



Zorginstituut Nederland

Implantaatgedragen gebitsprothesen

Datum 30 juni 2014
Status Definitief

Colofon

Volgnummer	2014022447
Contactpersoon	drs. E.J.A.A.A.
Afdeling	Sector Zorg
Uitgebracht aan	de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Inhoud

Colofon - 1

Samenvatting - 5

Inleiding - 7

- 1.1 Aanleiding - 7
- 1.2 Centraal probleem - 7
- 1.3 Werkwijze - 7
- 1.4 Leeswijzer - 8

2 Achtergrond - 9

- 2.1 Wettelijk kader - 9
- 2.2 Achtergrond - 10

3 Onderzoek - 11

- 3.1 Factoren - 11
- 3.2 Activiteiten partijen - 12
- 3.3 Mogelijke maatregelen - 12
- 3.4 Opvallendheden - 13

4 Uitwerking resultaten van onderzoek - 15

- 4.1 Maatregelen - 15
 - 4.1.1 Opstellen van zorginhoudelijke richtlijn; aanscherping indicatiestelling - 15
 - 4.1.2 Centralisering van diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van implantaatgedragen prothesen in de bovenkaak - 15
 - 4.1.3 Vaststellen regie en verantwoordelijkheid - 15
 - 4.1.4 Onderbouwen van het honorarium van de zorgverlener - 15
 - 4.1.5 Maximering van materiaal- en techniekkosten - 16
 - 4.1.6 Aanpassing van de eigen bijdrage - 16
 - 4.2 Uitwerking van maatregelen - 16

5 Uitkomsten consultatie - 17

- 5.1 Opstellen van zorginhoudelijke richtlijn; aanscherping indicatiestelling - 17
- 5.2 Centralisering van diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van implantaatgedragen prothesen in de bovenkaak - 18
 - 5.3 Vaststellen regie en verantwoordelijkheid - 18
 - 5.4 Onderbouwen van het honorarium van de zorgverlener - 19
 - 5.5 Maximering van materiaal- en techniekkosten - 19
 - 5.6 Aanpassing van de eigen bijdrage - 20

6 Afspraken, implementatie en evaluatie - 21

- 6.1 Afspraken - 21
 - 6.1.1 Opstellen van zorginhoudelijke richtlijn; aanscherping indicatiestelling - 22
 - 6.1.2 Centralisering van diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van implantaatgedragen prothesen in de bovenkaak - 23
 - 6.1.3 Vaststellen regie en verantwoordelijkheid - 24
 - 6.1.4 Onderbouwen van het honorarium van de zorgverlener - 25
 - 6.1.5 Maximering van materiaal- en techniekkosten - 26
 - 6.1.6 Aanpassing van de eigen bijdrage - 27
 - 6.1.7 Overige onderwerpen - 29
 - 6.1.7.1 Vergoeding van de eigen bijdrage uit de aanvullende verzekering - 29

- 6.1.7.2 Eigen verantwoordelijkheid van de verzekerde - 29
- 6.2 Implementatie en evaluatie - 29

7 Advies aanpassing eigen bijdrage en recht op prothetische voorziening op implantaten - 30

- 7.1 Eigen bijdrage - 30
- 7.2 Recht op prothetische voorziening op implantaten - 31

8 Effect op de kosten - 32

- 8.1 Effect aanscherping indicatiestelling/verzekeringsvoorwaarden en centralisering diagnostiek bovenkaak - 32
- 8.2 Effect nadere onderbouwing van het honorarium van de zorgverlener - 32
- 8.3 Effect aanpassing materiaal- en techniekkosten - 33
- 8.4 Effect aanpassing eigen bijdrage - 33
- 8.5 Concluderend - 34

9 Besluit - 35

Bijlage 1 Rapport "Kwalitatief onderzoek naar de kostenontwikkeling van de implantaatgedragen gebitsprothesen"

Bijlage 2 Deelnemende partijen bijeenkomst 24 maart 2014

Bijlage 3 Consultatie belanghebbende partijen

Samenvatting

Op grond van de Zorgverzekeringswet kunnen verzekerden recht hebben op een implantaatgedragen gebitsprothese. Het afgelopen decennium zijn de kosten die met deze zorg zijn gemoeid bijna vertienvoudigd.

Om inzicht te krijgen in de factoren die de kostenontwikkeling van implantaatgedragen gebitsprothesen bepalen heeft Zorginstituut Nederland onderzoek laten uitvoeren.

Uit het onderzoek komt naar voren dat er op verschillende onderdelen van de zorg rondom de implantaatgedragen gebitsprothesen maatregelen zijn te benoemen met voldoende draagvlak bij belanghebbende partijen.

Het gaat dan om maatregelen op de volgende onderdelen:

- o Opstellen van zorginhoudelijke richtlijn; aanscherping indicatiestelling
- o Centralisering van diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van implantaatgedragen prothesen in de bovenkaak
- o Vaststellen regie en verantwoordelijkheid
- o Onderbouwen van het honorarium van de zorgverlener
- o Maximering van materiaal- en techniekkosten
- o Aanpassing van de eigen bijdrage

In samenspraak met belanghebbende partijen zijn er afspraken gemaakt over de uitwerking van de hierboven genoemde maatregelen.

De NVOI neemt het initiatief om te komen tot richtlijn ontwikkeling voor implantaatgedragen gebitsprothese in de onder- en bovenkaak. Nadat de richtlijnen gereed zijn neemt Zorginstituut Nederland het initiatief om te komen tot een aanscherping van de verzekeringstechnische indicatiestelling (duiding wat te verzekeren zorg is).

De NVOI neemt het initiatief voor het maken van afspraken over de wijze waarop zorgverleners de diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van implantaatgedragen prothesen in de bovenkaak, in samenspraak met zorgverzekeraars, organiseren en vormgeven.

Ook neemt de NVOI het voortouw om met partijen afspraken te maken over de inrichting van de regie en verantwoordelijkheid voor de totale behandeling.

ANT, NMT en ONT ondernemen gezamenlijk actie om, eventueel samen met ZN, bij de NZa een voorstel in te dienen om te komen tot een nieuwe set van tarieven voor de implantologie.

Zorgverzekeraars maken inzichtelijk welke materiaal- en techniekkosten, gezien de kwaliteit van de gebruikte materialen, aannemelijke kosten zijn en maken daarover met zorgverleners afspraken.

Zorginstituut Nederland adviseert de minister de eigen bijdrage voor een uitneembare volledige prothetische voorziening dan wel een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten en voor reparaties en rebasings vast te stellen op 10 procent van de kosten van die voorziening. Voor de op implantaten gebaseerde gebitsprothetische zorg in de bovenkaak adviseert het Zorginstituut een eigen bijdrage van 8 procent.

Zorginstituut Nederland gaat er vanuit dat de zorg rond de implantaatgedragen gebitsprothese, na een gefaseerde invoering van de in dit rapport genoemde maatregelen, vanaf 2016 zodanig is vormgegeven en georganiseerd dat deze zorg toekomstbestendig is en dat ook dan geen pakketmaatregelen noodzakelijk zijn. Invoering van de in het rapport genoemde maatregelen levert een besparing op van minimaal € 10 miljoen.

Inleiding

1.1 Aanleiding

Verzekerden kunnen op grond van de Zorgverzekeringswet recht hebben op een implantaatgedragen gebitsprothese. Verzekerden kunnen hierop recht hebben wanneer er sprake is van een zo ernstig geslonken tandeloze kaak, dat redelijkerwijs geen adequaat functionerende conventionele gebitsprothese meer kan worden geplaatst.

Het afgelopen decennium zijn de kosten die met deze zorg zijn gemoeid bijna vertienvoudigd.

Aanvankelijk was het aannemelijk te veronderstellen dat de stijging van de kosten werd veroorzaakt door de toename van het aantal verzekerden dat voor deze zorg in aanmerking kwam. De laatste jaren bereiken Zorginstituut Nederland steeds vaker signalen dat verzekerden deze zorg ook krijgen terwijl zij daar op grond van de regelgeving niet voor zijn geïndiceerd. Wanneer verzekerden deze zorg krijgen terwijl zij daar op grond van de regelgeving niet voor zijn geïndiceerd is er geen sprake van gepast gebruik. Ook andere factoren, zoals toename van de materiaal- en techniekkosten, ontwikkeling van het aantal zorgverleners en het beleid van zorgverzekeraars zouden bijdragen aan de toename van de kosten voor deze zorgvorm.

1.2 Centraal probleem

Het Zorginstituut wil inzicht krijgen in de factoren die de kostenontwikkeling van implantaatgedragen gebitsprothesen bepalen.

Uitgangspunt van het Zorginstituut is dat er mogelijkheden zijn de kostenstijging te beperken c.q. terug te dringen en gepast gebruik te bevorderen zonder vergaande pakketmaatregelen voor te stellen.

Dit vereist wel dat alle bij het onderwerp betrokken partijen hun verantwoordelijkheid nemen en bereid zijn medewerking te verlenen.

1.3 Werkwijze

In 2005 heeft het Zorginstituut zorgverzekeraars er op gewezen onder welke voorwaarden verzekerden recht hebben op een implantaatgedragen gebitsprothese. In 2011 hebben we bij zorgverzekeraars en zorgverleners wederom aangegeven in welke situaties verzekerden recht kunnen hebben op een tandheelkundig implantaat.

Daarna ontvingen we steeds meer signalen dat verzekerden de zorg ook kregen terwijl ze daar volgens de regelgeving niet voor geïndiceerd zouden zijn.

Deze signalen en het blijkbaar beperkt effect van de brieven in 2005 en 2011 heeft het Zorginstituut doen besluiten onderzoek te laten uitvoeren om inzicht te krijgen in de achtergronden en mogelijke maatregelen.

In 2013 is dit onderzoek uitgevoerd door onderzoeksbureau Pallas. We hebben ervoor gekozen Delphi-onderzoek te laten uitvoeren. Bij dit onderzoek zijn experts vanuit patiëntenorganisaties, zorgverleners, zorgverzekeraars en overheid betrokken geweest.

Voor de aanpak van de problematiek heeft het Zorginstituut voorgesteld om maatregelen te nemen die aansluiten bij de uitkomsten van het onderzoek en waarvoor draagvlak is in het panel van deskundigen die bij het onderzoek betrokken zijn geweest. Deze voorgestelde aanpak is op 4 oktober 2013 besproken in de

Adviescommissie Pakket (ACP).

De ACP heeft aangegeven dat concrete pakketmaatregelen kunnen uitblijven indien partijen over de voorgestelde maatregelen concrete afspraken maken. De voorgestelde maatregelen zijn vervolgens aan alle betrokken partijen voorgelegd. Met een groot aantal partijen heeft het Zorginstituut bilaterale overleggen gevoerd over de voorgestelde maatregelen. De uitkomsten van die overleggen zijn opgenomen in een eerste versie van dit rapport en vormde de basis voor een bijeenkomst die op 24 maart jl. bij het Zorginstituut heeft plaatsgevonden. Tijdens de bijeenkomst van 24 maart jl. zijn de voorgestelde maatregelen geconcretiseerd. De afspraken die partijen tijdens die bijeenkomst hebben gemaakt zijn middels het verslag van de bijeenkomst aan partijen voorgelegd. De gemaakte afspraken vormen de basis voor hoofdstuk zes van dit rapport.

1.4

Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk geven we het wettelijk kader van de te verzekeren prestatie implantaatgedragen gebitsprothese weer. Ook benoemen we daar het centrale probleem.

In het derde hoofdstuk beschrijven we het onderzoek dat we hebben laten uitvoeren naar de implantaatgedragen gebitsprothesen en geven we de uitkomsten van het onderzoek weer.

Op basis van het uitgevoerde onderzoek hebben we voorgesteld op verschillende onderdelen rondom de implantaatgedragen gebitsprothese maatregelen te nemen. De voorgestelde maatregelen komen in het vierde hoofdstuk aan de orde.

Het Zorginstituut heeft de voorgestelde maatregelen voorgelegd aan partijen en deze ook met een groot aantal partijen in bilaterale overleggen besproken. De belangrijkste uitkomsten van deze overleggen zijn weergegeven in het vijfde hoofdstuk.

In het zesde hoofdstuk worden de afspraken over de te nemen maatregelen, die partijen tijdens de bijeenkomst op 24 maart 2014, hebben gemaakt benoemd.

In het zevende hoofdstuk staat het advies over aanpassing van de eigen bijdrage.

In hoofdstuk acht geven we een inschatting van te verwachten kostenreductie.

In het laatste hoofdstuk spreekt het Zorginstituut de verwachting uit dat na implementatie van de maatregelen geen pakketmaatregelen noodzakelijk zijn.

In de bijlagen zijn opgenomen:

- Rapport "Kwalitatief onderzoek naar de kostenontwikkeling van de implantaatgedragen gebitsprothesen";
- Overzicht van deelnemende partijen aan de bijeenkomst bijeenkomst 24 maart 2014;
- Consultatie van belanghebbende partijen.

Indicatie en indicatiestelling

Wanneer er wordt gesproken over indicatie of indicatiestelling is het van belang onderscheid te maken tussen een zorginhoudelijke indicatie en een verzekeringstechnische indicatie.

Een verzekerde kan een zorginhoudelijk indicatie hebben voor een implantaatgedragen gebitsprothese, dit wil niet automatisch zeggen dat die verzekerde ook een verzekeringstechnische indicatie heeft voor een implantaatgedragen gebitsprothese. Wanneer een verzekerde een verzekeringstechnische indicatie voor een implantaatgedragen gebitsprothese heeft ligt hier ook een zorginhoudelijke indicatie aan ten grondslag. Voor een verzekeringstechnische indicatie geldt dat er bij de verzekerde sprake moet zijn van een 'zeer ernstig geslonken tandeloze kaak'.

2 Achtergrond

2.1 Wettelijk kader

Het recht op mondzorg is geregeld in artikel 2.7 van het Besluit zorgverzekering. Het eerste van dit artikel luidt:

Mondzorg omvat zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:

- a. indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
- b. indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of
- c. indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.

Het tweede lid van dit artikel luidt:

Onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese;

De hierboven genoemde tekst bepaalt het recht op implantaten. Het gaat hier om de zogenoemde bijzondere tandheelkunde.

Bij de bijzondere tandheelkunde gaat het om mondzorg ter compensatie van een ernstige afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, mondzorg bij een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening en mondzorg naar aanleiding van een medische behandeling. De mondzorg moet leiden tot een tandheelkundige functie die gelijkwaardig is aan die welke de verzekerde zou hebben gehad als de ernstige aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. Indien deze compensatie kan worden gerealiseerd met behulp van tandheelkundige implantaten heeft de verzekerde recht op tandheelkundige implantaten. Op grond van het eerste lid bestaat er derhalve recht op het aanbrengen van tandheelkundige implantaten voor bijvoorbeeld oligodontiepatiënten, schisispatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaken.

Verzekerden hebben ook recht op tandheelkundige implantaten indien deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese. Er moet dan bij een verzekerde sprake zijn van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak.

Dit recht bestaat op grond van artikel 2.7, eerste lid, onder a, juncto artikel 2.7, tweede lid van het Besluit zorgverzekering.

Ook artikel 2.1, lid 3, van het Besluit zorgverzekering is van belang bij het bepalen van het recht op tandheelkundige implantaten.

Dit artikel luidt:

Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de

verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Uit dit artikel volgt dat verzekerden alleen recht hebben op een implantaat gedragen gebitsprothese als redelijkerwijs plaatsing van een adequaat functionerende normale gebitsprothese niet meer mogelijk is. Hiervoor kan een zorginhoudelijke beoordeling door een adviserend tandarts noodzakelijk zijn.

2.2

Achtergrond

Zorginstituut Nederland monitort de ontwikkeling van de implantaatgedragen gebitsprothese binnen de Zorgverzekeringswet. Uit deze monitoring blijkt dat de kosten al geruime tijd jaarlijks toenemen.

In 2005 was deze toename voor het Zorginstituut aanleiding om middels een circulaire betrokken partijen te informeren over de aanspraak op de implantaatgedragen gebitsprothese zoals die toen bestond op grond van de Regeling Tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering in het kader van de Ziekenfondswet. Na het uitbrengen van deze circulaire was er een kortstondige afvlakking van kostenstijging waar te nemen.

In 2011 hebben we per brief bij belanghebbende partijen wederom aangegeven in welke situaties verzekerden recht kunnen hebben op een implantaatgedragen gebitsprothese.

Aanvankelijk was het aannemelijk te veronderstellen dat de stijging van de kosten werd veroorzaakt door de toename van het aantal verzekerden dat voor deze zorg in aanmerking kwam. De laatste jaren bereiken ons steeds vaker signalen dat verzekerden deze zorg ook krijgen terwijl zij daar op grond van de regelgeving niet voor zijn geïndiceerd. Ook andere factoren, zoals toename van de materiaal- en techniekkosten, ontwikkeling van het aantal zorgverleners en het beleid van zorgverzekeraars zouden bijdragen aan de toename van de kosten voor deze zorg.

Om inzicht te krijgen in de factoren die de kostenontwikkeling van implantaatgedragen gebitsprothesen bepalen, heeft het Zorginstituut in 2012 besloten onderzoek te laten uitvoeren. Dit onderzoek is uitgevoerd in 2013. In het volgende hoofdstuk gaan wij in op dit onderzoek en de uitkomsten ervan.

3 Onderzoek

Zorginstituut Nederland heeft besloten onderzoek te laten uitvoeren om inzicht krijgen in de factoren die de kostenontwikkeling van implantaatgedragen gebitsprothesen bepalen en welke mogelijke maatregelen 'gepast gebruik' van deze zorg zouden kunnen bevorderen.

We hebben daartoe onderzoeksbureau Pallas opdracht gegeven tot het uitvoeren van het gewenste onderzoek (Zie bijlage 1).

Op basis van de doelstelling van dit onderzoek zijn drie hoofdvragen geformuleerd:

- 1 Welke factoren spelen welke rol bij de kostenontwikkeling van implantaatgedragen gebitsprothesen in Nederland?
- 2 Welke activiteiten ontplooiën betrokken partijen voor het bevorderen van 'gepast gebruik' van implantaatgedragen gebitsprothesen?
- 3 Welke voor- en nadelen zijn verbonden aan mogelijke maatregelen die 'gepast gebruik' van implantaatgedragen gebitsprothesen bevorderen en de groei van uitgaven stabiliseren of beperken, voor zover dit wenselijk is en/of aan de orde is en wat is het draagvlak voor deze maatregelen?

Om inzicht te krijgen in de standpunten en visies omtrent de hoofdvragen is een gemodificeerd Delphi-onderzoek uitgevoerd.

Het Delphi-onderzoek bestond uit twee schriftelijke ronden, waarin een vragenlijst met vragen en stellingen is voorgelegd aan een panel van experts die zijn betrokken bij de behandeling met en vergoeding van een implantaatgedragen gebitsprothese.

Deze experts zijn onder te verdelen in vier categorieën:

- Beleidsmakers/overheid
- Patiënt/consumentvertegenwoordigers
- Vertegenwoordigers van zorgverzekeraars
- Zorgverleners en/of vertegenwoordigers van de belangrijkste beroepsverenigingen

Voor de eerste ronde van het Delphi-onderzoek zijn in totaal 21 deskundigen benaderd: 19 experts hebben de eerste vragenlijst ingevuld (respons 90%).

Voor de tweede ronde zijn 19 deskundigen benaderd: 18 experts hebben de tweede vragenlijst ingevuld (respons 95%).

De vragen en stellingen in de twee vragenlijsten van het onderzoek zijn door de meeste experts uitgebreid beantwoord; op basis van de antwoorden is veel informatie naar voren gekomen over de hoofdvragen.

3.1 Factoren

Volgens de experts zijn er meerdere factoren die op verschillende niveaus hebben bijgedragen aan de kostenontwikkeling van implantaatgedragen gebitsprothesen:

- Maatschappij (vergrijzing, groter belang uiterlijk, groter belang comfort van hulpmiddelen).
- Organisatie van zorg en bekostiging (tot eind jaren zeventig waren preventie en onderhoud geen prioriteit in de mondzorg, relatief aantrekkelijke vergoeding voor implantaatgedragen gebitsprothesen, beperkte beoordeling van indicaties voor implantaatgedragen gebitsprothesen, onnodige zorg (bijvoorbeeld vroege vervanging gebitsprothesen), gebrek aan richtlijnen/goede regelgeving).
- Zorgaanbod (meer behandel mogelijkheden door innovatie en ontwikkeling, toename implantologiezorgverleners, toename implantatie-deskundigheid en afname deskundigheid voor conventionele gebitsprothesen, toename indicaties

implantaatgedragen gebitsprothesen (vooral de bovenkaak), actiever aanbod implantaatgedragen gebitsprothesen).

- Zorgvraag (toename bekendheid en behoefte implantaatgedragen gebitsprothesen onder patiënten).
- Kosten (stijging materiaal- en techniekkosten en indirect door toename kosten voor nazorg, reparatie en vervanging).

3.2 Activiteiten partijen

Aan de verschillende expertgroepen die hebben deelgenomen aan dit onderzoek is gevraagd naar hun huidige werkwijze ten aanzien van het bevorderen van 'gepast gebruik' van implantaatgedragen gebitsprothesen.

Vertegenwoordigers van zorgverzekeraars

- Zorgverzekeraars maken afspraken met zorgverleners over indicatiestelling, kwaliteit en (maximale) vergoeding. De zorginkoop vindt deels plaats via contractering en machtigingsvrije protocollen. Er kan bij de inkoop onderscheid worden gemaakt tussen het chirurgische en prothetische deel van implantaatgedragen gebitsprothesen.
- De zorginhoudelijke beoordeling door zorgverzekeraars vindt soms marginaal plaats en niet in alle gevallen door een adviserend tandarts. Voor de onderkaak vindt toetsing soms achteraf plaats. Voor de bovenkaak vindt meestal vooraf toetsing plaats door de adviserend tandarts, eventueel via spreekuur met de adviserend tandarts.
- Er is beperkte controle naar de rechtmatigheid van zorg (vooral bij twijfel en/of klachten).
- Een implantaatgedragen gebitsprothese is gemachtigde zorg; de doelmatigheid wordt getoetst via een aanvraagbeoordeling. Hierbij wordt gekeken of er sprake is van zorgvuldige indicatiestelling en/of aansluiting bij de beroepsstandaarden; of de verzekerde naar omvang is aangewezen op de aangevraagde verstrekking (heeft de verzekerde niet onterecht teveel of te weinig zorg ontvangen), en of er sprake is van marktconforme tarieven.

Nederlandse Zorgautoriteit

- Toezicht door de NZa op de zorgverzekeraars naar 'gepast gebruik' wordt uitgevoerd via vereveningsonderzoek en via onderzoek naar acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie en zorgplicht.

Zorgverleners

- Sommige zorgverleners lopen bij het stellen van de zorginhoudelijke diagnose aan tegen verzekeringstechnische beperkingen. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om patiënten met duidelijke retentie- en/of functieklachten die voldoen aan de criteria voor 'gepast gebruik', maar niet in aanmerking komen voor vergoeding (ze hebben geen ernstig geslonken kaak). Of patiënten met een ernstig geslonken kaak die wel in aanmerking komen voor vergoeding, maar niet voldoen aan de criteria voor 'gepast gebruik' (er is geen sprake van functieklachten).

3.3 Mogelijke maatregelen

Aan de experts zijn meerdere stellingen voorgelegd over maatregelen die 'gepast gebruik' van implantaatgedragen gebitsprothesen zouden kunnen bevorderen.

Maatregelen waarmee de meeste experts het **eens** waren:

- Onderbouwing vergoeding honorariumdeel implantaatgedragen gebitsprothese

(88%)

- Maximering materiaal- en techniekkosten (78%)
- Centralisering diagnostiek en indicatiestelling implantaatgedragen gebitsprothesen bovenkaak (63%)
- Centralisering behandelingen implantaatgedragen gebitsprothesen bovenkaak (60%)
- Verhoging eigen bijdrage implantaatgedragen gebitsprothese (59%)
- Aanscherping zorginhoudelijke criteria implantaatgedragen gebitsprothese bovenkaak (57%)

Maatregelen waarmee de meeste experts het **oneens** waren:

- Schrapping aanspraak implantaatgedragen gebitsprothese bovenkaak (93%)
- Schrapping aanspraak mesostructuur (87%)
- Schrapping aanspraak implantaatgedragen gebitsprothese (80%)
- Chirurgische deel implantologie onderbrengen in tweede lijn (80%)
- Opname materiaal- en techniekkosten in honorariumdeel (78%)
- Onderbouwing tijdsbesteding zorgverlener per verrichtingencode (75%)
- Centralisering behandelingen implantaatgedragen gebitsprothesen onderkaak (75%)
- Invoering eigen bijdrage per implantaat (65%)
- Centralisering diagnostiek en indicatiestelling implantaatgedragen gebitsprothesen onderkaak (63%)

Maatregel waarmee ongeveer evenveel experts het eens of oneens waren:

- Vaste vergoeding voor gehele implantaatgedragen gebitsprothese (all-in tarief) (47% eens; 47% oneens).

Door de experts werden bij de maatregelen verschillende voor- en nadelen genoemd. Deze argumenten vallen binnen verschillende categorieën: de toegankelijkheid van de zorg (met name voor de sociaal zwakkeren in de samenleving), de eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van de mondgezondheid, de kosten op de lange termijn, de kwaliteit van de zorg en de transparantie van de kostenopbouw, de administratieve belasting/praktische uitvoerbaarheid, de keuzevrijheid van de patiënt, praktijkdifferentiatie, het onderscheid tussen problematiek in de onder- en bovenkaak, het aantal betrokken behandelaars en de verantwoordelijkheid voor de zorg/het (eind)resultaat. Voor de ene maatregel kon een argument een voordeel zijn, voor het andere een nadeel.

3.4

Opvallendheden

Onderzoekers maken ook melding van een aantal opvallendheden.

Taakverdeling verschillende zorgverleners

De resultaten lieten zien dat bij de behandeling met een implantaatgedragen gebitsprothese verschillende zorgverleners betrokken zijn. De zorg lijkt zich hierbij te verplaatsen vanuit de kaakchirurgie naar de tandartspraktijk (tweede naar eerste lijn). Het is echter niet altijd duidelijk wat de taakverdeling is, wie de regie heeft over het totale zorgtraject, en wie er verantwoordelijk is voor het (eind)resultaat; er is sprake van een versnipperd zorgaanbod. Ook bestaat er onduidelijkheid over de rol en de bevoegdheden van de tandprotheticus.

Richtlijnen en regelgeving

Door de experts is aangedragen dat richtlijnen en regelgeving aan zorgverleners duidelijkheid zouden moeten verschaffen over de indicatie voor implantologie. Buiten de (praktische) richtlijnen van de (Nederlandse Vereniging voor Orale

Implantologie) NVOI met betrekking tot de implantologie (en de wettelijke regelgeving 'zeer ernstig geslonken kaak en het niet goed kunnen functioneren van een prothetische voorziening') zijn er voor de boven- en onderkaak geen (zorginhoudelijke) richtlijnen voor de implantaatgedragen gebitsprothese. Richtlijnen lijken met name voor de bovenkaak van belang (omdat hierbij sprake is van een complexere indicatie, de relatie met de situatie in de onderkaak, een minder gunstige prognose, meer gecompliceerde chirurgische en prothetische technieken, een langere behandelduur, een grotere belasting voor de patiënt, lastiger onderhoud en hogere kosten).

Definitie 'gepast gebruik'

Uit de resultaten kwam naar voren dat er verschil is tussen de indicatiestelling door zorgverleners (komt een patiënt in aanmerking voor een implantaatgedragen gebitsprothese) en de indicatiestelling door zorgverzekeraars (komt een patiënt in aanmerking voor vergoeding van een implantaatgedragen gebitsprothese). Dit onderscheid komt ook terug in de huidige definitie van 'gepast gebruik': 'gepast gebruik' heeft vanuit een zorginhoudelijk oogpunt een andere betekenis dan vanuit een verzekeringsoogpunt. Een deel van de aan de experts voorgelegde maatregelen is gericht op 'gepast gebruik' vanuit zorginhoudelijk oogpunt, maar dit betekent niet dat de maatregel ook tot 'gepast gebruik' vanuit een verzekeringsoogpunt zou kunnen leiden. Het is dus van belang om tot een heldere definitie van 'gepast gebruik' te komen; afhankelijk van deze definitie kan dan bepaald worden welke maatregelen kunnen bijdragen aan 'gepast gebruik' van implantaatgedragen gebitsprothesen.

4 Uitwerking resultaten van onderzoek

Uit het onderzoek komt naar voren dat er maatregelen zijn waar de meeste experts het over eens zijn. Concrete maatregelen met voldoende draagvlak betreffen de financiering (onderbouwing van de honorariumstructuur, maximering van materiaal- en techniekkosten, verhoging van de eigen bijdrage) en de implantaatgedragen bovenprothese (centralisering van diagnostiek, indicatiestelling en behandeling, met aanscherping van de zorginhoudelijke criteria).

Verder komt uit het onderzoek naar voren dat de taakverdeling tussen verschillende zorgverleners (kaakchirurgen, tandarts-implantologen, tandarts-prothetisten en tandprotheticici) soms onduidelijk is. Daarnaast bestaat behoefte aan een zorginhoudelijke en/of verzekeringstechnische richtlijn voor de implantaatbehandeling in het kader van de bijzondere tandheelkunde.

Het Zorginstituut heeft voorgesteld om maatregelen te nemen die aansluiten bij de uitkomsten van het onderzoek en waarvoor draagvlak is in het panel van deskundigen die bij het onderzoek zijn betrokken.

Het gaat om maatregelen op de hieronder genoemde onderdelen. Per onderdeel is aangegeven wat de aard van de maatregel zou kunnen zijn.

4.1 Maatregelen

- 4.1.1 *Opstellen van zorginhoudelijke richtlijn; aanscherping indicatiestelling*
Thans is er geen breed gedragen zorginhoudelijke richtlijn voor implantaatgedragen gebitsprothesen in het kader van de bijzondere tandheelkunde. Partijen (zorgverleners, zorgverzekeraars en patiënten) stellen deze richtlijn op en bieden die gezamenlijk aan, met de bijbehorende meetinstrumenten, aan het Kwaliteitsinstituut.
- 4.1.2 *Centralisering van diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van implantaatgedragen prothesen in de bovenkaak*
Patiënten met een edentate bovenkaak, bij wie een implantaatgedragen prothese in beeld komt, worden verwezen naar een centrum voor bijzondere tandheelkunde dat contractueel is verbonden met de zorgverzekeraar en dat beschikt over aantoonbare expertise op dit terrein en een functionerend kwaliteitssysteem.
- 4.1.3 *Vaststellen regie en verantwoordelijkheid*
Voor elke implantaatbehandeling van de edentate patiënt staat vast wie de regie heeft over het gehele zorgtraject, inclusief prothetiek en nazorg, en wie uiteindelijk verantwoordelijk voor en aanspreekbaar over het resultaat is. De zorgverzekeraar legt dit vast in zijn overeenkomsten met zorgverleners en in de machtigingen na aanvragen.
- 4.1.4 *Onderbouwen van het honorarium van de zorgverlener*
De tarievenlijst van de NZa is gebaseerd op een beleidsregel met verrichtingenpunten, die de zwaarte aangeven van elke deelverrichting. De verrichtingenpunten moeten gerelateerd zijn aan de bestede tijd per verrichting. In

de praktijk zal moeten worden onderzocht of de feitelijke tijdsbesteding overeenkomt met die, welke de NZa in de beschikking gebruikt. Vervolgens zal zo nodig aanpassing van de punten plaatsvinden.

4.1.5 *Maximering van materiaal- en techniekkosten*

Thans zijn materiaal- en techniekkosten in de mondzorg, en dus ook in de implantologie, niet gereguleerd. De NZa heeft wel een lijst uitgebracht met maximumtarieven die in de mondzorg in rekening kunnen worden gebracht bij door zorgverleners in eigen beheer verrichte tandtechniek. Deze lijst kan worden omgevormd tot een in de gehele sector geldende beschikking voor techniek- en materiaalkosten.

4.1.6 *Aanpassing van de eigen bijdrage*

Thans bedraagt de eigen bijdrage krachtens artikel 2.31 Regeling zorgverzekering voor de conventionele gebitsprothese 25% van de totale kosten, en voor de implantaatgedragen prothese € 125 per kaak. Vaak is een conventionele gebitsprothese voor de verzekerde 'duurder' dan een implantaatgedragen prothese. De eigen bijdrage voor de implantaatgedragen prothese zal, met inachtneming van de overige maatregelen, zo worden aangepast dat deze onder alle omstandigheden hoger is dan de eigen bijdrage voor de conventionele prothese. Het Zorginstituut zal over de eigen bijdrage een advies uitbrengen aan de minister.

4.2 **Uitwerking van maatregelen**

Op 4 oktober 2013 is het plan van aanpak voor de implantaatgedragen gebitsprothesen, dat voortvloeide uit het door Pallas uitgevoerde gemodificeerde Delphi-onderzoek, besproken in de ACP.

Tijdens de bespreking in de ACP heeft de commissie, met verwijzing naar het rapport 'De mondzorg van morgen' van de Gezondheidsraad, opgemerkt het kwaliteitsbeleid als een belangrijk onderdeel te zien bij de te maken afspraken over het beperken/terug dringen van de kostenstijging en bevorderen van gepast gebruik. Volgens de ACP kunnen vergaande pakketmaatregelen uitblijven wanneer partijen concrete afspraken maken.

5 Uitkomsten consultatie

In overeenstemming met de aanbevelingen van de ACP heeft het Zorginstituut de voorgestelde maatregelen op 22 november 2013 voorgelegd aan betrokken partijen. Daarnaast hebben we in bilaterale overleggen gesproken over het plan van aanpak met delegaties van de Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT), de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT), de Organisatie van Nederlandse Tandprotheticici (ONT), het Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde (COBIJT), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Achmea, CZ, Menzis, VGZ, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI).

In dit hoofdstuk zijn opmerkingen van de verschillende partijen opgenomen. We willen daarmee inzicht geven aan opvattingen van partijen. Punten die hier worden gemaakt zijn toe te schrijven aan de diverse partijen en zijn geen uitdrukking van consensus.

5.1 **Opstellen van zorginhoudelijke richtlijn; aanscherping indicatiestelling**

Er is brede steun voor het opstellen van een richtlijn. Dit is belangrijk en moet prioriteit hebben. De NVOI wil het voortouw nemen. De NVOI heeft inmiddels een structuur opgetuigd voor de ontwikkeling van richtlijnen en indicatoren.

Het traject van immediaatprothese tot implantaatgedragen prothese moet worden beschreven, met daaraan verbonden een toetsingskader. Nu wordt soms te snel geïmplant, wat leidt tot extra problematiek: een te hoog verwachtingspatroon bij de verzekerde. Uitgangspunt moet zijn: de ernst van de aandoening. De soort van tandheelkundige behandeling ligt dan open. Zo heeft de onderkaak soms een mondbodemvestibulumproblematiek die ernstiger is dan die van een geslonken kaak. En er mag niet direct na het edentaat worden een implantaatgedragen prothese worden geplaatst. Dit kan pas aan de orde zijn na bijvoorbeeld een jaar.

De omvang van de richtlijn moet worden gedefinieerd. Er moet onderscheid gemaakt worden tussen de klinische en de verzekeringstechnische indicatie. In het kader van dit project vormt de verzekeringstechnische indicatie de kern. Deze indicatie moet worden geëxpliciteerd. Een betere omschrijving van de omvang van deze zorg is gewenst. De criteria moeten scherper worden omschreven. De prothetische indicatie staat voorop.

Tegenwoordig raken veel mensen pas op hogere leeftijd tandeloos. Dit geeft veel problemen. De onderkaak vormt bij edentaten al snel een handicap. De problemen liggen echter vooral in de bovenkaak. De verzekeringsindicatie is lastig te interpreteren. Wat is ernstige resorptie? In elk geval moet de patiënt een duidelijk probleem hebben. Elke aanvraag voor de bovenkaak wordt getoetst door de adviserend tandarts. De eventuele afwijzingsgrond moet helder worden geformuleerd.

Multidisciplinariteit is wenselijk als algemene eis, ook wat betreft het klachtenpatroon. De uitvoerder moet een gedifferentieerde tandarts zijn. Multidisciplinaire hulp behoeft overigens niet altijd mede van buiten de tandheelkunde te komen.

Bij implantaten is sneller vervanging van de prothese noodzakelijk dan bij een conventioneel kunstgebit. In het algemeen zijn bij implantaatgedragen prothesen de kosten van vervolgbehandeling en onderhoud hoog.

5.2 Centralisering van diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van implantaatgedragen prothesen in de bovenkaak

In de bovenkaak is de indicatie cruciaal. Altijd eerst de onderkaak in orde brengen, dan pas implantaten in de bovenkaak overwegen. Implantaten in de bovenkaak moeten uitzondering zijn; 1 à 2 % van de bovenprothesen levert indicatie daartoe op (kokhalzen, rare kaakvormen; goed omschreven uitzonderingen, waarvoor wel indicatoren zijn te geven).

De indicatie tot implantaten in de bovenkaak past in een centrum voor bijzondere tandheelkunde. Zeker de grotere centra (met meer dan 1 fte tandarts) hebben daarvoor voldoende expertise. Nu al worden zij door verzekeraars gebruikt voor het verkrijgen van een second opinion. Verplicht inschakelen van een CBT kan echter beter anders worden geformuleerd: de indicatie wordt gesteld door een hiertoe geëquipeerde, gedifferentieerde tandarts. Second opinion voor de bovenkaak is gewenst, door een pool/netwerk van CBT's en geaccrediteerde tandartsen; zij voeren uiteraard de behandeling niet zelf uit. De uitvoering vindt plaats door een gedifferentieerde tandarts, eventueel met taakdelegatie of verwijzing.

Hier ligt een rol voor de zorgverzekeraar: instellen door preferente zorgverzekeraar van een regionaal groepje collega's dat aanvragen beoordeelt (vgl. de vroegere kronencommissie), een "Regionaal Expertise Team (RET). Zij toetsen onafhankelijk en zijn over het algemeen zeer kritisch.

Machtigingsvrij implanteren is alleen toegestaan bij 2 implantaten in de onderkaak. Bij aanvragen in de bovenkaak worden altijd modellen opgevraagd. Spreekuurbezoek doorgaans alleen bij bezwaar (i.v.m. afstand voor verzekerde).

5.3 Vaststellen regie en verantwoordelijkheid

De verantwoordelijkheid voor het gehele behandelingsplan moet bij één persoon liggen. Het behandeltraject reikt van de onderzoeksfase tot en met het plaatsen van de tandheelkundige voorziening, inclusief nazorg gedurende ten minste 24 maanden. Eindverantwoordelijke zorgverleners kunnen uitsluitend zorgverleners zijn die voor het gehele behandeltraject bekwaam zijn (dus zowel de prothetiek als de chirurgie). Protocollaire afspraken over wie verantwoordelijk is voor de keten zijn ondubbelzinnig vastgelegd.

De regie over de behandeling is nu vaak ver te zoeken. Die zou bij de protheticus moeten liggen. In de praktijk plaatst de implantoloog zichzelf vaak centraal in de behandeling.

Er moeten afspraken over garantie worden gemaakt. Hierop moet de zorgverzekeraar sturen. Bijvoorbeeld: in het contract 2 jaar garantie op de suprastructuur opnemen.

Bij de contractering moet een verwijsdocument verplicht worden gesteld met afspraken over de verantwoordelijkheid. De verzekeraar streeft naar een landelijke dekking van gecontracteerden. Contractering is in de Randstad geen probleem. Wel in enkele buitengebieden. Vanwege de zorgplicht wordt implantaatbehandeling door

niet gecontracteerde praktijken dan wel vergoed.

Er zijn 'avonturiers', die geen overeenkomst willen sluiten en geen boodschap hebben aan de aanspraak. Een probleem vormt bijvoorbeeld een tandtechnisch bureau dat de indicatie stelt en een implantoloog inhuurt. Wij zien ook steeds meer na 3 jaar omzettingen van mesostructuur (knopjes-steg of omgekeerd).

Met gecontracteerden zijn prijsafspraken gemaakt. Niet gecontracteerden zijn wel gemaximeerd en kunnen hoger uitkomen dan gecontracteerden. De verzekeraar wil bij niet gecontracteerden overgaan op het restitutiesysteem, en via de polis een hogere eigen bijdrage vragen.

Zorgverzekeraars moeten gezamenlijk doelmatigheidstoetsing uitvoeren, met ZN in een coördinerende rol.

5.4 Onderbouwen van het honorarium van de zorgverlener

Onderbouwing van tarieven is de basis van transparante zorg. De NZa is verantwoordelijk voor de onderbouwing van de tarieven. De NZa werkt middels een kostenonderzoek aan herijking van de tarieven. Dit onderzoek is niet gericht op individuele puntenaantallen. Het onderzoek geeft een beeld van de kosten en opbrengsten van de algemene tandartspraktijk alsook van de praktijken die zich toeleggen op implantologie en van de tandprotheticici.

De rol van de verzekeraars is ook belangrijk. De transparantieregels van de NZa moeten worden toegepast door de zorgverzekeraars (bijvoorbeeld ten aanzien van het opvragen van inkoopfacturen). Doorontwikkeling van de prestaties/puntenaantallen door partijen is gewenst. Onderbouwing kan worden meegenomen bij doorontwikkeling van de prestatielijst. De nu geldende puntenaantallen stammen nog uit de tijd van introductie van de implantologie, en zijn nooit aangepast. De behandeling is nu veel eenvoudiger. Dit geldt met name voor de edentate kaak. Implantaten in de betande kaak zijn van een andere orde. Er moet gekeken worden naar de echte werkzaamheden en de complexiteit van de behandeling. De NVOI kan hierbij expertise ter beschikking stellen. De edentate implantologie moet losgekoppeld worden van de dentate implantologie. Het puntenaantal voor de edentate kan naar het zich laat aanzien omlaag, dat voor de dentate omhoog.

5.5 Maximering van materiaal- en techniekkosten

De begrenzing van materiaal- en techniekkosten verdient prioriteit. Dit moet veel scherper, vooral in de bovenkaak. Hierbij is de rol van de verzekeraars prominent. Gezien de marktsituatie zijn implantologen meer bereid om overeenkomsten te sluiten met verzekeraars over maximering. Verzekeraars kunnen ook de transparantie van materiaal- en techniekkosten en/of gebruikte materialen vergroten via een aanbeveling c.q. richtlijn voor maximumtarieven. Specificatie van materiaal- en techniekkosten moet sowieso veel helderder worden. Transparantie is te bereiken door beter te benoemen. Het vaststellen van grenzen van materiaal- en techniekkosten is een belangrijke taak voor de zorgverzekeraar.

