgezondheid. De ONT maakt zich hier zorgen over.</p> <p>De ONT heeft ook een aantal toelichtende vragen gesteld.</p>
Reactie CVZ	<p>Het CVZ zal in het periodiek overleg met de ONT ingaan op de toelichtende vragen die door de ONT zijn gesteld.</p>
ZN	<p>Het CVZ constateert een verbetering van de mondgezondheid van de volwassen verzekerde tussen 2002 en 2007 maar plaats daar, aldus ZN, ook een drietal kantekeningen bij. Zo is de mondgezondheid sterk afhankelijk van de sociaaleconomische status van de verzekerde, hoogopgeleiden en autochtonen hebben een betere mondgezondheid dan laagopgeleiden en allochtonen. Daarnaast is er een tendens om zich minder aanvullend te verzekeren waarbij mogelijk sprake is van een neerwaartse spiraal voor wat betreft de ontwikkeling van de mondgezondheid. Als derde punt noemt ZN dat de onderzoeksresultaten mogelijk een te positief beeld laten zien. ZN onderschrijft daarom de conclusie van het CVZ dat vervolgonderzoek naar de mondgezondheid van volwassen verzekerden is aangewezen.</p> <p>ZN is van oordeel dat voordat er geadviseerd wordt om eventuele wijzigingen in de te verzekeren prestaties door te voeren, eerst grondig nader onderzoek moet worden verricht. Daarbij is het volgens ZN van belang te achterhalen wat de oorzaken zijn van de verslechterende tendens bij laagopgeleiden en allochtonen. ZN voorziet ander mogelijke</p>

jojo-effecten in de te verzekeren prestaties in de nabije toekomst en is van oordeel dat er zorg gedragen moet worden voor een consistent zorginhoudelijk beleid dat de toegankelijkheid tot goede mondzorg waarborgt.

Reactie CVZ

Het CVZ laat nader onderzoek verrichten naar de verschillen in mondzorg op basis van sociaaleconomische status. Of de resultaten van dat onderzoek aanleiding vormt de minister te adviseren tot wijziging van de te verzekeren prestatie mondzorg staat nog te bezien.

Het is juist, zoals ZN opmerkt, dat de onderzoeksresultaten mogelijk een te positief beeld laten zien. Deelnemers aan het onderzoek weken voor diverse kenmerken af van de niet-deelnemers. Dit betekent dat de uitkomsten in het onderzoek waarschijnlijk een iets te positief beeld laten zien. Het is derhalve belangrijk om trendmatige ontwikkelingen te volgen

6.b. Reacties op hoofdstuk Mondzorg voor extreem angstigen

COBIJT

Het COBIJT geeft aan met waardering kennis te hebben genomen van het concept Signalement Mondzorg 2010, met name waar het gaat om de onderdelen mondzorg voor extreem angstigen en het voorstel inzake de eigen bijdrage voor de mondzorg.

Het COBIJT merkt op dat het in 2003 een consensusprotocol heeft vastgesteld met dezelfde strekking als in het signalement aanbevolen. Daarnaast merkt het COBIJT op te werken met visitaties en accreditatie van de centra.

Het COBIJT onderkent dat volwassen angstige patiënten geconfronteerd worden met lange wachttijden bij centra voor bijzondere tandheelkunde. Dit komt door onvoldoende behandelcapaciteit die wordt veroorzaakt door knelpunten in de financiering van de centra.

Het COBIJT merkt op dat een gedeelte van de in de centra behandelde patiënten altijd een kwetsbare groep blijven die permanent speciale aandacht vraagt. Het COBIJT onderkent dat in de huispraktijk hieraan aandacht gegeven moet worden en wil de overdracht van kennis en vaardigheden stimuleren.

Reactie CVZ

Het CVZ waardeert de inspanningen van het COBIJT om de kwaliteit van de zorg aan extreem angstigen te verbeteren.

CAT

Wat betreft de mondzorg voor de extreem angstige volwassene is het CAT van mening dat het niet wenselijk is om voor deze vorm van mondzorg de aanvraagprocedure te laten vervallen.