De zorgverzekeraars stellen de kaders vast. De lijst van techniekkosten van de NZa is niet volledig, en anderzijds te gedetailleerd. De verzekeraar maximeert per product. Misbruik is moeilijk te bewijzen. Maximering van de materiaal- en techniekkosten heeft een nadeel: iedereen kruipt naar maximum toe. In het buitenland zijn implantaten en techniekkosten goedkoper. Implantaten zijn

hier veel duurder dan in Duitsland. Een verzekeraar heeft het idee om implantaten in te kopen (alle merken) en ze toe te sturen na de machtiging. Zo wordt de tussenhandel omzeild.

De materialen vormen het grootste probleem: verkapt honorarium, via kortingen. Bijvoorbeeld extra implantaten voor particuliere patiënten. Eventueel kan een totaalprijs worden ingevoerd van honorarium+materiaal- en techniekkosten.

5.6 **Aanpassing van de eigen bijdrage**

Soms bieden zorgverleners vrijstelling van de eigen bijdrage aan. Dit is vooral probleem bij ketens (van implantologie). Anderzijds worden ook vaak naast de wettelijke eigen bijdrage andere bijdragen in rekening gebracht bij de patiënt. Verder zouden verzekeraars de eigen bijdrage niet moeten herverzekeren.

Het eigen risico is van geringe betekenis. Dat is vaak al snel op. Dat geldt overigens ook voor de conventionele gebitsprothese. Een vorm van remgeld is wel gewenst: de patiënt waardeert de verleende zorg dan meer.

De perverse tariefprikkel moet eruit, dat qua eigen bijdrage de conventionele prothese voor de patiënt duurder is dan de implantaatgedragen prothese. Er moet wel een eigen bijdrage blijven. Dit moet geen vast bedrag, maar een percentage van de kosten zijn. De eigen bijdrage voor implantologie moet sowieso hoger zijn dan voor de conventionele gebitsprothese, met een voorkeur voor een percentage. Dit vormt een prikkel tot kostenverlaging. Eigen bijdrage voor implantaatgedragen prothesen mag fors omhoog, naar 25% van de totale kosten. Tandartsen hebben een voorkeur voor vergoeding van een vast bedrag, met de meerkosten als eigen bijdrage.

Alleen de implantaten behoren tot de bijzondere tandheeskunde, als compensatie voor de handicap. Voor deze 'echte' bijzondere tandheeskunde zou geen eigen bijdrage moeten gelden. Overwogen kan worden een eigen bijdrage voor de meso- en suprastructuur van 25%. Er moet onderscheid gemaakt worden tussen de eigen bijdrage in de boven- en de onderkaak. Onder moet die lager zijn, bv. 80-85% vergoeding. In de bovenkaak zou de eigen bijdrage moeten uitkomen op € 500 à 600. De implantaatgedragen prothese moet wel betaalbaar blijven voor wie het echt nodig heeft.

Veel mensen komen te laat voor controle; dan is meer onderhoud nodig. De eigen verantwoordelijkheid van de verzekerde ten aanzien van onderhoud en controle moet worden benadrukt, in de vorm van een getekend contract met verplichte jaarlijkse controle en het opvolgen van instructies voor patiënten met implantaatgedragen prothesen, inclusief een boeteclausule.

6 Afspraken, implementatie en evaluatie

Op 7 maart 2014 heeft het Zorginstituut partijen het conceptrapport toegestuurd. In het conceptrapport zijn de uitkomsten van de gesprekken opgenomen. Daarnaast is in het conceptrapport aangegeven hoe de voorgestelde maatregelen, gebaseerd op gesprekken met partijen, geoperationaliseerd kunnen worden.

De uitkomsten van die gesprekken zijn opgenomen in het conceptrapport 'Implantaatgedragen gebitsprothesen' in wording. In het zesde hoofdstuk is geformuleerd hoe de voorgestelde maatregelen, gebaseerd op gesprekken met partijen, geoperationaliseerd kunnen worden.

Op 24 maart 2014 hebben we een bijeenkomst belegd waar alle belanghebbende partijen aanwezig waren. Aan de hand van een conceptversie van dit rapport zijn afspraken gemaakt over de te nemen maatregelen. Van de bijeenkomst is een verslag gemaakt waarop partijen hebben kunnen reageren. In dit hoofdstuk zijn de gemaakte afspraken weergegeven.

6.1 Afspraken

In de volgende paragrafen zijn de afspraken over de voorgestelde maatregelen in tabelvorm weergegeven. Ook zijn er afspraken over implementatie en evaluatie gemaakt.

6.1.1 Opstellen van zorginhoudelijke richtlijn; aanscherping indicatiestelling

Bij deze maatregel neemt de NVOI het initiatief om te komen tot richtlijn ontwikkeling voor implantaatgedragen gebitsprothese in de onder- en bovenkaak. Nadat de richtlijnen gereed zijn neemt Zorginstituut Nederland het initiatief om te komen tot een aanscherping van de verzekeringstechnische indicatiestelling.

		Zorginhoudelijke richtlijn	Aanscherping indicatiestelling/ Verzekeringsvoorwaarden
Wie?	Welke partijen betrokken?	NVOI NVMKA KiMo (Kennisinstituut Mondzorg) NPCF Zorgverzekeraars	Zorgverzekeraars ANT NMT NVM ONT Cobijt
	Wie trekt/organiseert?	NVOI	Zorginstituut Nederland
Wat?	Wat is het eindproduct?	Richtlijn implantaatgedragen gebitsprothese in de onderkaak. Richtlijn implantaatgedragen gebitsprothese in de bovenkaak. Indicatoren.	Op basis van de richtlijnen is er een duidelijke verzekeringstechnische indicatie geformuleerd.
	Welke vragen zijn dan beantwoord?	Wanneer verzekerden zorginhoudelijk geïndiceerd zijn voor een implantaatgedragen gebitsprothese.	Wanneer een verzekerde recht heeft op een implantaatgedragen gebitsprothese in het kader van de basisverzekering.
Wanneer?	Wat is startdatum?	Proces loopt al.	Begin 1 ^e kwartaal 2015
	Wat is einddatum?	Richtlijn implantaatgedragen gebitsprothese in de onderkaak: eind 2014 Richtlijn implantaatgedragen gebitsprothese in de bovenkaak: eind 1 ^e kwartaal 2015	Richtlijn implantaatgedragen gebitsprothese in de onderkaak: 1 ^e kwartaal 2015 Richtlijn implantaatgedragen gebitsprothese in de bovenkaak: eind 2 ^e kwartaal 2015
Implementatie- en monitorafspraken?	Hoe worden afspraken afdwingbaar in het veld?	IGZ ziet toe op naleving richtlijnen Beroepsgroepen zijn verantwoordelijk voor implementatie richtlijnen.	Zorgverzekeraars leggen afspraken vast in overeenkomsten.
	Hoe kunnen we resultaten zichtbaar maken?	Intercollegiale toetsing. Uitkomsten indicatoren publiek maken.	Afname van het aantal implantaatgedragen gebitsprothesen.

6.1.2 Centralisering van diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van implantaatgedragen prothesen in de bovenkaak

De NVOI neemt het initiatief voor het maken van afspraken over de wijze waarop zorgverleners de diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van implantaatgedragen prothesen in de bovenkaak, in samenspraak met zorgverzekeraars, organiseren en vormgeven.

Wie?	Welke partijen betrokken?	NVOI NVMKA Zorgverzekeraars/CAT ANT NMT NVM ONT
	Wie trekt/organiseert?	NVOI
Wat?	Wat is het eindproduct?	Afspraken over diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van implantaatgedragen prothesen in de bovenkaak. Diagnostiek wordt uitgevoerd door bewezen deskundige tandarts. Elke indicatie voor een implantaatgedragen prothese in de bovenkaak wordt getoetst door een deskundige tandarts, niet zijnde de behandelend zorgverlener. De tandprotheticus kan daarbij aangeven of een conventionele gebitsprothese nog een mogelijkheid is. Behandeling wordt uitgevoerd door bewezen deskundige zorgverleners.
	Welke vragen zijn dan beantwoord? Welke problemen zijn opgelost?	Er is onomstotelijk vastgesteld dat de implantaatgedragen gebitsprothese in de bovenkaak de enige mogelijkheid voor een functionerende prothese is. Er zijn waarborgen in het zorgproces ingebouwd die ervoor zorgen dat de behandeling alleen wordt uitgevoerd door bevoegde en bekwame zorgverleners.
Wanneer?	Wat is startdatum?	Begin 3 ^e kwartaal 2014
	Wat is einddatum?	Eind 1 ^e kwartaal 2015
Implementatie- en monitorafspraken?	Hoe worden afspraken afdwingbaar in het veld?	Opnemen in polissen en contracten. Zorgverleners handelen volgens gemaakte afspraken.
	Hoe kunnen we resultaten zichtbaar maken?	Intercollegiale toetsing.

6.1.3 Vaststellen regie en verantwoordelijkheid

De NVOI neemt het initiatief om met partijen afspraken te maken over de inrichting van de regie en verantwoordelijkheid voor de totale behandeling.

Wie?	Welke partijen betrokken?	NVOI Zorgverzekeraars/CAT ANT NMT NVM NVMKA ONT (IGZ)
	Wie trekt/organiseert?	NVOI
Wat?	Wat is het eindproduct?	In het zorgplan is aangegeven welke bevoegde en bekwame zorgverlener verantwoordelijk is voor de totale behandeling.
	Welke vragen zijn dan beantwoord? Welke problemen zijn opgelost?	Wie verantwoordelijk is voor de totale behandeling.
Wanneer?	Wat is startdatum?	Begin 3 ^e kwartaal 2014
	Wat is einddatum?	Eind 1 ^e kwartaal 2015
Implementatie- en monitorafspraken?	Hoe worden afspraken afdwingbaar in het veld?	Opnemen in polissen en contracten. Zorgverleners handelen volgens gemaakte afspraken.
	Hoe kunnen we resultaten zichtbaar maken?	Intercollegiale toetsing.

6.1.4 Onderbouwen van het honorarium van de zorgverlener

ANT, NMT en ONT nemen het initiatief om, eventueel samen met ZN, bij de NZa een voorstel in te dienen om te komen tot een nieuwe set van tarieven voor de implantologie.

Wie?	Welke partijen betrokken?	Zorgverzekeraars ANT NMT NVM ONT
	Wie trekt/organiseert?	ANT, NMT en ONT nemen het initiatief de implantologie ook bij de 'doorontwikkelagenda' te betrekken en te komen met voorstellen voor aanpassing en deze al dan niet met ZN aan de NZa voor te leggen.
Wat?	Wat is het eindproduct?	Nieuwe set van tarieven voor de implantologie en de daarop te plaatsen gebitsprothesen. Herijking van de puntwaarden.
	Welke vragen zijn dan beantwoord? Welke problemen zijn opgelost?	Tarieven zijn dan weer in overeenstemming met de complexiteit van de diverse behandelingen.
Wanneer?	Wat is startdatum?	2014
	Wat is einddatum?	Eind 2015
Implementatie- en monitorafspraken?	Hoe worden afspraken afdwingbaar in het veld?	Wettelijk vastgestelde tarieven
	Hoe kunnen we resultaten zichtbaar maken?	Het Zorginstituut Nederland zal de kostenontwikkeling van de implantaatgedragen gebitsprothesen monitoren.

6.1.5 Maximering van materiaal- en techniekkosten

Zorgverzekeraars maken inzichtelijk welke materiaal- en techniekkosten, gezien de kwaliteit van de gebruikte materialen, aannemelijke kosten zijn en maken daarover met zorgverleners afspraken.

Wie?	Welke partijen betrokken?	Zorgverzekeraars Zorgverleners
	Wie trekt/organiseert?	Zorgverzekeraars
Wat?	Wat is het eindproduct?	De materiaal- en techniekkosten zijn transparant. Voor alle betrokkenen is duidelijk wat gezien de gebruikte materialen (kwaliteit) aannemelijke kosten zijn. Afspraken hebben betrekking op nieuwe implantaatgedragen gebitsprothesen alsook op reparaties, rebasing en vervangingsprothesen.
	Welke vragen zijn dan beantwoord? Welke problemen zijn opgelost?	Onderbouwing van de materiaal- en techniekkosten.
Wanneer?	Wat is startdatum?	3 ^e kwartaal 2014
	Wat is einddatum?	4 ^e kwartaal 2014
Implementatie- en monitorafspraken?	Hoe worden afspraken afdwingbaar in het veld?	Zorgverzekeraars leggen afspraken vast in overeenkomsten (en polissen). Zorgverleners geven een duidelijke en transparante onderbouwing van de materiaal- en techniekkosten.
	Hoe kunnen we resultaten zichtbaar maken?	Zorgverleners en zorgverzekeraars handelen volgens gemaakte afspraken.

6.1.6 *Aanpassing van de eigen bijdrage*

Zorginstituut Nederland adviseert de minister over een aanpassing van de eigen bijdrage.

Wie?	Welke partijen betrokken?	Zorginstituut Nederland Volgende partijen worden geconsulteerd: ANT NMT NVM ONT ZN
	Wie trekt/organiseert?	Zorginstituut Nederland
Wat?	Wat is het eindproduct?	Advies aan de minister over de vormgeving en hoogte van de eigen bijdrage.
	Welke vragen zijn dan beantwoord? Welke problemen zijn opgelost?	Tot op heden is het uitgangspunt voor de hoogte van de eigen bijdrage dat de eigen bijdrage ongeacht het type gebitsprothese gelijk is. In de praktijk blijkt de eigen bijdrage voor de implantaatgedragen gebitsprothese lager te zijn dan de eigen bijdrage voor de conventionele gebitsprothese. Dit verschil in eigen bijdrage wordt door velen gezien als ongewenst. Met het uit te brengen advies zal dit ongewenst geachte verschil worden weggenomen.
Wanneer?	Wat is startdatum?	Loopt al.
	Wat is einddatum?	10 juni 2014 (Advies aan de minister)
Implementatie- en monitorafspraken?	Hoe worden afspraken afdwingbaar in het veld?	Wettelijke vastlegging
	Hoe kunnen we resultaten zichtbaar maken?	Monitoring van de uitwerking.

6.1.7 *Overige onderwerpen*

Naast de hierboven genoemde punten zijn er op grond van de gesprekken nog een aantal onderwerpen die een bijdrage kunnen leveren de kostenstijging te beperken/terug te dringen en gepast gebruik te bevorderen.

6.1.7.1 Vergoeding van de eigen bijdrage uit de aanvullende verzekering

Er zijn verzekeraars die de eigen bijdrage vergoeden uit een de aanvullende verzekering. Indien dit blijft bestaan wordt het effect van een aanpassing van de eigen bijdrage teniet gedaan.

6.1.7.2 Eigen verantwoordelijkheid van de verzekerde

De verzekerde heeft ten aanzien van de implantaatgedragen gebitsprothese ook een verantwoordelijkheid. Problemen met implantaten en prothese zijn te voorkomen wanneer de verzekerde met enige regelmaat voor controle bij de zorgverlener komt. **Zorgverzekeraar**, zorgverlener en verzekerde (patiënt(e)) maken hierover afspraken en leggen dit vast. Indien een verzekerde zich niet aan afspraken houdt zou dit tot gevolg kunnen hebben dat de zorgverzekeraar aanmerkt dat de verzekerde naar inhoud en omvang niet langer is aangewezen op deze zorg. Eventuele kosten voor verdere behandeling komen dan voor rekening van de verzekerde.

6.2 **Implementatie en evaluatie**

Deelnemers aan de bijeenkomst stemmen in met het instellen van een coördinatiegroep. Zorginstituut Nederland zal de coördinatiegroep faciliteren en zorgen voor een technisch voorzitter.

De volgende partijen maken deel uit van de in te stellen coördinatiegroep: ANT, Cobijt, NMT, NPCF, NVM, NVMKA, NVOI, ONT en Zorgverzekeraars (ZN).

Agendaleden zijn:
NZa, IGZ en VWS.

Partijen zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de in de vorige paragraaf gemaakte afspraken.

De coördinatiegroep zal toezien op de uitwerking van de afspraken en daar waar nodig coördineren.

Ook zal de coördinatiegroep voortgangsverslagen opstellen. In deze evaluatieverslagen wordt aangegeven wat de vorderingen zijn bij de uitwerking/uitvoering van de afspraken. Na invoering van de afspraken zullen de evaluatieverslagen zich vooral richten op het in beeld brengen van effecten van de afspraken en effecten van de richtlijn.

In de coördinatiegroep zullen hierover nadere afspraken worden gemaakt.

7 Advies aanpassing eigen bijdrage en recht op prothetische voorziening op implantaten

7.1 Eigen bijdrage

Momenteel zijn er twee regimes. Voor de implantaatgedragen gebitsprothese in het kader van de bijzondere tandheelkunde geldt een eigen bijdrage van € 125 per kaak. Voor een conventionele gebitsprothese geldt een eigen bijdrage van 25% van de totale kosten.

Deze verschillen zijn niet altijd inzichtelijk voor de verzekerde. Zo is de eigen bijdrage voor een conventionele gebitsprothese in de praktijk vaak hoger dan die voor de implantaatgedragen prothese.

Uit het onderzoek onder partijen is onder meer naar voren gekomen dat herziening van dit systeem dringend gewenst is om ongewenste prikkels te vermijden. Zorginstituut Nederland is van oordeel dat een systeem met een procentuele eigen bijdrage voor alle gebitsprothetische behandelingen binnen de Zorgverzekeringswet de voorkeur verdient uit oogpunt van transparantie en beheersbaarheid.

Het Zorginstituut adviseert om voor elk onderdeel van gebitsprothetische behandeling een procentuele eigen bijdrage in te voeren. Het gaat niet zozeer om een verhoging in het algemeen, maar om een herverdeling die een meer rechtvaardige verdeling van de lasten voor de verzekerde oplevert. Zorginstituut Nederland is van mening dat de eigen bijdrage niet zo hoog mag zijn dat de toegankelijkheid in gevaar komt.

Zorginstituut Nederland adviseert om voor alle gebitsprothetische zorg, met uitzondering van de op implantaten gebaseerde gebitsprothetische zorg in de bovenkaak, een eigen bijdrage van 10% in rekening te brengen. Voor de op implantaten gebaseerde gebitsprothetische zorg in de bovenkaak adviseert het Zorginstituut een eigen bijdrage van 8%. We adviseren voor de op implantaten gebaseerde gebitsprothetische zorg in de bovenkaak een percentage van 8% eigen bijdrage omdat bij een percentage van 10% de eigen bijdrage naar ons oordeel te hoog uitvalt.

Deze eigen bijdrage wordt berekend over kosten van de conventionele gebitsprothese. Bij de implantaatgedragen gebitsprothesen wordt de eigen bijdrage berekend over de kosten van het prothetische deel van de behandeling (meso- en suprastructuur).

Daarnaast stelt Zorginstituut Nederland voor de eigen bijdrage ook van toepassing te laten zijn op rebasings en reparaties.

Om enig inzicht te geven in de hoogte van de eigen bijdrage volgens dit systeem volgen enkele voorbeelden.

Een implantaatgedragen volledige gebitsprothese in de onderkaak met staaf-hulsverankering kost het prothetische gedeelte ca. € 2.200, inclusief een conventionele gebitsprothese in de bovenkaak (dit is de in de praktijk meest voorkomende combinatie). De eigen bijdrage belooft hier ca. € 220.

Een implantaatgedragen volledige gebitsprothese op 4 implantaten in de bovenkaak met twee staaf-hulsverankeringen kost voor wat betreft de prothetiek ca. € 3.800 (zonder prothetische voorziening in de onderkaak; die is veelal niet nodig). Hier de eigen bijdrage, bij een percentage van 8%, iets meer dan € 300.

Een conventionele gebitsprothese in de boven- en onderkaak kost ongeveer € 1.200. De eigen bijdrage wordt dan € 120. Onderhoudswerkzaamheden aan de prothese kosten meestal minder dan € 100; de eigen bijdrage dus minder dan € 10 per verrichting.

Zorginstituut Nederland stelt een aanpassing van de eigen bijdrage voor om ongewenste prikkels weg te nemen. Zorginstituut Nederland acht het in dit licht niet wenselijk dat zorgverzekeraars de eigen bijdrage vanuit de aanvullende verzekeringen vergoeden. Voor verzekerden is de hoogte van de eigen bijdrage dan irrelevant. Zorginstituut Nederland roept zorgverzekeraars op de eigen bijdrage niet langer vanuit aanvullende verzekeringen te vergoeden.

7.2 Recht op prothetische voorziening op implantaten

In de uitvoeringspraktijk komt het incidenteel voor dat een verzekerde die voor eigen rekening implantaten heeft laten plaatsen, omdat hij daar verzekeringstechnisch niet voor was geïndiceerd, om vergoeding van de daarop te plaatsen gebitsprothese ten laste van de basisverzekering vraagt. Op grond van de huidige regelgeving komt een verzekerde in een dergelijke situatie niet in aanmerking voor een op die implantaten te plaatsen gebitsprothese ten last van de basisverzekering.

Zorginstituut Nederland acht deze situatie onwenselijk. Van deze regelgeving kan een prikkel uitgaan om te proberen de (kostbare) implantologische behandeling onder de basisverzekering te laten vallen.

Zorginstituut Nederland stelt voor om in de bijzondere tandheelkunde alleen het recht op implantaten te regelen. Het recht op gebitsprothesen te plaatsen op implantaten kan worden geregeld in artikel 2.7, vijfde lid, onder b. van het Besluit zorgverzekering, waar nu ook het recht op een conventionele prothese is geregeld. Artikel 2.7, vijfde lid, onder b. van het Besluit zorgverzekering kan dan komen te luiden: "uitneembare volledige prothetische voorzieningen dan wel een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten voor de boven- of onderkaak."

8 Effect op de kosten

In 2013 is er een bedrag van ongeveer € 170 miljoen¹ gemoeid met de zorg rondom de implantaatgedragen gebitsprothesen. Indien uitvoering wordt gegeven aan de hierboven geformuleerde maatregelen heeft dit effect op de kosten die met deze zorg zijn gemoeid.

De effecten kunnen worden veroorzaakt door:

- Aanscherping indicatiestelling/verzekeringsvoorwaarden en centralisering diagnostiek bovenkaak
- Nadere onderbouwing van het honorarium van de zorgverlener
- Aanpassing materiaal- en techniekkosten
- Aanpassing eigen bijdrage

8.1 Effect aanscherping indicatiestelling/verzekeringsvoorwaarden en centralisering diagnostiek bovenkaak

Partijen zijn het er over eens dat er op het moment, door een ruime interpretatie van de verzekeringstechnische indicatie, meer verzekerden van deze zorg gebruik maken dan zoals door de regelgever is bedoeld.

Op basis van de te ontwikkelen richtlijnen voor implantaatgedragen gebitsprothesen in de onder- en bovenkaak zal worden geformuleerd wanneer verzekerden een verzekeringstechnische indicatie hebben voor een implantaatgedragen gebitsprothese.

De hantering van deze aangepaste verzekeringstechnische indicatiestelling zal, in vergelijking met de huidige situatie, leiden tot minder verzekerden die in aanmerking komen voor een implantaatgedragen gebitsprothese.

Het lijkt Zorginstituut Nederland aannemelijk dat, op basis van inschattingen van partijen, minimaal 10% minder verzekerden in aanmerking komen voor een implantaatgedragen gebitsprothese.

Van de € 170 miljoen die is gemoeid met de zorg rondom de implantaatgedragen gebitsprothesen heeft een deel betrekking op reparaties, rebasing en vervanging. De aangepaste verzekeringstechnische indicatiestelling zal niet direct van invloed zijn op de kosten voor reparaties, rebasing en vervanging.

We gaan er vanuit dat van die € 170 miljoen € 150 miljoen betrekking heeft op implantaatgedragen gebitsprothesen. Inclusief de huidige eigen bijdragen gaat het om een bedrag van € 159,1 miljoen. Bij 10 % minder verzekerden resteert een bedrag van 143,2 miljoen. Hiermee levert dit onderdeel, met verrekening van de huidige eigen bijdrage, een besparing op van ongeveer € 6,8 miljoen.

8.2 Effect nadere onderbouwing van het honorarium van de zorgverlener

Er is behoefte aan herijking van het tariefsysteem voor tandheelkundige implantologie. Dit geldt met name voor de implantologie in de edentate kaak. De nu geldende puntenaantallen stammen nog uit de tijd van introductie van de implantologie, en zijn nooit aangepast. De behandeling is nu eenvoudiger. Dit geldt

¹ Gebaseerd op de lasten 2013 inclusief balanspost in de 4e kwartaalstaat 2013, omgerekend naar het aandeel zorg op basis van artikel 2.7, eerste lid, onder a van het Besluit zorgverzekering. Zorg implantaatgedragen gebitsprothesen.

met name voor de edentate kaak. Het puntenaantal voor behandeling van de edentate kaak kan naar het zich laat aanzien omlaag, dat voor de dentate kaak omhoog.

Het zal duidelijk zijn dat op dit moment niet is aan te geven wat de eventuele financiële effecten zijn van een herijking van het tariefsysteem voor tandheelkundige implantologie.

Mocht, zoals hierboven is aangegeven, het puntenaantal voor behandeling van de edentate kaak omlaag gaan en voor de dentate kaak omhoog, heeft dit gevolgen voor de kosten die zijn verbonden aan de implantaatgedragen gebitsprothesen. Indien als gevolg van een herijking het honorarium voor implantologie in de edentate kaak omlaag gaat zal dit leiden tot een kostenreductie.

Implantologie in de dentate kaak is, behoudens enkele situaties in het kader van de bijzondere tandheelkunde, geen te verzekeren zorg. Een eventuele verhoging van het honorarium voor implantologie in de dentate kaak zal naar verwachting geen noemenswaardig effect hebben op de kosten van de bijzondere tandheelkunde.

8.3 Effect aanpassing materiaal- en techniekkosten

Globaal gesproken kan men stellen dat minimaal 60% van de kosten die gemoeid zijn met de implantaatgedragen gebitsprothesen betrekking heeft op de materiaal- en techniekkosten.

In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk is aangegeven dat bij hantering van een aangepaste verzekeringstechnische indicatiestelling minmaal 10% minder verzekerden recht hebben op een implantaatgedragen gebitsprothese.

Indien de aldaar verwachte kostenreductie van wordt meegenomen bij de berekening van het aandeel materiaal- en techniekkosten (40% honorarium 60% materiaal- en techniekkosten) gaat het om een bedrag van € 85,9 miljoen.

Zorgverzekeraars zullen met zorgverleners afspraken maken over het transparant maken de materiaal- en techniekkosten. Dit moet ertoe leiden dat het voor alle betrokkenen duidelijk is wat gezien de gebruikte materialen aannemelijke kosten zijn.

Het lijkt aannemelijk te veronderstellen dat maatregelen op dit onderdeel tot een kostenreductie van minimaal 10% zal leiden. Het gaat dat om een bedrag van € 8,6 miljoen.

8.4 Effect aanpassing eigen bijdrage

De vraag wat de gevolgen van dit systeem van eigen bijdragen zijn voor het totale bedrag van eigen bijdragen in de gebitsprothetische zorg is moeilijk nauwkeurig te beantwoorden. Wel kunnen enkele schattingen worden gemaakt op basis van consumptiecijfers uit het verleden.

Geschat wordt 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 ca. € 15 miljoen. De nieuwe eigen bijdragen voor onderhoudswerk zullen ongeveer € 5 miljoen bedragen.

8.5 Concluderend

In de huidige situatie is met de implantaatgedragen gebitsprothesen een bedrag gemoeid van € 170 miljoen en met de conventionele gebitsprothesen een bedrag van € 131,8 miljoen, in totaal € 301,8 miljoen.

Na invoering van de in dit 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 gemoeid van € 145,1 miljoen en met de conventionele gebitsprothesen een bedrage van € 146,5 miljoen, in totaal € 291,6 miljoen.

Het totaal pakket aan maatregelen levert naar verwachting een besparing minimaal € 10,2 miljoen op.

De financiële effecten van de nadere onderbouwing van het honorarium van de zorgverlener zijn hierbij nog niet betrokken. Ook hebben partijen aangegeven dat het Zorginstituut op onderdelen conservatieve uitgangspunten heeft gehanteerd. De feitelijke besparing zal vrijwel zeker hoger uitkomen.

De financiële effecten zullen direct na invoering van maatregelen merkbaar zijn.

De financiële impact zal uiteindelijk alleen gerealiseerd kunnen worden als het budgettair kader zorg navenant wordt verlaagd, omdat anders allerlei substitutie-effecten zullen optreden.

9 Besluit

In zijn vergadering van 10 juni 2014 heeft de Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland besloten – gehoord de Adviescommissie Pakket – het rapport Implantaatgedragen gebitsprothesen vast te stellen.

Met dit rapport leveren wij, maar vooral partijen uit de mondzorg, een belangrijke bijdrage aan het bevorderen van gepast gebruik van de zorg rond de implantaatgedragen gebitsprothese.

Met de ontwikkeling van richtlijnen voor implantaatgedragen gebitsprothesen in de onder- en bovenkaak wordt invulling gegeven aan de aanbeveling van de Gezondheidsraad (in het rapport *De mondzorg van morgen* uit 2012) om te komen tot evidence-based richtlijnen

Wij zien nu, behoudens het advies rond de eigen bijdrage, geen aanleiding pakketmaatregelen voor te stellen.

Wij gaan er vanuit dat de zorg rond de implantaatgedragen gebitsprothese, na een gefaseerde invoering van de in dit rapport genoemde maatregelen, vanaf 2016 zodanig is vormgegeven en georganiseerd dat deze zorg toekomstbestendig is en dat ook dan geen pakketmaatregelen noodzakelijk zijn.

Zorginstituut Nederland zal begin 2016 de minister informeren over de implementatie van maatregelen.

Zorginstituut Nederland

Voorzitter Raad van Bestuur

Arnold Moerkamp



Kwalitatief onderzoek naar de kostenontwikkeling van implantaatgedragen gebitsprothesen

EINDRAPPORT

Rotterdam, 20 september 2013

**Mw. C. van den Ende, MSc
Mw. dr. A.M. Oordt-Speets
Mw. drs. D.A. Smilde-van den Doel**

**Pallas health research and consultancy
www.pallashrc.com**

Een onderzoek in opdracht van het College voor Zorgverzekeringen



Pallas health research and consultancy

www.pallashrc.com

Tel. 010 - 447 44 49

Fax 010 - 447 44 50

Email info@pallashrc.com

Samenvatting

Achtergrond

Voor edentate (tandeloze) patiënten waren conventionele gebitsprothesen (gebitsprothesen die zich vastzuigen op het mondslijmvlies) gedurende lange tijd de enige prothetische oplossing. Echter niet alle patiënten zijn tevreden over deze gebitsprothese. De voornaamste klachten zijn het loszitten van de gebitsprothese, pijn bij het dragen van de gebitsprothese en moeilijkheden met eten en spreken. Veel klachten vloeien voort uit de resorptie (slinken) van de kaak. De reductie van edentate kaakbot kan zo ver zijn voortgeschreden dat het technisch vrijwel onmogelijk is geworden om nog een goed functionerende conventionele gebitsprothese te vervaardigen. Een gebitsprothese steunend op implantaten (implantaatgedragen gebitsprothese) wordt dan algemeen beschouwd als een effectieve behandeling.

Krachtens de Zorgverzekeringswet hebben edentate (tandeloze) verzekerden aanspraak op een gebitsprothese. In het kader van de bijzondere tandheelkunde hebben zij tevens aanspraak op een implantaatgedragen gebitsprothese wanneer sprake is van een zo ernstig geslonken tandeloze kaak, dat redelijkerwijs geen adequaat functionerende conventionele gebitsprothese meer kan worden geplaatst. Volgens het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) zijn in de periode 2002-2012 de kosten gemoeid met de implantaatgedragen gebitsprothese bijna vertienvoudigd.

Doel onderzoek

Het CVZ wil inzicht krijgen in de factoren die de kostenontwikkeling van implantaatgedragen gebitsprothesen bepalen en welke mogelijke maatregelen 'gepast gebruik' van deze zorg zouden kunnen bevorderen.

Vraagstellingen

Op basis van de doelstelling van dit onderzoek zijn drie hoofdvragen geformuleerd:

1. Welke factoren spelen welke rol bij de kostenontwikkeling van implantaatgedragen gebitsprothesen in Nederland?
2. Welke activiteiten ontplooiën betrokken partijen voor het bevorderen van 'gepast gebruik' van implantaatgedragen gebitsprothesen?
3. Welke voor- en nadelen zijn verbonden aan mogelijke maatregelen die 'gepast gebruik' van implantaatgedragen gebitsprothesen bevorderen en de groei van uitgaven stabiliseren of beperken, voor zover dit wenselijk is en/of aan de orde is? Wat is het draagvlak voor deze maatregelen?

Methoden

Om inzicht te krijgen in de standpunten en visies omtrent de hoofdvragen is een gemodificeerd Delphi-onderzoek uitgevoerd.

Het Delphi-onderzoek bestond uit twee schriftelijke ronden, waarin een vragenlijst met vragen en stellingen is voorgelegd aan een panel van experts die zijn betrokken bij de behandeling met en vergoeding van een implantaatgedragen gebitsprothese. Deze experts zijn onder te verdelen in vier categorieën:

- Beleidsmakers/overheid
- Patiënt/consumentvertegenwoordigers
- Vertegenwoordigers van zorgverzekeraars
- Zorgverleners en/of vertegenwoordigers van de belangrijkste beroepsverenigingen

Voor de eerste ronde van het Delphi-onderzoek zijn in totaal 21 deskundigen benaderd: 19 experts hebben de eerste vragenlijst ingevuld (respons 90%). Voor de tweede ronde zijn 19 deskundigen benaderd: 18 experts hebben de tweede vragenlijst ingevuld (respons 95%).

De antwoorden op de gesloten vragen en de stellingen in de vragenlijst zijn kwantitatief geanalyseerd. De antwoorden op de open vragen en de argumentatie bij de vragen en de stellingen kwalitatief.

Resultaten

De vragen en stellingen in de twee vragenlijsten van dit onderzoek zijn door de meeste experts uitgebreid beantwoord; op basis van de antwoorden is veel informatie naar voren gekomen over de hoofdvragen.

Factoren van invloed op kostenontwikkeling implantaatgedragen gebitsprothesen

Volgens de experts zijn er meerdere factoren die op verschillende niveaus hebben bijgedragen aan de kostenontwikkeling van implantaatgedragen gebitsprothesen:

- Maatschappij (vergrijzing, groter belang uiterlijk, groter belang comfort van hulpmiddelen).
- Organisatie van zorg en bekostiging (tot eind jaren zeventig waren preventie en onderhoud geen prioriteit in de mondzorg, relatief aantrekkelijke vergoeding voor implantaatgedragen gebitsprothesen, beperkte beoordeling van indicaties voor implantaatgedragen gebitsprothesen, onnodige zorg (bijvoorbeeld vervanging), gebrek aan richtlijnen/goede regelgeving).
- Zorgaanbod (meer behandelmogelijkheden door innovatie en ontwikkeling, toename implantologie-zorgverleners, toename implantatie-deskundigheid en afname deskundigheid voor conventionele gebitsprothesen, toename indicaties implantaatgedragen gebitsprothesen (vooral de bovenkaak), actiever aanbod implantaatgedragen gebitsprothesen).
- Zorgvraag (toename bekendheid en behoefte implantaatgedragen gebitsprothesen onder patiënten).
- Kosten (stijging materiaal- en techniekkosten en indirect door toename kosten voor nazorg, reparatie en vervanging).

Activiteiten betrokken partijen voor bevorderen 'gepast gebruik' implantaatgedragen gebitsprothesen

Aan de verschillende expertgroepen die hebben deelgenomen aan dit onderzoek is gevraagd naar hun huidige werkwijze ten aanzien van het bevorderen van 'gepast gebruik' van implantaatgedragen gebitsprothesen.

- Vertegenwoordigers van zorgverzekeraars
 - Zorgverzekeraars maken afspraken met zorgverleners over indicatiestelling, kwaliteit en (maximale) vergoeding. De zorginkoop vindt deels plaats via contractering en machtigingsvrije protocollen. Er kan bij de inkoop onderscheid worden gemaakt tussen het chirurgische en prothetische deel van implantaatgedragen gebitsprothesen.
 - De zorginhoudelijke beoordeling door zorgverzekeraars vindt soms marginaal plaats en niet in alle gevallen door een adviserend tandarts. Voor de onderkaak vindt toetsing soms achteraf plaats. Voor de bovenkaak vindt meestal bij elke aanvraag vooraf toetsing plaats door de adviserend tandarts, eventueel ook via spreekuur met de patiënt.
 - Er is beperkte controle naar de rechtmatigheid van zorg (vooral bij twijfel en/of klachten).
 - Een implantaatgedragen gebitsprothese is gemachtigde zorg; de doelmatigheid wordt getoetst via een aanvraagbeoordeling. Hierbij wordt gekeken of er sprake is van zorgvuldige indicatiestelling en/of aansluiting bij de beroepsstandaarden; of de verzekerde naar omvang is aangewezen op de aangevraagde verstrekking (heeft de verzekerde niet onterecht teveel of te weinig zorg ontvangen), en of er sprake is van marktconforme tarieven.
- NZa
 - Toezicht door de NZa op de zorgverzekeraars naar 'gepast gebruik' wordt uitgevoerd via vereveningsonderzoek en via onderzoek naar acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie en zorgplicht.
 - Het toezicht op 'gepast gebruik' wordt door de NZa gefaseerd uitgerold; de focus ligt nu op de medisch specialistische zorg en huisartsen, het toezicht binnen de mondzorg zal nog nader worden bekeken door de NZa.
- Zorgverleners
 - Sommige zorgverleners lopen bij het stellen van de zorginhoudelijke diagnose aan tegen verzekeringstechnische beperkingen. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om patiënten met duidelijke retentie- en/of functieklaarten die voldoen aan de criteria voor 'gepast gebruik', maar niet in aanmerking komen voor vergoeding (ze hebben geen ernstig geslonken kaak). Of patiënten met een ernstig geslonken kaak die wel in aanmerking komen voor vergoeding, maar niet voldoen aan de criteria voor 'gepast gebruik' (er is geen sprake van functieklaarten).

Maatregelen voor bevorderen 'gepast gebruik' implantaatgedragen gebitsprothesen

Aan de experts zijn meerdere stellingen voorgelegd over maatregelen die 'gepast gebruik' van implantaatgedragen gebitsprothesen zouden kunnen bevorderen.

Maatregelen waarmee de meeste experts het eens waren:

- Onderbouwing vergoeding honorariumdeel implantaatgedragen gebitsprothese (88%)
- Maximering materiaal- en techniekkosten (78%)
- Centralisering diagnostiek en indicatiestelling implantaatgedragen gebitsprothesen *bovenkaak* (63%)
- Centralisering behandelingen implantaatgedragen gebitsprothesen *bovenkaak* (60%)
- Verhoging eigen bijdrage implantaatgedragen gebitsprothese (59%)
- Aanscherping zorginhoudelijke criteria implantaatgedragen gebitsprothese *bovenkaak* (57%)

Maatregelen waarmee de meeste experts het oneens waren:

- Schrapping aanspraak implantaatgedragen gebitsprothese *bovenkaak* (93%)
- Schrapping aanspraak mesostructuur (87%)
- Schrapping aanspraak implantaatgedragen gebitsprothese (80%)
- Chirurgische deel implantologie onderbrengen in tweede lijn (80%)
- Opname materiaal- en techniekkosten in honorariumdeel (78%)
- Onderbouwing tijdsbesteding zorgverlener per verrichtingencode (75%)
- Centralisering behandelingen implantaatgedragen gebitsprothesen *onderkaak* (75%)
- Invoering eigen bijdrage per implantaat (65%)
- Centralisering diagnostiek en indicatiestelling implantaatgedragen gebitsprothesen *onderkaak* (63%)

Maatregel waarmee ongeveer evenveel experts het eens of oneens waren:

- Vaste vergoeding voor gehele implantaatgedragen gebitsprothese (all-in tarief) (47% eens; 47% oneens).

Door de experts werden bij de maatregelen verschillende voor- en nadelen genoemd. Deze argumenten zijn onder te brengen in verschillende categorieën: de toegankelijkheid van de zorg (met name voor de sociaal zwakkeren in de samenleving), de eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van de mondgezondheid, de kosten op de lange termijn, de kwaliteit van de zorg en de transparantie van de kostenopbouw, de administratieve belasting/praktische uitvoerbaarheid, de keuzevrijheid van de patiënt, praktijkdifferentiatie, het onderscheid tussen problematiek in de onder- en bovenkaak, het aantal betrokken behandelaars en de verantwoordelijkheid voor de zorg/het (eind)resultaat. Voor de ene maatregel kon een argument een voordeel zijn, voor het andere een nadeel.

Discussie

In de resultaten kwamen enkele opvallendheden naar voren:

Uiteenlopende visies op huidige stand van zaken

De visies van de experts op de huidige stand van zaken met betrekking tot implantaatgedragen gebitsprothesen, zoals schattingen over het aantal edentaten in Nederland, de kosten van een implantaatgedragen gebitsprothese en het aandeel van verschillende zorgverleners in het zorgaanbod van de implantologie liepen sterk uiteen. Om meer inzicht te krijgen in deze punten en ter onderbouwing van de resultaten uit het Delphi-onderzoek zou aanvullend onderzoek uitgevoerd kunnen worden. Bijvoorbeeld naar de kosten van de verschillende onderdelen van de implantaatgedragen gebitsprothese en naar het zorgveld (welke zorgverlener doet welk(e) (deel van de) behandeling met welke kwaliteit en welke samenhang is er tussen zorgverleners).

Taakverdeling verschillende zorgverleners

De resultaten lieten zien dat bij de behandeling met een implantaatgedragen gebitsprothese verschillende zorgverleners betrokken zijn. De zorg lijkt zich hierbij te verplaatsen vanuit de kaakchirurgie naar de tandartspraktijk (tweede naar eerste lijn). Het is echter niet altijd duidelijk wat de taakverdeling is, wie de regie heeft over het totale zorgtraject, en wie er verantwoordelijk is voor het

(eind)resultaat; er is sprake van een versnipperd zorgaanbod. Ook bestaat er onduidelijkheid over de rol en de bevoegdheden van de tandprotheticus.

Richtlijnen en regelgeving

Door de experts is aangedragen dat richtlijnen en regelgeving zorgverleners duidelijkheid zouden moeten verschaffen over de indicatie voor implantologie. Buiten de (praktische) richtlijnen van de NVOI met betrekking tot de implantologie (en de wettelijke regelgeving 'zeer ernstig geslonken kaak en het niet goed kunnen functioneren van een prothetische voorziening') zijn er voor de boven- en onderkaak geen (zorginhoudelijke) richtlijnen voor de implantaatgedragen gebitsprothese. Richtlijnen lijken met name voor de bovenkaak van belang (omdat hierbij sprake is van een complexere indicatie, de relatie met de situatie in de onderkaak, een minder gunstige prognose, meer gecompliceerde chirurgische en prothetische technieken, een langere behandelduur, een grotere belasting voor de patiënt, lastiger onderhoud en hogere kosten).