Reactie CVZ

Het CVZ doet geen uitspraken over de aanvraagprocedure. Het

betreft hier een aspect van de zorg waar het CVZ geen bemoeienis mee heeft.

NMT

De NMT volgt, ten aanzien van de mondzorg voor extreem angstigen, het CVZ dat de behandeling van extreem angstige patiënten primair gericht moet zijn op angstreductie, met als uiteindelijke doel het kunnen terugverwijzen van de patiënt naar de algemene praktijk.

ONT

Over de zorg aan extreem angstigen merkt de ONT op dat deze verbeterd kan worden. Op het moment dat iemand bang is, lijkt de gang naar een kliniek waar de behandeling onder narcose plaatsvindt vaak te gemakkelijk, aldus de ONT. Hier zouden wat de ONT aangaat drempels opgeworpen mogen worden.

Reactie CVZ

In het hoofdstuk Mondzorg voor extreem angstigen noemt het CVZ de punten waarop de mondzorg voor extreem angstigen verbeterd kan worden. Ook de behandeling onder narcose wordt genoemd.

ZN

ZN deelt de mening van het CVZ dat de behandeling van extreem angstigen gericht moet zijn op een reductie van die angst, zodat behandeling bij de huistandarts weer mogelijk is, en op verbetering dan wel herstel van de mondgezondheid. ZN is van mening dat gezien de onderzoeksresultaten, er ruimte lijkt te zijn om de kwaliteit en doelmatigheid te bevorderen. ZN geeft aan dat het CVZ terecht opmerkt dat hier een taak ligt voor de beroepsgroep, maar is van mening dat ook zorgverzekeraars beter toe zouden moeten zien op de uitvoering.

ZN merkt op dat in het veld steeds vaker wordt gepleit voor het loslaten van het toestemmingsvereiste. ZN acht dit niet wenselijk omdat toetsing van deze zorg voor verzekeraars achteraf vrijwel onmogelijk is.

Reactie CVZ

Het CVZ is het eens met de reactie van ZN dat ook zorgverzekeraars moeten toezien op uitvoering van mondzorg voor extreem angstigen.

Het al of niet stellen van een toestemmingsvereiste is een verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars. Het CVZ heeft hier geen bemoeienis mee.

6.c. Reacties op hoofdstuk Eigen bijdrage mondzorg

ANT

Over het advies over de eigen bijdrage mondzorg merkt de ANT op elke vereenvoudiging in regelgeving te toe te juichen, maar vraagt zich af of het onderhavige advies wel leidt tot een vereenvoudiging van regelgeving. Het lijkt de ANT wenselijk, indien het advies wordt overgenomen, de werking te monitoren en te evalueren.

Reactie CVZ

Het CVZ heeft mede op basis van signalen uit de praktijk het advies opgesteld. Indien het CVZ na overname van het advies signalen ontvangt over de werking van de regelgeving zal het deze beoordelen.

COBIJT

Het COBIJT stemt in met het voorstel tot aanpassing van de eigen bijdrage voor mondzorg. Het lijkt het COBIJT een eerlijkere benadering dan de huidige, beter uit te leggen aan patiënten en het lijkt erop dat de administratieve last met betrekking tot eigen bijdragen zal worden verminderd.

Ten aanzien van de eigen bijdrage voor angstige patiënten merkt het COBIJT op dat het voorstel van het CVZ zo uitgelegd kan worden dat angstige patiënten juist geen eigen bijdrage verschuldigd zijn. Het COBIJT stelt voor om het voorstel van het CVZ op dit punt aan te passen en de 'vrijstelling' van een eigen bijdrage te koppelen aan extreme angst die gepaard gaat met ernstige psychopathologie en psychiatrie.

Het COBIJT neemt aan dat ondersteunende verrichtingen, zoals röntgendiagnostiek, preventie en mondhygiëne, (algehele) anesthesie en lachgassedatie, ook onder de voorgestelde regeling voor eigen bijdrage uitgesloten blijven van eigen bijdragen.

Het COBIJT merkt op dat een eerste consult zonder machtiging van de zorgverzekeraar en zonder eigen bijdrage kan worden uitgevoerd en pleit ervoor om daarbij geen verschil te maken of een consult al dan niet leidt tot een indicatie voor bijzondere tandheelkunde.

Reactie CVZ

Met het voorstel wordt niet beoogd dat angstige patiënten geen eigen bijdrage verschuldigd zijn. In de toelichting is aangegeven dat er voor angstpatiënten geen wijziging zal optreden en dat zij dus een eigen bijdrage verschuldigd zijn. Het CVZ neemt het door het COBIJT gedane voorstel niet over omdat dat voorstel uitgaat van een gedeeltelijke vrijstelling van eigen bijdrage voor extreem angstige patiënten. Het COBIJT merkt in zijn reactie op er vanuit te gaan dat verrichtingen, zoals röntgendiagnostiek, preventie en mondhygiëne, (algehele) anesthesie en lachgassedatie, ook onder de voorgestelde regeling voor eigen bijdrage uitgesloten blijven van eigen bijdragen.

In de voorgestelde regeling betaalt de verzekerde van tweeëntwintig jaar of ouder, voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp, een eigen bijdrage ter grootte van het bedrag dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht indien deze zorg niet op grond van artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering wordt verleend. De door het COBIJT genoemde verrichting zijn, indien de hierboven beschreven situatie aan de orde is, niet uitgesloten

van de eigen bijdrage.
Het machtigingenbeleid is een verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars. Het CVZ heeft hier geen bemoeienis mee. Een eigen bijdrage voor eerste consult is conform het voorstel van het CVZ.

- CAT** De voorgestelde wijziging van de eigen bijdrage voor de mondzorg lijkt het CAT dringend gewenst.
- NMT** De NMT is voorstander van het verduidelijken van de regeling voor eigen bijdragen. Uitgangspunt daarbij moet volgens de NMT zijn dat voor zowel de patiënt als voor de zorgverlener duidelijk moet zijn wanneer er wel of niet sprake is van een eigen bijdrage en dat de regeling uitvoerbaar moet zijn. De NMT steunt het voorstel van het CVZ om voor alle patiënten vallend onder artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering één bepaling te maken voor de eigen bijdrage niet. De NMT is van mening dat voor mensen met een niet-tandheeskundige lichamelijke of geestelijke handicap geen eigen bijdrage mag worden geïntroduceerd. De NMT is deze mening toegedaan omdat het voor deze groep moeilijk te bepalen is of er een rechtstreeks verband bestaat met de indicatie tot bijzondere tandheelkunde en de zorgbehoefte. Daarnaast vraagt de NMT zich af of een eigen bijdrage bij patiënten met een niet-tandheeskundige lichamelijke of geestelijke handicap geen rechtsongelijkheid creëert tussen deze groep en de AWBZ geïndiceerde groep. De NMT is van mening dat het voorstel van het CVZ alleen van toepassing moet zijn op verzekerden vallend onder artikel 2.7, eerste lid, onder a, en extreem angstige patiënten vallend onder b van het Besluit zorgverzekering.
- Reactie CVZ** Het CVZ heeft signalen ontvangen dat in de uitvoeringspraktijk vaak al wordt gewerkt zoals het CVZ voorstelt. Het CVZ verwacht dan ook niet dat overname van het voorstel door de minister tot problemen in de uitvoeringspraktijk zal leiden.
- ZN** ZN is verheugd dat het CVZ de minister adviseert om artikel 2.4, eerste lid van de Regeling zorgverzekering aan te passen, zodat er meer duidelijkheid ontstaat, maar vooral ook omdat daarmee in de uitvoeringspraktijk onrechtvaardigheden kunnen worden voorkomen. ZN ondersteunt de voorgestelde aanpassing volledig.