Definitie 'gepast gebruik'

Uit de resultaten kwam naar voren dat er verschil is tussen de indicatiestelling door zorgverleners (komt een patiënt in aanmerking voor een implantaatgedragen gebitsprothese) en de indicatiestelling door zorgverzekeraars (komt een patiënt in aanmerking voor vergoeding van een implantaatgedragen gebitsprothese). Dit onderscheid komt ook terug in de huidige definitie van 'gepast gebruik': 'gepast gebruik' heeft vanuit een zorginhoudelijk oogpunt een andere betekenis dan vanuit een verzekeringsoogpunt. Een deel van de aan de experts voorgelegde maatregelen is gericht op 'gepast gebruik' vanuit zorginhoudelijk oogpunt, maar dit betekent niet dat de maatregel ook tot 'gepast gebruik' vanuit een verzekeringsoogpunt zou kunnen leiden. Het is dus van belang om tot een heldere definitie van 'gepast gebruik' te komen; afhankelijk van deze definitie kan dan bepaald worden welke maatregelen kunnen bijdragen aan 'gepast gebruik' van implantaatgedragen gebitsprothesen.

Inhoud

1	Inleiding	1
1.1	Achtergrond	1
1.2	Doel onderzoek	1
1.2.1	Vraagstellingen	1
1.3	Leeswijzer	2
2	Methoden	3
2.1	Delphi-onderzoek	3
2.1.1	Panel	3
2.1.2	Achtergrondinformatie Delphi-onderzoek	4
2.1.3	Ronden Delphi-onderzoek	4
	<i>Eerste ronde Delphi-onderzoek</i>	4
	<i>Tweede ronde Delphi-onderzoek</i>	4
	<i>Anonimiteit</i>	4
2.1.4	Vragenlijsten	4
	<i>Vragenlijst eerste ronde Delphi-onderzoek</i>	4
	<i>Vragenlijst tweede ronde Delphi-onderzoek</i>	5
	<i>Opmaak en verzending vragenlijsten</i>	5
2.1.5	Respons	5
	<i>Respons eerste vragenlijst</i>	5
	<i>Respons tweede vragenlijst</i>	6
2.1.6	Tijdpad van het onderzoek	6
2.2	Analyse en presentatie van de resultaten	6
2.2.1	Analyse van de resultaten	6
	<i>Kwantitatieve analyse</i>	6
	<i>Kwalitatieve analyse</i>	6
2.2.2	Presentatie van de resultaten	6
3	Achtergrondinformatie	8
3.1	Toepassing implantaatgedragen gebitsprothesen	8
3.2	Opbouw implantaatgedragen gebitsprothesen	10
3.2.1	Aantal implantaten en soort mesostructuur	10
3.2.2	Behandeling met implantaatgedragen gebitsprothese	11
3.3	Kosten en vergoeding implantaatgedragen gebitsprothesen	13
3.4	'Gepast gebruik'	14
4	Resultaten	15
4.1	Welke factoren spelen welke rol bij de kostenontwikkeling van de implantaatgedragen gebitsprothese in Nederland?	15
4.1.1	Kostenontwikkeling	15
4.1.2	Doelgroep	18
4.1.3	Indicatiestelling	20
4.1.4	Voor- en nadelen gebitsprothesen	21
4.1.5	Kosten per verzekerde	22
4.1.6	Onder- en bovenkaak	26
4.1.7	Tariefsysteem	27
4.1.8	Eigen bijdrage	28

4.1.9	Zorgaanbod	29
4.1.10	Gevolgzorg	30
4.2	Welke activiteiten ontplooiën partijen voor het bevorderen van ‘gepast gebruik’ van implantaatgedragen gebitsprothesen?	32
4.2.1	‘Gepast gebruik’ – huidige werkwijze zorgverzekeraars	33
4.2.2	‘Gepast gebruik’ – huidige werkwijze Nederlandse Zorgautoriteit	36
4.2.3	‘Gepast gebruik’ – huidige werkwijze zorgverleners	36
4.3	Welke voor- en nadelen hebben mogelijke maatregelen die ‘gepast gebruik’ van implantaatgedragen gebitsprothesen bevorderen?	37
4.3.1	Eigen bijdrage	38
4.3.1.1	<i>Verhoging eigen bijdrage implantaatgedragen gebitsprothese</i>	38
4.3.1.2	<i>Invoering eigen bijdrage per implantaat</i>	40
4.3.2	Schrapping aanspraak uit Zorgverzekeringswet	41
4.3.2.1	<i>Schrapping aanspraak implantaatgedragen gebitsprothese bovenkaak</i>	41
4.3.2.2	<i>Schrapping aanspraak implantaatgedragen gebitsprothese</i>	42
4.3.2.3	<i>Schrapping aanspraak mesostructuur</i>	43
4.3.3	Materiaal- en techniekkosten	44
4.3.3.1	<i>Opname materiaal- en techniekkosten in honorariumdeel</i>	44
4.3.3.2	<i>Maximering materiaal- en techniekkosten</i>	45
4.3.4	Onderbouwing honorariumdeel	46
4.3.4.1	<i>Onderbouwing vergoeding honorariumdeel implantaatgedragen gebitsprothese</i>	46
4.3.4.2	<i>Onderbouwing tijdsbesteding zorgverlener per verrichtingencode</i>	47
4.3.5	All-in tarief	49
4.3.6	Aanscherping zorginhoudelijke criteria bovenkaak	51
4.3.7	Chirurgische deel implantologie onderbrengen in tweede lijn	53
4.3.8	Specialistische centra	54
4.3.8.1	<i>Centralisering diagnostiek en indicatiestelling implantaatgedragen gebitsprothesen onderkaak</i>	54
4.3.8.2	<i>Centralisering diagnostiek en indicatiestelling implantaatgedragen gebitsprothesen bovenkaak</i>	56
4.3.8.3	<i>Centralisering behandelingen implantaatgedragen gebitsprothesen onderkaak</i>	57
4.3.8.4	<i>Centralisering behandelingen implantaatgedragen gebitsprothesen bovenkaak</i>	59
4.3.9	Andere mogelijke maatregelen	61
5	Discussie	62
5.1	Samenvatting van de resultaten	62
5.2	Opzet en uitvoer van het onderzoek	64
5.3	Opvallendheden	64
	Referenties	66
BIJLAGE I	Vraagstellingen CVZ	67
BIJLAGE II	Participanten Delphi-onderzoek	69
BIJLAGE III	Vragenlijst eerste ronde Delphi-onderzoek	71
BIJLAGE IV	Vragenlijst tweede ronde Delphi-onderzoek	90
BIJLAGE V	Overzicht antwoorden op vragenlijst eerste ronde Delphi-onderzoek	95
BIJLAGE VI	Overzicht antwoorden op vragenlijst tweede ronde Delphi-onderzoek	105
BIJLAGE VII	Besluit zorgverzekering artikel 2.7	109
BIJLAGE VIII	Voorbeeld behandelprotocol	110
BIJLAGE IX	Behandelprotocol Centrum voor Implantologie	113
	Gebruikte afkortingen	114

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Conventionele en implantaatgedragen gebitsprothesen

Voor edentate (tandeloze) patiënten waren conventionele gebitsprothesen (gebitsprothesen die zich vastzuigen op het mondslimvlies) gedurende lange tijd de enige prothetische oplossing.¹ Echter niet alle patiënten zijn tevreden over deze gebitsprothese. De voornaamste klachten zijn het loszitten van de gebitsprothese, pijn bij het dragen van de gebitsprothese en moeilijkheden met eten en spreken. Ook klagen velen over het esthetische aspect, vooral over een ingevallen gelaat en een insufficiënte lipsluiting.² Deze klachten hebben een negatieve invloed op de levenskwaliteit.³

Veel van de genoemde klachten vloeien voort uit een onvoldoende houvast en stabiliteit van de conventionele gebitsprothese. De belangrijkste oorzaak hiervoor is resorptie (slinken) van de kaak. Het directe gevolg van deze kaakbotresorptie is het steeds verder afnemen van het dragende oppervlak voor een conventionele gebitsprothese.² De reductie van edentaat kaakbot kan zo ver zijn voortgeschreden dat het technisch vrijwel onmogelijk is geworden om nog een goed functionerende conventionele gebitsprothese te vervaardigen.³ Een gebitsprothese steunend op implantaten (implantaatgedragen gebitsprothese) wordt dan algemeen beschouwd als een effectieve behandeling.⁴

Kostenontwikkeling

Krachtens de Zorgverzekeringswet hebben edentate verzekerden aanspraak op een gebitsprothese. Als er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak hebben zij daarnaast recht op het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (alle onderdelen van de prothetische constructie die op een implantaat zijn bevestigd) ter bevestiging van een uitneembare gebitsprothese.⁵

Volgens het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) zijn in de periode 2002-2012 de kosten gemoeid met de implantaatgedragen gebitsprothese bijna vertienvoudigd.

1.2 Doel onderzoek

Het CVZ wil inzicht krijgen in de factoren die de kostenontwikkeling van implantaatgedragen gebitsprothesen bepalen en welke mogelijke maatregelen 'gepast gebruik' van deze zorg zouden kunnen bevorderen.

1.2.1 Vraagstellingen

Op basis van de doelstelling van dit onderzoek zijn drie hoofdvragen geformuleerd:

1. Welke factoren spelen welke rol bij de kostenontwikkeling van implantaatgedragen gebitsprothesen in Nederland?
2. Welke activiteiten ontplooiën betrokken partijen voor het bevorderen van 'gepast gebruik' van implantaatgedragen gebitsprothesen?
3. Welke voor- en nadelen zijn verbonden aan mogelijke maatregelen die 'gepast gebruik' van implantaatgedragen gebitsprothesen bevorderen en de groei van uitgaven stabiliseren of beperken, voor zover dit wenselijk is en/of aan de orde is?

Elke hoofdvraag bestond uit een aantal subvragen; deze zijn weergegeven in bijlage 1.

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 worden de methoden van dit onderzoek besproken. In hoofdstuk 3 wordt relevante achtergrondinformatie over implantaatgedragen gebitsprothesen gepresenteerd. De resultaten worden besproken in hoofdstuk 4; in hoofdstuk 5 volgt de discussie.

Zonder de experts was het niet mogelijk geweest dit onderzoek uit te voeren. We bedanken hen dan ook hartelijk voor de deelname aan het onderzoek, de uitgebreide beantwoording van de vragenlijsten en de snelle reacties op de conceptrapportages.

2 Methoden

Om inzicht te krijgen in standpunten en visies over de kostenontwikkeling van implantaatgedragen gebitsprothesen en mogelijke maatregelen om de kostenstijging te beperken is een gemodificeerd Delphi-onderzoek uitgevoerd. In dit hoofdstuk wordt de methode van dit Delphi-onderzoek besproken.

2.1 Delphi-onderzoek

Delphi-onderzoek is een methode voor een systematische raadpleging van een groep experts (een panel), waarbij via ondervraging en rapportage de meningen van de experts worden verkregen, geïnventariseerd, geordend, uitgewisseld, gecombineerd en herzien. Het doel ervan is te komen tot het leveren van de beste expertise, een goed onderbouwde schatting of goed beredeneerde mening.⁶ Dit Delphi-onderzoek bestond uit twee schriftelijke ronden, waarin een vragenlijst bestaande uit vragen en stellingen is voorgelegd aan een groep experts.

2.1.1 Panel

Voor dit onderzoek is de medewerking gevraagd van experts betrokken bij het ontwerpen, maken, plaatsen, financieren en gebruiken van implantaatgedragen gebitsprothesen. Er is gekozen voor een heterogeen panel zodat zoveel mogelijk relevante deskundigheden, visies en belangen vertegenwoordigd zijn. Om een goede vertegenwoordiging van alle betrokken groepen en relevante deskundigheid te realiseren, zijn deskundigen geselecteerd vanuit probleem- en veldrepresentativiteit. Bij probleemrepresentativiteit gaat het om deskundigen die bepaalde *aspecten* van en *visies* op het onderwerp kunnen inbrengen, zodat een compleet beeld verkregen wordt. Veldrepresentativiteit houdt in dat deelnemers goed gespreid dienen te zijn over verschillende *posities* en *belangen*.⁶

Er is gestreefd naar een panelomvang van ongeveer 20 deelnemers. De groep potentiële panelleden is samengesteld op basis van een door het CVZ aangeleverde lijst van contactpersonen voor het onderwerp. Deze lijst is aangevuld door navraag te doen bij relevante organisaties. De steekproefmethode die is gehanteerd, is die van zelfselectie: alle potentiële panelleden hebben het verzoek ontvangen om deel te nemen, zij bepaalden zelf of zij in voldoende mate deskundig zijn om deel te nemen aan het Delphi-onderzoek. Het oorspronkelijke panel bestond uit 21 experts. Twee experts hebben na het ontvangen van de eerste vragenlijst aangegeven dat er te weinig expertise/informatie aanwezig was om de vragen te kunnen beantwoorden. In bijlage 2 is een overzicht opgenomen van de participanten van het Delphi-onderzoek en de respons op de eerste en tweede ronde van het onderzoek. De respons wordt verder toegelicht in paragraaf 2.1.5.

De experts die aan het onderzoek hebben deelgenomen zijn onder te verdelen in vier categorieën:

- Beleidsmakers/overheid (Nederlandse Zorgautoriteit (NZa))
- Patiënt/consumentvertegenwoordigers (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF))
- Vertegenwoordigers van zorgverzekeraars (adviserend tandartsen/beleidsadviseurs Achmea, Coöperatie VGZ, CZ, DSW Zorgverzekeraar, Menzis, Zorgverzekeraars Nederland (ZN))
- Zorgverleners (tandartsen, kaakchirurgen, kaakchirurg-implantologen, tandarts-implantologen of tandprotheticci werkzaam in eerste, tweede en/of derde lijn) en/of vertegenwoordigers van de belangrijkste beroepsverenigingen die betrokken zijn bij het onderwerp van dit onderzoek (Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT), Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Tandheelkunde (NMT), Nederlandse Vereniging voor Gerodontologie (NVGd), Nederlandse Vereniging voor Gnathologie en Prothetische Tandheelkunde (NVGPT), Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie (NVMKA), Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI), Organisatie van Nederlandse Tandprotheticci (ONT))

2.1.2 Achtergrondinformatie Delphi-onderzoek

Voor het ontwerpen en onderbouwen van dit Delphi-onderzoek is gezocht naar relevante achtergrondinformatie over implantaatgedragen gebitsprothesen. Deze achtergrondinformatie is deels aangeleverd door het CVZ; ook is er gezocht op de websites van:

- De Rijksoverheid
- Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde (NTvT)
- Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie
- Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie
- Nederlandse Zorgautoriteit
- Zorgverzekeraars

Daarnaast is er gezocht via Google met de volgende zoektermen: 'implantaatgedragen gebitsprothesen'; 'overkappingsprothese op implantaten' en 'implantaten prothese'.

Aan de hand van de gevonden literatuur is het Delphi-onderzoek verder uitgewerkt en de vragenlijst voor de eerste ronde opgesteld.

2.1.3 Ronden Delphi-onderzoek

Het Delphi-onderzoek bestond uit twee schriftelijke ronden, waarin een vragenlijst bestaande uit vragen en stellingen aan de experts is voorgelegd. De vragenlijsten zijn opgesteld in samenspraak met het CVZ.

Eerste ronde Delphi-onderzoek

De eerste ronde van het Delphi-onderzoek was gericht op een zo breed mogelijke inventarisatie van feitelijke informatie en standpunten en visies (divergentie).⁶ Deze inventarisatie vond plaats via een uitgebreide vragenlijst met open vragen en stellingen waarbij telkens ook gevraagd werd naar de onderliggende argumentatie. De basis voor de eerste vragenlijst was de eerder door het CVZ geformuleerde vraagstellingen (zie bijlage 1). De vragenlijst is op 28 maart 2013 naar de experts verzonden; de laatste vragenlijst is geretourneerd op 18 april 2013. De resultaten van de eerste ronde van het Delphi-onderzoek zijn verwerkt in een conceptrapportage die naar de experts is teruggekoppeld voor eventuele feedback en aanvullingen.

Tweede ronde Delphi-onderzoek

De panelleden ontvingen voor de tweede ronde van het Delphi-onderzoek opnieuw een vragenlijst. Deze vragenlijst bestond uit stellingen over onderwerpen die op basis van de beantwoording van de eerste ronde nog onvoldoende duidelijk bleven en stellingen die de mening van één of meer deelnemers over een bepaald onderwerp weergaven. De vragenlijst (en het conceptrapport over de eerste ronde) is naar de experts verstuurd op 7 juni 2013; de laatste vragenlijst is geretourneerd op 26 juni 2013. De resultaten van de tweede ronde van het Delphi-onderzoek zijn verwerkt in een conceptrapportage die ook naar de experts is teruggekoppeld voor eventuele feedback en aanvullingen; dit conceptrapport is op 8 juli 2013 naar de experts verstuurd.

De resultaten van beide ronden van het Delphi-onderzoek zijn verwerkt in een eindrapportage. Deze rapportage geeft de standpunten en visies van de geraadpleegde experts weer.

Anonimiteit

In beide ronden is zoveel mogelijk gewerkt met anonimiteit van de deelnemers. Hierdoor worden zo veel mogelijk groepsdynamische elementen uitgeschakeld, voor een vrijere uiting van inzichten, ideeën en argumenten.⁶ Enkele experts bleken echter op de hoogte te zijn van elkaars deelname (er is sprake van een relatief klein werkveld), en twee experts die bij dezelfde organisatie werken hebben de vragenlijsten gezamenlijk ingevuld. De resultaten zijn (zowel in de conceptrapportages van beide ronden als in dit eindrapport) anoniem weergegeven.

2.1.4 Vragenlijsten

Vragenlijst eerste ronde Delphi-onderzoek

De eerste vragenlijst van het Delphi-onderzoek was als volgt opgebouwd:

- I. Algemene toelichting vragenlijst
- II. Vragen over achtergrondkenmerken panelleden
- III. Feitelijke vragen, schattingen, standpunten en visies en argumentatie (voor hoofdvraag 1: factoren kostenontwikkeling; en hoofdvraag 2: activiteiten ter bevordering van 'gepast gebruik'). Elk onderdeel van de vragenlijst was globaal als volgt opgebouwd:
 - Thema
 - Achtergrondinformatie
 - Vraag/Stelling
 - Ruimte voor toelichting op antwoord
- IV. Stellingen en argumentatie (voor hoofdvraag 3: voor- en nadelen maatregelen bevordering 'gepast gebruik')
- V. Ruimte voor overige opmerkingen

De experts konden op de stellingen reageren door middel van het aankruisen van één uit vijf antwoordcategorieën (gebaseerd op een vijfpunts Likertschaal): Volledig mee eens/ Meer eens dan oneens/ Noch eens noch oneens/ Meer oneens dan eens/ Volledig mee oneens. Ook zijn bij elke stelling de opties 'Geen mening' en 'Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise' opgenomen.

De volledige versie van de eerste vragenlijst is weergegeven in bijlage 3.

Vragenlijst tweede ronde Delphi-onderzoek

De tweede, kortere vragenlijst van het Delphi-onderzoek was als volgt opgebouwd:

- I. Algemene toelichting vragenlijst
- II. Stellingen en argumentatie (voor hoofdvraag 3: voor- en nadelen maatregelen bevordering 'gepast gebruik')
- III. Open vraag
- IV. Ruimte voor overige opmerkingen

De experts konden op de stellingen reageren door middel van het aankruisen van één uit vijf antwoordcategorieën (gebaseerd op een vijfpunts Likertschaal): Volledig mee eens/ Meer eens dan oneens/ Noch eens noch oneens/ Meer oneens dan eens/ Volledig mee oneens. Ook zijn bij elke stelling de opties 'Geen mening' en 'Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise' opgenomen.

De volledige versie van de tweede vragenlijst is weergegeven in bijlage 4.

Opmaak en verzending vragenlijsten

De vragenlijsten zijn opgemaakt als pdf-bestanden, waarbij bij elke vraag of stelling voldoende ruimte beschikbaar was om argumentatie en opmerkingen toe te voegen. De vragenlijsten zijn met een korte begeleidende tekst per e-mail verzonden aan de panelleden met het verzoek deze binnen twee weken ingevuld te retourneren. Om een zo hoog mogelijke respons te bereiken zijn er herinneringsberichten verstuurd.

2.1.5 Respons

Respons eerste vragenlijst

Voor de eerste ronde van het Delphi-onderzoek zijn in totaal 21 deskundigen benaderd: 19 experts hebben de eerste vragenlijst ingevuld en geretourneerd (waarvan 2 experts die bij dezelfde organisatie werken gezamenlijk); 2 experts hebben aangegeven dat er te weinig expertise/informatie aanwezig was om de vragen te kunnen beantwoorden (respons 90%). Dit brengt het totaal op 18 ingevulde en geretourneerde vragenlijsten (zie bijlage 2):

- Beleidsmakers/overheid n=1;
- Patiënt/consumentvertegenwoordigers n=1;
- Vertegenwoordigers van zorgverzekeraars n=5;

- Zorgverleners en/of vertegenwoordigers van de belangrijkste beroepsverenigingen n=11.

Respons tweede vragenlijst

Voor de tweede ronde van het Delphi-onderzoek zijn in totaal 19 deskundigen benaderd (dezelfde experts als in de eerste ronde, behalve de experts die over te weinig/informatie beschikten): 18 experts hebben de tweede vragenlijst ingevuld en geretourneerd (waarvan 2 experts die bij dezelfde organisatie werkten gezamenlijk); 1 expert heeft de vragenlijst niet ingevuld (respons 95%). Dit brengt het totaal op 17 ingevulde en geretourneerde vragenlijsten (zie bijlage 2):

- Beleidsmakers/overheid n=1;
- Patiënt/consumentvertegenwoordigers n=1;
- Vertegenwoordigers van zorgverzekeraars n=4;
- Zorgverleners en/of vertegenwoordigers van de belangrijkste beroepsverenigingen n=11.

2.1.6 Tijdpad van het onderzoek

De verschillende fasen van het onderzoek vonden plaats in de periode januari – september 2013:

Januari/februari	- Deskresearch
Februari/maart	- Ontwerp Delphi-onderzoek - Vragen deelname experts
Maart/april	- Eerste ronde Delphi
Juni	- Terugkoppeling eerste ronde Delphi/reacties - Tweede ronde Delphi
Juli	- Terugkoppeling tweede ronde Delphi/reacties - Concept eindrapportage
September	- Eindrapportage

2.2 Analyse en presentatie van de resultaten

2.2.1 Analyse van de resultaten

Kwantitatieve analyse

De antwoorden op de gesloten vragen en de stellingen in de vragenlijst zijn kwantitatief geanalyseerd met behulp van SPSS (versie 20). Per vraag/stelling zijn zowel de absolute frequenties (het aantal maal dat een antwoordcategorie is aangekruist), als de relatieve frequenties (het aantal keren dat een antwoordcategorie ten opzichte van alle antwoorden is aangekruist, uitgedrukt in percentages) berekend. Bij de vragen waarin de experts gevraagd werd schattingen te geven van aantallen of percentages (bijvoorbeeld het aantal edentaten in Nederland) zijn spreidingsmaten (gemiddelde, standaarddeviatie en mediaan) berekend.

Kwalitatieve analyse

De antwoorden op de open vragen en de argumentatie bij de vragen en de stellingen zijn kwalitatief geanalyseerd. Het doel van de kwalitatieve data-analyse was structuur aanbrengen in de verzameling van antwoorden en zoveel mogelijk te komen tot clusters van antwoorden (waardoor de grote hoeveelheid gegevens geordend en hanteerbaar wordt gemaakt).

2.2.2 Presentatie van de resultaten

De resultaten worden in het rapport per hoofdvraag beschreven. In paragraaf 4.1 en 4.2 worden de eerste twee hoofdvragen besproken, de informatie over deze vragen is verkregen via de eerste vragenlijst. De laatste hoofdvraag wordt besproken in paragraaf 4.3, hierin zijn de stellingen uit de eerste vragenlijst samen met de stellingen en open vraag uit de tweede vragenlijst verwerkt. In bijlage 5 (vragenlijst 1) en bijlage 6 (vragenlijst 2) wordt per vraag weergegeven hoeveel experts de vraag hebben beantwoord; in geval van gesloten vragen en de stellingen is per antwoordcategorie weergegeven hoeveel keer deze is aangekruist.

Berekening percentages

Voor hoofdvragen 1 en 2 (paragraaf 4.1 en 4.2) zijn de percentages van experts die hebben geantwoord op een subvraag of, in geval van gesloten vragen, een antwoordcategorie hebben aangekruist, berekend op basis van het totaal aantal ingevulde vragenlijsten (n=18; zie paragraaf 2.1.5 voor meer details over de respons).

Bij het berekenen van deze percentages voor de stellingen van hoofdvraag 3 (paragraaf 4.3) zijn de antwoorden 'Geen mening' en 'Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise' buiten beschouwing gelaten en zijn de percentages berekend op basis van het totaal aantal experts die hebben geantwoord op de stelling. Om inzicht te krijgen in de mate waarin de experts het eens of oneens waren met de stellingen zijn de vijf oorspronkelijke antwoordcategorieën omgezet naar drie categorieën:

1. Eens ('volledig mee eens' en 'meer eens dan oneens');
2. Noch eens noch oneens;
3. Oneens ('volledig mee oneens' en 'meer oneens dan eens').

Bij elke stelling worden in een figuur percentages voor deze drie categorieën weergegeven. Dit geeft weer welk deel van de experts het eens of oneens was met een mogelijke maatregel. In de tekst wordt aangegeven hoeveel experts een antwoord gaven op een van de drie categorieën en hoeveel experts in totaal hebben geantwoord op de stelling: 14/17 oneens wil bijvoorbeeld zeggen 17 experts de vraag beantwoordden waarvan er 14 het antwoord 'oneens' gaven. In bijlage 5 en 6 is per stelling een compleet overzicht te vinden van de beantwoording op de oorspronkelijke antwoordcategorieën. Hierbij zijn de stellingen uit de eerste en tweede vragenlijst in aparte tabellen geplaatst. In deze bijlagen zijn de antwoorden op de stellingen ook apart voor de twee grootste groepen experts (vertegenwoordigers van zorgverzekeraars en zorgverleners) weergegeven, om eventuele verschillen tussen de groepen inzichtelijk te maken. Verschillen tussen de groepen moeten door de relatief kleine aantallen (in de eerste ronde 5 vertegenwoordigers van zorgverzekeraars en 11 zorgverleners; in de tweede ronde 4 vertegenwoordigers van zorgverzekeraars en 11 zorgverleners; zie ook paragraaf 2.3) echter met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Als er sprake was van opvallende verschillen tussen de antwoorden van vertegenwoordigers van zorgverzekeraars en zorgverleners is dat in de tekst genoemd.

3 Achtergrondinformatie

Dit hoofdstuk geeft een korte samenvatting van de gevonden achtergrondinformatie over implantaatgedragen gebitsprothesen, voor zover relevant voor het uitvoeren van dit Delphi-onderzoek en het lezen van deze rapportage (zie ook de methoden, paragraaf 2.1.2). Eerst wordt ingegaan op de toepassing van implantaatgedragen gebitsprothesen (paragraaf 3.1). Vervolgens worden de bekostiging en vergoeding van implantaatgedragen gebitsprothesen besproken (paragraaf 3.2). In paragraaf 3.3 wordt ingegaan op de gehanteerde definitie van ‘gepast gebruik’.

3.1 Toepassing implantaatgedragen gebitsprothesen

Voor edentate patiënten waren conventionele gebitsprothesen gedurende lange tijd de enige prothetische oplossing; veel patiënten bleken tevreden te zijn met deze gebitsprothese. Een conventionele gebitsprothese is de goedkoopste behandeloptie, bij de vervaardiging ervan en tijdens de nazorg.¹ Er is echter een groep edentate patiënten die problemen ondervindt met het dragen van een conventionele gebitsprothese. De voornaamste klachten zijn het loszitten van de gebitsprothese, pijn bij het dragen van de gebitsprothese en moeilijkheden met eten en spreken. Veel klachten vloeien voort uit een gebrekkige retentie (houvast) en stabiliteit van de gebitsprothese, vooral van de gebitsprothese in de onderkaak. De belangrijkste oorzaak hiervoor is resorptie van de onderkaak (zie ook onderstaande paragraaf ‘Mate van kaakresorptie’). Het directe gevolg van deze kaakbotresorptie is het steeds verder afnemen van het dragende oppervlak voor de gebitsprothese.² De reductie van edentate kaakbot kan zo ver zijn voortgeschreden dat het technisch vrijwel onmogelijk is geworden om nog een goed functionerende conventionele gebitsprothese te vervaardigen.³ Een implantaatgedragen gebitsprothese kan in dit geval uitkomst bieden.

De internationaal gangbare behandelopties voor een prothetische constructie op implantaten bij volledig edentate patiënten zijn een vaste en een uitneembare constructie. In Nederland wordt vooral de uitneembare constructie, een overkappingsprothese toegepast, waarschijnlijk vanwege kostenoverwegingen (deze is goedkoper dan een vaste constructie).⁷ Wanneer in dit rapport wordt gesproken over een implantaatgedragen gebitsprothese, wordt de uitneembare constructie (overkappingsprothese) bedoeld.

Onderkaak

Een door implantaten ondersteunde gebitsprothese in de onderkaak kan een bevredigendere oplossing bieden voor het subjectieve kauwvermogen dan een nieuwe conventionele gebitsprothese. Deze implantaatgedragen gebitsprothese blijkt ook de levenskwaliteit van de patiënt positief te beïnvloeden. Uit verschillende onderzoeken is naar voren gekomen dat vóór de behandeling de klachten zich toespitsten op de functie, stabiliteit en retentie van de gebitsprothese in de onderkaak. Ná de behandeling bleken die klachten sterk verminderd en de patiënten functioneerden beter in hun dagelijkse leven. Bovendien bleek bijna de helft van de patiënten die eerst een nieuwe conventionele gebitsprothese had gekregen binnen tien jaar te zijn overgestapt naar een implantaatgedragen gebitsprothese.³ De implantaten onder een gebitsprothese voor de edentate onderkaak lieten in verschillende prospectieve onderzoeken met een follow-up van minstens tien jaar een hoog overlevingspercentage zien (dit geeft aan hoe lang de implantaten meegaan), uiteenlopend van 91% tot 96%.⁸

Bovenkaak

Een kleinere groep mensen heeft problemen met een conventionele gebitsprothese in de bovenkaak. Zij hebben in meer of mindere mate de volgende problemen⁹:

- Een gebrek aan retentie en stabiliteit van de gebitsprothese;
- Kokhalzen door de bedekking van het palatum durum (voorstede gedeelte van het verhemelte);

- Instabiliteit van de gebitsprothese bij occlusie (contact tussen een of meer elementen van de bovenkaak met een of meer elementen van de onderkaak) en articulatie als de onderkaak dentaat (getand) is;
- Een gereduceerd sociaal welbevinden door onzekerheid over de gebitsprothese met als gevolg een verminderde deelname aan het sociale leven;
- Slechte psychologische acceptatie van de gebitsprothese.

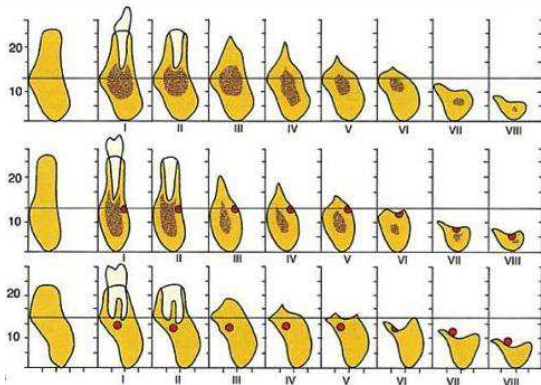
Ook in de bovenkaak kan een implantaatgedragen gebitsprothese uitkomst bieden en resulteren in tevreden patiënten en een betere levenskwaliteit.³ De kwaliteit en het volume van het aanwezige kaakbot en het type, het aantal en de positie van de implantaten kunnen invloed hebben op het succes van de implantaten en de prothetische behandeling.⁹

Mate van kaakresorptie

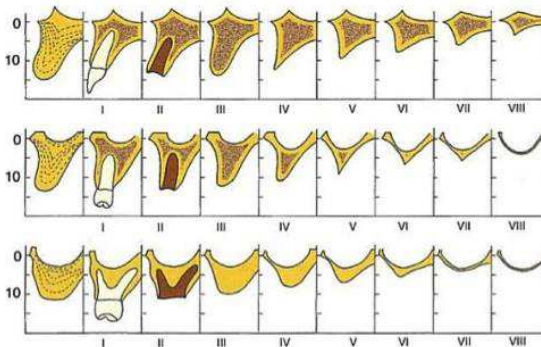
Bij de toepassing van implantaten wordt voor de verschillende stadia van botresorptie van edentate kaken veelal gebruikgemaakt van de classificatie van Cawood & Howell.¹⁰

Na verlies van gebitselementen treedt er altijd resorptie op van de processus alveolaris (dragend deel van het kaakbot in boven- en onderkaak waarin de tanden en kiezen verankerd zaten). De reductie van het kaakbot is het sterkst in het eerste jaar na extractie. Daarna gaat de resorptie minder snel, maar deze gaat wel verder. Ook de inwendige botstructuur verandert. Bij de geheel edentate kaak verloopt het resorptieproces volgens een min of meer vast patroon. Dit patroon is door Cawood & Howell beschreven; de resorptie is door hen ingedeeld in opeenvolgende stadia (zie figuur 1 en 2). Bij klasse I zijn de gebitselementen net geëxtraheerd en is er nog geen resorptie. Bij klasse VI is er maximale resorptie van de processus alveolaris. Later is de classificatie nog uitgebreid met klasse VII en klasse VIII, waarbij ook een deel van het basale kaakdeel resorptie vertoont.¹¹

Figuur 1. Classificatie van resorptiepatronen in edentate onderkaak volgens Cawood & Howell. Van boven naar beneden: doorsneden ter hoogte van de centrale incisieven (snijtanden), premolaren (kiezen direct achter hoektand) en molaren (kiezen in achterste gedeelte van de mond).¹⁰



Figuur 2. Classificatie van resorptiepatronen in edentate bovenkaak volgens Cawood & Howell. Van boven naar beneden: doorsneden ter hoogte van de centrale incisieven, premolaren en molaren.¹⁰



3.2 Opbouw implantaatgedragen gebitsprothesen

Implantaatgedragen gebitsprothesen bestaan uit drie delen¹²:

- Implantaten. Een implantaat is een kunstwortel van metaal (titanium) in de vorm van een schroef. Deze kunstwortel wordt in het kaakbot geplaatst waar deze stevig in het bot vastgroeit.
- Mesostructuur. Op de implantaten wordt een mesostructuur ('klik-mechanisme') aangebracht, waarop de gebitsprothese 'vastklikt'. De bekendste en meest gebruikte mesostructuur is de staaf-hulsmesostructuur (zie figuur 3a). Voor de verankering van een implantaatgedragen gebitsprothese in de onderkaak zijn echter ook solitaire mesostructuren beschikbaar, bijvoorbeeld drukknoppen en magneten (zie figuur 3b en 3c).⁷
- Gebitsprothese. In de gebitsprothese wordt een mechanisme geplaatst dat kan vastklikken op de mesostructuur.

Figuur 3. Verschillende soorten mesostructuren: a) mesostructuur bestaande uit staaf-hulsconstructie; b) mesostructuur bestaande uit drukknoppen; c) mesostructuur bestaande uit magneten.⁴



3.2.1 Aantal implantaten en soort mesostructuur

Onderkaak

Voor edentate patiënten bij wie een implantaatgedragen gebitsprothese in de onderkaak is geïndiceerd, kan een keuze worden gemaakt tussen twee of vier implantaten en uit de verschillende soorten mesostructuren.⁷ Onderzoek heeft aangetoond dat in veel gevallen (standaardpatiënten) plaatsing van twee implantaten voldoende is om op lange termijn de orale functie met voldoende tevredenheid te herstellen.⁸ Volgens de 'McGill consensus statement' zou een gebitsprothese op twee implantaten in de onderkaak de eerste keuze moeten zijn bij de behandeling van een edentate onderkaak. Klinische vervolgonderzoeken rapporteerden voor deze behandeling uitstekende resultaten op de middellange en lange termijn.^{9,13} Toch is plaatsing van vier implantaten soms te rechtvaardigen vanwege individuele factoren, bijvoorbeeld wanneer de processus alveolaris te smal is voor implantaten met een standaarddoorsnede. Bij vier implantaten worden de krachten dan beter verdeeld. Ook zijn er aanwijzingen dat een gebitsprothese op één implantaat in bepaalde situaties mogelijk is, maar naar het effect daarvan is meer onderzoek nodig.⁷

In het algemeen geven magneet-, drukknop- en staaf-hulsmesostructuren dezelfde resultaten qua overleving en peri-implantaire klinische en röntgenologische parameters. Een staaf-hulsmesostructuur geeft echter een betere retentie en op middellange termijn minder nazorg.⁸

Bovenkaak

Uit de literatuur komt naar voren dat voor een implantaatgedragen gebitsprothese in een edentate bovenkaak doorgaans vier of zes implantaten worden geplaatst. Het overlevingspercentage van implantaten in de bovenkaak na vijf jaar varieert van 90 tot 100%, maar is gemiddeld lager dan het overlevingspercentage van implantaten in de onderkaak.⁸ Ook uit een retrospectief onderzoek over tien jaar bleek dat met implantaatgedragen gebitsprothesen in de bovenkaak meer complicaties en verlies van implantaten voorkwamen dan met die in de onderkaak. Het overlevingspercentage van de implantaten in de bovenkaak van 83% was lager dan dat van 99,5% in de onderkaak. Deze resultaten zijn bevestigd in een ander onderzoek waarin implantaatgedragen gebitsprothesen in de bovenkaak tien jaar werden gevolgd. De gebitsprothesen op zes implantaten met een staaf-hulsmesostructuur

vertoonden een overlevingspercentage van 86%. De oorzaken van het relatief grotere verlies van implantaten in de bovenkaak zijn mogelijk de botkwaliteit en -kwaliteit, die vaak minder zijn dan in de onderkaak. Botkwaliteit en vooral botdichtheid zijn belangrijke voorspellende factoren.⁹ Uit een meta-analyse bleek dat het overlevingspercentage van implantaten als basis voor een implantaatgedragen gebitsprothese na gemiddeld een jaar groter was dan 95%. Behandeling van de bovenkaak met een gebitsprothese en een staaf-hulsmesostructuur op zes implantaten was het meest succesvol, op de voet gevolgd door eenzelfde prothetische constructie op vier implantaten. De minst succesvolle behandeling was een gebitsprothese met een drukknopmesostructuur op vier of minder implantaten. Het gebruik van een drukknopmesostructuur op twee implantaten maakt een scharnierende beweging van de implantaatgedragen gebitsprothese mogelijk die leidt tot een ongewenste belasting van de implantaten en de processus alveolaris.⁹

3.2.2 Behandeling met implantaatgedragen gebitsprothese

In tabel 1 staat een stappenplan en tijdschema van een behandeling met een implantaatgedragen gebitsprothese in een edentate onderkaak en bovenkaak weergegeven. Onderzoek heeft aangetoond dat bij het aanbrengen van implantaten een éénfasetechniek dezelfde goede resultaten geeft in een edentate onderkaak als een tweefasetechniek.⁸ Als er voldoende bot aanwezig is, wordt bij voorkeur de éénfasetechniek gebruikt, waarbij het niet nodig is om de implantaten na een periode van osseo-integratie (proces waarbij het tandheelkundige implantaat ingroeit in het bot) vrij te leggen.⁹ Op deze manier is er geen tweede chirurgische behandeling nodig.⁸ Bij de tweefasetechniek (als het toch nodig is extra bot aan te brengen) wordt de wond primair gesloten en het implantaat na een passende osseo-integratieperiode weer vrijgelegd.⁹

Tabel 1. Stappenplan en tijdschema van een behandeling met een implantaatgedragen gebitsprothese in een edentate onderkaak en bovenkaak, exclusief de aanpassing van de bestaande gebitsprothese of het vervaardigen van een nieuwe tijdelijke gebitsprothese⁸

Edentate onderkaak	Edentate bovenkaak
<p>Implanteren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plaatsen van 2 tot 4 implantaten in een éénfasetechniek • Na 1 week hechtingen verwijderen • 6 weken osseo-integratietijd <p>Vervaardiging van mesostructuur, in de vorm van een staafhulsconstructie, drukknoppen, of magneten en gebitsprothese:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vervaardiging voorlopige afdrukken • Vervaardiging definitieve afdrukken • Bepaling relatie tussen boven- en onderkaak • Passen opstelling prothese-elementen in was • Plaatsen van mesostructuur en gebitsprothese 	<p>Implanteren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plaatsen van 4 tot 6 implantaten in een éénfase- of tweefasetechniek • Na 1 week hechtingen verwijderen • 3 tot 6 maanden osseo-integratietijd <p>Tweede fase van de chirurgische behandeling als de implantaten in een tweefasetechniek zijn geplaatst:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expositie (vrijleggen) van implantaten en plaatsen van de genezingsopbouwen (opzetstukjes die door het tandvlees heen steken en dienen als basis voor de prothese) <p>Vervaardiging staaf-hulsmesostructuur en gebitsprothese:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Na 1 tot 2 weken hechtingen verwijderen en voorlopige afdrukken maken • Vervaardiging definitieve afdrukken • Bepaling relatie tussen boven- en onderkaak • Passen opstelling prothese-elementen in was • Plaatsen van mesostructuur en gebitsprothese

Betrokken zorgverleners

De behandeling met een implantaatgedragen gebitsprothese kan door verschillende hulpverleners worden uitgevoerd. De tandarts (algemeen practicus) kan zelf de implantaten plaatsen, of hiervoor doorverwijzen naar een kaakchirurg of een tandarts die zich heeft gedifferentieerd op het gebied van de orale implantologie.¹¹ Het vervaardigen van de suprastructuur kan worden gedaan door de algemeen practicus zelf of deze kan hiervoor doorverwijzen naar een gedifferentieerde tandarts/kaakchirurg (met

een samenwerkingsverband voor de prothetiek) of een tandprotheticus (paramedicus die gebitsprothesen aanmeet en vervaardigt). Als de tandarts niet zelf de prothetiek uitvoert en/of de implantaten aanbrengt, kan een andere behandelaar (een deel van) het specifieke onderzoek uitvoeren en met de patiënt tot overeenstemming komen over (een deel van) het definitieve behandelplan.¹¹

Een aparte positie wordt ingenomen door de tandtechnicus (iemand die in opdracht van een tandheelkundig behandelaar gebitsvoorzieningen maakt; geen paramedisch, maar ambachtelijk beroep). Tandtechnici vallen in principe niet onder de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG), maar mogen op basis van de wet wel klinische behandelingen uitvoeren als ze kunnen aantonen dat zij daartoe bekwaam zijn. Veel tandtechnici werken in de zogenoemde 'verlengde-arm-constructie' van een tandarts of een tandprotheticus. Dat wil zeggen dat de tandarts of tandprotheticus verantwoordelijk is voor de behandeling en dat de tandtechnicus op verzoek van een van beiden (deel)behandelingen kan uitvoeren.¹⁴

Doordat patiënten voor het plaatsen van implantaten met regelmaat worden verwezen naar een tandarts-implantoloog of een mond-, kaak- en aangezichtschirurg, wordt het aantal zorgverleners voor het behandelen van edentate patiënten uitgebreid en kunnen problemen ontstaan rond de verantwoordelijkheid. Een tandarts of een tandprotheticus is volgens de wet verantwoordelijk voor de diagnostiek en de kwaliteit van de gebitsprothese en dient deze daarom op kwaliteit en doelmatigheid te controleren als de behandeling is afgerond.¹⁴

Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde

Een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT) verleent zorg aan patiënten, bij wie behandeling in de 'normale' tandartspraktijk vanwege ernstige aandoeningen of handicaps niet goed (meer) mogelijk is (bijvoorbeeld sterk geslonken kaken, lastige verhoudingen tussen de onder- en bovenkaak). De tandartsen van een CBT beschikken over specifieke deskundigheid die is vereist om patiënten met dergelijke problematiek te kunnen behandelen.¹⁵

Nazorg en complicaties

Na enige tijd kan blijken dat zich bij een prothetische constructie op implantaten complicaties voordoen, zoals breuk, slijtage of verandering van de betrokken anatomische structuren. Daarom is na het plaatsen van prothetische constructies op implantaten levenslange nazorg nodig met als doel het behoud van functie en esthetiek, zonder dat complicaties optreden.¹⁶ Het traject van nazorg op korte termijn eindigt twee maanden na het plaatsen van de suprastructuur. Hierna vangt een traject aan met afspraken voor periodiek onderzoek. De eerste afspraak hiervoor is zes maanden na het plaatsen van de suprastructuur en vindt daarna minimaal eenmaal per jaar plaats.⁸ Onderzoek van de prothetische constructie omvat de volgende onderdelen¹⁶:

- Occlusie en articulatie
- Slijtage van de occlusale vlakken
- Mobiliteit mesostructuur
- Slijtage en fractuur mesostructuur
- Retentie implantaatgedragen gebitsprothese op mesostructuur
- Verankeringsonderdelen implantaatgedragen gebitsprothese
- Binnen- en buitenzijde implantaatgedragen gebitsprothese

Van reparaties van implantaatgedragen gebitsprothesen in de onder- en de bovenkaak zijn vooral resultaten van de middellange termijn bekend. Slechts enkele artikelen beschrijven onderzoeken naar het optreden van complicaties na een follow-up-periode van ongeveer tien jaar. Hieruit bleek dat er een continue nazorg met een investering van tijd en materiaal is. Als meest frequent voorkomende complicaties kwamen naar voren: losgaan of fracturen van verankeringsonderdelen van implantaatgedragen gebitsprothesen en een afnemende pasvorm van implantaatgedragen gebitsprothesen. Ook na het plaatsen van een implantaatgedragen gebitsprothese kunnen nog fysiologische veranderingen van de processus alveolaris optreden, zodat op termijn de pasvorm van de implantaatgedragen gebitsprothese onvoldoende is. In dat geval is een relining (opvulling ontstane ruimte tussen het mondslijmvlies en de prothesebasis met kunststof) geïndiceerd.¹⁶

Onderzoek heeft laten zien dat patiënten die door parodontitis (vergevoerde tandvleesontsteking) hun gebitselementen hebben verloren een grotere kans hebben op peri-implantitis (een ontsteking rondom de implantaten) en botverlies. Deze groep heeft daarom meer aandacht nodig met kortere tussenpauzes van de evaluatiemomenten. Andere risicogroepen zijn patiënten die roken en waarbij sprake is van een lastige reiniging door het ontwerp van de prothetische constructie.¹⁶

3.3 Kosten en vergoeding implantaatgedragen gebitsprothesen

De kosten van een behandeling voor een implantaatgedragen gebitsprothese kunnen worden opgesplitst in twee delen: het honorariumdeel, of behandelaarsdeel (op basis van Tariefbeschikking Tandheelkundige zorg, NZa, 2013¹⁷) en de materiaal- en techniekkosten (geen vast tarief).