6.d. Reacties op hoofdstuk Kosten van de mondzorg

- ANT** Over het hoofdstuk Kosten van de mondzorg merkt de ANT op achter het voornemen van het CVZ te staan een onderzoek te starten naar de achtergrond van de stijging van de kosten voor de specialisten mondziekten en kaakchirurgie. De ANT roept het CVZ op bij dit onderzoek ook de bekostigingsstructuur van de mondzorg te betrekken.
- Reactie CVZ** Het CVZ heeft geen bemoeienis met de bekostigingsstructuur van de zorg. Het CVZ stelt voor dat de ANT dit punt bij de NZa onder de aandacht brengt.
- COBIJT** Over de kosten van de mondzorg merkt het COBIJT op geen verklaring te hebben voor de kostenontwikkeling in het kader van de bijzondere tandheelkunde.
- NMT** De NMT merkt op de stijging van de kosten voor de specialisten mondzorg en kaakchirurgie niet te herkennen en is volgens de NMT niet te verklaren uit zorginhoudelijke ontwikkelingen. De NMT geeft aan dat de wijze waarop ziekenhuizen hun kosten hebben geregistreerd en hebben toegekend aan de diverse specialismen mogelijk een rol heeft gespeeld. Ook wijst de NMT op een wijziging van de kostentoe rekening met betrekking tot de implantologie.
- Reactie CVZ** Het CVZ zal in het kader van het onderzoek naar de achtergrond van de stijging van de kosten voor de specialisten mondziekten en kaakchirurgie in overleg treden met de sectie tandarts specialisten van de NMT.
- ONT** Over de kosten van de mondzorg merkt de ONT op dat de stijging van de kosten mogelijk te maken heeft met het feit dat, volgens de ONT, kaakchirurgen, die vaker een commerciële rol gaan spelen voor verwijzing, zich toeleggen op implantologie.
- ZN** ZN merkt op dat het CVZ voornamelijk in gaat op de stijging van de kosten van de zorg geleverd door de specialisten mondziekten en kaakchirurgie. ZN kan deze stijging ook niet verklaren, maar acht het aannemelijk dat een van de gronden daarvan gelegen kan zijn in een mogelijk toenemende substitutie van deze zorg naar de kaakchirurg. In het verleden mocht deze hulp (de chirurgisch tandheelkundige hulp van specialistische aard) wettelijk tevens geleverd worden door de daartoe bekwame tandarts algemeen practicus. Later werd deze zorg alleen voorbehouden aan de kaakchirurg, waardoor het voor zorgverzekeraars wettelijk niet meer mogelijk was deze hulp ook bij de tandartsen in te kopen. Naar het oordeel van ZN is dit strijdig met de principiële ideeën over de functionele omschrijving van de Zorgverzekeringswet en is de

kaakchirurg daarin dan ook de enige uitzondering. Het is niet ondenkbaar dat dit er mede toe heeft bijgedragen dat de zorg daarom duurder is geworden.

Reactie CVZ

Het CVZ gaat onderzoeken of de huidige omschrijving van artikel 2.7, vijfde lid onder a van het Besluit zorgverzekering (kaakchirurgie) en de uitvoeringspraktijk in overeenstemming zijn met de bedoelingen van de wetgever.

College voor zorgverzekeringen

Voorzitter Raad van Bestuur

dr. P.C. Hermans

7. Literatuur

College voor zorgverzekeringen. Signalement Mondzorg. Evaluatie beperking aanspraak tandheelkunde. College voor zorgverzekeringen, Diemen, 2003.

College voor zorgverzekeringen. Signalement Mondzorg 2004. College voor zorgverzekeringen, Diemen, 2005.

College voor zorgverzekeringen. Signalement Mondzorg 2007. College voor zorgverzekeringen, Diemen, 2007.

Dekker J den, Mondzorg in sociaal perspectief. Bohn Stafleu Van Loghum. Houten, 2008.

Kalsbeek H, Verrips GH, Kleijn-de Vrankrijker MW de. Mondgezondheid ouderen. TNO Preventie en Gezondheid, Leiden, 1999.

Schuller AA, Mondgezondheid volwassenen 2007. TNO Kwaliteit van Leven. Leiden, 2009.

Verrips GHW, Schuller AA, Gerardu VAM, Behandeling van angstige patiënten in Centra voor Bijzondere Tandheelkunde. TNO Kwaliteit van Leven. Leiden, 2009.