Vergoeding implantaatgedragen gebitsprothesen

Het recht op mondzorg is geregeld in artikel 2.7 van het Besluit zorgverzekering (zie voor het gehele artikel bijlage 7).⁵ Het eerste lid van het artikel luidt dat mondzorg zorg omvat zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts tandheelkundige zorg betreft die noodzakelijk is. In het tweede lid van dit artikel staat dat tandeloze verzekerden recht hebben op het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.

Artikel 2.7 lid 1 en 2 zijn van belang voor het bepalen van het recht op implantaten. Het gaat hier om de zogenoemde bijzondere tandheelkunde. Bij de bijzondere tandheelkunde gaat het om mondzorg ter compensatie van een ernstige afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, mondzorg bij een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening en mondzorg naar aanleiding van een medische behandeling. De mondzorg moet leiden tot een tandheelkundige functie die gelijkwaardig is aan die welke de verzekerde zou hebben gehad als de ernstige aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. Indien deze compensatie kan worden gerealiseerd met behulp van tandheelkundige implantaten, heeft de verzekerde recht op tandheelkundige implantaten.¹⁸

De aanspraak op een implantaatgedragen gebitsprothese bestaat alleen als redelijkerwijs plaatsing van een adequaat functionerende normale gebitsprothese niet meer mogelijk is (op basis van artikel 2.1, lid 3, van het Besluit zorgverzekering). Hiervoor kan een zorginhoudelijke beoordeling door een adviserend tandarts noodzakelijk zijn.¹⁸

Eigen bijdrage

De conventionele gebitsprothese en de implantaatgedragen gebitsprothese kennen verschillende regelingen van een eigen bijdrage door verzekerden:

- Voor een eerste of vervangende conventionele gebitsprothese geldt een wettelijke eigen bijdrage van 25% van de kosten.
- De wettelijke eigen bijdrage voor de implantaatgedragen gebitsprothese is voor verzekerden van 18 jaar en ouder vastgesteld op 125 euro per kaak. De implantaten en mesostructuur worden volledig vergoed uit de basisverzekering.

De wettelijke eigen bijdrage kan eventueel (gedeeltelijk) vergoed worden uit de aanvullende verzekering.

Controle op rechtmatigheid en doelmatigheid zorg

Zorgverzekeraars beoordelen of een prestatie behoort tot het verzekerde pakket, dat wil zeggen of de prestatie was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde. Daartoe voeren zorgverzekeraars materiële controles uit, waarbij wordt nagegaan of de door de zorgverlener in rekening gebrachte prestatie is geleverd ('rechtmatigheid'), en die geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde ('doelmatigheid').

3.4 'Gepast gebruik'

De laatste jaren wordt in Nederland veelvuldig het begrip 'gepast gebruik' gebruikt. Op dit moment is er nog geen eenduidige definitie van het begrip 'gepast gebruik'. In dit onderzoek wordt daarom uitgegaan van de beschrijving die gebaseerd is op een ronde-tafelverkenning (juni 2012) met als deelnemende partijen: het CVZ, DBC-onderhoud (DBC-O), Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), NPCF, de NZa, Regieraad, ZonMw en ZN.¹⁹

Het begrip 'gepast gebruik' is niet nieuw, het begrip wordt al door de commissie Dunning gebruikt. De trechter van Dunning is ontworpen voor het maken van keuzen in de zorg. Daarbij is vooral de vraag welke zorg in het basispakket moet worden opgenomen. Het verantwoord gebruik van kwalitatief goede zorg wordt daarbij als uitgangspunt genomen, waarbij de wijze van betaling van groot belang is om 'gepast gebruik' van zorg te borgen.

Vanuit een zorginhoudelijk oogpunt betekent 'gepast gebruik' het gericht inzetten van zorg om de gezondheidstoestand van patiënten optimaal te verbeteren/stabiliseren. Hiervoor moet de zorgverlening plaatsvinden op basis van professionele en evidence-based richtlijnen, stepped-care principes¹ en een inschatting van de behoeften van de patiënten. Vanuit een verzekeringsoogpunt moet alleen zorg worden gedekt, die bewezen effectief, kosteneffectief, noodzakelijk te verzekeren en uitvoerbaar is.

De theorie en de dagelijkse praktijk verschillen echter van elkaar. Zo blijkt regelmatig dat zorgverleners de zorg niet leveren op een manier zoals zij dat in een richtlijn hebben afgesproken. Dit kan leiden tot overbehandeling, of onderbehandeling. Het handelen conform richtlijnen is daarbij geen absoluut begrip. Het betekent namelijk dat de zorgverlener in individuele situaties gemotiveerd van richtlijnen kan afwijken. Ook worden principes van stepped-care niet altijd gevolgd. Dit leidt tot het oprekken van indicaties en overbehandeling.

In de praktijk blijkt ook regelmatig dat verzekeraars zorg die niet onder de dekking van de verzekeringen valt toch betalen. Het gaat dan om zorg die niet voldoet aan de stand van de wetenschap; of om zorg die expliciet uitgesloten is van dekking ten laste van de verzekering (niet conform wettelijke indicatiecriteria); of om zorg waarop een verzekerde redelijkerwijs medisch gezien niet is aangewezen (overbehandeling). Maar soms is ook sprake van onderbehandeling: de noodzakelijke zorg is wel gedekt, maar wordt niet geleverd.¹⁹

¹ Stepped-care houdt in dat een bepaalde volgorde in de zorg wordt aangehouden. Een beperkte, eenvoudige behandeling wordt als eerste ingezet, en pas als deze niet (voldoende) effectief blijkt, wordt overgestapt op een meer ingrijpende (duurdere) interventie [www.cvz.nl].

4 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het Delphi-onderzoek besproken; deze resultaten geven de standpunten en visies van de geraadpleegde experts weer. Hierbij wordt achtereenvolgens ingegaan op de drie hoofdvragen van dit onderzoek (zie paragraaf 1.2.1). In paragraaf 4.1 worden de factoren die bijdragen aan de kostenontwikkeling van implantaatgedragen gebitsprothesen besproken. In paragraaf 4.2 komen de activiteiten die zorgverzekeraars, zorgverleners en de overheid ontplooiën om 'gepast gebruik' van implantaatgedragen gebitsprothesen te bevorderen aan de orde. De voor- en nadelen van verschillende maatregelen om 'gepast gebruik' van implantaatgedragen gebitsprothesen te bevorderen worden besproken in paragraaf 4.3.

4.1 Welke factoren spelen welke rol bij de kostenontwikkeling van de implantaatgedragen gebitsprothese in Nederland?

4.1.1 Kostenontwikkeling

Samenvatting van de antwoorden

Volgens de experts zijn er meerdere factoren die op verschillende niveaus hebben bijgedragen aan de kostenontwikkeling van implantaatgedragen gebitsprothesen:

- Maatschappij
 - Vergrijzing van de bevolking
 - Groter belang uiterlijk
 - Groter belang comfort van hulpmiddelen
- Organisatie van zorg en bekostiging
 - Tot eind jaren zeventig waren preventie en onderhoud geen prioriteit in de mondzorg; er waren te weinig tandartsen en mondhygiënisten waren er nog niet/weinig; tandprotheticci werden nog niet erkend
 - Relatief aantrekkelijke vergoeding van implantaatgedragen gebitsprothesen, in vergelijking met die voor conventionele gebitsprothesen of gebitsbehoud
 - Beperkte beoordeling van indicaties voor implantaatgedragen gebitsprothesen, onnodige zorg (bijvoorbeeld vervanging), gebrek aan richtlijnen/goede regelgeving
- Zorgaanbod
 - Meer en eenvoudiger implantologie-behandel mogelijkheden door innovatie en ontwikkeling en van betere kwaliteit
 - Toename van implantologie-zorgverleners
 - Toename implantatie-deskundigheid bij mondzorg-zorgverleners en afname deskundigheid voor conventionele gebitsprothesen
 - Toename van indicaties voor implantaatgedragen gebitsprothesen, vooral voor bovenkaak
 - Actiever aanbod van implantaatgedragen gebitsprothesen
- Zorgvraag
 - Toename bekendheid implantaatgedragen gebitsprothesen onder patiënten, onder meer door publieksreclame over implantaatgedragen gebitsprothesen
- Kosten
 - Stijging materiaal- en techniekkosten, met name van de mesostructuur en de gebitsprothese
 - Indirect: toename kosten voor nazorg, reparatie en vervanging (door toename edentate patiënten)

Volgens het CVZ zijn in de periode 2002-2012 de kosten gemoeid met de implantaatgedragen gebitsprothese bijna vertienvoudigd. Aan de experts is gevraagd welke factoren volgens hen een rol spelen bij deze kostenontwikkeling. Hierbij kwamen de volgende factoren naar voren:

- **Aantal edentaten in Nederland**

Enkele experts gaven aan dat het aantal patiënten is toegenomen door de vergrijzing van de bevolking; één expert gaf aan dat het ook te maken heeft met de organisatie van de tandheelkundige zorg in de afgelopen decennia. Preventie en onderhoud waren tot eind jaren zeventig geen prioriteit in de mondzorg; er waren te weinig tandartsen en mondhygiënisten waren er nog niet/weinig (of werden niet erkend). Tandprothetici, een beroepsgroep die zich bezighoudt met het aanmeten en vervaardigen van uitneembare gebitsprothesen, werden nog niet erkend. Het tandartsentekort leidde tot praktijken met enorme patiëntpopulaties, waarbij de tandarts slechts de noodzakelijkste behandelingen kon verrichten; de ultieme pijnbestrijding bestond uit extractie van tanden en/of kiezen. Daarbij is de vergoeding voor tandheelkundige zorg, met name ook in de genoemde periode, altijd beperkt geweest. Uitgebreidere restauraties kwamen grotendeels voor eigen rekening en een aanzienlijk deel van de bevolking was daar financieel niet toe in staat; tandeloosheid was het alternatief. Nederland kent als gevolg hiervan verhoudingsgewijs veel prothesedragers. Het is volgens de expert vooral de groep 60-plussers die zorgt voor de toename in het aantal implantaatgedragen gebitsprothesen. Zij zijn veelal tandeloos en hebben al langer een conventionele gebitsprothese; nu de behandeling met implantaten beschikbaar is, wil deze groep daar ook gebruik van maken.

- **Succes en bekendheid implantologische behandelingen**

Verschillende experts gaven aan dat implantologie door onderzoek en de verbetering van materialen en technieken een bekende, voorspelbare en doorgaans succesvolle behandeling is geworden. Implantologen zijn deze behandeling in toenemende mate gaan uitvoeren, omdat deze vaker wordt geïndiceerd als beste behandeloptie. Ook werd aangegeven dat er wetenschappelijk bewijs is dat de behandeling tot significante gezondheidswinst met goede implantaatoverleving leidt.

- **Zorgaanbod implantologie**

Volgens één expert is het aantal geregistreerde implantologen gestegen; een andere expert gaf aan dat het aantal tandprothetici is toegenomen. Eén expert noemde een toename van het aantal verwijspraktijken en daaraan gekoppelde prothetische praktijken. Ook in de algemene tandartspraktijk behoort implanteren volgens enkele experts steeds meer tot het normale behandelingsaanbod. Tegelijkertijd neemt de deskundigheid van tandartsen voor de conventionele prothese af. Eén expert gaf aan dat er zoveel aanvragen voor implantologie zijn, omdat tandartsen en tandprothetici te weinig moeite doen om een goede conventionele prothese te maken.

- **Stimulatie van implantaatgedragen gebitsprothesen**

Een aantal experts gaf aan dat implantologie actiever wordt aangeboden door zorgverleners. Daarnaast worden er vele cursussen en/of nascholing georganiseerd door wetenschappelijke verenigingen om tandartsen duidelijk te maken dat implantologie een onmisbaar onderdeel van de tandheelkundige zorg is (geworden). Ook reclame (bijvoorbeeld van implantaatleveranciers) stimuleert het gebruik van de implantaatgedragen gebitsprothese.

- **Bekendheid implantaatgedragen gebitsprothesen onder patiënten**

Verschillende experts hebben aangegeven dat ook voor patiënten geldt dat zij in toenemende mate bekend zijn met de mogelijkheden van implantaten (onder andere door mond-tot-mondreclame, advertenties en websites) en daar bewust om vragen. Veel professionals gaan mee in deze toegenomen vraag omdat het steeds moeilijker wordt dit te weigeren; het mindere comfort van een conventionele prothese wordt steeds minder geaccepteerd. Daarbij is tandeloos functioneren sociaal gezien vaak geen optie meer (het uiterlijk wordt steeds belangrijker).

- **Implantaten in bovenkaak**

Als een grote groep patiënten het comfort van implantaten in de onderkaak kent, is de stap naar implantaten in de bovenkaak meestal kleiner. De toename van indicaties voor gebitsprothesen op implantaten in de bovenkaak draagt volgens meerdere experts bij aan de toename in kosten.

- **Innovatie en ontwikkeling**

Eén expert gaf aan dat de behandel mogelijkheden van de edentate patiënt door innovatie en ontwikkeling groter en eenvoudiger worden, maar niet goedkoper (hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het gebruik van de Cone Beam Computer Tomogram (CBCT)-scan voor diagnostiek, maar ook aan kaakreconstructies en botaugmentaties met kunstbot).

- **Materiaal- en techniekkosten**

Volgens één van de experts zijn de kosten voor implantaten stabiel gebleven; de prothetische kosten (mesostructuur en gebitsprothese) zijn daarentegen gestegen. Een andere expert gaf aan dat de kostenontwikkeling in mindere mate te verklaren is door een stijging van de materiaal- en techniekkosten.

- **Kosten nazorg en vervanging**

Bij toename van het aantal patiënten met implantaatgedragen gebitsprothesen, nemen volgens één van de experts ook de kosten voor nazorg, vervanging en reparatie toe.

Eén expert heeft aangegeven dat er een toenemende tendens is om de onlangs vervaardigde steg te vervangen door drukknoppen of de onlangs geplaatste drukknoppen te vervangen door een steg (omdat de verzekerde niet kan omgaan met de bestaande constructie). Deze expert gaf verder aan dat met name veel tandprotheticici aanvragen doen voor vervangingsprothesen: een overkappingsprothese gaat zelden langer mee dan vijf jaar, waarbij ook de steg moet worden vervangen door een nieuwe steg of drukknop. De noodzaak van dit laatste is volgens de expert echter niet altijd duidelijk; financiële motieven lijken een rol te spelen.

- **Zorgstelsel en vergoedingsstructuur van implantaatgedragen gebitsprothesen**

De implantaatgedragen gebitsprothese is als verstrekking opgenomen in de basisverzekering met een relatief zeer lage eigen bijdrage; behoud van het eigen gebit is kostbaarder (als deze door onvoldoende zelfzorg is aangetast). Daarbij is de eigen bijdrage voor een implantaatgedragen prothese momenteel lager dan de eigen bijdrage voor een conventionele gebitsprothese: dit geeft een perverse prikkel. Premiestijging en 'uitkleding' van aanvullende tandartsverzekeringen (steeds meer kosten van mondzorg komen voor eigen rekening) veroorzaken in combinatie met de lage eigen bijdrage een verzekeringstechnisch aangestuurde indicatiestelling van implantaatgedragen gebitsprothesen (goedkope adequate verstrekking in de basisverzekering tegenover veel kostbaardere zorg voor gebitsbehoud in de aanvullende verzekering). Ook de introductie van de marktwerking in de zorg heeft volgens één van de experts in hoge mate bijgedragen aan de groei van de implantologie (geen rem op werving van zorgverleners). Door een andere expert werd aangegeven dat gebleken is dat wanneer het om een behandeling gaat die uit de basisverzekering vergoed mag worden, de materiaal- en techniekkosten veel hoger uitvallen dan als het gaat om eenzelfde soort behandeling die voor de rekening van de patiënt komt. Bij gebrek aan richtlijnen en goede regelgeving, wordt de indicatiestelling voor implantologie te ruim genomen (vaak worden zaken als niet meer kunnen spelen op een blaasinstrument, sporten, zoenen, lekker eten en verlies van smaak als argument gebruikt met betrekking tot 'niet goed kunnen functioneren'). Daarnaast worden de machtigingsaanvragen voor deze zorg door tekort aan capaciteit en gebrek aan inhoudelijke kennis (bij degenen die de machtigingsaanvragen beoordelen) te ruim verstrekt door de zorgverzekeraar.

4.1.2 Doelgroep

Samenvatting van de antwoorden

- Schattingen van de experts voor het aantal edentaten in Nederland lopen uiteen van 750.000 tot 3 miljoen personen (gemiddelde 1,9 miljoen).
- Volgens de meeste experts is het aantal edentaten de afgelopen tien jaar afgenomen. Factoren die een rol spelen: toename kwaliteit en kwantiteit mondzorg, betere voorlichting en grotere rol uiterlijk.
- Er is geen eenduidigheid over de toekomstige ontwikkeling van het aantal edentaten in Nederland, sommigen verwachten een toename, anderen een afname of het gelijkblijven van het aantal edentaten. Factoren die een rol spelen: toename kwaliteit mondzorg en slechtere economische omstandigheden.
- Schattingen van de experts voor het percentage edentaten met een ernstig geslonken kaak lopen sterk uiteen, van 15 tot 85%.
- Het zijn meestal oudere patiënten die vragen om een implantaatgedragen gebitsprothese. Binnen deze groep kunnen twee hoofdgroepen van patiënten worden onderscheiden: oudere patiënten die reeds jaren edentaat zijn en zich realiseren dat een conventionele gebitsprothese niet meer van deze tijd is en patiënten die op latere leeftijd alsnog hun rest-dentitie verliezen en tandeloos worden.

Schatting aantal edentaten in Nederland

Aan de experts is gevraagd hoe groot de groep edentaten in Nederland is. De resultaten zijn weergegeven in onderstaande tabel.

Tabel 2. Schatting aantal edentaten in Nederland

Range	750.000-3.000.000
Gemiddelde (standaard deviatie)	1.908.098 (607.823)
Mediaan	2.000.000

Ontwikkeling aantal edentaten in afgelopen tien jaar

Volgens twee derde van de experts is de groep edentaten de afgelopen tien jaar afgenomen. Het percentage waarmee de groep edentaten is afgenomen, loopt volgens hen hierbij uiteen van 0,5 tot 75% (gemiddelde 24,6%; standaarddeviatie 22,2%; mediaan 17,5%). Een genoemde reden voor de afname is de verbeterde kwaliteit en kwantiteit van de mondzorg, waardoor de algemene gebitstoestand van de bevolking is toegenomen. Voorlichting speelt hierbij ook een rol. Daarnaast wordt 'tandeloos zijn' sociaal gezien steeds minder geaccepteerd. Er komen weinig jonge edentaten bij; personen die op hoge leeftijd edentaat worden, hebben een kortere levensverwachting en het gaat om relatief weinig mensen. Volgens drie experts (17%) is de groep edentaten de afgelopen tien jaar gelijkgebleven.

Geen eenduidigheid over toekomstige ontwikkeling aantal edentaten

Op de vraag hoe de groep edentaten zich de komende tien jaar zal ontwikkelen, gaf de helft van de experts aan dat het aantal zal afnemen (met percentages uiteenlopend van 0,3 tot 50%; gemiddelde 17,6%; standaarddeviatie 17,2%; mediaan 12,5%). Genoemde redenen voor de verwachte afname zijn de verbeterde tandheelkundige zorg en het toegenomen gezondheidsbewustzijn, waardoor patiënten hun tanden en kiezen langer behouden dan voorheen. Bovendien zal een deel van de huidige conventionele prothesedragers van 80 jaar en ouder in de komende tien jaar overlijden. Drie experts (17%) dachten dat het aantal edentaten de komende tien jaar zal toenemen. Eén expert vulde hierbij een percentage in (10%). Mondzorg is niet in het basispakket opgenomen, waardoor deze voor de sociaal lagere klassen vrijwel onbetaalbaar is. Dit tezamen met de financiële crisis doet het tandartsbezoek afnemen; om die reden zal het aantal edentaten groter worden. Drie andere experts gaven aan dat het aantal edentaten de komende tien jaar gelijk zal blijven; enerzijds is er een daling van het aantal edentaten door betere zorg, maar anderzijds een stijging door verslechterende economische omstandigheden.

Geen eenduidigheid over percentage edentaten met ernstig geslonken kaak

De antwoorden op de vraag welk percentage van de groep edentaten een ernstig geslonken kaak heeft (en daarmee volgens de huidige criteria van de Zorgverzekeringswet in aanmerking komt voor een implantaatgedragen gebitsprothese) liepen uiteen (van 15% tot 85%; gemiddelde 41,7%; standaarddeviatie 24,7%; mediaan 40%). Het percentage edentaten met een ernstig geslonken kaak was volgens vertegenwoordigers van zorgverzekeraars lager (gemiddelde schatting 18%) dan volgens zorgverleners (gemiddelde schatting 54%). Eén van de experts gaf aan dat een groot deel van de edentaten op den duur een ernstige slinking van de onderkaak zal ontwikkelen (dit heeft te maken met het aantal jaar dat iemand tandeloos is). Enkele experts gaven aan dat het percentage met een ernstig geslonken kaak lager is dan het percentage waarbij de behandeling met implantaten nu uitgevoerd wordt. Door voorlichting en reclame (en dus meer bekendheid met de implantaatgedragen gebitsprothese), maar ook doordat patiënten mondiger zijn geworden, laten deze zich niet zo gemakkelijk 'wegsturen' met een loszittende conventionele gebitsprothese. Door verschillende experts werd echter ook aangegeven dat niet iedereen die binnen de criteria valt, de behandeling kan of wil ondergaan (patiënten op hoge leeftijd hebben vaak geen goede medische conditie; de wens om implantaten te krijgen bestaat dan meestal niet meer). Door enkele experts werd opgemerkt dat er een onderscheid gemaakt moet worden tussen de onder- en bovenkaak; het percentage edentaten met een ernstig geslonken bovenkaak ligt lager dan het percentage edentaten met een ernstig geslonken onderkaak.

Verschillen in doelgroep

Door één van de experts werd aangegeven dat het meestal oudere patiënten zijn die vragen om een implantaatgedragen gebitsprothese. Binnen deze groep zijn twee hoofdgroepen van patiënten te onderscheiden:

- Oudere patiënten die reeds jaren edentaat zijn en zich realiseren dat een conventionele gebitsprothese niet meer van deze tijd is en dus vragen om een behandeling met implantaten, vooral als ze na jaren aan een nieuwe prothese toe zijn;
- Patiënten die op latere leeftijd alsnog hun rest-dentitie verliezen en tandeloos worden. Deze overgang leidt veelal tot grote problemen met een conventionele gebitsprothese (vaak te hoge verwachtingen van of geringe voorlichting over de beperkingen van een conventionele gebitsprothese) en vervolgens tot de vraag om implantaten te plaatsen. Dit betreft dus een andere categorie patiënten die meestal slechts kort edentaat is; met name deze groep zal steeds meer vraag naar implantaten genereren, omdat ze zich bewust zijn van de mogelijkheden die er nu zijn met implantaten (vroeger was er geen keuze).

Deze expert gaf verder aan dat niet iedere prothesedragers hetzelfde is. Er zijn volgens de expert:

- Prothesedragers bij wie de gebitsprothese aan vervanging toe is (slijtage, verlies, breuk, los, et cetera). Bij deze groep is er sprake van een eenvoudige anamnese en relatief weinig protheseproblemen;
- Ervaren prothesedragers met een evident slechte gebitsprothese. Bij deze patiënten is er sprake van weinig problemen in de anamnese, wel zijn er aanmerkelijke technische tekortkomingen in de bestaande prothese (foutieve horizontale en verticale dimensie, et cetera);
- Kritische prothesedragers die alleen een functioneel perfecte gebitsprothese verdragen. Bij deze patiënten is er sprake van een uitgebreide prothesehistorie bij veelal verschillende behandelaars.
- Langdurige prothesedragers met vooral problemen in relatie met sterke botresorptie. Deze patiënten zijn al vele jaren probleemloos en begrijpen niet waarom het nu niet meer gaat. Deze patiënten komen volgens de expert met de simpele vraag: 'ik ben toe aan een nieuw gebit, kunt u die even maken?'
- Prothesedragers die met elke gebitsprothese problemen heeft, zelfs als deze technisch perfect is. Bij deze patiënten is er sprake van een complexe anamnese, vaak medisch-gecompromiteerde anatomie, psychische- en gewenningsproblematiek.

4.1.3 Indicatiestelling

Samenvatting van de antwoorden

- Zorginhoudelijke criteria die bij de indicatiestelling voor een implantaatgedragen gebitsprothese gehanteerd worden zijn volgens de experts: mate van kaakresorptie, aantal jaren edentaat, ineffectiviteit conventionele gebitsprothese, mondhygiëne patiënt.
- De zorginhoudelijke beoordeling van de indicatiestelling voor implantaatgedragen gebitsprothesen kan volgens de experts beter: centraliseren diagnostiek (zorgverleners met meer ervaring), meer capaciteit en kennis bij zorgverzekeraars, gebruik van een protocol, gebruik van de beschikbare diagnostische mogelijkheden (gebitsmodel is vaak te beperkt).
- Een aantal experts gaf aan dat de mate van kaakresorptie niet het enige criterium zou moeten zijn om in aanmerking te komen voor een implantaatgedragen gebitsprothese.

Zorginhoudelijke criteria

In de vragenlijst is de experts gevraagd naar de zorginhoudelijke criteria die bij de indicatiestelling gehanteerd worden. Door de experts zijn de volgende criteria naar voren gebracht:

- **Mate van kaakresorptie**
Het merendeel van de experts noemde de mate van resorptie/hogte van de kaak (zeer ernstig geslonken kaak op basis van de classificatie van Cawood). Enkele experts gaven aan dat dit het voornaamste of zelfs enige criterium is, maar de meesten noemden naast de mate van kaakresorptie ook nog andere criteria, hieronder weergegeven.
- **Aantal jaren edentaat**
Volgens meerdere experts speelt het aantal jaren dat een patiënt edentaat is een rol. Eén expert gaf specifiek aan dat de patiënt langer dan één jaar edentaat moet zijn.
- **Ineffectiviteit conventionele gebitsprothese**
Verschillende experts noemden dat voor het plaatsen van een implantaatgedragen gebitsprothese een conventionele gebitsprothese moet zijn toegepast; deze prothese moet niet- of slecht functioneren/klachten veroorzaken (bijvoorbeeld het loszitten van de prothese, pijn, kokhalsproblematiek of sociale beperkingen). Eén expert gaf aan dat de functionele problematiek zoals beschreven in het werkdocument 'Centrumindicatie'² gehanteerd wordt.
- **Mondhygiëne patiënt**
Eén expert gaf aan dat de patiënt in staat moet zijn om de implantaatgedragen gebitsprothese te onderhouden; een goede mondhygiëne is belangrijk om complicaties te voorkomen.
- **Overige criteria**
Eén expert gaf aan dat als 'je maar lang genoeg zeurt, er een machtiging wordt afgegeven'. Door een andere expert werd aangegeven dat zorgverzekeraars voornamelijk financiële criteria hanteren: 'afwijkingen van de door de zorgverzekeraar als standaard bestempelde behandelingen worden vaak op die grond afgewezen zonder zorginhoudelijke criteria'.

Verbeteringen in zorginhoudelijke beoordeling zijn volgens de experts wenselijk

Aan de experts is gevraagd of er naar hun mening verbeteringen wenselijk zijn in de zorginhoudelijke beoordeling van de indicatiestelling voor een implantaatgedragen gebitsprothese (door zorgverzekeraars). De meerderheid van de experts (72%) gaf hierbij aan dat dit het geval is, hierbij zijn de volgende mogelijke verbeteringen genoemd:

- **Intensivering zorginhoudelijke beoordeling**
Enkele vertegenwoordigers van zorgverzekeraars hebben aangegeven dat de zorginhoudelijke beoordeling door beperkte capaciteit van adviserend tandartsen en gebrek aan kennis vaak marginaal plaatsvindt; het kennisniveau zou moeten worden verhoogd en de beoordeling zou moeten worden geïntensiveerd. Digitale mondfotografie zou hierbij een aanvulling kunnen zijn. Door twee andere experts werd aangegeven dat de indicatiestelling voor een implantaatgedragen gebitsprothese (in de bovenkaak) beter getoetst zou moeten worden door functionarissen met

² De centrumindicatie. Indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp in een instelling/centrum (CBT). 2011.

zorginhoudelijke kennis en kennis van regelgeving; één expert gaf aan dat de zorginhoudelijke criteria nu over het algemeen te ruim worden geïnterpreteerd. Het gebruiken van een protocol (zoals tandprotheticen dat samen met een aantal zorgverzekeraars doet), zou hierbij transparantie in handelen kunnen geven. Eén expert gaf aan dat vooral met implantaten in de bovenkaak hoge kosten zijn gemoeid: nu de meeste geschikte onderkaken min of meer van implantaten zijn voorzien dreigt de bovenkaak als 'markt' te worden ontdekt. In de meeste gevallen zijn implantaten daar niet nodig, echter in sommige uitzonderlijke gevallen juist onmisbaar. Adviserende tandartsen hebben de taak om die gevallen te identificeren en de juiste behandeling te kiezen. Door een andere expert werd aangegeven dat (bij de machtigingsaanvraag) gevraagd wordt een gebitsmodel op te sturen naar de adviserend tandarts van de zorgverzekeraar; volgens deze expert kan een gebitsmodel echter nooit helemaal de patiëntenproblematiek weergeven (zaken als een droge mond, verhouding tussen onder- en bovenkaak worden niet door een gebitsmodel gerepresenteerd).

- **Richtlijnen en regelgeving voor zorgverleners**

Richtlijnen en regelgeving zouden zorgverleners duidelijkheid moeten verschaffen over de indicatie voor implantologie. Veel zorgverleners zijn van mening dat de implantaatgedragen gebitsprothese in de onderkaak de standaardbehandeling zou moeten zijn; dit wrijft met de aanspraken in de Zorgverzekeringswet dat het uitsluitend om de zeer ernstige geslonken kaak mag gaan. Eén expert stelde voor om de diagnostiek te centraliseren en professionals met expertise te laten beoordelen of implantaten wel of niet zijn geïndiceerd (en vervolgens te beoordelen wie de prothetische vervolgbehandeling uitvoert). Een juiste indicatiestelling is niet alleen essentieel om te beoordelen of implantaten vanuit tandheelkundig en medisch oogpunt gewenst zijn, maar ook of de zorg voor de patiënt het meest doelmatig is. Patiënten hebben soms te hoge verwachtingen van een behandeling met implantaten of realiseren zich nauwelijks welke kosten ermee gemoeid zijn, en wat hun eigen verantwoordelijkheid is bij een dergelijke behandeling (mondhygiëne, rookgedrag, et cetera).

- **Mate van kaakresorptie niet als enige criterium**

Een aantal experts betoogde dat de mate van kaakresorptie niet het enige criterium zou moeten zijn om in aanmerking te komen voor een implantaatgedragen gebitsprothese. Hiervoor werden verschillende redenen gegeven. Er zijn vele edentate situaties denkbaar waarbij implantaten geïndiceerd zijn, terwijl er geen sprake is van een ernstig geslonken kaak. Het gaat vooral om de anatomische, fysiologische en beperkende factoren in de edentate mondholte, waardoor er geen retentie en functie van een conventionele prothese te verkrijgen is, en om patiënten bij wie implantaten voordeel kunnen hebben. Eén expert gaf aan dat de bewezen doelmatigheid van implantaatgedragen gebitsprothesen het bijna onethisch maakt de indicatiestelling voor te behouden aan patiënten met een ernstig geslonken kaak. Verder werd door één expert aangegeven dat uiteindelijk iedereen aan het criterium van de ernstig geslonken kaak voldoet als er maar lang genoeg gewacht wordt (dit heeft te maken met het aantal jaren dat een patiënt tandeloos is). Daarom is het beter niet te wachten met implanteren totdat de situatie moeilijker is. De kosten zijn dan lager.

4.1.4 Voor- en nadelen gebitsprothesen

De experts (in het bijzonder de patiëntenvertegenwoordigers) is gevraagd naar de voor- en nadelen van een conventionele gebitsprothese en een implantaatgedragen gebitsprothese. Hieronder wordt een opsomming gegeven van de aspecten die daarbij naar voren kwamen.

Conventionele gebitsprothese

Voordelen

- Eenvoud, geen onderhoud.
- Patiënt hoeft geen behandeling (implanteren) te ondergaan; minder belastend.

Nadelen

- Beperkt kauwvermogen.
- Loszitten van de prothese.

Implantaatgedragen gebitsprothese

Voordelen

- Functionele voordelen (kauwen, spreken, lachen, et cetera).

- Betere gezondheid door verbetering van het kauwstelsel.
- Verbeterd (psycho)sociaal functioneren (minder schaamte).
- Verhoogde kwaliteit van leven.

Nadelen

- Chirurgische ingreep, belastend voor patiënt.
- Onderhoud is belangrijk (patiënt moet poetsen om de weefsels rondom het implantaat en de constructie die daarop is vervaardigd schoon te houden, om ontstekingen te voorkomen).

Eén expert merkte bij deze vraag op dat ondanks dat de prothese op implantaten een geweldige voorziening is (en voor de patiënt met sterk geslonken kaken vaak een enorme stap voorwaarts), een met vakkennis en op de juiste wijze aangemeten en vervaardigde conventionele prothese ook nog steeds een voorziening is, waarmee een flink gedeelte van de tandeloze populatie goed kan functioneren. Volgens een andere expert leren veel patiënten met een conventionele prothese om te gaan en is niet iedereen er ontevreden over (ca. 25%). Steeds meer mensen realiseren zich echter dat een loszittend kunstgebit eigenlijk niet meer van deze tijd is en willen een implantaatbehandeling. Dit betreft dus niet alleen de mensen die problemen met een conventionele prothese hebben.

4.1.5 Kosten per verzekerde

Samenvatting van de antwoorden

- De door de experts ingeschatte kosten per verzekerde voor een behandeling met een implantaatgedragen gebitsprothese varieert sterk; de kosten zijn afhankelijk van onder andere het aantal implantaten. De kosten per verzekerde lijken hoger te liggen voor een implantaatgedragen gebitsprothese in de bovenkaak dan voor een implantaatgedragen gebitsprothese in de onderkaak.
- Kosten zouden inzichtelijk moeten kunnen zijn op basis van gegevens van zorgverzekeraars en het CVZ.
- Over de kostenontwikkeling van het honorariumdeel in de afgelopen tien jaar verschillen de meningen. Vergelijking is ook lastig doordat de tariefstellingen van veel variabelen afhankelijk zijn en de situatie tien jaar geleden (behandelmogelijkheden en stand der techniek) anders was.
- De materiaal- en techniekkosten lijken te zijn gestegen. Een groter volume aan benodigd(e) materiaal en techniek heeft niet tot daling van kosten geleid.

Schattingen van kosten behandeling bovenkaak liggen hoger dan kosten behandeling onderkaak

Aan de experts is gevraagd per kostenonderdeel een schatting te geven van de huidige gemiddelde kosten van de totale implantaatbehandeling per edentate patiënt voor de boven- en onderkaak. De resultaten worden weergegeven in onderstaande tabel. Door verschillende experts werd aangegeven dat het moeilijk was om een inschatting van de kosten te geven, omdat er aanzienlijke variatie is (afhankelijk van bijvoorbeeld het aantal implantaten). Enkele experts gaven aan dat bij de genoemde bedragen is uitgegaan van twee implantaten in de onderkaak en vier implantaten in de bovenkaak. De weergegeven ondergrens van de honorariumkosten voor de onder- en bovenkaak (390 en 485 euro) werd genoemd door dezelfde expert (een zorgverlener), een groot verschil met de op één na laagste schattingen, respectievelijk 1.000 voor de onderkaak en 1.850 euro voor de bovenkaak.

Tabel 3. Schatting van de huidige (2013) kosten per edentate patiënt (gemiddelde, range)

	Onderkaak	Bovenkaak
	Schatting van de huidige (2013) gemiddelde kosten per edentate patiënt met ernstig geslonken kaak voor de <i>onderkaak</i>	Schatting van de huidige (2013) gemiddelde kosten per edentate patiënt met ernstig geslonken kaak voor de <i>bovenkaak</i>
Honorariumdeel	1.527 euro (390-2.500 euro)	2.404 euro (485-4.500 euro)
Materiaal- en techniekkosten	2.303 euro (1.500-2.800 euro)	3.764 euro (2.500-5.000 euro)

Vaststellen tarieven

Door enkele experts werd toegelicht dat het honorariumdeel van een implantaatgedragen prothese wordt samengesteld op basis van de Uniforme Particuliere Tarieven (UPT)-lijst. Dit is een lijst met maximumtarieven die door de NZa wordt bepaald en gepubliceerd³. Eén expert legde verder uit dat de techniekkosten in principe een product van de vrije markt zijn; tandtechnische laboratoria bepalen zelf hun prijs. In de praktijk wordt de technieknota samengesteld uit zogenaamde codes of posities die deelwerkzaamheden omschrijven. Deze posities zijn al lange tijd in gebruik en komen uit de periode (jaren tachtig) dat de koepelorganisaties van tandartsen en tandtechnische laboratoria in overleg de tarieven voor deze deelwerkzaamheden bepaalden. Nadat dit prijsverleg in het kader van de mededingingswetgeving werd verboden, zijn de posities in gebruik gebleven bij de tandtechnische laboratoria die daar vervolgens hun eigen prijs voor berekenden. Ook de NZa maakt nog steeds gebruik van deze posities en omschrijvingen bij de publicatie van de zogeheten maximale techniekkosten voor techniek in eigen beheer. In de afgelopen jaren zijn door alle zorgverzekeraars op basis van gegevens uit bij hen ingediende declaraties maximum techniekkosten bepaald. Deze maximale techniekkosten vormen een plafond.

Eén expert gaf aan het onbegrijpelijk te vinden dat er geen inzage is in de opbouw van de totale kosten van implantaatgedragen gebitsprothesen. Aan de hand van de gedeclareerde UPT-codes zou inzichtelijk gemaakt moeten kunnen worden hoeveel en welke soort behandelingen uitgevoerd zijn, en welke kosten daarmee gepaard gaan. Het CVZ zou deze cijfers aangeleverd moeten krijgen door zorgverzekeraars; dat dit nu niet gebeurt verstoort de transparantie en roept de vraag op of zorgverzekeraars klaar zijn voor het opeisen van de regierol (met daarbij de eis van verplichte contractering).

Ontwikkeling kosten per verzekerde in afgelopen tien jaar

Aan de experts is gevraagd een inschatting te geven van de ontwikkeling van de kosten van het honorariumdeel en de materiaal- en techniekkosten in de afgelopen tien jaar. Het ging hierbij om de kosten van de totale implantaatbehandeling, per edentate patiënt met ernstig geslonken kaak (uitgesplitst naar onder- en bovenkaak). Zoals hieronder beschreven wordt kwam er geen eenduidig antwoord naar voren, niet voor de honorariumkosten en niet voor de materiaal- en techniekkosten. Eén expert merkte op dat de tariefstellingen van veel variabelen afhankelijk zijn; daarbij was de situatie in 2003 dermate anders (behandelmogelijkheden en stand der techniek), dat een vergelijking en daarmee een antwoord op de vraag of de kosten zijn gestegen of gedaald (met bijbehorende percentages) moeilijk te maken is.

Eén expert gaf aan dat er verschillen zijn per type mesostructuur; de beginkosten van drukknoppen zijn lager dan van de steg, maar doordat meer onderhoud nodig is uiteindelijk even duur of duurder. Verder is er een verschuiving van gouden steggen naar gefreesde titanium steggen; de laatstgenoemde zijn volgens deze expert veel goedkoper (het is echter nog onvoldoende bekend hoe deze zich op de lange termijn houden).

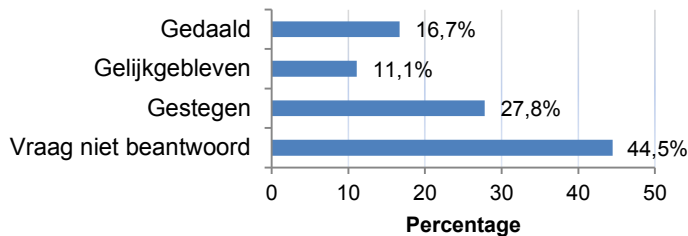
Geen eenduidigheid over ontwikkeling honorariumkosten onderkaak in afgelopen tien jaar

In figuur 4 staan de antwoorden met betrekking tot de ontwikkeling van de honorariumkosten voor de onderkaak weergegeven. Hierbij zijn de antwoordcategorieën 'Geen mening' en 'Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise' samengenomen in de categorie 'Vraag niet beantwoord'; experts die de vraag helemaal niet hebben ingevuld vallen hier ook onder. Vijf experts

³ De UPT-lijst is niet meer in gebruik.

(28%) dachten dat de kosten voor het honorariumdeel per edentate patiënt voor de onderkaak de afgelopen tien jaar zijn gestegen. De schatting van het percentage waarmee de kosten zijn gestegen liep hierbij uiteen van 0 tot 10% (één expert gaf aan dat de kosten zijn gestegen, maar vulde hierbij een percentage van 0% in). Drie experts (17%) gaven aan dat de kosten zijn gedaald (met 5 tot 10%); twee experts (11%) dachten dat de kosten gelijk zijn gebleven. Bijna 45% van de experts heeft de vraag niet beantwoord.

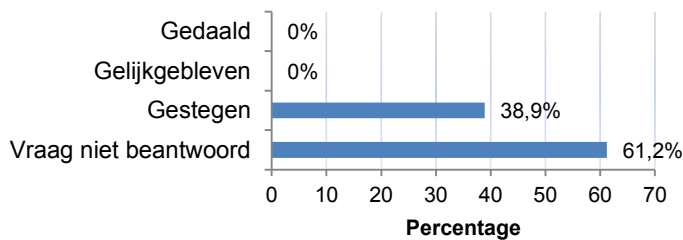
Figuur 4. De honorariumkosten zijn in de afgelopen 10 jaar per edentate patiënt met ernstig geslonken kaak voor de onderkaak gemiddeld:



Ontwikkeling materiaal- en techniekkosten onderkaak in afgelopen tien jaar

De materiaal- en techniekkosten per edentate patiënt (voor de onderkaak) zijn volgens bijna 40% van de experts de afgelopen tien jaar gestegen (zie figuur 5). Het percentage waarmee de kosten zijn gestegen liep hierbij uiteen van 3 tot 20%. Geen van de experts dacht dat deze kosten zijn gedaald of gelijk zijn gebleven; ruim 60% heeft de vraag niet beantwoord.

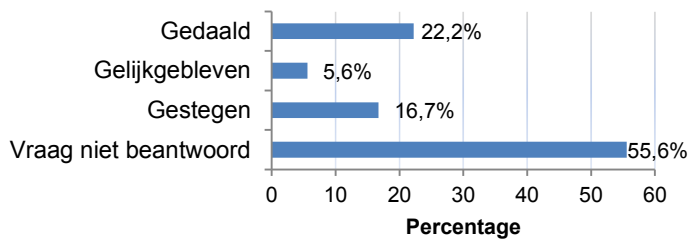
Figuur 5. De materiaal- en techniekkosten zijn in de afgelopen 10 jaar per edentate patiënt met ernstig geslonken kaak voor de onderkaak gemiddeld:



Geen eenduidigheid over ontwikkeling honorariumkosten bovenkaak in afgelopen tien jaar

Ook over de ontwikkeling van de honorariumkosten in de afgelopen tien jaar per edentate patiënt voor de bovenkaak komt op basis van de vragenlijsten geen eenduidig antwoord naar voren. Meer dan de helft van de experts heeft de vraag niet beantwoord. Van de experts die de vraag wel hebben beantwoord, dachten de meesten (n=4) dat de honorariumkosten per edentate patiënt in de afgelopen tien jaar zijn gedaald (met 5 tot 30%). Eén expert gaf hierbij aan dat in de bovenkaak een verschuiving heeft plaatsgevonden van standaard zes implantaten in combinatie met pre-implantologische chirurgie naar vier implantaten zonder pre-implantologische chirurgie. Drie experts hebben aangegeven dat de kosten voor het honorariumdeel per edentate patiënt met geslonken kaak de afgelopen tien jaar zijn gestegen (met 4 tot 10%); één expert gaf aan dat deze kosten gelijk zijn gebleven.

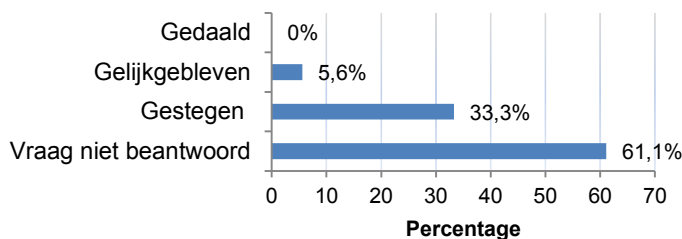
Figuur 6. De honorariumkosten zijn in de afgelopen 10 jaar per edentate patiënt met ernstig geslonken kaak voor de *bovenkaak* gemiddeld:



Ontwikkeling materiaal- en techniekkosten bovenkaak in afgelopen tien jaar

Een derde van de experts dacht dat de materiaal- en techniekkosten voor de bovenkaak de afgelopen tien jaar zijn gestegen (met 3 tot 10%). Geen van de experts dacht dat de kosten voor materiaal en techniek waren gedaald; één expert dacht dat de kosten gelijk zijn gebleven. Ruim 60% van de experts heeft de vraag niet beantwoord.

Figuur 7. De materiaal- en techniekkosten zijn in de afgelopen 10 jaar per edentate patiënt met ernstig geslonken kaak voor de *bovenkaak* gemiddeld:



Ontwikkeling techniekkosten

Eén expert merkte in het algemeen op dat de techniekkosten voor de implantaatgedragen gebitsprothese niet zijn 'geëxplodeerd'. Wanneer een berekening wordt gemaakt van een implantaatgedragen gebitsprothese op basis van de bestaande posities en de tarieven uit bijvoorbeeld 1986 en deze worden gecorrigeerd voor de inflatie in de tussenliggende jaren, komt men ongeveer uit op de huidige tarieven die de NZa publiceert als maxima voor techniek in eigen beheer en die de laatste jaren ook binnen de tandtechniek min of meer de standaard zijn geworden. Wat volgens deze expert wel gebeurd is, is dat de bijkomende materiaalkosten voor de mesostructuur en voor de implantaten geboekt worden onder 'techniekkosten'. De automatiseringssystemen van de zorgverzekeraars zijn niet in staat om een onderscheid te maken in techniekkosten (het tandtechnisch arbeidsloon) en materiaalkosten, ook wel bijleveringen genoemd. Wanneer de techniekprijs van een normale volledige prothese van tien of vijftien jaar geleden vergeleken wordt met een huidige implantaatgedragen prothese, waarbij alle kosten voor de vervaardiging van de mesostructuur en de bijleveringen zoals drukknoppen, steggen en de implantaten worden opgeteld, is het logisch dat de totaalprijs voor deze laatste aanmerkelijk hoger ligt. Dat komt niet door onevenredig gestegen techniekkosten maar door het feit dat de bijleveringen bij de techniekkosten worden opgeteld. Het vergroten van het volume aan implantaatgedragen gebitsprothesen in de laatste jaren heeft bij de toeleverende implantaatfirma's niet geleid tot prijsverlaging van implantaten en overige materialen.

Eén expert heeft aangegeven dat een groeiend deel van de tandtechnische werkzaamheden worden uitbesteed in lagelonenlanden. Dit heeft tot gevolg dat een steeds groter deel van collectief opgebrachte verzekeringsgelden uit de Nederlandse economie verdwijnen. Op de korte termijn kan dit leiden tot een lagere prijs; op de langere termijn kan dit echter leiden tot meer complicaties en hogere kosten.

Prestatiecodes implantaatgedragen gebitsprothese in vergelijking met conventionele gebitsprothese

Volgens één van de experts is het tarief van de huidige J-codes (tandarts prestatiecodes orale implantologie) voor een volledige prothese op implantaten in vergelijking met de P-codes (tandarts

prestatiecodes prothetische voorzieningen) voor een volledige prothese zonder implantaten (te) laag. Deze expert legde uit dat de behandeling van een (gecompliceerde) edentate patiënt met implantaten qua procedure tijdrovender (en lastiger) is dan van een edentate patiënt zonder implantaten. De moeilijkheidsgraad wordt niet minder wanneer er implantaten zijn geplaatst en het aantal handelingen zal slechts toenemen (zie bijlage 8 voor een voorbeeld van een behandelprotocol). De algemene gedachte achter de tarieven voor een implantaatgedragen gebitsprothese is dat de problemen zijn opgelost met het plaatsen van implantaten en dat de daarop volgende prothetische behandeling eenvoudiger wordt. Dit is volgens de expert een vreemde gedachtegang, omdat volgens het aangegeven protocol (in alle wetenschappelijke literatuur) er meer handelingen verricht moeten worden in vergelijking met een volledige prothesebehandeling zonder implantaten. Daar komt bij dat de techniekkosten (in het algemeen) zijn verhoogd en de honorering is verlaagd. De zorgverzekeraars 'dicteren' feitelijk de tarieven die gebaseerd zijn op de gemiddelde patiënt met een gemiddelde (middelmatte) kwaliteit van behandeling. Volgens de expert zou men goede diagnostiek en behandeling op uurbasis moeten honoreren, in aansluiting op de moeilijkheidsgraad van de behandeling. Het verplaatsen van de implantaatgedragen gebitsprothese van een expertisecentrum naar de algemene praktijk en/of tandprotheticus (met als gevolg uitsluitend honorering op J-codes) zal op korte termijn wellicht tot kostenreductie leiden, maar zal al snel expertise vragen vanwege gemiste diagnostiek en onvoldoende kwalitatieve chirurgische- en prothetische behandeling, en uiteindelijk dus kostenverhogend werken.

4.1.6 Onder- en bovenkaak

Samenvatting van de antwoorden

- Volgens de experts krijgen de meeste patiënten een implantaatgedragen gebitsprothese in de onderkaak. Een kleiner deel van de patiënten krijgt een implantaatgedragen gebitsprothese in de bovenkaak of in zowel de onder- als bovenkaak.
- Het plaatsen van een implantaatgedragen gebitsprothese is volgens de experts in de afgelopen tien jaar voor zowel de onder- als bovenkaak toegenomen door een toename van het zorgaanbod, een toename van en verandering in de zorgvraag, ontwikkelingen in de implantologie en een betere indicatiestelling.

Aan de experts is gevraagd om een inschatting te geven van het percentage edentate patiënten met ernstig geslonken kaak waarbij op dit moment een implantaatgedragen gebitsprothese wordt geplaatst in de onderkaak, bovenkaak, of beide. Ook is gevraagd of het plaatsen van een implantaatgedragen gebitsprothese (voor de onder- en bovenkaak) in de afgelopen tien jaar is afgenomen, gelijk is gebleven of is gedaald.

Aandeel implantaatgedragen gebitsprothesen in onderkaak en bovenkaak

Uit de gegeven antwoorden komt naar voren dat de meeste edentate patiënten een implantaatgedragen gebitsprothese krijgen in alleen de onderkaak (50-96%). Een lager percentage patiënten heeft een implantaatgedragen gebitsprothese voor alleen de bovenkaak (2-80%) of voor zowel de onder- als bovenkaak (2-30%).

Eén expert gaf aan dat een op de juiste wijze aangemeten en vervaardigde conventionele prothese in de bovenkaak op zijn plaats blijft als gevolg van een vacuüm dat onder de prothese wordt gecreëerd. Zelfs met vrij ver geslonken kaken zal een bovenprothese nog redelijk kunnen functioneren. Een implantaatgedragen prothese in de bovenkaak is in de praktijk dan ook minder vaak nodig dan een onderprothese op implantaten. Bovendien is het implanteren in een bovenkaak veel gecompliceerder, zeker wanneer er sprake is van een zeer ver geslonken kaak.

Een andere expert merkte op dat er weinig patiënten zijn met alleen een gebitsprothese op implantaten in de bovenkaak, tegenover een goed functionerende conventionele prothese in de onderkaak. Bij een volledige conventionele gebitsprothese in de onder- en bovenkaak, geeft de prothese in de onderkaak vrijwel altijd de meeste klachten/functionele problemen. Implantaten in de bovenkaak zouden alleen geplaatst moeten worden als het in de onderkaak 'op orde is'; dit betekent dat als er een indicatie is voor

een implantaatgedragen gebitsprothese in de bovenkaak, er vrijwel altijd al een implantaatgedragen gebitsprothese in de onderkaak is geplaatst.

Ontwikkeling plaatsing implantaatgedragen gebitsprothesen onderkaak in afgelopen tien jaar

Volgens twee derde van de experts is het plaatsen van een implantaatgedragen gebitsprothese in de onderkaak in de afgelopen tien jaar toegenomen, met geschatte percentages uiteenlopend van 30 tot 500%. Genoemde redenen hiervoor zijn het feit dat vrijwel elke tandarts implantaten in de onderkaak kan plaatsen, en de bewustwording van de meerwaarde die implantaten kunnen bieden.

Ontwikkeling plaatsing implantaatgedragen gebitsprothesen bovenkaak in afgelopen tien jaar

Bijna alle experts (89%) dachten dat het plaatsen van een implantaatgedragen gebitsprothese in de bovenkaak de afgelopen tien jaar is toegenomen (met 10-600%). De toename is volgens de experts te verklaren door de ontwikkelingen in de implantologie (verbeterde technieken) die tot betere resultaten in de bovenkaak hebben geleid, een betere indicatiestelling en een toename van het aantal verwijspatiënten. Een andere reden is dat patiënten die implantaten in de onderkaak hebben (en dus weten dat een dergelijke voorziening beschikbaar is), bij ervaren ongemak eerder naar een gebitsprothese op implantaten in de bovenkaak zullen vragen. Eén expert legde uit dat door het vervaardigen van een vastere constructie op implantaten in de onderkaak, de geslonken bovenkaak (te) veel wordt belast, hetgeen kan leiden tot een instabiele prothese in de bovenkaak (en dus vraag naar implantaten). Daar komt volgens deze expert nog bij dat veel patiënten de verhemelteplaat in de bovenprothese als storend kunnen ervaren of hierdoor de bovenprothese niet verdragen. Een prothese op implantaten in de bovenkaak kan de patiënt 'verlossen' van een bedekkende verhemelteplaat.

4.1.7 Tariefsysteem

Samenvatting van de antwoorden

- Veranderingen in het honoreringssysteem lijken weinig invloed te hebben gehad op de kostenontwikkeling van implantaatgedragen gebitsprothesen.
- De vrije prijsvorming zou mogelijk invloed hebben gehad; dit is echter onduidelijk door het stopzetten van het experiment.

Het honoreringssysteem voor orale implantologie is de laatste jaren enkele malen gewijzigd, waaronder een nieuw tariefhoofdstuk orale implantologie in 2008 en vrije prijsvorming in 2012. Aan de experts is gevraagd welke invloed de ontwikkelingen in het honoreringssysteem voor orale implantologie hebben gehad op de kostenontwikkeling van implantaatgedragen gebitsprothesen (van de afgelopen jaren).

Geen eenduidigheid over invloed honoreringssysteem

Meerdere experts gaven aan dat het honoreringssysteem geen of weinig invloed heeft gehad op de kostenontwikkeling; de toegenomen vraag naar orale implantologie en het aantal zorgverleners dat implanteert heeft hieraan volgens enkele experts echter wel bijgedragen. Een aantal andere experts ging specifiek in op de invloed van het nieuwe tariefhoofdstuk orale implantologie in 2008 en de vrije prijsvorming in 2012 (zie hieronder).

Nieuwe tariefhoofdstuk orale implantologie 2008

Door één van de experts werd beschreven dat de NZa het hoofdstuk implantologie per 2008 heeft herzien. Reden was dat het hoofdstuk verouderd was (qua prestatiebeschrijvingen en aannames). Bij de aanpassing van het hoofdstuk verwachtte de NZa geen of een beperkte macrostijging. Dit omdat het aantal tandeloze mensen afneemt als gevolg van de algemeen verbeterde gemiddelde gebitsstoestand, waardoor het volume daalt. Deze mensen kregen door het nieuwe hoofdstuk passende prestaties en tarieven in rekening gebracht. Een analyse van de nieuwe prestaties die vergeleken konden worden met de oude prestaties liet zien dat in het merendeel van de gevallen de punten per prestatie zijn gedaald of dat de punten gelijk zijn gebleven. Daarnaast werden bepaalde prestaties geschrapt. Hiervoor in de plaats kwamen volledig nieuwe en meer gedifferentieerde prestaties. Het daadwerkelijke effect daarvan

is afhankelijk van de frequentie waarin deze prestaties worden gedeclareerd voor die mensen die een aanspraak hebben op een implantologische behandeling.

Eén expert gaf aan dat de wijziging in 2008 heeft geleid tot hogere kosten, omdat meer deelverrichtingen declarabel zijn geworden. Een andere expert gaf juist aan dat de aanpassingen in 2008 een verlagend effect hebben gehad op het tarief in het algemeen. Inmiddels zijn deze tarieven jaarlijks aangepast met een percentage ongeveer gelijk aan de inflatie. Volgens deze expert is door het verbeteren van de behandelprotocollen en de toegenomen implantologie-ervaring, ook bij de implanterende algemeen practicus de tijdsinvestering per implantaatplaatsing gedaald.

Eén expert gaf aan dat door de UPT-tarieven en de huidige door de NZa vastgestelde maximale tarieven de kostentoeename van het honoreringsdeel is gestabiliseerd. Het honoreringssysteem laat volgens deze expert nog steeds de mogelijkheid tot 'creativiteit in declaratie' open. Het huidige tariefsysteem dekt vrijwel elke verrichting in het zorgtraject van een implantaatgedragen gebitsprothese. De combinatie van omschrijving van de verrichting met de honorering, kan aanleiding zijn tot vragen/kritiek en soms afwijkende interpretatie; dit leidt dan tot onnodige kostenverhoging.

Vrije prijzen 2012

De vrije prijzen in 2012 hebben volgens enkele experts bij een deel van de zorgverleners geleid tot hogere tarieven. Dit kwam ook naar voren uit een analyse van het experiment vrije prijzen; het was hierbij onduidelijk wat de reden was voor deze hogere tarieven. Een mogelijke verklaring is dat de techniekkosten in de prijs werden meegenomen (in plaats van separaat). Door het stoppen van het experiment is dit echter niet verder onderzocht. Op dit moment voert de NZa een kostenonderzoek uit voor de gehele mondzorgsector (en dus ook voor implantologie). Met deze gegevens onderbouwt de NZa de tarieven voor de mondzorg in 2014.

Een andere expert gaf juist aan dat de kosten tijdens de vrije prijsvorming voor het eerst zijn gedaald. Volgens deze expert maakt het altijd doorrekenen van de materiaal- en techniekkosten het systeem veel te duur; daarnaast is het ook oncontroleerbaar. De inkoopafdeling van een ziekenhuis die een paar duizend implantaten afneemt zal altijd een korting bedingen. Een andere expert gaf aan dat medio 2012 de concurrentie net op gang begon te komen, wat uiteindelijk tot een prijsdaling zou hebben geleid.

4.1.8 Eigen bijdrage

Samenvatting van de antwoorden

- De relatief lage eigen bijdrage bevordert volgens de meeste experts (deels) de keuze voor een implantaatgedragen gebitsprothese ten opzichte van een conventionele gebitsprothese.

Invoed eigen bijdrage bij keuze voor implantaatgedragen gebitsprothese

Volgens acht experts (44%) heeft de eigen bijdrage van 125 euro per kaak voor de implantaatgedragen gebitsprothese invloed op het al dan niet kiezen voor een implantaatgedragen gebitsprothese. Hierbij werd door verschillende experts aangegeven dat de eigen bijdrage zo laag is, dat deze feitelijk geen drempel vormt. Bovendien is de eigen bijdrage voor een implantaatgedragen gebitsprothese lager dan de eigen bijdrage voor een conventionele gebitsprothese, wat een onterechte stimulus geeft. Door de lage eigen bijdrage worden patiënten niet gemotiveerd om het eigen gebit te behouden, een conventionele gebitsprothese te vernieuwen of de implantaatgedragen constructie goed te onderhouden. Eén van deze experts gaf aan dat de eigen bijdrage voor de patiënt ook vaak gemakkelijk voor eigen rekening genomen wordt door de zorgverlener; hierdoor is er voor de verzekerde helemaal geen drempel.

Vier experts (22%) gaven aan dat de eigen bijdrage deels van invloed is op het al dan niet kiezen voor een implantaatgedragen gebitsprothese. Ook hierbij werd genoemd dat de relatief lage eigen bijdrage (lager dan bij een conventionele gebitsprothese) de keuze kan beïnvloeden. Eén expert gaf aan voor 'deels' te hebben gekozen, omdat er niet 'generaliserend' geoordeeld kan worden. Voor veel patiënten zal de lage eigen bijdrage stimulerend werken. Er zullen echter ook patiënten zijn die geen keuze hebben; er zijn patiënten die zelfs al zouden ze het volledige bedrag moeten betalen, voor een dergelijke behandeling zouden kiezen.

Een andere expert (die aangaf dat de eigen bijdrage invloed heeft) gaf juist aan dat de huidige eigen bijdrage al een belemmering kan vormen bij het kiezen voor implantaten (bij mensen met een laag inkomen).

Vier experts (22%) hebben aangegeven dat de eigen bijdrage voor de implantaatgedragen gebitsprothese geen invloed heeft op de keuze voor deze voorziening. Experts beargumenteerden hierbij dat voor een nieuwe conventionele gebitsprothese ook zou moeten worden betaald; de eigen bijdrage vormt dus noch een belemmering noch een stimulans bij het al dan niet kiezen voor een implantaatgedragen prothese. Eén van deze experts gaf aan dat de ervaring leert dat de edentate patiënt met gebitsproblemen bereid is tot het betalen van een eigen bijdrage.

4.1.9 Zorgaanbod

Samenvatting van de antwoorden

- Bij het totale zorgtraject (implanteren en vervaardigen implantaatgedragen gebitsprothese) zijn verschillende zorgverleners betrokken. Er is geen eenduidigheid over het aandeel van de verschillende zorgverleners in het zorgaanbod van de implantologie.
- Volgens de experts heeft er een verschuiving plaatsgevonden in het zorgaanbod van de orale implantologie. De zorg lijkt zich te verplaatsen vanuit de kaakchirurgie naar de tandartspraktijk (tweede naar eerste lijn).

Geen eenduidigheid over aandeel verschillende zorgverleners in zorgaanbod implantologie

Elf experts (61%) hebben de vraag over het aandeel van de verschillende zorgverleners (tandartsen, tandarts-implantologen, kaakchirurgen, kaakchirurg-implantologen) in het zorgaanbod van de implantologie ingevuld. Het aandeel werd zeer wisselend ingeschat. Het aandeel van tandartsen in het zorgaanbod van de implantologie liep uiteen van 0 tot 90%; het aandeel van tandarts-implantologen van 10 tot 60%; het aandeel van kaakchirurgen van 0 tot 30% en het aandeel van kaakchirurg-implantologen van 0 tot 50%. Eén expert gaf aan dat ook parodontologen een aandeel hebben in het zorgaanbod (met 10%). Verschillende experts merkten op dat er geen onderscheid is tussen kaakchirurgen en kaakchirurg-implantologen; vrijwel alle kaakchirurgen implanteren, er is geen sprake van een differentiatie.

Door één expert werd aangegeven dat de ruime vergoeding voor een implantaatgedragen gebitsprothese in de basisverzekering ook zorgverleners uit het buitenland aantrekt.

Verschuiving aandeel van verschillende zorgverleners in zorgaanbod orale implantologie

Ruim driekwart van de experts (78%) vond dat er een verschuiving heeft plaatsgevonden in het aandeel van de verschillende zorgverleners in het zorgaanbod van de orale implantologie. Hierbij werd door de meeste experts aangegeven dat de zorg zich vanuit de kaakchirurgie heeft verplaatst naar tandarts-implantologen en de algemene praktijk (steeds meer tandartsen implanteren). Eén expert lichtte hierbij toe dat het sinds 2002 mogelijk is om als tandarts of specialist mondziekten en kaakchirurgie met specifieke kennis en klinische vaardigheden op het gebied van de orale implantologie door de NVOI te worden aangemerkt en geregistreerd als erkend implantoloog. Daartoe dient men deze kennis en vaardigheden aan te tonen en wordt men door collegae gecontroleerd en gevisiteerd. Volgens deze expert zijn er in Nederland op dit moment circa 450 geregistreerde implantologen. De laatste tien jaar zijn ook steeds meer algemeen practici zich gaan toeleggen op het plaatsen van implantaten (zonder als geregistreerd implantoloog te boek te staan). De erkenning van de NVOI heeft volgens een andere expert ertoe geleid dat de kwaliteit van de zorg is verbeterd.

Voorstel voor opzetten expertisecentra

Eén expert gaf aan dat het zorgaanbod nu te veel is 'versnipperd'. Deze expert stelde voor om de indicatiestelling (en eventueel behandeling) zoveel mogelijk te laten plaatsvinden in centra met specifieke expertise. De patiënt kan daarna worden terugverwezen naar een behandelaar met prothetische expertise of, in geval van een gecompliceerde behandeling, kan deze worden uitgevoerd binnen het centrum (zodat de gehele behandeling wordt gecoördineerd en geëvalueerd door

behandelaars binnen het centrum). Zorgverzekeraars zouden mee kunnen werken aan het opzetten van deze centra.

Betrokken zorgverleners bij aanmeten implantaatgedragen gebitsprothese

Eén expert lichtte toe dat voor wat betreft de prothese die uiteindelijk op de implantaten wordt aangemeten verwijzing plaatsvindt naar tandprotheticici, maar ook van tandprotheticici naar kaakchirurgen, tandartsen en implantologen voor het stellen van de indicatie en het verrichten van de uiteindelijke implantaatbehandeling. Volgens deze expert heeft de prothesedragers in toenemende mate de weg gevonden naar de tandprotheticus, die bekwaam en bevoegd is om protheses aan te meten en te vervaardigen op eigen elementen of implantaten. Met de intrede van de nieuwe Zorgverzekeringswet is ook de mogelijkheid gecreëerd dat de tandprotheticus deze implantaatgedragen prothese zelf declareert bij de zorgverzekeraar (mits aan de eis is voldaan dat de tandprotheticus een geprotocolleerde verwijsrelatie heeft met de implanterende tandarts, kaakchirurg of implantoloog).

Een andere expert gaf aan dat het nadeel van het doorverwijzen van tandartsen naar gedifferentieerde tandartsen of tandprotheticici voor de vervolgbehandeling (na het doorwijzen naar de tandarts- of kaakchirurg-implantoloog voor het aanbrengen van implantaten) is dat diagnostiek en behandeling van elkaar gescheiden zijn; de chirurg zal vooral beoordelen of plaatsing van implantaten mogelijk is, terwijl het eigenlijk gaat om de vraag of implantaten voor de verwezen patiënt een doelmatige en voorspelbare oplossing is.

Door één expert werd opgemerkt dat doordat de edentate patiënt zich vaak door een tandprotheticus laat behandelen, er een ongewenste situatie is ontstaan, waarbij de tandprotheticus rechtstreeks verwijst naar de kaakchirurg zonder tussenkomst van een tandarts. Het is dan onduidelijk wie verantwoordelijk is voor de zorg (volgens de voorwaarden van zorgverzekeraars kan alleen een huisarts of tandarts verwijzen naar een kaakchirurg). Een andere expert gaf echter aan dat bij een verwijzing de verantwoordelijkheid wordt overgedragen van verwijzer naar degene naar wie wordt verwezen en die op dat moment verantwoordelijk is voor zijn of haar handelen. Bij terugverwijzing is dat wederom zo; binnen het verwijsprotocol kan nauwkeurig beschreven worden hoe vervolgens nazorg, garantie, et cetera geregeld zijn.

4.1.10 Gevolgzorg

Samenvatting van de antwoorden

- Het aantal gevolgbehandelingen na complicaties is volgens de experts mogelijk toegenomen, maar dit kan te maken hebben met de toename van de toepassing van implantaatgedragen gebitsprothesen.
- Er is geen eenduidigheid over de ontwikkeling van het aantal gevolgbehandelingen na vervangingsonderhoud in de afgelopen tien jaar.

Complicaties en gevolgbehandelingen

De experts zijn gevraagd om de meestvoorkomende complicaties bij patiënten met implantaten voor implantaatgedragen gebitsprothesen te benoemen; ook is gevraagd naar de gevolgbehandelingen die nodig zijn om deze complicaties te verhelpen. Door één van de experts werd aangegeven dat nazorg en onderhoud na het plaatsen van een implantaatgedragen gebitsprothese onvermijdelijk is; complicaties leiden echter tot onverwacht behandelen. In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de complicaties die door de experts naar voren zijn gebracht. Peri-implantitis (een ontsteking rondom de implantaten) als gevolg van onvoldoende na- en zelfzorg (mondhygiëne) werd door verscheidene experts genoemd. Eén expert noemde daarbij dat dit in circa 5% van de gevallen voorkomt. Een andere expert gaf aan dat er in de onderkaak met betrekking tot de implantaten zelf zeer weinig complicaties voorkomen; in de bovenkaak is dat vaker het geval (peri-implantitis en verlies van implantaten). Vooral bij patiënten met een onbetande bovenkaak en een betande onderkaak is het aantal complicaties groter (door een ongunstige belasting en dus meer slijtage). Eén expert gaf aan dat implantaten in de onderkaak (en daarmee een verbeterde retentie) tot retentieklasten in de bovenprothese kunnen leiden.

De bovenprothese kan dan aangepast worden; in laatste instantie kan men implantaten in de bovenkaak overwegen.

Door één expert werd aangegeven dat het succespercentage van het plaatsen van implantaten rond de 96-98% ligt. Het niet vastgroeien van de implantaten aan het bot komt landelijk in circa 1% van de gevallen voor; het verloren gaan van het implantaat komt in ongeveer 2% van de gevallen voor. Het opnieuw implanteren van implantaten die niet vastgroeien brengt voor wat betreft de implantaten voor de implantaatgedragen gebitsprothese volgens deze expert geen extra kosten met zich mee (dit valt onder de garantie). Door één expert werd slinken van de kaak genoemd, waarna 'rebasen' (opvullen van de gebitsprothese) nodig kan zijn.

Tabel 4. Complicaties en gevolgbehandelingen bij patiënten bij wie implantaten voor een implantaatgedragen gebitsprothese geplaatst zijn

Complicatie	Behandeling
Te weinig vaste gingiva (tandvlees) rondom de implantaten	Uitvoeren mondbodem vestibulumplastiek
Direct na plaatsen het niet vastgroeien van de implantaten aan het bot	Opnieuw implanteren
Slecht geplaatste implantaten/inadequaat ontwerp van mesostructuur en prothese/niet goed functioneren van de prothese	Chirurgische/prothetische correctie
Verminderde retentie van de prothese	Plaatsing nieuwe implantaten of andere suprastructuur
Peri-implantitis	Chirurgische behandeling, mondhygiëniste
Prothesebreuk	Reparatie
Breuk implantaat/implantaatverlies	Plaatsing nieuw implantaat
Slijtage/breuk mesostructuur	Reparaties/vervangen mesostructuur
Pijn	Pijnbestrijding

Ontwikkeling aantal gevolgbehandelingen na complicaties in afgelopen tien jaar

De helft van de experts dacht dat het aantal gevolgbehandelingen na complicaties in de afgelopen tien jaar is gestegen, met percentages uiteenlopend van 10 tot 200%. Er werden verschillende redenen genoemd voor de stijging. Door de toename van het aantal patiënten met een implantaatgedragen gebitsprothese, neemt het aantal gevolgbehandelingen logischerwijs ook toe. Door een toename van het aantal geplaatste implantaten wordt vaker peri-implantitis gezien. Steeds 'uitdagendere casussen' ontvangen implantaten, wat leidt tot meer complicaties. Ook ontstaan er vaak klachten na het plaatsen van een implantaatgedragen gebitsprothese in de bovenkaak, als de patiënt al een prothese op implantaten heeft in de onderkaak (steeds meer patiënten met een implantaatgedragen gebitsprothese in de onderkaak wensen deze voorziening ook in de bovenkaak). Eén expert merkte op dat er vooral problemen voorkomen bij de 'oude' implantaatsystemen die tien jaar geleden zijn geplaatst.

Eén expert dacht dat het aantal gevolgbehandelingen na complicaties in de afgelopen tien jaar is gedaald (met 50%). Volgens deze expert is de routine van de zorgaanbieders groter geworden; als gevolg hiervan is het aantal complicaties na het plaatsen van implantaten inmiddels minimaal. Eén expert dacht het aantal gevolgbehandelingen na complicaties in de afgelopen tien jaar gelijk is gebleven: deze expert gaf aan ten opzichte van het aantal behandelingen met implantaten geen stijging van het aantal complicaties te zien. Wel zal in absolute zin, door het stijgen van het aantal patiënten dat implantaten heeft, het aantal ingrepen als gevolg van complicaties ook gestegen zijn. Tevens is er door de zeer hoge succespercentages van de behandeling ook 'geëxperimenteerd' met patiënten met een verhoogd risico op complicaties.

Door enkele experts werd in dit verband opgemerkt dat er onderscheid moet worden gemaakt tussen complicaties en nazorg. De implantaatgedragen gebitsprothese vereist nazorg (regulier onderdeel van de zorg). Doordat de patiënt doorgaans onder controle blijft bij de zorgverlener die de implantaten heeft geplaatst, komen ongemakken en complicaties sneller aan het licht dan bij conventionele gebitsprothesen (de conventionele prothesedragers komt vaak pas na jaren terug wanneer zich grote problemen openbaren).

Ontwikkeling in soort gevolgbehandelingen na vervangingsonderhoud in afgelopen tien jaar

Een aantal experts heeft aangegeven dat het soort gevolgbehandelingen na vervangingsonderhoud in de afgelopen tien jaar is veranderd. Eén expert gaf aan dat het aantal gevolgbehandelingen na vervangingsonderhoud is toegenomen door het meer toepassen van drukknoppen. De slijtage bij twee implantaten met drukknoppen is relatief groter dan bij het toepassen van een steg. Ook twee andere experts gaven aan dat er sprake is van een snellere vervanging van de mesostructuur.

Geen eenduidigheid over aantal gevolgbehandelingen na vervangingsonderhoud

Op de vraag of het aantal gevolgbehandelingen na vervangingsonderhoud de afgelopen tien jaar is gedaald, gelijk is gebleven of is gestegen heeft meer dan de helft van de experts geen antwoord gegeven. Geen van de experts dacht dat het aantal gevolgbehandelingen na vervangingsonderhoud is gedaald; drie experts (17%) dachten dat dit aantal gelijk is gebleven en vier experts (22%) dachten dat dit aantal is gestegen. Experts uit deze laatste groep gaven aan dat de hoeveelheid vervangingsonderhoud is toegenomen, omdat er meer implantaatgedragen gebitsprothesen zijn geplaatst. Daarbij blijven implantaten in de onderkaak in principe levenslang zitten, dus ook het vervangingsonderhoud gaat tot het levenseinde door. Enkele experts noemden dat de slijtage bij een implantaatgedragen gebitsprothese groter is dan bij een conventionele gebitsprothese (door toegenomen kauwkracht), ook hierdoor is er meer vervangingsonderhoud nodig. Door een andere expert werd echter aangegeven dat het vervangingsonderhoud voor een nieuwe implantaatgedragen gebitsprothese zeer gering is; één expert noemde dat de prothese weliswaar na een aantal jaar aan vervanging toe is, maar dat dit ook het geval is bij een prothese zonder implantaten. Eén expert gaf aan dat men met de komst van de gefreesde steg en de hogere eisen die gesteld worden aan het draagcomfort, na een periode van vijf jaar (of eerder) na het plaatsen van de implantaatgedragen gebitsprothese de mesostructuur wil vervangen. Het komt soms voor dat de drukknopverankering uiteindelijk niet de gewenste stabiliteit brengt als ondersteuning van de prothese. In dat geval kan overwogen worden de drukknoppen te vervangen door een stegconstructie en de prothese dienovereenkomstig aan te passen. Een andere expert gaf echter aan dat dit slechts bij uitzondering voorkomt. Eén expert gaf aan dat het vervangingsonderhoud mogelijk is toegenomen door grotere veeleisendheid van de verzekerde, alsmede door een gemakkelijke indicatiestelling door de zorgverlener (standaardindicatie tot vervanging na bepaald aantal jaar). Verzekerden vertonen ook meer 'shopgedrag', waarbij oude indicatiestellingen door nieuwe zorgverleners worden veranderd. Ook werd genoemd dat het toelaten van zorgverleners die handelen op verwijzing van een tandarts of werken in een verlengde armconstructie (hierbij blijft de tandarts verantwoordelijk voor de behandeling en voeren zorgverleners op verzoek van de tandarts (deel)behandelingen uit) voor een toename in het vervangingsonderhoud zorgen.

Bij het onderdeel gevolgzorg werd verder nog opgemerkt dat het onvoldoende voorlichten met betrekking tot hygiëne, onderhoud en controle bij een patiënt met een gebitsprothese op implantaten een aanzienlijke invloed heeft op de kostenpost die de gevolgzorg met zich meebrengt. Door één van de experts wordt benadrukt dat er ook sprake van mogelijke 'gevolgzorg' (schade/last en kosten) kan zijn als wordt besloten om niet tot een implantaatbehandeling over te gaan; dit besluit kan invloed hebben op de kwaliteit van leven en de kostenbeheersing op de korte en langere termijn.

4.2 Welke activiteiten ontplooiën partijen voor het bevorderen van 'gepast gebruik' van implantaatgedragen gebitsprothesen?

Aan de verschillende expertgroepen die hebben deelgenomen aan dit onderzoek zijn enkele vragen gesteld met betrekking tot hun huidige werkwijze ten aanzien van het bevorderen van 'gepast gebruik' van implantaatgedragen gebitsprothesen. In paragraaf 4.2.1 wordt de huidige werkwijze van zorgverzekeraars besproken. In paragraaf 4.2.2 wordt ingegaan op de werkwijze van de NZa; in paragraaf 4.2.3 komt de werkwijze van zorgverleners aan de orde.

4.2.1 'Gepast gebruik' – huidige werkwijze zorgverzekeraars

Samenvatting van de antwoorden

- Zorgverzekeraars maken afspraken met zorgverleners over indicatiestelling, kwaliteit en (maximale) vergoeding. De zorginkoop vindt deels plaats via contractering en machtigingsvrije protocollen. Er kan bij de inkoop onderscheid worden gemaakt tussen het chirurgische en prothetische deel van implantaatgedragen gebitsprothesen.
- De zorginhoudelijke beoordeling door zorgverzekeraars vindt volgens de experts soms marginaal plaats en niet in alle gevallen door een adviserend tandarts. Voor de onderkaak vindt toetsing soms achteraf plaats. Voor de bovenkaak vindt meestal bij elke aanvraag vooraf toetsing plaats door de adviserend tandarts, eventueel ook via spreekuur met de patiënt.
- Er is beperkte controle naar de rechtmatigheid van zorg (vooral bij twijfel en/of klachten).
- Een implantaatgedragen gebitsprothese is gemachtigde zorg; de doelmatigheid wordt getoetst via een aanvraagbeoordeling. Hierbij wordt gekeken of er sprake is van zorgvuldige indicatiestelling en/of aansluiting bij de beroepsstandaarden; of de verzekerde naar omvang is aangewezen op de aangevraagde verstrekking (heeft de verzekerde niet onterecht teveel of te weinig zorg ontvangen), en of er sprake is van marktconforme tarieven.

Zorginkoop implantaatgedragen gebitsprothesen

Aan de vertegenwoordigers van zorgverzekeraars is gevraagd hoe zij de zorg van implantaatgedragen gebitsprothesen inkopen bij de zorgverleners. Eén van deze experts gaf aan dat dit gebeurt via a) contractering in combinatie met machtigingsvrije protocollen voor implantologie en b) machtigingen (per casus). Een andere vertegenwoordiger van een zorgverzekeraar gaf aan dat er in het afgelopen jaar nauwelijks sprake is geweest van contractering met betrekking tot implantologie. Eén van de vertegenwoordigers van een zorgverzekeraar gaf aan dat de zorginkoop overeenkomsten sluit voor de implantologie met tandarts-implantologen en kaakchirurgen. Met de tandarts-implantologen zijn in de overeenkomst afspraken gemaakt over de indicatiestelling, de kwaliteit en de prijs. Voor de implantaatgedragen gebitsprothese zijn naast overeenkomsten met tandarts-implantologen of tandarts-prothetisten ook overeenkomsten gesloten met tandprothetici. Volgens deze expert hebben tandprothetici een steeds groter aandeel in het leveren van de implantaatgedragen gebitsprothese. Om die reden is het belangrijk onderscheid te maken tussen het plaatsen van de implantaten (het chirurgische gedeelte) en het plaatsen van de mesostructuur en de implantaatgedragen gebitsprothese (het prothetische gedeelte). Twee vertegenwoordigers van zorgverzekeraars gaven aan dat er sprake is van schriftelijke afspraken over een maximum te vergoeden bedrag, inclusief garantie. Eén van de andere experts gaf aan dat de inkoop enerzijds plaatsvindt via machtigingen (Mond-, Kaak- en Aangezichtschirurgie); anderzijds is het machtigingsvrij (Centrum Bijzondere Tandheelkunde).

Contractering tandprothetici door zorgverzekeraars

Naast de vertegenwoordigers van zorgverzekeraars heeft ook één van de zorgverleners de vraag beantwoord. Deze expert gaf aan dat er verschillen zijn tussen zorgverzekeraars met betrekking tot de zorginkoop en in welke mate er afspraken worden gemaakt over kwaliteit, vaste prijzen en garantie. Volgens deze expert zijn er problemen met veel verzekeraars en wordt er door zorgverzekeraars getracht tandprothetici uit te sluiten. Zo kan de tandprotheticus uitsluitend voor een verzekerde van bepaalde maatschappijen werken als er een contract is afgesloten, terwijl tandartsen geen contract af hoeven te sluiten en aanzienlijk hogere tarieven kunnen berekenen voor het honorariumdeel en de techniekkosten. Door het ontbreken van een contract heeft de zorgverzekeraar ook geen zekerheden en garanties die bij het contracteren met de tandprotheticus wel zijn vastgelegd (en transparant zijn). Deze situatie wordt in stand gehouden door de adviserend tandartsen van de zorgverzekeraar; zij hebben veel invloed op het contracteerbeleid bij zorgverzekeraars. Deze expert pleitte voor gelijke regels voor iedereen; iedereen die wil behandelen of declareren dient een contract te hebben met daarin omschreven producten, diensten en garanties.

Door één van de vertegenwoordigers van een zorgverzekeraar werd echter aangegeven dat er twijfel is of tandprothetici de kennis en de bevoegdheid hebben om een overkappingsprothese op implantaten te maken. Volgens deze expert vinden tandprothetici van wel; de tandarts maakt het niet uit (en vindt het wel zo comfortabel dat de prothese wordt vervaardigd door de tandprotheticus). Ook stimuleren sommige verzekeraars de samenwerking met tandprothetici; of dit een goede ontwikkeling is wordt door deze expert betwijfeld.

Zorginhoudelijke beoordeling

Een andere vraag specifiek voor de vertegenwoordigers van zorgverzekeraars betrof het procesmatige verloop van de zorginhoudelijke beoordeling ten behoeve van een indicatie voor een implantaatgedragen gebitsprothese. Hierbij kwamen de volgende stappen naar voren:

- **Machtigingsaanvraag zorgverlener**

De zorgverlener dient een gemotiveerde aanvraag in bij de zorgverzekeraar, op basis van: 1) de algehele anamnese; 2) de tandheelkundige anamnese; 3) de beoordeling van de huidige volledige prothese; 4) een inschatting of de hulpvraag reëel is en 5) een inschatting van de prognose van de behandeling. De aanvraag is voorzien van een standaard vragenlijst (met vragen over onder andere de medische conditie van de patiënt, kaakhoogte, aantal jaren edentaat zijn en aantal reeds ontvangen prothesen), röntgenfoto's en een begroting. Voor de bovenkaak dient men een gebitsmodel bij te voegen.

- **Beoordeling aanvraag door zorgverzekeraar**

De aanvragen worden onder verantwoordelijkheid van adviserend tandartsen beoordeeld. Eén van de vertegenwoordigers van een zorgverzekeraar gaf aan dat de beoordeling eerst door een medewerker op Mbo-niveau plaatsvindt; indien nodig wordt de aanvraag voorgelegd aan een medewerker op Hbo-niveau en vervolgens een adviserend tandarts. Eventueel kan er ook een spreekuurbezoek plaatsvinden. Na alle informatie beoordeeld te hebben volgt een machtiging of een afwijzing, waarbij de reden in een brief kenbaar wordt gemaakt. Bij een afwijzing is het mogelijk om bezwaar te maken, waarop een herbeoordeling plaats kan vinden (doorgaans met een spreekuurbezoek).

Eén van de andere vertegenwoordigers van een zorgverzekeraar gaf aan dat bij de zorginhoudelijke overeenkomsten met NVOI-erkende tandarts-implantologen een marginale toetsing plaatsvindt (voor zover het twee implantaten in de onderkaak betreft). Hiervoor zijn de in de overeenkomst gestelde criteria gelijk aan de aanvraagtoetsing. De beoordeling van de aanvraag van een implantaatgedragen gebitsprothese (en vervangingsonderhoud en nazorg) is beperkt; de indicatie is immers al gesteld (het plaatsen van de implantaten vanwege een zeer ernstige slinking).

Eén van de zorgverleners gaf aan dat door het stijgen van het aantal aanvragen door de jaren heen de beoordeling slechts procedureel plaatsvindt en zeker niet in alle gevallen door een adviserend tandarts. Ook komt het voor dat nadat een machtiging voor het implanteren is afgegeven en de implantaten zijn geplaatst, de machtiging tot het aanmeten van de implantaatgedragen gebitsprothese (door de tandprotheticus) wordt vertraagd. Ook zijn er (zoals hierboven al werd aangegeven) verzekeraars die de tandprotheticus niet contracteren voor andere producten dan de conventionele gebitsprothese. Patiënten kunnen de kosten voor de tandprotheticus dan niet vergoed krijgen, terwijl de nota van een niet-gecontracteerde tandarts of implantoloog wel vergoed wordt.

Eén van de vertegenwoordigers van een zorgverzekeraar gaf aan dat een implantaatgedragen gebitsprothese in de onderkaak machtigingsvrij is (als er een overeenkomst is met de zorgverzekeraar); toetsing vindt achteraf plaats. Twee vertegenwoordigers van zorgverzekeraars gaven aan dat voor een implantaatgedragen gebitsprothese in de bovenkaak elke aanvraag getoetst wordt (beoordeling van röntgenfoto's, gebitsmodellen of door een adviserend tandarts tijdens een spreekuur).

Rechtmatigheid zorg

Aan de vertegenwoordigers van zorgverzekeraars is gevraagd om zo volledig mogelijk te beschrijven hoe zij nagaan of de aangevraagde/verleende zorg van implantaatgedragen gebitsprothesen rechtmatig is. Eén van deze experts gaf aan dat wordt getoetst of het dossier volledig genoeg is voor beoordeling. Op basis van de wet- en regelgeving wordt daarna beoordeeld of de indicatie voldoet aan de gestelde criteria; of de verzekerde naar aard is aangewezen op de aangevraagde verstrekking (voldoet de

verzekerde aan de eisen die zijn gesteld aan de verstrekking) en zo niet, of er zwaarwegende redenen zijn om af te wijken van de wet- en regelgeving. Een andere vertegenwoordiger van een zorgverzekeraar gaf aan dat aan de hand van de door de zorgverlener ingediende documenten (bijvoorbeeld tandtechnische facturen) wordt beoordeeld of de in rekening gebrachte prestatie is geleverd. Deze expert gaf verder aan dat er incidenteel materiële controle plaatsvindt; wel vindt er controle plaats op de kwaliteit van de geleverde prestatie door middel van klachtenmonitoring en spreekuroproepen. Het aantal beoordelingen is volgens deze expert desalniettemin beperkt; alleen als er signalen zijn dat er nader onderzoek moet plaatsvinden bij een zorgaanbieder, vindt een intensieve beoordeling plaats aan de hand van patiëntenonderzoek. Eén vertegenwoordiger van een zorgverzekeraar gaf aan dat patiënten bij twijfel worden opgeroepen op het spreekuur. Door een andere vertegenwoordiger van een zorgverzekeraar werd aangegeven dat de afdeling schadelast achteraf controleert op declaraties van reparaties en/of rebase en op consulten nazorg, binnen twee maanden na plaatsing van de gemachtigde voorziening. De aangevraagde/eventueel verleende zorg wordt door deze zorgverzekeraar voornamelijk 'aan de voorkant' gecontroleerd (inhoudelijk door adviserend tandartsen). Bij de controles achteraf wordt enkel gecontroleerd of de gemachtigde zorg ook is uitgevoerd (op declaratieniveau).

Doelmatigheid zorg

Tot slot is de vertegenwoordigers van zorgverzekeraars gevraagd hoe zij nagaan of de aangevraagde/verleende zorg voor implantaatgedragen gebitsprothesen doelmatig is. Eén van deze experts antwoordde dat beoordeling aan de hand van beroepsstandaarden plaatsvindt: hierbij wordt gekeken of er sprake is van zorgvuldige indicatiestelling en/of aansluiting bij de beroepsstandaarden; of de verzekerde naar omvang is aangewezen op de aangevraagde verstrekking (heeft de verzekerde niet onterecht teveel of te weinig zorg ontvangen), en of er sprake is van marktconforme tarieven. Volgens deze expert krijgen zorgverleners feedback over hun indicatiestellingen en/of kwaliteit van de geleverde zorg. Een andere vertegenwoordiger van een zorgverzekeraar gaf aan dat door de aanvraagbeoordeling (vooraf aan de te leveren zorg) de doelmatigheid wordt getoetst; ook wordt vooraf getoetst of de zorg de meest aangewezen behandeling is (achteraf toetsen van de doelmatigheid is bij deze zorg niet aangewezen). Deze expert was van mening dat de verstrekking (implantaatgedragen gebitsprothese) voortdurend wordt getoetst op aanspraak, doelmatigheid en rechtmatigheid; volgens deze expert is de aanspraak op implantaten zelfs één van de meest beoordeelde zorgvormen door zorgverzekeraars. Ook een andere vertegenwoordiger van een zorgverzekeraar gaf aan dat de doelmatigheid van de zorg alleen 'aan de voorkant' (bij aanvraag) wordt getoetst op doelmatigheid. Dit is volgens deze expert het meest effectief omdat de implantaatgedragen gebitsprothese altijd gemachtigde zorg is. Zoals hierboven al werd aangegeven wordt bij achterafcontroles gecontroleerd op excessief declareren (van bijvoorbeeld reparaties). Twee vertegenwoordigers van zorgverzekeraars gaven aan dat de doelmatigheid van de zorg getoetst wordt tijdens een spreekuur door adviserend tandartsen.

Enkele zorgverleners hebben deze vraag ook ingevuld. Eén van deze experts gaf aan dat door het blijven zien van patiënten op controle kan worden nagegaan of de zorg voor de implantaatgedragen gebitsprothese doelmatig is. Verder werd een paar keer genoemd dat uit de literatuur blijkt dat een implantaatgedragen gebitsprothese een doelmatige behandeling is die (niet alleen bij een ernstig geslonken kaak) de kwaliteit van leven en patiënttevredenheid verhoogt (mits uitgevoerd door zorgverleners met de juiste expertise); bovendien kent de toepassing van deze behandeling een strikt protocol. Volgens één van de experts komt met name het scheiden van de indicatiestelling en de uitvoering van de behandeling de doelmatigheid van de zorg niet ten goede ('gepast gebruik' is vooral de samenhang tussen diagnostiek en behandeling). Volgens deze expert zal het weghalen van implantaatbehandelingen uit specialistische centra (nog meer) leiden tot een behandeling die vooral gericht is op de techniek (uitvoeren en scores) en niet op doelmatigheid van zorg. Een andere expert merkte op dat ondoorzichtige verlengde armconstructies, waarbij niet gekwalificeerden prothesen aanmeten en er voor de zorgverzekeraars geen enkele vorm van transparantie en garantie is, onnodig kostenverhogend werken.

4.2.2 'Gepast gebruik' – huidige werkwijze Nederlandse Zorgautoriteit

Samenvatting van de antwoorden

- Toezicht door de NZa op de zorgverzekeraars naar 'gepast gebruik' wordt uitgevoerd via vereveningsonderzoek en via onderzoek naar acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie en zorgplicht.
- Het toezicht op 'gepast gebruik' wordt door de NZa gefaseerd uitgerold; de focus ligt nu op de medisch specialistische zorg en huisartsen, het toezicht binnen de mondzorg zal nog nader worden bekeken door de NZa.

Aan de experts bij de NZa is gevraagd om zo volledig mogelijk te beschrijven hoe wordt vormgegeven aan het toezicht op de rechtmatige uitvoering door zorgverzekeraars van de Zorgverzekeringswet op het terrein van de implantaatgedragen prothesen. Hierbij kwam naar voren dat het toezicht op de zorgverzekeraars door de NZa wordt uitgevoerd via onderzoek naar de 'kroonjuwelen' (acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie en zorgplicht) en via vereveningsonderzoek.

Voor het vereveningsonderzoek heeft de NZa een controleprotocol opgesteld waarbij de controle (c.q. het onderzoek naar de juistheid van de diverse verantwoordingen van de zorgverzekeraars) centraal staat. De NZa houdt tevens toezicht op gedeclareerde prestaties en tarieven door zorgaanbieders. Het vereveningsonderzoek wordt uitgevoerd voor alle sectoren, waaronder de mondzorg. Er wordt in de onderzoeken niet specifiek stilgestaan bij implantaatgedragen gebitsprothesen. Met onder andere het vereveningsonderzoek bij de zorgverzekeraars houdt de NZa ook toezicht op 'gepast gebruik'. Hierbij wordt een aanpak op systeemniveau gehanteerd waarbij beoordeeld wordt in hoeverre de zorgverzekeraar bewaakt/ervoor zorgt dat de zorg wordt uitgevoerd en gedeclareerd conform de principes van 'gepast gebruik'. Er wordt onderscheid gemaakt tussen de volgende onderdelen: indicatiestelling, stand van de wetenschap en de praktijk en redelijkerwijs aangewezen'. De NZa heeft vereisten opgesteld voor de zorgverzekeraar ten aanzien van de verantwoording voor de inspanningen op de onderdelen 'de stand van de wetenschap en de praktijk' en 'redelijkerwijs aangewezen' en voor de externe accountant van de zorgverzekeraar voor de controle van deze inspanningen. Het 'gepast gebruik' van deze onderdelen wordt teruggereportageerd aan de NZa en vervolgens beoordeeld. Als door de NZa specifieke casussen worden gesignaleerd die dermate belangrijk zijn, is tevens de beoordeling van 'gepast gebruik' in individuele casuïstiek via het vereveningsonderzoek een mogelijkheid. Het toezicht van de NZa is gericht op een gedragsverandering van de zorgverzekeraars ten aanzien van de controle op 'gepast gebruik'.

Het toezicht op 'gepast gebruik' wordt door de NZa gefaseerd uitgerold, waarbij de diepgang van de controle op bovenstaande onderdelen en het aantal sectoren waarop het toezicht wordt uitgevoerd in de loop van de tijd toenemen. Door fasering wordt partijen de gelegenheid gegeven hun rol nog beter op te pakken (wel met voldoende druk op de ketel), en ook het toezicht goed in te richten. In eerste instantie is ervoor gekozen om ten aanzien van 'gepast gebruik' te focussen op de medisch specialistische zorg en huisartsen. Verdere uitrol naar andere sectoren (waaronder mondzorg) zal nog nader worden bekeken. Indiciestelling is al een onderdeel van de controle op de rechtmatigheid van declaraties door de zorgverzekeraar en de externe accountant.

4.2.3 'Gepast gebruik' – huidige werkwijze zorgverleners

Samenvatting van de antwoorden

- Sommige zorgverleners lopen bij het stellen van de zorginhoudelijke diagnose aan tegen verzekeringstechnische beperkingen. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om patiënten met duidelijke retentie- en/of functiekachten, die voldoen aan de criteria voor 'gepast gebruik', maar niet in aanmerking komen voor vergoeding (ze hebben geen ernstig geslonken kaak). Of patiënten met een ernstig geslonken kaak die wel in aanmerking komen voor vergoeding, maar niet voldoen aan de criteria voor 'gepast gebruik' (er is geen sprake van functiekachten).

Aan de zorgverleners is gevraagd of zij tegen verzekeringstechnische beperkingen aanlopen bij het stellen van de zorginhoudelijke diagnose waarbij de implantaatgedragen gebitsprothese een oplossing biedt. Zeven experts (39%) gaven aan dat dit het geval was; drie experts (17%) vulden in dat dit niet het geval was (de overige experts gaven aan de vraag niet te kunnen beantwoorden op basis van hun expertise of hebben de vraag niet ingevuld). Een aantal zorgverleners dat heeft aangegeven tegen verzekeringstechnische beperkingen aan te lopen noemde dat het criterium van de ernstig geslonken kaak bepaalde patiënten uitsluit van vergoede zorg. Het kan bijvoorbeeld gaan om patiënten met duidelijke retentie- en/of functiekachten, die volgens één van de experts wel binnen het criterium 'gepast gebruik' vallen, maar niet in aanmerking komen voor vergoeding. Andersom kan ook gelden dat een patiënt met een ernstig geslonken kaak in aanmerking komt voor vergoeding, maar niet voldoet aan de criteria voor 'gepast gebruik' (omdat er geen sprake is van functiekachten). Eén expert gaf aan dat een implantaatgedragen gebitsprothese een relatief eenvoudige, effectieve maatregel is waarmee gezondheidswinst kan worden behaald. Er is een beperkt aantal contra-indicaties; door het criterium van de ernstig geslonken kaak wordt patiënten die recentelijk tandeloos zijn geworden een belangrijk medisch hulpmiddel onthouden. Een andere expert gaf aan dat er te weinig gekeken wordt naar de beschikbare prothesebasis. Door één van de experts werd aangegeven dat er voor de onderkaak teveel mogelijkheden zijn, en voor de bovenkaak te weinig. Deze expert opteerde voor een vaste vergoeding; de vraag naar implantaten is volgens deze expert niet meer te sturen vanuit tandheelkundige indicaties. Eén expert gaf aan dat de keuzevrijheid van de patiënt ernstig wordt bemoeilijkt door het feit dat de tandprotheticus een overeenkomst nodig heeft alvorens hij/zij een aanvraag tot machtiging van een implantaatgedragen prothese kan indienen. Een tandarts of tandarts-implantoloog heeft deze beperking niet (zie ook hierboven, bij 'Contractering tandprotheticici door zorgverzekeraars'). Eén expert merkte in dit verband nog op dat als een behandelaar over onvoldoende kennis en ervaring beschikt op het gebied van de conventionele prothese, dit ertoe kan leiden dat wellicht sneller gekozen wordt voor een oplossing met implantaten, terwijl ook een juist aangemeten conventionele prothese tot de gewenste resultaten zou hebben geleid. Volgens deze expert zou ook dit aspect beschouwd moeten worden in het kader van 'gepast gebruik'.

4.3 Welke voor- en nadelen hebben mogelijke maatregelen die 'gepast gebruik' van implantaatgedragen gebitsprothesen bevorderen?

In deze paragraaf worden de reacties van de experts op de stellingen uit de twee vragenlijsten besproken. De stellingen gingen over maatregelen die 'gepast gebruik' van implantaatgedragen gebitsprothesen zouden kunnen bevorderen en de groei van uitgaven zouden kunnen stabiliseren of beperken.

Allereerst worden in onderstaand kader alle stellingen opgesomd; hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen stellingen waarmee de meeste experts het eens waren, stellingen waarmee de meeste experts het oneens waren en stellingen waarmee ongeveer evenveel experts het eens of oneens waren. Vervolgens worden per stelling de resultaten gepresenteerd. Eerst zal worden aangegeven of een meerderheid van de experts het eens of oneens was met de stelling. In een samenvattend kader wordt daarna weergegeven wat de belangrijkste (door de experts aangedragen) voor- en nadelen zijn van de maatregel. In de tekst onder het kader worden deze voor- en nadelen verder toegelicht; ook worden hier andere relevante (door de experts aangedragen) argumenten/aandachtspunten met betrekking tot de maatregel besproken.

Er zal achtereenvolgens worden ingegaan op maatregelen met betrekking tot de eigen bijdrage (paragraaf 4.3.1); het schrappen van de aanspraak uit de Zorgverzekeringswet (paragraaf 4.3.2); de materiaal- en techniekkosten (paragraaf 4.3.3); onderbouwing van het honorariumdeel (paragraaf 4.3.4); een all-in tarief voor de gehele implantaatgedragen gebitsprothese (paragraaf 4.3.5); het aanscherpen van de zorginhoudelijke criteria voor een implantaatgedragen gebitsprothese in de bovenkaak (paragraaf 4.3.6); het onderbrengen van het chirurgische deel van de implantologie in de tweede lijn (paragraaf 4.3.7) en specialistische centra (paragraaf 4.3.8).

In paragraaf 4.3.9 worden andere mogelijke (door experts voorgestelde) maatregelen besproken.

Stellingen waarmee de meeste experts het eens zijn

- Een aanvraag voor vergoeding van het honorariumdeel van een behandeling ten behoeve van een implantaatgedragen gebitsprothese moet door de aanvragende zorgverlener onderbouwd worden (88%)
- De materiaal- en techniekkosten dienen gemaximeerd te worden (78%)
- De diagnostiek en indicatiestelling voor implantaatgedragen gebitsprothesen *in de bovenkaak* moet alleen worden uitgevoerd in centra gespecialiseerd in implantaatgedragen gebitsprothesen (63%)
- Behandelingen ten behoeve van implantaatgedragen gebitsprothesen *in de bovenkaak* moeten alleen worden uitgevoerd in centra gespecialiseerd in implantaatgedragen gebitsprothesen (60%)
- De eigen bijdrage voor een implantaatgedragen gebitsprothese kan worden verhoogd (59%)
- De zorginhoudelijke criteria voor een implantaatgedragen gebitsprothese *in de bovenkaak* moeten aangescherpt worden (57%)

Stellingen waarmee de meeste experts het oneens zijn

- De aanspraak op een implantaatgedragen gebitsprothese *in de bovenkaak* kan geschrapt worden uit de Zorgverzekeringswet (93%)
- De aanspraak op de mesostructuur kan geschrapt worden uit de Zorgverzekeringswet (87%)
- De aanspraak op een implantaatgedragen gebitsprothese kan geschrapt worden uit de Zorgverzekeringswet (80%)
- Het chirurgische deel van de implantologie bij extreem geslonken kaken moet worden ondergebracht in de tweede lijn, bij de kaakchirurgische specialistische hulp. Het chirurgische deel vervalt hiermee in de bijzondere tandheelkunde (80%)
- De materiaal- en techniekkosten dienen opgenomen te worden in het honorariumdeel (78%)
- Bij een aanvraag voor vergoeding van het honorariumdeel moet de aanvragende zorgverlener per verrichtingencode de tijdsbesteding onderbouwen (75%)
- Behandelingen ten behoeve van implantaatgedragen gebitsprothesen *in de onderkaak* moeten alleen worden uitgevoerd in centra gespecialiseerd in implantaatgedragen gebitsprothesen (75%)
- Het is reëel een eigen bijdrage in te voeren per implantaat dat nodig is voor een implantaatgedragen gebitsprothese (65%)
- De diagnostiek en indicatiestelling voor implantaatgedragen gebitsprothesen *in de onderkaak* moet alleen worden uitgevoerd in centra gespecialiseerd in implantaatgedragen gebitsprothesen (63%)

Stelling waarmee ongeveer evenveel experts het eens of oneens waren

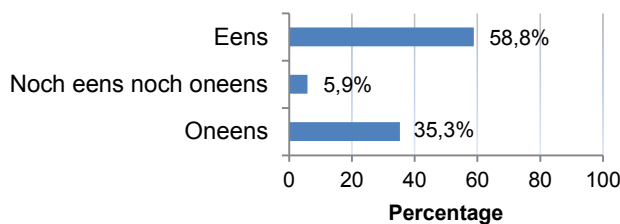
- Voor de gehele implantaatgedragen gebitsprothese (honorarium en materiaal- en techniekkosten van implantaten, mesostructuur en gebitsprothese) moet een vaste vergoeding gelden (all-in tarief) (47% eens; 47% oneens)

4.3.1 Eigen bijdrage

4.3.1.1 Verhoging eigen bijdrage implantaatgedragen gebitsprothese

Met de stelling dat de eigen bijdrage voor een implantaatgedragen gebitsprothese kan worden verhoogd, was een groot deel van de groep experts het eens (10/17, zie figuur 8).

Figuur 8. Stelling: De eigen bijdrage voor een implantaatgedragen gebitsprothese kan worden verhoogd.



Voordelen verhoging eigen bijdrage implantaatgedragen gebitsprothese

- Het gelijktrekken van de eigen bijdrage voor de implantaatgedragen gebitsprothese met de eigen bijdrage voor de conventionele gebitsprothese zou een conventionele gebitsprothese aantrekkelijker kunnen maken, wat leidt tot meer concurrentie tussen beide typen prothesen.
- Door het verhogen van de eigen bijdrage zou de drempel voor een implantaatgedragen gebitsprothese hoger kunnen worden.
- De keuze tussen gebitsbehoud en totaalextractie zal niet meer gemaakt worden op enkel financiële gronden (een lage eigen bijdrage stimuleert totaalextractie ten opzichte van gebitsbehoud)
- De indicatiestelling zou 'zuiverder' kunnen worden: de patiënt speelt meer een rol bij de keuze voor wel of geen implantaten (edentate patiënten met gebitsproblemen zijn bereid tot het betalen van een eigen bijdrage, maar er zijn ook edentate patiënten met geslonken kaken die geen behoefte hebben aan implantaten).
- Patiënten zouden gestimuleerd kunnen worden om complicaties te voorkomen (en dus op reguliere basis voor controle naar de tandarts te gaan).

Nadeel verhoging eigen bijdrage implantaatgedragen gebitsprothese

- De verstrekking kan voor de sociaal zwakkeren in de samenleving onbereikbaar worden, met als gevolg dat er een tweedeling ontstaat tussen arm en rijk.

Verschillende experts die het eens waren met de stelling gaven aan dat de eigen bijdrage voor een implantaatgedragen gebitsprothese meer in lijn moet komen met de eigen bijdrage voor een conventionele gebitsprothese. Het feit dat de eigen bijdrage voor een implantaatgedragen gebitsprothese nu lager is dan de eigen bijdrage voor een conventionele gebitsprothese geeft een 'omgekeerde' financiële prikkel. Het verhogen van de eigen bijdrage voor de implantaatgedragen gebitsprothese zal een conventionele gebitsprothese aantrekkelijker maken, wat zal leiden tot meer concurrentie tussen beide typen gebitsprothesen.

Eén van de experts die het eens was met de stelling beargumenteerde dat met de huidige eigen bijdrage de drempel voor een implantologische behandeling erg laag is, waardoor de behandeling niet wordt gezien als een voorrecht, maar als gemeengoed waar iedereen recht op heeft. Eén expert gaf aan dat het opnemen van de implantaatgedragen gebitsprothese als voorziening in de basisverzekering een politieke beslissing geweest moet zijn, waarbij de overweging was de sociaal zwakkeren ook te laten profiteren van een ontwikkeling in de tandheelkunde, die normaliter niet (financieel) haalbaar geweest zou zijn. De consequentie hiervan is echter dat er een forse discrepantie is ontstaan in de vergoedingen uit de basiszorg voor eenzelfde verrichting bij enerzijds een edentate patiënt, en anderzijds de niet-edentate patiënt. Ook is er volgens één van de andere experts nu sprake van een grote rechtsongelijkheid tussen de tandeloze verzekerde en de verzekerde met een eigen (rest)gebit; de eigen bijdrage kan beschouwd worden als 'een vreemde overheidspremie op tandeloosheid'. Het verhogen van de eigen bijdrage zal er volgens deze expert toe leiden dat de keuze tussen gebitsbehoud en totaalextractie niet wordt gemaakt op enkel financiële gronden.

Eén van de experts gaf aan dat edentate patiënten met gebitsproblemen bereid zijn tot het betalen van een eigen bijdrage. De eigen bijdrage zal de indicatiestelling 'zuiverder' maken, omdat ook de patiënt een rol speelt bij de keuze voor wel of geen implantaten (er zijn ook veel edentate patiënten met geslonken kaken die geen behoefte hebben aan implantaten). Verder werd nog aangegeven dat een verhoogde eigen bijdrage voor de implantaatgedragen gebitsprothese voor patiënten een stimulans kan zijn om complicaties te voorkomen (en dus op reguliere basis voor controle naar de tandarts te gaan).

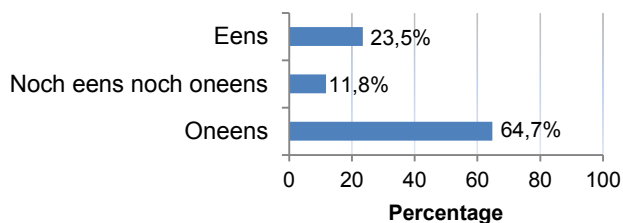
Volgens één van de experts moet het verhogen van de eigen bijdrage wel samengaan met het eigen risico van de zorgverzekering (in het Nederlandse zorgstelsel wordt het eigen risico gecombineerd met eigen bijdragen; hierdoor kost een implantaatgedragen gebitsprothese maximaal 350 euro plus 125 euro per kaak). Een andere expert noemde dat bij het verhogen van de eigen bijdrage rekening moet worden gehouden met specifieke groepen (zeker met patiënten die vanwege andere aandoeningen zijn aangewezen op een implantaatgedragen gebitsprothese). Ook maakt het verschil of een dergelijke ingreep min of meer gepland gaat plaatsvinden (en de patiënt er dus voor kan sparen/zich tijdig aanvullend kan verzekeren), daarbij is de hoogte van de eigen bijdrage van belang.

Een genoemd nadeel van de verhoging van de eigen bijdrage voor een implantaatgedragen gebitsprothese is dat de verstrekking voor de sociaal zwakkeren in de samenleving onbereikbaar kan worden. Volgens één van de experts zou dit echter via de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) met een vermogenstoets gecompenseerd kunnen worden. Dat het met name de sociaaleconomisch zwakkeren zijn die edentat worden/zijn, en dat deze groep door een dergelijke maatregel dus het hardst zal worden getroffen, werd ook genoemd als argument tegen de stelling. Eén expert gaf aan dat het onwenselijk is om de eigen bijdrage voor een implantaatgedragen gebitsprothese te verhogen, omdat daarmee een tweedeling ontstaat tussen arm en rijk (waarbij een implantaatgedragen gebitsprothese alleen is weggelegd voor de rijkere mensen in de samenleving). Een andere expert gaf aan dat niemand voor zijn plezier edentat wordt; ook voor heup-, knie- of borstprothesen bestaat volgens deze expert geen eigen bijdrage. Eén expert noemde dat het ongewenst is om zonder meer de eigen bijdrage te verhogen (met als doel een remmende werking op gefaciliteerde zorg); de eigen bijdrage wordt dan een politiek instrument. Enkele tegenstanders van de stelling gaven echter ook aan dat het rechtvaardig zou zijn om de eigen bijdrage voor de implantaatgedragen gebitsprothese gelijk te trekken met de eigen bijdrage voor de conventionele gebitsprothese.

4.3.1.2 Invoering eigen bijdrage per implantaat

De reacties op de stelling: 'Het is reëel een eigen bijdrage in te voeren per implantaat dat nodig is voor een implantaatgedragen gebitsprothese' worden weergegeven in figuur 9. Een groot deel van de groep experts (11/17) was het oneens met de stelling.

Figuur 9. Stelling: Het is reëel een eigen bijdrage in te voeren per implantaat dat nodig is voor een implantaatgedragen gebitsprothese.



Voordeel invoering eigen bijdrage per implantaat

- De neiging naar een steeds vastere voorziening (met meer implantaten) zou kunnen worden geremd.

Nadelen invoering eigen bijdrage per implantaat

- Het lijkt niet rechtvaardig dat een patiënt met klachten in de bovenkaak meer moet betalen dan een patiënt met dezelfde klachten in de onderkaak.
- Een bijdrage per implantaat zou kunnen leiden tot een ongewenste discussie met de patiënt over het aantal te plaatsen implantaten, met kostenoverweging als uitgangspunt (in plaats van het beoogde behandelresultaat).
- Als de maatregel zou resulteren in het gebruik van minder implantaten dan medisch noodzakelijk is, kan dat leiden tot extra nazorg.

Verschillende experts die het oneens waren met de stelling gaven aan dat met name de indicatiestelling (wel of geen implantaatgedragen gebitsprothese) van belang is en niet het aantal implantaten. Het lijkt niet rechtvaardig dat een patiënt met klachten in de bovenkaak aanzienlijk meer moet betalen dan een patiënt met dezelfde klachten in de onderkaak; het is geen 'luke' om meer implantaten te ontvangen. In het zorgplan wordt het aantal noodzakelijk te plaatsen implantaten zorgvuldig afgewogen door de zorgverlener (dit is niet de keus van de patiënt, maar wordt bepaald door de lokale anatomie, de mate van resorptie, het te verwachten belastingspatroon, gevoeligheid van de mucosa en andere zorginhoudelijke factoren); een bijdrage per implantaat zou kunnen leiden tot een ongewenste discussie met de patiënt over het aantal te plaatsen implantaten, met kostenoverweging als uitgangspunt (in plaats van het beoogde behandelresultaat). Daarbij kan het gebruiken van minder implantaten dan medisch noodzakelijk is, leiden tot extra nazorg. Eén expert stelde voor dat het optimale aantal implantaten op basis van een richtlijn bepaald zou moeten worden; de richtlijn zou de basis moeten vormen voor de behandeling, de kostprijs en de eigen bijdrage (afwijkingen in verband met gemak en/of esthetiek zijn een reden voor een eigen bijdrage voor dat deel). Een andere expert gaf aan dat het beter is om Zweden als voorbeeld te nemen, waar een vaste vergoeding voor de gehele voorziening wordt verleend. Deze vergoeding zou ook afhankelijk van leeftijd of inkomen verstrekt kunnen worden.

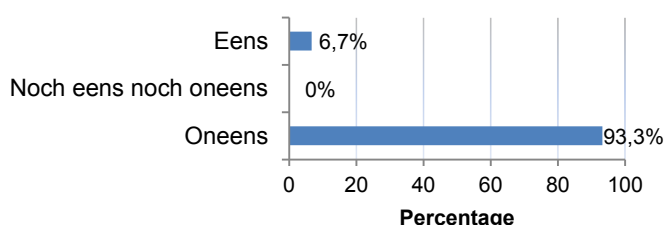
Volgens één van de experts die het eens was met de stelling zou een voordeel van een eigen bijdrage per implantaat kunnen zijn dat de neiging naar een steeds vastere voorziening (met meer implantaten) wordt geremd.

4.3.2 Schraping aanspraak uit Zorgverzekeringswet

4.3.2.1 Schraping aanspraak implantaatgedragen gebitsprothese bovenkaak

In figuur 10 worden de antwoorden op de stelling 'De aanspraak op een implantaatgedragen gebitsprothese in de bovenkaak kan geschrapt worden uit de Zorgverzekeringswet' getoond. Bijna iedereen (14/15) was het oneens met de stelling.

Figuur 10. Stelling: De aanspraak op een implantaatgedragen gebitsprothese in de bovenkaak kan geschrapt worden uit de Zorgverzekeringswet.



Nadeel schraping aanspraak implantaatgedragen gebitsprothese bovenkaak

- Patiënten met problemen in de bovenkaak zouden kunnen worden uitgesloten van zorg, terwijl een implantaatgedragen gebitsprothese in de bovenkaak soms een noodzakelijke of de aangewezen behandeling is. Criteria kunnen volgens sommigen wel aangescherpt worden.

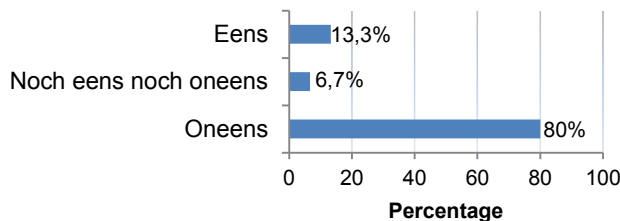
Een argument tegen de stelling dat naar voren kwam, was dat met deze maatregel patiënten met problemen in de bovenkaak uitgesloten worden van zorg, terwijl het klachtenpatroon ten aanzien van functie en retentie in de bovenkaak overeenkomt met klachten in de onderkaak. In sommige gevallen is een implantaatgedragen gebitsprothese in de bovenkaak een noodzakelijke of de aangewezen behandeling (omdat er geen alternatieven zijn); ook hier moet de medische indicatie de norm blijven. Eén expert gaf aan dat de implantaatgedragen gebitsprothese in de bovenkaak een zeer doelmatige voorziening is.

Aangezien de kosten voor de behandeling hoog zijn, zouden de criteria voor een behandeling in de bovenkaak volgens enkele experts aangescherpt kunnen worden. Volgens één expert moet de verstrekking beter worden 'bekeken' door de adviserende tandartsen en beperkt worden tot een gelimiteerd aantal centra met veel ervaring en expertise, waar kan worden nagegaan of er daadwerkelijk geen alternatieve behandelingen zijn. Het is volgens deze expert te overwegen de verstrekking te beperken tot een bepaald aantal (bijvoorbeeld maximaal 20 afhankelijk van de grootte van het centrum) per expertisecentrum (bijvoorbeeld een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde) per jaar.

4.3.2.2 *Schrapping aanspraak implantaatgedragen gebitsprothese*

Met de stelling 'De aanspraak op een implantaatgedragen gebitsprothese kan geschrapt worden uit de Zorgverzekeringswet' (implantaten in een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en de mesostructuur komen dan voor eigen rekening; de gebitsprothese blijft wel voor alle tandelozen onder de aanspraak vallen) waren de meeste experts (12/15) het oneens (zie figuur 11). Geen van de zorgverleners was het eens met de stelling; onder vertegenwoordigers van zorgverzekeraars liepen de meningen uiteen (40% eens; 40% oneens, zie ook bijlage 5).

Figuur 11. Stelling: De aanspraak op een implantaatgedragen gebitsprothese kan geschrapt worden uit de Zorgverzekeringswet.



Voordeel schrapping aanspraak implantaatgedragen gebitsprothese

- Het schrappen van de aanspraak op implantaatgedragen gebitsprothesen kan het nemen van de eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van de mondgezondheid stimuleren.

Nadeel schrapping aanspraak implantaatgedragen gebitsprothese

- Als de aanspraak op implantaatgedragen gebitsprothesen geschrapt wordt, zal de zorg met name voor de sociaal zwakkere verzekerden niet meer toegankelijk zijn, terwijl de behandeling soms noodzakelijk is. In deze groep kunnen dan problemen ontstaan met onder andere eten en sociale contacten.

Verschillende experts die het oneens waren met de stelling gaven aan dat de implantaatgedragen gebitsprothese een doelmatige en bewezen effectieve behandeling is die de kwaliteit van leven verhoogt (sociale aspecten, effecten op de spijsvertering) en daarmee goed binnen de criteria van de basisverzekering past. Als de aanspraak op implantaatgedragen gebitsprothesen geschrapt wordt, zal dit betekenen dat deze zorg met name voor de sociaal zwakkere verzekerden niet meer toegankelijk is, terwijl de behandeling soms noodzakelijk is (bijvoorbeeld als er sprake is van sterk geslonken kaken, of andere beperkingen zoals coördinatieproblemen als gevolg van een hersenbloeding). In deze groep kunnen dan grote problemen ontstaan met onder andere eten en sociale contacten.

Eén expert gaf aan dat de bijzondere tandheelkunde is 'vervuild'. Om de aanspraken veel meer te beperken tot de 'echte' bijzondere tandheelkunde stelde deze expert voor om het chirurgische deel van de implantologie bij extreem geslonken kaken in de tweede lijn onder te brengen bij kaakchirurgisch specialistische hulp (en dus te laten vervallen in de bijzondere tandheelkunde). Voor de extreme gevallen is er dan een voorziening in de tweede lijn. Het prothetische gedeelte kan volgens deze expert ondergebracht worden bij de volledige gebitsprothese (dezelfde eigen bijdrage van 25%, de mesostructuur kan ook hierin opgenomen worden), net als de vervangingskosten. Het voordeel hiervan is dat de bijzondere tandheelkunde wordt 'opgeschoond', en door de aanspraak op plaatsing van implantaten door de kaakchirurg op te nemen in de huidige artikel 2.7 kaakchirurgische hulp, deze toch gehandhaafd blijft. Hierbij moet overigens rekening gehouden worden met massaal protest vanuit tandarts-implantologen.

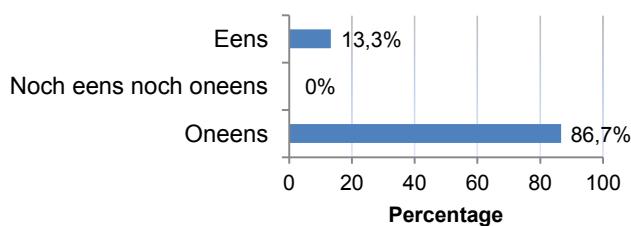
Een andere expert betoogde dat de tandarts niet alleen tandheekkundig, maar ook financieel verantwoordelijk zou moeten worden voor de implantaatgedragen gebitsprothese. Er kan dan een all-in tarief worden afgesproken (met een garantieperiode om lage kwaliteit-inkoop te voorkomen), waarbij de tandarts de vrijheid heeft om zelf in te kopen en te onderhandelen. Op deze manier kan er bespaard worden op de materiaalkosten en krijgt de tandarts iets van zijn/haar ondernemerschap terug. Een argument voor de stelling is dat het voorkómen van tandeloosheid momenteel beter mogelijk is dan enige decennia terug; een dergelijke maatregel kan het nemen van de eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van de mondgezondheid stimuleren. Verder is volgens één van de experts die het eens was met de stelling gebleken dat tandelozen geen kortere levensverwachting hebben dan dentate personen. De faciliteit is ontstaan uit de wetenschap en techniek en verhoogt de kwaliteit van leven.

Eén expert die bij deze stelling 'Geen mening' heeft aangekruist gaf aan meer te zien in het schrappen van de gebitsprothese uit de Zorgverzekeringswet; implantaten zijn dan wel onderdeel van de Zorgverzekeringswet. Het gaat volgens deze expert om een voorziening die mensen in staat stelt met behulp van een gebitsprothese te functioneren; door omstandigheden zijn daar soms implantaten voor nodig. Hetzelfde geldt dan voor de mesostructuur (kan niet los worden gezien van implantaten).

4.3.2.3 *Schrapping aanspraak mesostructuur*

In figuur 12 staan de antwoorden op de stelling: 'De aanspraak op de mesostructuur kan geschrapt worden uit de Zorgverzekeringswet' weergegeven. Een grote meerderheid (13/15) was het oneens met de stelling. Geen van de zorgverleners was het eens met de stelling, terwijl onder de vertegenwoordigers van zorgverzekeraars de antwoorden meer uiteenliepen (40% was het eens; 60% was het oneens, zie ook bijlage 5).

Figuur 12. Stelling: De aanspraak op de mesostructuur kan geschrapt worden uit de Zorgverzekeringswet.



Voordeel schrapping aanspraak mesostructuur

- Noodzakelijke controles van de mesostructuur kunnen ook uit de aanvullende verzekering betaald worden.

Nadelen schrapping aanspraak mesostructuur

- Het schrappen van de aanspraak op de mesostructuur kan onduidelijkheid geven over wie wat betaalt.
- De maatregel zou door andere slimme oplossingen ontweken kunnen worden.
- Er kunnen situaties ontstaan waarbij implantaten geplaatst zijn, een volledige prothese is aangemeten, maar er onvoldoende middelen zijn om een mesostructuur te plaatsen en de behandeling af te ronden; dit verhoogt de kans op complicaties.
- Patiënten zouden vaker kunnen kiezen voor goedkope drukknoppen, terwijl deze op lange termijn meer problemen/nazorg geven.

De onderbouwing van de experts die het oneens waren met de stelling sloot grotendeels aan op argumenten die eerder (bij bovengenoemde stellingen) werden gegeven: de indicatie moet volgens de experts leidend zijn. De mesostructuur is een integraal onderdeel van de verstrekking (implantaten hebben geen functie zonder mesostructuur); het is 'alles of niets'. Het schrappen van de aanspraak op de mesostructuur zou volgens één van de experts alleen maar onduidelijkheid geven over wie wat betaalt; een andere expert noemde dat de maatregel door andere slimme oplossingen ontweken zal worden. Eén expert gaf aan dat de maatregel tot situaties kan leiden waarbij implantaten geplaatst (en vergoed) zijn, een volledige prothese is aangemeten, maar er onvoldoende middelen zijn om een mesostructuur te plaatsen en de behandeling af te ronden. Dit verhoogt de kans op complicaties (en dus hogere zorgkosten). Volgens een andere expert bestaat de kans dat er vaker gekozen wordt voor goedkope drukknoppen, terwijl deze op lange termijn meer problemen/nazorg geven.

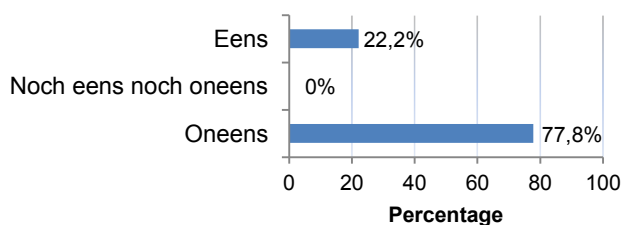
Eén expert die het eens was met de stelling gaf aan dat bij patiënten met nog eigen (hoek)tandwortels de mesostructuur ook niet wordt vergoed wanneer een overkappingsprothese wordt vervaardigd. Een bijkomend voordeel zou zijn dat noodzakelijke controles van de mesostructuur ook uit de aanvullende polis betaald kunnen worden.

4.3.3 Materiaal- en techniekkosten

4.3.3.1 Opname materiaal- en techniekkosten in honorariumdeel

In figuur 13 zijn de reacties op de stelling 'De materiaal- en techniekkosten dienen opgenomen te worden in het honorariumdeel' weergegeven. De meeste experts (14/18) waren het oneens met de stelling. Geen van de vertegenwoordigers van zorgverzekeraars was het eens met de stelling, de zorgverleners antwoorden meer wisselend (36% eens; 64% oneens, zie ook bijlage 5).

Figuur 13. Stelling: De materiaal- en techniekkosten dienen opgenomen te worden in het honorariumdeel.



Nadelen opname materiaal- en techniekkosten in honorariumdeel

- Bij een gemiddelde all-in prijs zouden zorgverleners op zoek kunnen gaan naar materialen en technieken die voor hem/haar het meest winstgevend zijn en niet naar materialen en technieken met de beste prijs/kwaliteitverhouding en/of materialen en technieken die de patiënt wenst.
- De maatregel zou de transparantie van de kostenopbouw niet ten goede komen: de patiënt kan geen zuivere vergelijking maken tussen tandartsen op basis van materiaal- en techniekkosten.
- Opname van de materiaal- en techniekkosten in het honorariumdeel kan een administratieve belasting geven.

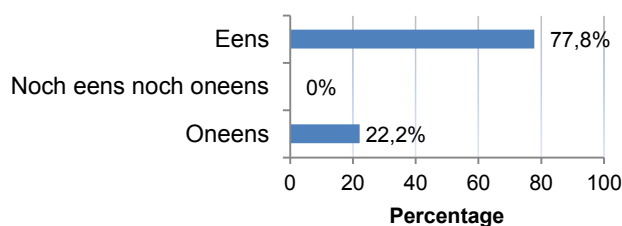
Door één van de experts die het oneens was met de stelling werd aangegeven dat de materiaal- en techniekkosten in de praktijk erg variabel zijn. Dat betekent dat het niet mogelijk is om een goed (gemiddeld) tarief voor honorarium inclusief materiaal en techniek vast te stellen (dat is ook de reden waarom de materiaal- en techniekkosten apart declarabel zijn). Volgens deze expert doet het separaat kunnen declareren van de kostprijs voor materiaal en techniek het meest recht aan de kosten die de tandarts maakt in de praktijk. Bij een gemiddelde all-in prijs zal de tandarts op zoek gaan naar materiaal en technieken die voor hem/haar het meest winstgevend zijn (winstmaximalisatie) en niet naar materiaal en technieken met de beste prijs/kwaliteitverhouding en/of materiaal en technieken die de patiënt wenst. Het separaat kunnen declareren van de materiaal- en techniekkosten betekent ook dat de patiënt een zuivere vergelijking tussen tandartsen kan maken op basis van materiaal- en techniekkosten. Dit zou de prikkel moeten zijn voor tandartsen om materiaal en technieken te gebruiken met de beste prijs/kwaliteitverhouding. Ook door andere experts werd beargumenteerd dat de voorgestelde maatregel de kwaliteit van zorg en de transparantie van de kostenopbouw niet ten goede komt. Een ander genoemd nadeel is de administratieve belasting.

Door één van de experts die het eens was met de stelling werd beargumenteerd dat de techniekkosten niet vast kunnen zijn, omdat deze per patiënt verschillen (dit werd echter door een andere expert juist als argument tegen de stelling gebruikt, zie hierboven). Eén expert gaf aan het eens te zijn met de stelling als er bedoeld wordt dat de tandarts eigenlijk een all-in prijs krijgt voor het gehele werkstuk (en zelf dus slim kan inkopen). Zorgverzekeraars zouden volgens deze expert wel garantiebepalingen moeten opnemen om inkoop van slechte kwaliteit tegen te gaan.

4.3.3.2 Maximering materiaal- en techniekkosten

Met de stelling 'De materiaal- en techniekkosten dienen gemaximeerd te worden' was een meerderheid van de experts (14/18) het eens (zie figuur 14). Geen van de vertegenwoordigers van zorgverzekeraars was het oneens met de stelling; van de zorgverleners was een enkele het oneens (73% eens; 27% oneens, zie ook bijlage 5).

Figuur 14. Stelling: De materiaal- en techniekkosten dienen gemaximeerd te worden.



Voordelen maximering materiaal- en techniekkosten

- Maximering van materiaal- en techniekkosten kan een betrouwbare benchmark geven voor de prijs van een technisch goede en tandtechnisch op de juiste wijze vervaardigde volledige gebitsprothese.
- Maximering van materiaal- en techniekkosten lijkt noodzakelijk, omdat leveranciers van materialen en technieken geen partij zijn voor de zorgverzekeraar; hierdoor zijn overeenkomsten/prijsafspraken met een zorgverzekeraar niet mogelijk.

Nadelen maximering materiaal- en techniekkosten

- Maximering van materiaal- en techniekkosten zal niet in het belang van de patiënt zijn; door de maatregel zou de keuzevrijheid van de patiënt voor bepaalde prothesen beperkt kunnen worden.
- Technici, implantaatfirma's en tandartsen zouden het maximum kunnen opzoeken.

Van de groep die het eens was met de stelling gaf één expert aan dat alle andere stappen ook gemaximeerd zijn; de behandeling is nu dusdanig veelvoorkomend dat de techniekkosten zeer voorspelbaar zijn. Ook een andere expert gaf aan dat er inmiddels voldoende ervaring is opgebouwd om een betrouwbare benchmark te hebben voor de prijs van een technisch goede en tandtechnisch op de juiste wijze vervaardigde implantaatgedragen gebitsprothese. Deze expert gaf verder aan het wonderlijk te vinden dat er, ervan uitgaande dat implantaten en onderdelen van de mesostructuur machinaal en in massa worden vervaardigd, prijsverschillen zijn tussen merken onderling van soms 200% of meer. Volgens deze expert kan er wellicht ook kritisch gekeken worden naar de tarieven van implantaatmaterialen die in Nederland worden geleverd door enkele spelers met een vrij groot marktaandeel. Eén expert gaf aan dat maximering van de materiaal- en techniekkosten mogelijk is en dat het al gebeurt voor 'standaardgevallen'. Een paar experts gaf aan dat maximering van materiaal- en techniekkosten een goede maatregel is, mits er redelijke normen worden gehanteerd; uitzonderingen moeten mogelijk blijven. Eén expert beargumenteerde dat de leveranciers van materialen en technieken geen partij zijn voor de zorgverzekeraar, hierdoor zijn overeenkomsten/prijsafspraken met een zorgverzekeraar niet mogelijk. Om die reden lijkt maximering noodzakelijk.

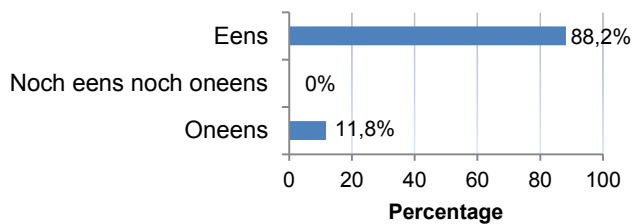
Eén van de experts die het oneens was met de stelling vond dat de kosten flexibel moeten blijven; keuzes met betrekking tot die kosten moeten wel kunnen worden verantwoord, maar een vast bedrag ongeacht de werkelijk gemaakte kosten is niet in het belang van de patiënt. Een andere expert (die het oneens was met de stelling) gaf aan dat er ook een zekere mate van keuzevrijheid moet zijn van de patiënt voor bepaalde prothesen. Eén expert gaf aan dat technici, implantaatfirma's en tandartsen het maximum zullen opzoeken. Bovendien wordt de NZa hierdoor verantwoordelijk over wat kwaliteit kan kosten. Volgens deze expert kunnen de zorgverleners dat beter uitonderhandelen met de zorgverzekeraars op basis van een all-in tarief (zie ook boven).

4.3.4 Onderbouwing honorariumdeel

4.3.4.1 Onderbouwing vergoeding honorariumdeel implantaatgedragen gebitsprothese

In figuur 15 worden de antwoorden op de stelling 'Een aanvraag voor vergoeding van het honorariumdeel van een behandeling ten behoeve van een implantaatgedragen gebitsprothese moet door de aanvragende zorgverlener onderbouwd worden' gepresenteerd. Een ruime meerderheid van de experts was het eens met deze stelling (15/17).

Figuur 15. Stelling: Een aanvraag voor vergoeding van het honorariumdeel van een behandeling ten behoeve van een implantaatgedragen gebitsprothese moet door de aanvragende zorgverlener onderbouwd worden.



Voordelen onderbouwing vergoeding honorariumdeel implantaatgedragen gebitsprothese

- Bij zorg die grotendeels betaald wordt uit de collectiviteit hoort een motivatie voor de gekozen behandeling gegeven te worden.
- Het onderbouwen van het honorariumdeel van een behandeling met een implantaatgedragen gebitsprothese zou de kans kunnen verkleinen op een te royaal gebruik van de mogelijkheden door de zorgverlener.

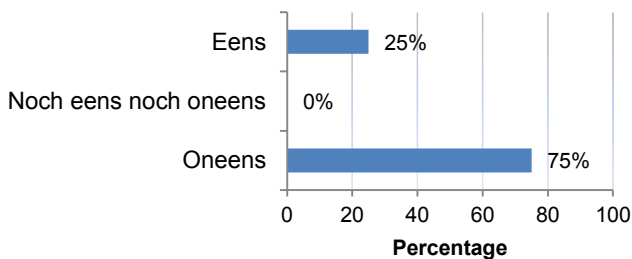
Verschillende experts die het eens waren met de stelling gaven hierbij aan dat dit al de normale gang van zaken is. Aangezien de kosten voor het overgrote deel betaald worden uit de collectiviteit, mag van de zorgverlener verwacht worden dat gemotiveerd wordt welke behandeling wordt uitgevoerd en waarom, en dat duidelijk is dat de patiënt voldoet aan de voor de behandeling gestelde criteria. Bij een aanvraag is volgens één van de experts altijd een begroting gevoegd. Op deze begroting staan de betreffende codes (van de NZa) met betrekking tot de voorgenomen behandeling. De onderbouwing van het honorariumdeel is geformuleerd in de gehanteerde codes. Eén expert gaf aan dat er kans is op een te royaal gebruik van de mogelijkheden als een zorgverlener de vergoeding van het honorariumdeel niet hoeft te onderbouwen. Een andere expert gaf aan dat andersom ook zou moeten gelden dat een afwijzing voor vergoeding beargumenteerd dient te worden.

Eén van de experts die het oneens was met de stelling, gaf aan dat het honorariumdeel een door de NZa gereguleerd tarief is; deze expert zag niet in waarom de zorgverlener dit tarief zou moeten onderbouwen. Een andere expert (die het oneens was met de stelling) gaf aan dat zorgverleners ook met zorgverzekeraars afspraken kunnen maken om machtigingsvrij te kunnen werken. Hier staat dan wel wat tegenover, zoals lager dan gemiddelde kosten. Deze expert pleitte voor een all-in tarief (zie ook paragraaf 4.3.5).

4.3.4.2 Onderbouwing tijdsbesteding zorgverlener per verrichtingencode

Aan de experts is gevraagd of de zorgverlener bij een aanvraag voor vergoeding van het honorariumdeel de tijdsbesteding per verrichtingencode zou moeten onderbouwen. Drie kwart van de experts (12/16) was het hier mee oneens (zie figuur 16).

Figuur 16. Stelling: Bij een aanvraag voor vergoeding van het honorariumdeel moet de aanvragende zorgverlener per verrichtingencode de tijdsbesteding onderbouwen.



Voordeel onderbouwing tijdsbesteding zorgverlener per verrichtingencode

- De onderbouwing van de tijdsbesteding van de zorgverlener per verrichtingencode kan bruikbaar zijn bij het opstellen van een offerte voor de patiënt (anticiperend op een hogere eigen bijdrage en de breed gedragen wens burgers/patiënten meer inzicht te verschaffen in de kosten van medische behandelingen).

Nadelen onderbouwing tijdsbesteding zorgverlener per verrichtingencode

- Een onderbouwing voor vergoeding van het honorariumdeel per verrichtingencode zou voor zorgverzekeraars oncontroleerbaar en onuitvoerbaar kunnen zijn.
- De controle op tijdsbesteding zou uitsluitend door hooggekwalificeerd personeel met veel inhoudelijke kennis kunnen worden uitgevoerd; de kosten die hiermee gemoeid zijn, zullen niet in verhouding tot de mogelijke besparing staan.
- De maatregel is fraudegevoelig; zorgverleners zouden voor de meest tijdsintensieve behandeling kunnen kiezen.
- Het zou lastig kunnen zijn om de verrichtingencodes voor de implantaatgedragen gebitsprothese te onderbouwen qua tijdsbesteding (de huidige J-codes zijn zo geclusterd dat "vertaling" naar tijd lastig is, want niet elke deelbehandeling is terug te vinden in deze J-codes).
- Iedere patiënt is uniek en brengt een eigen moeilijkheidsgraad met zich mee; dit komt niet tot uitdrukking in een verrichtingencode en zou om die reden ook niet te 'vertalen' zijn naar het besteden van meer of minder tijd per individuele patiënt.
- Het zal niet altijd mogelijk zijn vooraf in detail te voorzien hoe een behandeling zal gaan verlopen en welke codes nodig zullen zijn.

Verschillende experts die het oneens waren met de stelling gaven aan dat deze onderbouwing voor zorgverzekeraars oncontroleerbaar en onuitvoerbaar is (bijvoorbeeld omdat er onvoldoende capaciteit voor is). Eén expert gaf aan dat controle op tijdsbesteding uitsluitend door hooggekwalificeerd personeel met veel inhoudelijke kennis kan worden uitgevoerd; de kosten die hiermee gemoeid zijn, staan niet in verhouding tot de mogelijke besparing. Zou dit wel het geval zijn, dan zou de NZa een forse beoordelingsfout hebben gemaakt bij de weging van het tarief. Gezien de lange periode waarin deze tarieven gehanteerd en ook steeds bijgesteld worden, lijkt dat deze expert onwaarschijnlijk.

Een aantal experts gaf aan de administratieve belasting die de maatregel met zich meebrengt (voor de zorgverlener) een nadeel te vinden. Enkele experts noemden de maatregel 'fraudegevoelig' (zorgverleners zouden voor de meest tijdsintensieve behandeling kunnen kiezen). Door één van de experts werd aangegeven dat het huidige tariefstelsel gebaseerd is op een prestatiecode met een maximumtarief; in het verleden is gebleken dat het maximumtarief gehanteerd wordt als standaardtarief. Als nu per code een tijdsbesteding wordt verlangd dan zal deze volgens deze expert ook steeds op maximum ervan worden aangeboden.

Enkele experts hebben aangegeven dat het vergoedingssysteem van de NZa al op de gemiddelde tijdsbesteding gebaseerd is; één expert gaf aan dat het ongewenst is deze tarieven naderhand ter discussie te stellen. Een andere expert gaf aan dat een ervaren behandelaar weliswaar iets sneller klaar zal zijn dan een beginnend behandelaar, maar deze expert vraagt zich af of dat erg is. Mocht een

behandelaar echt niet met de gemiddelde tijd uitkomen dan kan deze altijd een goed gemotiveerde machtigingsaanvraag doen, zoals volgens deze expert in een CBT wel eens gebeurt. Eén expert gaf aan dat het lastig is om de verrichtingencodes voor de implantaatgedragen gebitsprothese te onderbouwen qua tijdsbesteding. De huidige J-codes zijn volgens deze expert zo geclusterd dat 'vertaling' naar tijd lastig is, want niet elke deelbehandeling is terug te vinden in deze J-codes (dit in tegenstelling tot de verrichtingen (P-codes) voor de conventionele gebitsprothese. Als de tijdsbesteding onderbouwd zou moeten worden, dan dienen volgens deze expert ook de verrichtingencodes zodanig te worden aangepast (gedifferentieerd) dat een goed inzicht kan worden verkregen in de daadwerkelijke tijdsbesteding. Deze expert gaf verder aan dat iedere patiënt uniek is en een eigen moeilijkheidsgraad met zich meebrengt; dit komt niet tot uitdrukking in een verrichtingencode en is om die reden ook niet te 'vertalen' naar het besteden van meer of minder tijd per individuele patiënt. Volgens deze expert kan in het algemeen worden gesteld dat een prothese op implantaten 'meer tijd kost' dan een conventionele prothese (het verwijderen van abutments en aanbrengen van afdrukstiften ten behoeve van een afdruk op implantaten kost bijvoorbeeld meer tijd), terwijl dit niet tot uiting komt in de huidige verrichtingencodes.

Door één expert werd aangegeven dat het niet altijd mogelijk is vooraf in detail te voorzien hoe een behandeling zal gaan verlopen en welke codes nodig zullen zijn. Als van het meest gunstige scenario wordt uitgegaan om de kosten zo laag mogelijk te begroten, zal dus achteraf vaak moeten worden gecorrigeerd voor extra codes en kosten. Als te 'ruim' wordt begroot, zou volgens deze expert minder moeten kunnen worden gedeclareerd dan begroot, namelijk alleen de werkelijk gemaakte kosten.

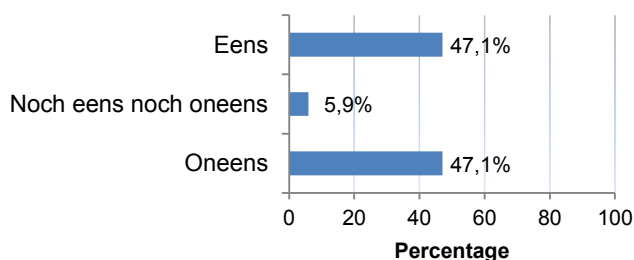
Eén expert die het met de stelling eens was gaf aan het niet meer dan logisch te vinden dat bij dergelijke kostbare ingrepen een onderbouwing plaatsvindt. Aangezien niet elke ingreep volledig uniek is, zal er volgens deze expert geen onnodig hoge administratieve last ontstaan. Deze expert gaf verder nog aan dat de onderbouwing ook nodig zal zijn bij het opstellen van een offerte voor de patiënt (anticiperend op een hogere eigen bijdrage en de breed gedragen wens burgers/patiënten meer inzicht te verschaffen in de kosten van medische behandelingen).

Eén expert gaf aan onderbouwing van de tijdsbesteding goed te vinden, maar dat dit niet te ingewikkeld moet worden gemaakt door uitvoerige administratie. Een andere expert gaf aan dat motivatie van kosten een redelijke eis aan de behandelaar is, aangezien niet iedere patiënt hetzelfde is. Deze expert gaf verder aan dat een dergelijke onderbouwing dan wel beoordeeld moet worden door deskundigen die daartoe werkelijk in staat zijn. Ook moet het volgens deze expert mogelijk zijn om een patiënt (en/of behandelaar) de kans te geven om zijn/haar situatie toe te lichten.

4.3.5 All-in tarief

Met de stelling 'Voor de gehele implantaatgedragen gebitsprothese moet een vaste vergoeding gelden' was bijna de helft van de experts het eens (8/17); evenveel experts waren het oneens met deze stelling (zie figuur 17).

Figuur 17. Stelling: Voor de gehele implantaatgedragen gebitsprothese (honorarium en materiaal- en techniekkosten van implantaten, mesostructuur en gebitsprothese) moet een vaste vergoeding gelden (all-in tarief).



Voordelen all-in tarief

- Een all-in tarief zou marktwerking mogelijk kunnen maken; dit kan tot prijsdalingen/kostenbesparingen leiden.
- Een all-in tarief zou de situatie overzichtelijker en (voor de zorgverzekeraar) eenvoudiger kunnen maken.

Nadelen all-in tarief

- Het zal niet eenvoudig zijn om tot een redelijk all-in tarief te komen.
- Een all-in tarief zou tandartsen kunnen stimuleren om goedkope materialen te gebruiken; hierdoor kan de kwaliteit onder druk komen te staan.
- De keuzevrijheid van de patiënt zou kunnen worden beperkt.
- Er is in de praktijk veel verschil in de kosten voor materiaal en techniek: een all-in tarief zal geen recht doen aan deze differentiatie.
- Een all-in tarief zal geen recht doen aan het gegeven dat er, naast relatief eenvoudige behandelingen, veel patiënten zijn met een gecompliceerde mondsituatie waardoor er meer tijd nodig is.
- De transparantie van het behandeltraject zou kunnen verdwijnen; splitsing van honorarium- en materiaal- en techniekkosten geeft meer inzicht in de verdeling van kosten.
- Door de maatregel zal er geen controle meer zijn op de honorariumcomponent, op de (kwaliteit en kosten van) gebruikte materialen en de laboratoriumkosten.
- De tarieven van deze zorg zouden niet meer op inhoudelijke gronden worden bepaald, maar door de overheid/politiek.
- Minder arbeidsintensieve behandelingen zouden de voorkeur kunnen krijgen, waardoor patiënten met complexe problematiek veel moeilijker een behandelaar zullen vinden.

Eén van de experts die het eens was met de stelling gaf aan dat een all-in tarief, waarbij een praktijk de behandeling kan aannemen (eventueel uitgesplitst in een chirurgisch en prothetisch deel) marktwerking mogelijk maakt. Er zijn volgens deze expert voldoende implantologen en kaakchirurgen beschikbaar, zodat de zorgverzekeraar de verstrekking (implantaatgedragen gebitsprothese) voor een lager (natura) bedrag kan uitonderhandelen. De verzekeraar zal dan een all-in tarief bieden aan de instelling om de behandeling uit te voeren. In tegenstelling van wat nu het geval is, zou de instelling er baat bij hebben om te onderhandelen met de aanbieders van materialen en het techniekwerk. Momenteel kunnen materiaal- en techniekkosten alleen tegen kostprijs worden doorberekend waardoor hiervoor een goede 'neerwaartse prijsdruk' ontbreekt. Dit heeft volgens deze expert geleid tot relatief hoge materiaal- en techniekkosten. De instelling zou het all-in bedrag met een zorgverzekeraar moeten uitonderhandelen en vervolgens verder moeten onderhandelen met zijn onderaannemers. Noodzakelijkerwijs zou de zorgverzekeraar ook een garantieperiode moeten afspreken met de desbetreffende instelling om inkoop van lage kwaliteit te voorkomen. Volgens de expert leidt marktwerking tot kostenbesparingen. Als bewijs hiervoor wordt door de expert aangedragen dat ten tijde van de vrije tarieven in 2012 de eerste daling in meer dan tien jaar (met meer dan 10%) van de kosten van de overkappingsprothese zichtbaar was⁴. Eén expert gaf aan dat een all-in tarief de situatie overzichtelijker zou maken en voor de zorgverzekeraar eenvoudiger. Bij een scherp all-in tarief zullen ook de duurere implantaatmerken fors in prijs moeten dalen om nog enig marktaandeel te kunnen behouden. Deze expert gaf verder nog aan dat het niet eenvoudig zal zijn om tot een redelijk all-in tarief te komen.

Twee experts hebben aangegeven het met de stelling eens te zijn, maar vinden dat uitzonderingen mogelijk moeten blijven (ingewikkelde gevallen, bijvoorbeeld bij schisis of oncologiepatiënten); deze moeten afzonderlijk worden beoordeeld.

Door twee experts werd aangegeven dat er in de huidige situatie van de (gecontracteerde) tandprotheticus al sprake is van een all-in tarief. Een voordeel van een all-in tarief is volgens één van

⁴ <http://www.zorgcijfersdata.cvz.nl/tabelPagina.asp?label=00-totaal&tabel=jaarNEW&geg=kost&item=204>

deze experts dat het aan alle partijen duidelijkheid verschaft. De zorginkoop is echter nog niet klaar om geheel transparant aan de verschillende partijen (patiënt, behandelaar, overheid) te laten zien wat is ingekocht. Volgens deze expert is een all-in tarief in principe een goede maatregel, maar moeten er betere randvoorwaarden beschreven worden; deze dienen controleerbaar te zijn en gecorrigeerd kunnen worden. Beide experts zijn voor een onderscheid tussen het chirurgische en tandprothetische deel. Volgens één van de experts houdt dit beide partijen scherp en wordt voorkomen dat financiën een grotere rol gaan spelen dan kwaliteit en samenwerking; ook blijft dan inzichtelijk waar de daadwerkelijke kosten gemaakt worden en met welke reden.

Verschillende experts die het oneens waren met de stelling hebben aangegeven dat een all-in tarief de tandarts stimuleert goedkope materialen te gebruiken; hierdoor kan de kwaliteit onder druk komen te staan. Volgens één expert geeft de huidige aparte component voor materiaal- en techniekkosten juist enige keuzevrijheid aan de patiënt. Deze expert gaf verder aan dat er in de praktijk veel verschil is in de kosten voor materiaal en techniek: een all-in tarief doet geen recht aan deze differentiatie.

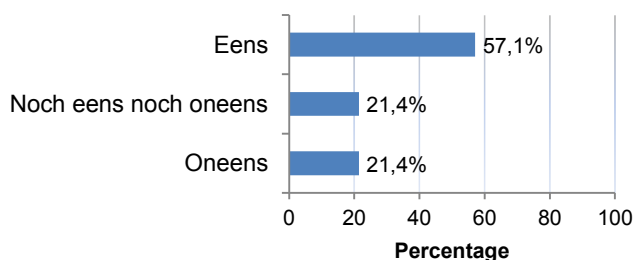
Eén expert gaf aan dat een vaste vergoeding geen recht doet aan het gegeven dat er, naast relatief eenvoudige behandelingen, veel patiënten zijn met een gecompliceerde mondsituatie waardoor er meer tijd nodig is. Ook een andere expert gaf aan één all-in tarief gezien de diversiteit in complexiteit van de ingreep niet juist te vinden; een aantal varianten met bijbehorende vaste vergoedingen is volgens deze expert wel reëel.

Een ander genoemd nadeel is dat met deze maatregel de transparantie van het behandeltraject verdwijnt; splitsing van honorarium- en materiaal- en techniekkosten geeft meer inzicht in de verdeling van kosten. Door de maatregel zou er volgens één van de experts geen controle meer zijn op de honorariumcomponent, op de (kwaliteit en kosten van) gebruikte materialen en de laboratoriumkosten. Ook als de materiaalkosten aan bepaalde kwaliteitscriteria zouden moeten voldoen, is er volgens deze expert geen (goede) controle op de verleende zorg mogelijk. Deze expert gaf verder aan dat een nadeel zou kunnen zijn dat de tarieven van deze zorg niet meer op inhoudelijke gronden worden bepaald, maar door de overheid/politiek. Bovendien zouden minder arbeidsintensieve behandelingen de voorkeur kunnen krijgen, waardoor patiënten met complexe problematiek veel moeilijker een behandelaar zullen vinden.

4.3.6 Aanscherping zorginhoudelijke criteria bovenkaak

Iets meer dan de helft van de experts (8/14) was het eens met de stelling dat de zorginhoudelijke criteria voor een implantaatgedragen gebitsprothese in de bovenkaak aangescherpt moeten worden; 21% (3/14) was het oneens met de stelling (zie figuur 18).

Figuur 18. Stelling: De zorginhoudelijke criteria voor een implantaatgedragen gebitsprothese in de bovenkaak moeten aangescherpt worden.



Voordelen aanscherping zorginhoudelijke criteria bovenkaak

- De problematiek in de edentate geslonken bovenkaak is in vergelijking met de onderkaak complexer en de prognose minder gunstig; scherpe zorginhoudelijke criteria voor de bovenkaak zijn van belang om de (complexere) ingreep in de bovenkaak te kunnen onderscheiden van de (relatief eenvoudigere) ingreep in de onderkaak.
- Een implantaatgedragen gebitsprothese in de bovenkaak is vaak minder noodzakelijk dan een implantaatgedragen gebitsprothese in de onderkaak. Door de maatregel zou kunnen worden voorkomen dat er voor de minder noodzakelijke bovenkaak een te 'ruimhartig' beleid in het leven wordt geroepen.
- Momenteel zijn er geen richtlijnen voor de behandeling met een implantaatgedragen gebitsprothese in de bovenkaak; aanscherping van de criteria zou het indicatiegebied voor een implantaatgedragen gebitsprothese inzichtelijker kunnen maken.
- Vaak vervalt de noodzaak voor een implantaatgedragen gebitsprothese in de bovenkaak als de situatie in de onderkaak 'op orde is'; door het aanscherpen van de criteria zal minder snel gekozen worden voor een implantaatgedragen gebitsprothese in de bovenkaak als dit niet noodzakelijk is.

Nadeel aanscherping zorginhoudelijke criteria bovenkaak

- De maatregel zal moeilijk te handhaven zijn.

Door twee experts die het eens waren met de stelling werd aangegeven dat de problematiek in de edentate geslonken bovenkaak verschilt van de problematiek in de edentate geslonken onderkaak. Eén expert gaf aan dat dit komt doordat er sprake is van een complexere indicatie, de relatie met de situatie in de onderkaak, een minder gunstige prognose, meer gecompliceerde chirurgische en prothetische technieken, een langere behandelduur, een grotere belasting voor de patiënt, lastiger onderhoud, veel hogere kosten en relatief minder baten (want vaak blijkt een voldoende functionerende conventionele bovenprothese haalbaar). Door de andere expert werd aangegeven dat er terecht een 'ruimhartig' beleid wordt gevoerd om van burgers met een losse conventionele gebitsprothese de kwaliteit van leven te verbeteren; er moet echter worden opgepast dat dit ook voor de minder noodzakelijke bovenkaak in het leven wordt geroepen. Volgens deze expert zou een overkappingsprothese in de bovenkaak alleen gemachtigd moeten worden op strenge indicatie.

Eén expert gaf aan dat de zorginhoudelijke criteria niet aangescherpt hoeven te worden (deze zijn helder); de toepassing van deze criteria kan volgens deze expert wel verbeterd worden. Waar gecontracteerde zorgverleners aan terechte eisen dienen te voldoen, kunnen zorgverleners zonder contract een aanvraag doen zonder dat ze zich daarbij hoeven te houden aan de in de contracten van de andere zorgverleners geformuleerde eindtermen en garanties. Volgens deze expert is controle op het nut en de noodzaak van de behandeling in individuele gevallen niet uitvoerbaar door zorgverzekeraars (door te weinig capaciteit).

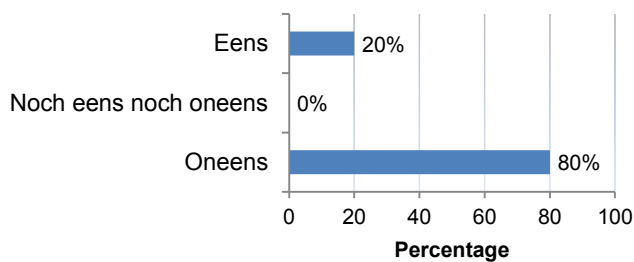
Een andere expert gaf aan dat er buiten de (praktische) richtlijnen van de NVOI (met betrekking tot de implantologie) voor zowel de boven- als onderkaak geen (zorginhoudelijke) richtlijnen zijn voor de overkappingsprothese op implantaten (behalve de wettelijke regelgeving 'zeer ernstig geslonken kaak en het niet goed kunnen functioneren van een prothetische voorziening'); met zorgvuldig opgestelde richtlijnen is het indicatiegebied voor een overkappingsprothese op implantaten goed aan te geven. Deze richtlijnen zijn volgens de expert vooral voor de bovenkaak van belang; waarbij met name ook de behandelvolgorde belangrijk is (beoordelen van de zorgvraag van de patiënt als in de onderkaak al sprake is van een overkappingsprothese). Door een andere expert werd aangegeven dat een implantaatgedragen bovenprothese alleen maar zin heeft als de situatie in de onderkaak 'op orde is'. Hiermee wordt bedoeld dat met de bovenprothese een gebalanceerde articulatie mogelijk is, zonder frontcontact. Hierop zou dan eerst gecontroleerd moeten worden. Door eerst de articulatie en afwezigheid van frontcontact op orde te hebben, vervalt vaak de noodzaak voor een implantaatgedragen bovenprothese.

Van de experts die het oneens waren met de stelling gaf één expert aan dat dit moeilijk te handhaven is. Door een andere expert werd aangegeven dat beter moet worden afgebakend wat er in de basisverzekering valt. Als iemand buiten de aanspraken valt, maar zelf wilt betalen, moet dat volgens deze expert kunnen. Eén expert gaf aan dat het niet aan de zorginhoudelijke criteria ligt: deze zijn scherp genoeg gesteld. Ook door de experts die het eens noch oneens waren met de stelling werd aangegeven dat de criteria al duidelijk zijn. Eén expert gaf aan dat er echter ook niet-relevante indicatoren worden gebruikt (zoals gipsmodellen). Een andere expert gaf aan dat de criteria soms te ruim worden geïnterpreteerd (met name door onbekwame zorgverleners die onvoldoende gecorrigeerd worden door zorgverzekeraars, dit verklaart volgens deze expert de ‘wildgroei’ in de implantologie). Eén expert gaf aan dat er veel aanvragen zijn waarbij de verzekerde moet worden opgeroepen op het spreekuur van de adviserend tandarts (om de indicatie te controleren). Volgens deze expert voldoet naar schatting 50% van de aanvragen voor een implantaatgedragen gebitsprothese in de bovenkaak niet aan de indicatie (en wordt dus afgewezen). Onterechte aanvragen kosten veel tijd en leiden tot frustratie bij zowel de verzekerde (‘ik betaal toch premie’) als bij de verzekeraar (ontevreden klant).

4.3.7 Chirurgische deel implantologie onderbrengen in tweede lijn

De antwoorden op de stelling ‘Het chirurgische deel van de implantologie bij extreem geslonken kaken moet worden ondergebracht in de tweede lijn, bij de kaakchirurgische specialistische hulp’ staan weergegeven in figuur 19. De meerderheid van de experts (12/15) was het oneens met de stelling.

Figuur 19. Stelling: Het chirurgische deel van de implantologie bij extreem geslonken kaken moet worden ondergebracht in de tweede lijn, bij de kaakchirurgische specialistische hulp. Het chirurgische deel vervalt hiermee in de bijzondere tandheelkunde.



Voordelen chirurgische deel implantologie onderbrengen in tweede lijn

- Door het onderbrengen van het chirurgische deel van de implantologie in de tweede lijn zou het aantal behandelaars kunnen worden verkleind.
- Met deze maatregel zullen de kosten goed te kaderen zijn binnen het ziekenhuisbudget, terwijl de aanspraak op de voorziening gehandhaafd zal blijven bij mensen met zeer ernstige resorptie.

Nadelen chirurgische deel implantologie onderbrengen in tweede lijn

- De indicatie voor implantologie is grotendeels gebaseerd op een prothetisch behandelplan; dit zou in de eerste lijn beter kunnen worden vormgegeven dan in de tweede lijn.
- Exclusiviteit en uitsluiting van andere aanbieders zou tot onnodige kostprijsverhoging kunnen leiden.
- Eerstelijnspraktijken zijn beter uitgerust voor het leveren van de gewenste nazorg.
- De maatregel zou centralisering van de zorg en teamwork in de weg kunnen staan.
- Juist een divers aanbod van zorgverleners kan alle typen patiënten de mogelijkheid bieden de juiste zorgverlener te vinden.

Eén expert die het oneens was met de stelling gaf aan dat de moderne technieken en behandelprotocollen tot een groot succespercentage van implantologische behandelingen leiden, ook in de algemene praktijk. Het is daarom volgens deze expert niet nodig om deze behandeling onder te brengen in de tweede lijn. Een andere expert gaf aan dat de indicatie voor implantologie grotendeels gebaseerd is op een prothetisch behandelplan; dit wordt in de eerste lijn beter vormgegeven dan in de tweede lijn.

Een paar experts gaf aan dat de maatregel tot onnodige kostprijsverhoging zal leiden (exclusiviteit en uitsluiting van andere aanbieders leidt altijd tot kostenverhoging). Het zou volgens één expert wel mogelijk moeten zijn om zorgverleners die herhaaldelijk wanprestaties leveren van contractering en/of levering uit te sluiten. Ook door een andere expert werd aangegeven dat marktwerking tussen tandarts-implantologen en kaakchirurgen juist tot prijsdaling zou kunnen leiden; het verkleinen van het aantal zorgaanbieders werkt averechts. Deze expert vraagt zich verder of de tweede lijn de gewenste nazorg kan leveren; volgens deze expert blijkt uit onderzoek dat het succes van implantaten voor een groot deel bepaald wordt door preventieve nazorg. Praktisch gezien zijn eerstelijnspraktijken beter uitgerust voor deze taken. Eén expert gaf aan dat deze maatregel centralisering van de zorg en teamwork in de weg staat. Volgens deze expert is in een ideale (centrum)situatie sprake van teamwork, uitgaande van goede (bij voorkeur multidisciplinaire) diagnostiek, en waarbij de chirurgische (aanbrengen van implantaten) en prothetische behandeling (aanbrengen van meso- en suprastructuur) onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Hierdoor bestaat er ook een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het (eind)resultaat en de nazorg. Een andere expert gaf aan dat een divers aanbod (van zorgverleners) alle typen patiënten de mogelijkheid biedt de juiste zorgverlener te vinden. Eén expert gaf aan dat de technische expertise van de behandelaar de bepalende factor is, dit kan zowel in de eerste als in de tweede lijn. Ook deze expert gaf aan dat de samenwerking tussen chirurgie en prothetiek een belangrijke factor is.

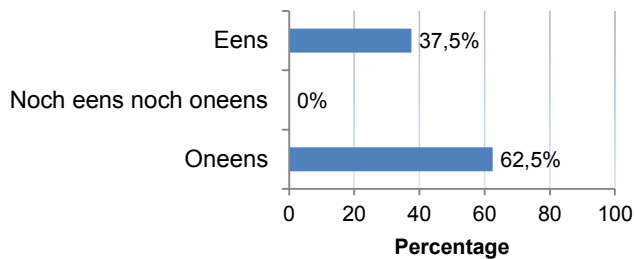
Eén expert gaf aan dat de implantologie ondergeschikt is aan de prothetiek: wanneer een prothese probleem niet op een conventionele wijze kan worden opgelost, kan gezocht worden naar aanvullende hulpmiddelen. Vaak is het niet op te lossen probleem de retentie (houvast) van de prothese; hiervoor kan gebruik worden gemaakt van een constructie op implantaten. Volgens de expert 'dicteert' de prothetiek de implantologie. De regie van het behandeltraject zou moeten liggen bij degene die verantwoordelijk is voor het resultaat van de voorziening, daarbij kan de kaakchirurg in ondergeschikte rol het chirurgische deel uitvoeren. Een andere expert gaf aan dat het voordelen heeft als één behandelaar de regie over de behandeling heeft.

Drie experts waren het eens met de stelling. Eén expert gaf aan dat hiermee het aantal behandelaars wordt verkleind. Volgens deze expert dienen er dan wel duidelijke richtlijnen over het gehele behandeltraject geformuleerd te worden. Een andere expert gaf aan dat met deze maatregel de kosten goed te kaderen zijn binnen het ziekenhuisbudget, terwijl de aanspraak op de voorziening gehandhaafd blijft bij mensen met zeer ernstige resorptie. Dit is volgens de expert zoals het bedoeld was toen de aanspraak op implantaten er kwam, als 'substituut van een absolute of relatieve kaakbotverhoging', destijds altijd uitgevoerd door de kaakchirurg. Eén expert gaf aan dat de complete behandeling (botaugmentatie, plaatsen implantaten en prothetiek) in een team zou moeten worden uitgevoerd, zodat het traject voor de verzekeraar en patiënt duidelijk is. Bij complicaties is het voor de patiënt duidelijk waar hij/zij naar toe moet; de nazorg kan volgens deze expert dan ook goed worden geregeld. Het chirurgische deel van de implantologie bij personen met extreem geslonken kaken waarbij botaugmentatie noodzakelijk is, zou moeten worden ondergebracht in de tweede lijn. Deze ingrepen vinden plaats onder algehele anesthesie in een ziekenhuis.

4.3.8 Specialistische centra

4.3.8.1 Centralisering diagnostiek en indicatiestelling implantaatgedragen gebitsprothesen onderkaak
Met de stelling 'De diagnostiek en indicatiestelling voor implantaatgedragen gebitsprothesen in de onderkaak moeten alleen worden uitgevoerd in centra gespecialiseerd in implantaatgedragen gebitsprothesen' was ongeveer twee derde van experts (10/16) het oneens (zie figuur 20).

Figuur 20. Stelling: De diagnostiek en indicatiestelling voor implantaatgedragen gebitsprothesen in de onderkaak moet alleen worden uitgevoerd in centra gespecialiseerd in implantaatgedragen gebitsprothesen.



Voordelen centralisering diagnostiek en indicatiestelling onderkaak

- Het centraliseren van tenminste de diagnostiek en de chirurgische behandeling zou 'ongepast gebruik' kunnen voorkomen; een juiste diagnostiek en indicatie kan bijdragen aan een doelmatige behandeling door (een) bekwame behandelaar(s).
- Concentratie van de zorg met een implantaatgedragen gebitsprothese zou ervoor kunnen zorgen dat zorgverleners voldoende ervaren/bekwaam blijven.

Nadelen centralisering diagnostiek en indicatiestelling onderkaak

- Het verminderen van het aantal zorgaanbieders zou een kostprijsverhogend effect kunnen hebben.
- De maatregel zal praktisch moeilijk uit te voeren zijn.
- Diagnostiek en indicatie van implantaten in de onderkaak zijn routinebehandelingen; hiervan mag verwacht worden dat dit ook in niet-gespecialiseerde centra kwalitatief goed kan worden verzorgd.

Door een paar van de experts die het oneens waren met de stelling werd aangegeven dat het verminderen van het aantal zorgaanbieders een kostprijsverhogend effect zal hebben (zie ook 4.3.7). Enkele experts gaven aan dat de diagnostiek en indicatie van implantaten in de onderkaak routinebehandelingen zijn; hiervan mag verwacht worden dat dit ook in niet-gespecialiseerde centra kwalitatief goed kan worden verzorgd (de behandeling behoort tot het domein van iedere goed opgeleide tandarts). Een paar experts gaf aan dat aan praktijken wel eisen gesteld zouden kunnen worden op het gebied van deskundigheid/kwalificaties, na- en bijscholing, garanties en contractering. Eén expert gaf aan het met de stelling oneens te zijn; zorgverzekeraars zouden echter wel in de onderhandelingen met een kleiner aantal kwalitatief goede centra kwaliteits- en prijsafspraken kunnen maken; de huidige situatie waarin de zorgverzekeraar met bijna elke zorgaanbieder tegen bijna elke prijs de behandeling vergoedt is volgens deze expert onwenselijk.

Volgens één expert zou er wel meer eenduidigheid in de indicaties moeten komen; de kosten en nadelen van deze maatregel wegen volgens deze expert waarschijnlijk echter niet tegen de voordelen op. Eén expert gaf aan het op zich met de maatregel eens te zijn, maar vond deze praktisch onuitvoerbaar; bovendien is volgens deze expert ongeveer 80% van de aanvragen voor een implantaatgedragen gebitsprothese in de onderkaak terecht (dit kan op basis van het meegeleverde orthopantomogram (röntgenfoto van de gehele kaak) meestal redelijk goed beoordeeld worden). Een andere expert gaf aan dat de tandprothetische praktijk eigenlijk al een gespecialiseerd centrum is; en voor medisch gecompromitteerde patiënten zijn er ook al de CBT's.

Volgens één van de experts die het eens was met deze stelling voorkomt het centraliseren van tenminste de diagnostiek en de chirurgische behandeling 'ongepast gebruik'; een juiste diagnostiek en indicatie draagt bij aan een doelmatige behandeling door (een) bekwame behandelaar(s). In het Centrum Bijzondere Implantologie waar deze expert werkzaam is (zie bijlage 9 voor een overzicht van de gang van zaken in het Centrum Bijzondere Implantologie), is circa 20-25% van de doorverwezen

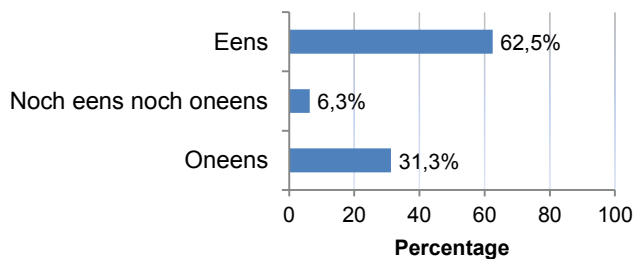
patiënten niet geschikt voor implantologie en valt af, vanwege anamnestiche gegevens en/of medische- en/of psychische complicaties (bijvoorbeeld slechte gezondheid en/of medicijngebruik, psychische problematiek, te hoge en niet-realistische verwachtingen, nog slechte restdentitie in de kaak aanwezig, sterk en niet te beïnvloeden rookgedrag, slechte prothese die beter eerst vervangen kan worden, et cetera).

Ook volgens een andere expert wordt met deze maatregel 'wildgroei' van indicaties voorkomen. Eén expert lijkt concentratie van de zorg met een implantaatgedragen gebitsprothese op zijn plaats; zoals in meer sectoren van de zorg is een minimaal aantal diagnoses en ingrepen vereist om voldoende ervaren/bekwaam te blijven. Volgens één expert kunnen deze specialistische centra bestaan naast CBT's (al dan niet verbonden aan ziekenhuizen met kaakchirurgische afdelingen). Eén expert gaf aan het met deze stelling eens te zijn voor zover het gaat om zorg in de basisverzekering; als de patiënt zelf wil betalen, maakt het niet uit. Een andere expert gaf aan dat diagnostiek, maar vooral de indicatiestelling moet worden uitgevoerd door gespecialiseerde zorgverleners; de algemeen practicus met uitgebreide ervaring en kennis (bekwaam in dit vakgebied) zou echter ook de indicatiestelling op zich moeten kunnen nemen.

4.3.8.2 Centralisering diagnostiek en indicatiestelling implantaatgedragen gebitsprothesen bovenkaak

In figuur 21 worden de reacties op de stelling 'De diagnostiek en indicatiestelling voor implantaatgedragen gebitsprothesen in de bovenkaak moet alleen worden uitgevoerd in centra gespecialiseerd in implantaatgedragen gebitsprothesen' weergegeven. Ongeveer twee derde van de experts (10/16) was het met de stelling eens.

Figuur 21. Stelling: De diagnostiek en indicatiestelling voor implantaatgedragen gebitsprothesen in de bovenkaak moet alleen worden uitgevoerd in centra gespecialiseerd in implantaatgedragen gebitsprothesen.



Voordelen centralisering diagnostiek en indicatiestelling bovenkaak

- Centraliseren van de diagnostiek en indicatiestelling voor de bovenkaak is gewenst omdat het oplossen van problemen in de bovenkaak vaak lastig en gecompliceerder is dan voor de onderkaak.
- Met deze maatregel kan verzekerde en onverzekerde zorg goed worden afgebakend.
- Door het aantal potentiële behandelaars te verkleinen kan worden voorkomen dat onterechte indicaties worden gesteld.
- Concentratie van de zorg met een implantaatgedragen gebitsprothese zou ervoor kunnen zorgen dat zorgverleners voldoende ervaren/bekwaam blijven.

Nadelen centralisering diagnostiek en indicatiestelling bovenkaak

- De maatregel zal moeilijk uitvoerbaar zijn.
- Exclusiviteit kan een kostenverhogend effect hebben.

Volgens één van de experts die het eens was met de stelling verschilt, zoals al eerder aangegeven (zie 4.3.6), de problematiek in de edentate geslonken onderkaak van de problematiek in de edentate geslonken bovenkaak. Ook een andere expert heeft aangegeven dat het centraliseren van de diagnostiek en indicatiestelling voor de bovenkaak nog meer gewenst is dan voor de (standaard)

implantaatbehandeling voor de onderkaak; het oplossen van problemen in de bovenkaak is vaak lastig en gecompliceerder dan voor de onderkaak. Volgens deze expert is echter het gegeven dat de diagnostiek en behandeling van de boven- en onderkaak onlosmakelijk verbonden zijn belangrijker: de functionaliteit van, en problemen met een gebitsprothese worden bepaald door diverse factoren waarbij boven- en onderkaak een samenhangend geheel vormen.

Een andere expert gaf aan dat met deze maatregel verzekerde en onverzekerde zorg goed kan worden afgebakend. Volgens één expert is dit een goede maatregel als de toegankelijkheid van de zorg gewaarborgd blijft. Eén expert gaf aan dat door eerst de articulatie en afwezigheid van frontcontact 'op orde te hebben', vaak de noodzaak vervalt voor een implantaatgedragen bovenprothese. Door het aantal potentiële behandelaars te verkleinen wordt volgens de expert 'wildgroei van indicaties' voorkomen; 'nee zeggen' tegen een patiënt is vaak lastig en wordt moeilijk geaccepteerd (zie ook 4.3.8.1).

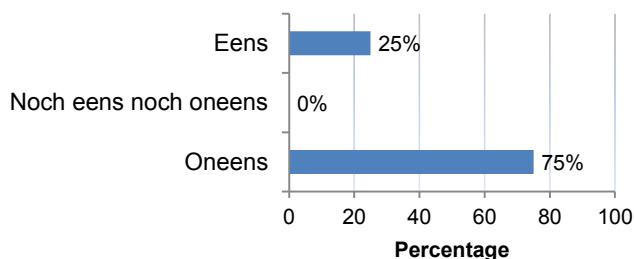
Eén expert gaf aan dat veel aanvragen voor een implantaatgedragen gebitsprothese in de bovenkaak niet aan de indicatie voldoen (zie ook 4.3.6); deze expert dacht echter wel dat deze maatregel moeilijk is uit te voeren. Eén expert vond de maatregel zeker gewenst in combinatie met CBT's (al dan niet verbonden aan ziekenhuizen met kaakchirurgische afdelingen). Eén expert gaf aan dat de diagnostiek en indicatiestelling voor implantaatgedragen gebitsprothesen moet worden uitgevoerd door gespecialiseerde zorgverleners, een ervaren algemeen practicus zou dit echter ook moeten kunnen doen. Een andere expert gaf aan dat het goed is als de zorg zich concentreert. Eén expert gaf aan het met de maatregel eens te zijn als dit uit de onderhandelingen van een zorgverzekeraar volgt; als van tevoren een aantal centra wordt uitgekozen en er vervolgens onderhandeld wordt dan werkt het volgens deze expert averechts (zie 4.3.8.1).

Experts die het oneens waren met de stelling beargumenteerden dit met eerder genoemde redenen (bij de stelling hierboven over de onderkaak). Volgens één expert zal exclusiviteit een kostenverhogend effect hebben. Eén expert gaf aan dat een behandeling met een implantaatgedragen gebitsprothese in de bovenkaak ook in de algemene praktijk wordt uitgevoerd. Volgens een andere expert is de tandprothetische praktijk eigenlijk al een gespecialiseerd centrum; goede afspraken en controle voorkomen 'overbehandeling'.

4.3.8.3 Centralisering behandelingen implantaatgedragen gebitsprothesen onderkaak

Met de stelling: 'Behandelingen ten behoeve van implantaatgedragen gebitsprothesen in de onderkaak moeten alleen worden uitgevoerd in centra gespecialiseerd in implantaatgedragen gebitsprothesen' was drie kwart van de experts (12/16) het oneens (zie figuur 22).

Figuur 22. Stelling: Behandelingen ten behoeve van implantaatgedragen gebitsprothesen in de onderkaak moeten alleen worden uitgevoerd in centra gespecialiseerd in implantaatgedragen gebitsprothesen.



Voordelen centralisering behandelingen onderkaak

- Het centraliseren van behandelingen ten behoeve van implantaatgedragen gebitsprothesen in de onderkaak zou het volume en de kosten van de verstrekking kunnen beperken.
- Concentratie van de zorg met een implantaatgedragen gebitsprothese zou ervoor kunnen zorgen dat zorgverleners voldoende ervaren/bekwaam blijven.

Nadelen centralisering behandelingen onderkaak

- Het scheiden van diagnostiek en behandeling zou kunnen leiden tot frustratie bij patiënten door verschillen in inzicht tussen verwijzers en degenen die indicaties stellen.
- Door de maatregel kan de drempel voor een behandeling met een implantaatgedragen gebitsprothese voor sommige patiënten te hoog worden, waardoor zij helemaal geen zorgvraag uiten. Hierdoor zullen sommige patiënten te laat zorg krijgen.

Net als bij de voorgaande stellingen werd door enkele experts (die het oneens waren met de stelling) aangegeven dat het plaatsen van implantaten in de onderkaak een routinebehandeling is, waarvan verwacht mag worden dat dit ook door niet-gespecialiseerde centra kwalitatief goed kan worden uitgevoerd. Eén expert gaf hierbij verder aan dat een samenwerking tussen de chirurgie en prothetiek (met een gezamenlijke verantwoordelijkheid als 'borg' voor een voorspelbaar eindresultaat) wel zinvol lijkt. Een andere expert gaf aan dat er wel duidelijke afspraken zouden moeten komen over de garantie; bovendien wordt er volgens deze expert (te) veel werk uitbesteed aan tandprotheticen, die alle prothetische werkzaamheden zelfstandig uitvoeren (meestal niet onder supervisie van de tandarts). Eén expert gaf aan dat als de indicatie is gesteld, de uitvoering niet zo bijzonder is. Een andere expert gaf aan dat een dergelijke maatregel waarschijnlijk wel het volume en de kosten van de verstrekking zou beperken, maar dat de implantologie in de onderkaak zich inmiddels voldoende heeft bewezen om breed te worden toegepast. Door één expert werd aangegeven dat het niet altijd noodzakelijk is om de gehele behandeling uit te voeren in gespecialiseerde centra; dit geldt wel voor de diagnostiek, indicatie en chirurgische behandeling. In veel gevallen kan de patiënt na plaatsing van de implantaten in de onderkaak vanuit het centrum worden terugverwezen naar de verwijzer voor de prothetische vervolgbehandeling als deze de benodigde prothetische expertise heeft. In het Centrum Bijzondere Implantologie waar deze expert werkzaam is (zie ook bijlage 9) blijft ongeveer 10-20% van de in de onderkaak geïmplanteerde patiënten, vaak mede op verzoek van de verwijzer of zorgverzekeraar, ook voor de prothetische vervolgbehandeling in het Centrum vanwege een (te) hoge moeilijkheidsgraad (bijvoorbeeld afwijkende kaakrelatie, extreem sterke resorptie, rolstoelgebonden patiënten, et cetera).

Door één expert werd aangegeven dat het scheiden van diagnostiek en behandeling zal leiden tot frustratie bij patiënten door verschillen in inzicht tussen verwijzers en degenen die indicaties stellen. Volgens deze expert hebben diverse CBT's de zogenaamde 'moeilijke' prothese tot hun exclusieve competentiegebied beschouwd; in deze centra werden tegen zeer ruime vergoedingen (op basis van geïnvesteerde tijd) prothesen aangemeten die bij de gemiddelde tandprotheticus als dagelijks werk kunnen worden beschouwd. Er mag volgens deze expert niet geringschattend over implantaatgedragen prothetiek worden gedacht; anderzijds moet het niet onnodig gecompliceerd worden voorgesteld omdat dit volgens de expert zal leiden tot kostenverhogingen. Dat is niet in het belang van de patiënten die op deze voorziening aangewezen zijn. Door een andere expert werd aangegeven dat door deze maatregel de drempel voor een behandeling met een implantaatgedragen gebitsprothese voor sommige patiënten te hoog wordt en deze daardoor helemaal geen zorgvraag uiten. Hierdoor zullen sommige patiënten te laat zorg krijgen (bijvoorbeeld bij patiënten met misvorming ten gevolge van het dragen van een gebitsprothese of bij oncologische/pathologische afwijkingen).

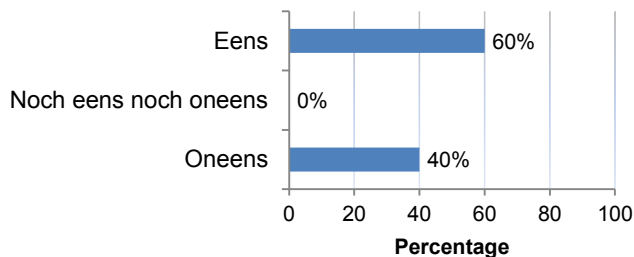
Andere argumenten tegen de stelling kwamen bij de voorgaande stellingen ook aan de orde (zie 4.3.8.1 en 4.3.8.2): als het centraliseren van de behandeling uit de onderhandelingen van een zorgverzekeraar volgt is het volgens één expert een goede maatregel (van tevoren een aantal centra uitkiezen werkt daarentegen averechts). Eén expert gaf aan dat de tandprothetische praktijk eigenlijk ook een gespecialiseerd centrum is; goede afspraken en controle voorkomen 'overbehandeling'.

Eén expert die het eens was met deze stelling gaf aan dat er bij een indicatie voor een overkappingsprothese sprake is van meer dan normale tandheelkundige problematiek; daarom ligt het voor de hand deze behandeling uit te laten voeren door zorgverleners met zeer ruime ervaring. Het onderkennen van de problematiek en de daarvoor passende prothetische voorziening vervaardigen, met een voorspelbaar goed resultaat, kan volgens deze expert alleen door gespecialiseerde zorgverleners. Tandartsen in de algemene praktijk met ruime ervaring in de prothetiek zouden in nauwe samenwerking met een gespecialiseerde centrum ook dit soort behandelingen kunnen uitvoeren; het moet dan wel duidelijk zijn wie verantwoordelijk is voor het resultaat. Een andere expert gaf aan dat steeds meer patiënten met extreem geslonken onderkaken zich melden voor behandeling (voorheen werd gesteld dat er te weinig bot aanwezig was om te implanteren); juist voor deze groep is extra expertise nodig. Eén expert gaf aan dat concentratie van de zorg wenselijk is (zie ook 4.3.8.1).

4.3.8.4 Centralisering behandelingen implantaatgedragen gebitsprothesen bovenkaak

In figuur 23 zijn de antwoorden op de stelling 'Behandelingen ten behoeve van implantaatgedragen gebitsprothesen in de bovenkaak moeten alleen worden uitgevoerd in centra gespecialiseerd in implantaatgedragen gebitsprothesen' weergegeven. Bijna twee derde van de experts (9/15) was het eens met deze stelling.

Figuur 23. Stelling: Behandelingen ten behoeve van implantaatgedragen gebitsprothesen in de bovenkaak moeten alleen worden uitgevoerd in centra gespecialiseerd in implantaatgedragen gebitsprothesen.



Voordelen centralisering behandelingen bovenkaak

- De edentate patiëntengroep wordt steeds ouder. Een specialistisch centrum kan deze groep extra expertise bieden.
- Er bestaan weinig ongecompliceerde indicaties voor eenvoudige implantologie in de edentate bovenkaak: deze behandelingen zouden daarom voorlopig beter in gespecialiseerde centra kunnen worden uitgevoerd en geëvalueerd.
- Concentratie van de zorg met een implantaatgedragen gebitsprothese zou ervoor kunnen zorgen dat zorgverleners voldoende ervaren/bekwaam blijven.
- Een samenwerking tussen de chirurgie en de prothetiek, met kennis/ervaring van de bovenkaakproblematiek en gezamenlijke verantwoordelijkheid, zou tot een beter voorspelbaar eindresultaat kunnen leiden.

Nadelen centralisering behandelingen bovenkaak

- De maatregel zal moeilijk uitvoerbaar zijn.
- Door deze maatregel kan de drempel voor een behandeling met een implantaatgedragen gebitsprothese voor sommige patiënten te hoog worden, waardoor zij helemaal geen zorgvraag uiten.
- Met deze maatregel zouden de scholingsmogelijkheden/stageplekken voor jongeren/net afgestudeerden kunnen worden beperkt.

Eén expert die het eens was met deze stelling gaf aan te pleiten voor centralisering van tenminste de diagnostiek en de chirurgie, alsmede de lastige prothetische vervolgbehandeling. Op grond van de diagnostiek kan worden vastgesteld wat het probleem is en of implantaten kunnen bijdragen aan het

doelmatig oplossen van het probleem. Indien dit het geval is dient vervolgens te worden bepaald welk (verwijs)traject moet worden ingezet voor de uitvoering van de behandeling. Als het een gecompliceerde casus betreft kan de volledige behandeling plaatsvinden binnen het centrum; als sprake is van een eenvoudige(re) behandeling (in de onderkaak) kan de patiënt na plaatsing van de implantaten worden (terug)verwezen naar de tandarts of tandprotheticus die expertise heeft op het terrein van implantologische prothetiek. In de praktijk betekent dit volgens de expert dat de veelal lastige behandelingen voor de bovenkaak volledig in het centrum zullen plaatsvinden en dat de meer eenvoudige behandelingen voor de onderkaak na plaatsing van implantaten worden terugverwezen naar de (tandarts)verwijzer. In het Centrum Bijzondere Implantologie waar deze expert werkzaam is, blijven bijna alle patiënten (95%) met een indicatie voor implantaten in de bovenkaak (circa 20% van alle verwezen patiënten) na de chirurgische behandeling zowel voor de prothetische vervolgbehandeling als voor de nazorg in het Centrum (zie ook bijlage 9).

Een andere expert gaf aan dat de edentate patiëntengroep steeds ouder wordt, wat betekent dat hun edentate bovenkaak ook langer een kunstgebit moet dragen. Juist voor deze groep is extra expertise nodig, zoals chirurgische kennis over hoe stabiel een bovenkaak op te bouwen, kennis over 3D-diagnostiek, optimale implantaatplanning, occlusie/articulatie concepten en hoe om te gaan met de bruxist (tandenknarser).

Eén expert gaf aan dat er onderscheid moet worden gemaakt tussen de indicatiestelling, het chirurgische deel bij wel of geen noodzakelijke pre-implantologische chirurgie en het prothetische deel van de behandeling. Volgens deze expert bestaan er echter weinig ongecompliceerde indicaties voor eenvoudige implantologie in de edentate bovenkaak: als er namelijk veel bot voor plaatsing van implantaten zonder noodzaak van pre-implantologische chirurgie aanwezig is, is er geen sprake van een ernstig geslonken bovenkaak. Er kunnen dan andere redenen zijn om toch voor implantaten te kiezen, maar dat kan dan volgens deze expert voorlopig beter in gespecialiseerde centra worden geïndiceerd, uitgevoerd en geëvalueerd.

Eén expert gaf aan de maatregel moeilijk uitvoerbaar te vinden, maar deze zou misschien wel een aantal 'missers' kunnen voorkomen. Andere argumenten van voorstanders van de maatregel kwamen bij de voorgaande stellingen ook aan de orde. Eén expert gaf aan dat concentratie van de zorg wenselijk is (zie ook 4.3.8.1). Volgens één expert leidt (als de indicatie gewaarborgd is) een samenwerking tussen de chirurgie en de prothetiek, met kennis/ervaring van de bovenkaakproblematiek en gezamenlijke verantwoordelijkheid, tot een voorspelbaar eindresultaat. Eén expert gaf aan dat het gezien de aard van de problematiek voor de hand ligt om de behandeling met een implantaatgedragen gebitsprothese uit te laten voeren door een ervaren zorgverlener (zie ook 4.3.8.3).

Experts die het niet eens waren met deze stelling noemden veelal argumenten die bij de vorige stellingen ook naar voren zijn gekomen (zie ook 4.3.8.1 t/m 4.3.8.3). Eén expert gaf aan dat de behandeling ook uitgevoerd zou kunnen worden door een goed opgeleide tandarts; een andere expert gaf aan dat als de indicatie is gesteld, de uitvoering niet zo bijzonder is. Volgens één expert is het centraliseren van de behandelingen in de onderkaak een goed beleid als dit uit de onderhandelingen van een zorgverzekeraar volgt; als van tevoren een aantal centra wordt uitgekozen en er vervolgens onderhandeld wordt dan werkt het averechts. Door een andere expert werd aangegeven dat door deze maatregel de drempel voor een behandeling met een implantaatgedragen gebitsprothese voor sommige patiënten te hoog wordt en zij daardoor helemaal geen zorgvraag uiten. Deze expert gaf verder nog aan dat met deze maatregel de scholingsmogelijkheden/stageplekken voor jongeren/net afgestudeerden beperkt worden.

4.3.9 Andere mogelijke maatregelen

Aan de experts is gevraagd of er nog meer maatregelen zijn die 'gepast gebruik' van implantaatgedragen gebitsprothesen zouden kunnen bevorderen. Hierbij kwamen de volgende maatregelen naar voren:

- **Vastlegging verantwoordelijkheid zorg**

Eén expert gaf aan dat door het vastleggen van wie de regie heeft over het totale behandeltraject (en de verantwoordelijkheid voor de gekozen constructie en het behandelresultaat) de zorgvuldigheid van de indicatiestelling zal verbeteren.

- **Verplichte controles**

Eén expert stelde voor om verplichte nacontroles in te voeren bij patiënten met een overkappingsprothese.

- **Volledige zorgtraject in één centrum**

Eén expert gaf aan dat alleen centra die de complete keten van zorg kunnen aanbieden edentate patiënten zouden moeten behandelen. Patiënt en behandelaar dienen volgens de expert vooraf te bespreken wat het doel van de behandeling is, in geval van problemen komt de patiënt weer bij de eerste behandelaar terug. Op deze manier wordt voorkomen dat de patiënt gaat 'shoppen' bij andere behandelaars (wat vaak tot extra kosten leidt).

- **100% oproepen door adviserende tandartsen bij indicaties bovenkaak**

Een andere expert opteerde voor het oproepen van alle patiënten door adviserende tandartsen en/of andere aangewezen (niet belanghebbende) experts als het gaat om de indicaties voor een implantaatgedragen gebitsprothese in de bovenkaak (ter verificatie van de indicatie op vastgestelde normen).

- **Aanscherping toezicht op zorgverzekeraars**

Volgens één van de experts zou het toezicht op de zorgverzekeraars aangescherpt kunnen worden (gezien de soms marginale zorginhoudelijke beoordeling).

Eén expert stelde verder nog voor dat er een onderzoek zou moeten komen naar de materiaal- en techniekkosten; de diversiteit hierin is volgens de expert enorm.

5 Discussie

De doelstelling van het 'Kwalitatief onderzoek naar de kostenontwikkeling van implantaatgedragen gebitsprothesen' was een inventarisatie van de standpunten en visies van veldpartijen met betrekking tot drie hoofdvragen:

1. Welke factoren spelen welke rol bij de kostenontwikkeling van implantaatgedragen gebitsprothesen in Nederland?
2. Welke activiteiten ontplooiën betrokken partijen voor het bevorderen van 'gepast gebruik' van implantaatgedragen gebitsprothesen?
3. Welke voor- en nadelen zijn verbonden aan mogelijke maatregelen die 'gepast gebruik' van implantaatgedragen gebitsprothesen bevorderen en de groei van uitgaven stabiliseren of beperken, voor zover dit wenselijk is en/of aan de orde is? Wat is het draagvlak voor deze maatregelen?

Dit is onderzocht via een gemodificeerd Delphi-onderzoek met twee schriftelijke rondes, waarin een vragenlijst met vragen en stellingen is voorgelegd aan een panel van 19 experts die zijn betrokken bij de behandeling met en vergoeding van een implantaatgedragen gebitsprothese.

In dit hoofdstuk wordt eerst een samenvatting gegeven van de belangrijkste resultaten met betrekking tot de hoofdvragen (paragraaf 5.1). In paragraaf 5.2 wordt de opzet en uitvoer van dit onderzoek besproken. In paragraaf 5.3 wordt ingegaan op opvallendheden die in de resultaten naar voren zijn gekomen.

5.1 Samenvatting van de resultaten

Hieronder worden de belangrijkste resultaten met betrekking tot de drie hoofdvragen besproken.

Factoren van invloed op kostenontwikkeling implantaatgedragen gebitsprothesen

Volgens de experts zijn er meerdere factoren die op verschillende niveaus hebben bijgedragen aan de kostenontwikkeling van implantaatgedragen gebitsprothesen:

- Maatschappij (vergrijzing, groter belang uiterlijk, groter belang comfort van hulpmiddelen).
- Organisatie van zorg en bekostiging (tot eind jaren zeventig waren preventie en onderhoud geen prioriteit in de mondzorg, relatief aantrekkelijke vergoeding voor implantaatgedragen gebitsprothesen, beperkte beoordeling van indicaties voor implantaatgedragen gebitsprothesen, onnodige zorg (bijvoorbeeld vervanging), gebrek aan richtlijnen/goede regelgeving).
- Zorgaanbod (meer behandelmogelijkheden door innovatie en ontwikkeling, toename implantologie-zorgverleners, toename implantatie-deskundigheid en afname deskundigheid voor conventionele gebitsprothesen, toename indicaties implantaatgedragen gebitsprothesen (vooral de bovenkaak), actiever aanbod implantaatgedragen gebitsprothesen).
- Zorgvraag (toename bekendheid en behoefte implantaatgedragen gebitsprothesen onder patiënten).
- Kosten (stijging materiaal- en techniekkosten en indirect door toename kosten voor nazorg, reparatie en vervanging).

Activiteiten betrokken partijen voor bevorderen 'gepast gebruik' implantaatgedragen gebitsprothesen

Aan de verschillende expertgroepen die hebben deelgenomen aan dit onderzoek is gevraagd naar hun huidige werkwijze ten aanzien van het bevorderen van 'gepast gebruik' van implantaatgedragen gebitsprothesen.

- Vertegenwoordigers van zorgverzekeraars
 - Zorgverzekeraars maken afspraken met zorgverleners over indicatiestelling, kwaliteit en (maximale) vergoeding. De zorginkoop vindt deels plaats via contractering en machtigingsvrije protocollen. Er kan bij de inkoop onderscheid worden gemaakt tussen het chirurgische en prothetische deel van implantaatgedragen gebitsprothesen.

- De zorginhoudelijke beoordeling door zorgverzekeraars vindt soms marginaal plaats en niet in alle gevallen door een adviserend tandarts. Voor de onderkaak vindt toetsing soms achteraf plaats. Voor de bovenkaak vindt meestal bij elke aanvraag vooraf toetsing plaats door de adviserend tandarts, eventueel ook via spreekuur met de patiënt.
- Er is beperkte controle naar de rechtmatigheid van zorg (vooral bij twijfel en/of klachten).
- Een implantaatgedragen gebitsprothese is gemachtigde zorg; de doelmatigheid wordt getoetst via een aanvraagbeoordeling. Hierbij wordt gekeken of er sprake is van zorgvuldige indicatiestelling en/of aansluiting bij de beroepsstandaarden; of de verzekerde naar omvang is aangewezen op de aangevraagde verstrekking (heeft de verzekerde niet onterecht teveel of te weinig zorg ontvangen), en of er sprake is van marktconforme tarieven.
- NZa
 - Toezicht door de NZa op de zorgverzekeraars naar 'gepast gebruik' wordt uitgevoerd via vereveningsonderzoek en via onderzoek naar acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie en zorgplicht.
 - Het toezicht op 'gepast gebruik' wordt door de NZa gefaseerd uitgerold; de focus ligt nu op de medisch specialistische zorg en huisartsen, het toezicht binnen de mondzorg zal nog nader worden bekeken door de NZa.
- Zorgverleners
 - Sommige zorgverleners lopen bij het stellen van de zorginhoudelijke diagnose aan tegen verzekeringstechnische beperkingen. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om patiënten met duidelijke retentie- en/of functieklaarten, die voldoen aan de criteria voor 'gepast gebruik', maar niet in aanmerking komen voor vergoeding (ze hebben geen ernstig geslonken kaak). Of patiënten met een ernstig geslonken kaak die wel in aanmerking komen voor vergoeding, maar niet voldoen aan de criteria voor 'gepast gebruik' (er is geen sprake van functieklaarten).

Maatregelen voor bevorderen 'gepast gebruik' implantaatgedragen gebitsprothesen

Aan de experts zijn meerdere stellingen voorgelegd over maatregelen die 'gepast gebruik' van implantaatgedragen gebitsprothesen zouden kunnen bevorderen. Hieronder staat weergegeven met welke maatregelen de meeste experts het eens waren, het oneens waren of waarmee ongeveer evenveel experts het eens of oneens waren.

Maatregelen waarmee de meeste experts het eens waren:

- Onderbouwing vergoeding honorariumdeel implantaatgedragen gebitsprothese (88%)
- Maximering materiaal- en techniekkosten (78%)
- Centralisering diagnostiek en indicatiestelling implantaatgedragen gebitsprothesen *bovenkaak* (63%)
- Centralisering behandelingen implantaatgedragen gebitsprothesen *bovenkaak* (60%)
- Verhoging eigen bijdrage implantaatgedragen gebitsprothese (59%)
- Aanscherping zorginhoudelijke criteria implantaatgedragen gebitsprothese *bovenkaak* (57%)

Maatregelen waarmee de meeste experts het oneens waren:

- Schrapping aanspraak implantaatgedragen gebitsprothese *bovenkaak* (93%)
- Schrapping aanspraak mesostructuur (87%)
- Schrapping aanspraak implantaatgedragen gebitsprothese (80%)
- Chirurgische deel implantologie onderbrengen in tweede lijn (80%)
- Opname materiaal- en techniekkosten in honorariumdeel (78%)
- Onderbouwing tijdsbesteding zorgverlener per verrichtingencode (75%)
- Centralisering behandelingen implantaatgedragen gebitsprothesen *onderkaak* (75%)
- Invoering eigen bijdrage per implantaat (65%)
- Centralisering diagnostiek en indicatiestelling implantaatgedragen gebitsprothesen *onderkaak* (63%)

Maatregel waarmee ongeveer evenveel experts het eens of oneens waren:

- Vaste vergoeding voor gehele implantaatgedragen gebitsprothese (all-in tarief) (47% eens; 47% oneens).

Door de experts werden bij de maatregelen verschillende voor- en nadelen genoemd. Deze argumenten zijn onder te brengen in verschillende categorieën: de toegankelijkheid van de zorg (met name voor de sociaal zwakkeren in de samenleving), de eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van de mondgezondheid, de kosten op de lange termijn, de kwaliteit van de zorg en de transparantie van de kostenopbouw, de administratieve belasting/praktische uitvoerbaarheid, de keuzevrijheid van de patiënt, praktijkdifferentiatie, het onderscheid tussen problematiek in de onder- en bovenkaak, het aantal betrokken behandelaars en de verantwoordelijkheid voor de zorg/het (eind)resultaat. Voor de ene maatregel kon een argument een voordeel zijn, voor het andere een nadeel.

5.2 Opzet en uitvoer van het onderzoek

Voor dit onderzoek is de medewerking gevraagd van experts betrokken bij het ontwerpen, maken, plaatsen, financieren en gebruiken van implantaatgedragen gebitsprothesen. Er is gekozen voor een heterogeen panel waarbij alle relevante beroepsverenigingen vertegenwoordigd zijn (tandartsen, kaakchirurgen, kaakchirurg-implantologen, tandarts-implantologen of tandprotheticen werkzaam in eerste, tweede en/of derde lijn). Daarnaast zijn ook vertegenwoordigers van zorgverzekeraars, beleidsmakers/overheid en patiënt/consumentvertegenwoordigers bij dit onderzoek betrokken. De deelnemers waren goed gespreid over de verschillende posities en belangen met betrekking tot implantaatgedragen gebitsprothesen en konden een breed scala aan aspecten van en visies op het onderwerp inbrengen.

De twee vragenlijsten van dit Delphi-onderzoek zijn door de meeste experts uitgebreid beantwoord; op basis van de antwoorden is er veel informatie naar voren gekomen met betrekking tot de hoofdvragen. Hierbij is opvallend dat de stellingen (waarbij de experts hun mening werd gevraagd over mogelijke maatregelen met betrekking tot 'gepast gebruik' van implantaatgedragen gebitsprothesen), door de meeste experts zijn beantwoord; bij de overige vragen werd vaker de optie 'Geen mening' of 'Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise' aangekruist. Een Delphi-onderzoek is minder geschikt om feitelijke informatie te verzamelen over een bepaald onderwerp, maar biedt wel de mogelijkheid om een beeld te krijgen van het inzicht van het veld in deze informatie (bijvoorbeeld het aantal edentaten in Nederland en de kosten van een implantaatgedragen gebitsprothese).

5.3 Opvallendheden

In de resultaten kwamen enkele opvallendheden naar voren, deze worden in onderstaande paragraaf kort besproken.

Uiteenlopende visies op huidige stand van zaken

De visies van de experts op de huidige stand van zaken met betrekking tot implantaatgedragen gebitsprothesen, zoals schattingen over het aantal edentaten in Nederland, de kosten van een implantaatgedragen gebitsprothese en het aandeel van verschillende zorgverleners in het zorgaanbod van de implantologie liepen sterk uiteen. Om meer inzicht te krijgen in deze punten en ter onderbouwing van de resultaten uit het Delphi-onderzoek zou aanvullend onderzoek uitgevoerd kunnen worden. Bijvoorbeeld naar de kosten van de verschillende onderdelen van de implantaatgedragen gebitsprothese en naar het zorgveld (welke zorgverlener doet welk(e) (deel van de) behandeling met welke kwaliteit en welke samenhang is er tussen zorgverleners).

Taakverdeling verschillende zorgverleners

De resultaten lieten zien dat bij de behandeling met een implantaatgedragen gebitsprothese verschillende zorgverleners betrokken zijn. De zorg lijkt zich hierbij te verplaatsen vanuit de kaakchirurgie naar de tandartspraktijk (tweede naar eerste lijn). Het is echter niet altijd duidelijk wat de taakverdeling is, wie de regie heeft over het totale zorgtraject, en wie er verantwoordelijk is voor het

(eind)resultaat; er is sprake van een versnipperd zorgaanbod. Ook bestaat er onduidelijkheid over de rol en de bevoegdheden van de tandprotheticus.

Richtlijnen en regelgeving

Door de experts is aangedragen dat richtlijnen en regelgeving zorgverleners duidelijkheid zouden moeten verschaffen over de indicatie voor implantologie. Buiten de (praktische) richtlijnen van de NVOI met betrekking tot de implantologie (en de wettelijke regelgeving 'zeer ernstig geslonken kaak en het niet goed kunnen functioneren van een prothetische voorziening') zijn er voor de boven- en onderkaak geen (zorginhoudelijke) richtlijnen voor de implantaatgedragen gebitsprothese. Deze richtlijnen lijken met name voor de bovenkaak van belang (omdat hierbij sprake is van een complexere indicatie, de relatie met de situatie in de onderkaak, een minder gunstige prognose, meer gecompliceerde chirurgische en prothetische technieken, een langere behandelduur, een grotere belasting voor de patiënt, lastiger onderhoud en hogere kosten).

Definitie 'gepast gebruik'

Uit de resultaten kwam naar voren dat er verschil is tussen de indicatiestelling door zorgverleners (komt een patiënt in aanmerking voor een implantaatgedragen gebitsprothese) en de indicatiestelling door zorgverzekeraars (komt een patiënt in aanmerking voor vergoeding van een implantaatgedragen gebitsprothese). Dit onderscheid komt ook terug in de huidige definitie van 'gepast gebruik': 'gepast gebruik' heeft vanuit een zorginhoudelijk oogpunt een andere betekenis dan vanuit een verzekeringsoogpunt. Een deel van de aan de experts voorgelegde maatregelen is gericht op 'gepast gebruik' vanuit zorginhoudelijk oogpunt, maar dit betekent niet dat de maatregel ook tot 'gepast gebruik' vanuit een verzekeringsoogpunt zou kunnen leiden. Het is dus van belang om tot een heldere definitie van 'gepast gebruik' te komen; afhankelijk van deze definitie kan dan bepaald worden welke maatregelen kunnen bijdragen aan 'gepast gebruik' van implantaatgedragen gebitsprothesen.

Referenties

1. van Zeghbroeck L. Kosteneffectiviteit bij de behandeling van een edentate onderkaak. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2012;119:133-38.
2. Raghoobar G, Vissink A, Batenburg RKH, Meijer HJA. Tandheelkundige implantaten: een beter houvast van een kunstgebit. *Ned Tijdschr Geneesk* 1998;142(50).
3. Raghoobar G, Meijer HJA, Visser A, Vissink A. Levenskwaliteit en behandeling met orale implantaten. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2011;118:149-51.
4. Cune M, Kampen FMC van, Bilt A van der. Patiënttevredenheid met verschillende mesostructuren op implantaten in de edentate onderkaak. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2006;13:401-07.
5. http://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/geldigheidsdatum_10-06-2013.
6. van Dijk J, Landsheer H. Delphi-onderzoek en andere methoden voor het raadplegen van deskundigen. 2011.
7. Wismeijer D, Bruggenkate ChM ten, Schulten EAJM. Kanttekeningen bij een overkappingsprothese op 2 implantaten als gouden standaard voor de behandeling van een edentate onderkaak. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2011;118:633-39.
8. Meijer H, Raghoobar GM, Wismeijer D, Bruggenkate CM ten. Aanbevelingen voor orale implantologie. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2008;115:481-88.
9. Slot J, Meijer HJA. Overkappingsprothese op implantaten in een edentate bovenkaak. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2011;118:577-82.
10. Kalk W, Waas MAJ van, Os JH van, Postema N. *De volledige gebitsprothese in woord en beeld. Uitgangspunten voor diagnostiek en behandeling van de edentate patient*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001.
11. Meijer H, Lange G de. *Prothetiek en orale implantologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2007.
12. <https://www.nvmka.nl/>.
13. Fine JS, Carlsson GE, Awad MA, Chehade A, Duncan WJ, Gizani S, et al. The McGill consensus statement on overdentures. Mandibular two-implant overdentures as first choice standard of care for edentulous patients. *Gerodontology* 2002;19(1):3-4.
14. van Os J, Baat C de, Kalk W. De kwaliteit van de zorgverlening voor edentaten. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2011;118:647-51.
15. <http://www.amphia.nl/Lists/Folders/Attachments/18/3901i%20Centrum%20Bijzondere%20Tandheelkunde.pdf>.
16. Meijer H, Raghoobar GM, Goene RJ, Weijden GA van der. Complicaties bij patiënten met orale implantaten. Aanbevelingen voor periodiek preventief onderzoek. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2011;118:431-37.
17. Nederlandse Zorgautoriteit. Tariefbeschikking Tandheelkundige Zorg, 2013.
18. van der Veen-Helder M. Tandheelkundig implantaat. Brief van het College voor Zorgverzekeringen, 2011.
19. Laan A, Oude Avenhuis I. Evaluatie werkmethode rondetafel gepast gebruik. Enschede: Bureau HHM, 2012.

BIJLAGE I Vraagstellingen CVZ

A. Welke factoren spelen welke rol bij de kostenontwikkeling van de implantaatgedragen gebitsprothese?

1. De autonome groei van het aantal geïndiceerden. Neemt het aantal tandelozen met ernstig geslonken kaken toe?
2. De onbetwiste indicatie. De indicatie 'implantaatgedragen gebitsprothese' vereist een zorginhoudelijke beoordeling. Vindt deze beoordeling in de praktijk op adequate wijze plaats?
3. De kosten per verzekerde. In welke mate stijgen de kosten per verzekerde per implantaatbehandeling? Hoe verhouden zich daarbij het honorariumdeel van de zorgverlener en de laboratoriumkosten?
4. De onder- en de bovenkaak. Implanteren in de bovenkaak is in het algemeen gecompliceerder, en dus duurder, dan in de onderkaak. In hoeverre vindt een verschuiving plaats van implanteren in de onderkaak naar de bovenkaak?
5. Het tariefsysteem. Het honoreringssysteem voor implantologie is de laatste jaren enkele malen gewijzigd (nieuw tariefhoofdstuk implantologie, vrije prijsvorming). Hebben deze wijzigingen invloed gehad op de kostenontwikkeling?
6. De eigen bijdrage. De conventionele gebitsprothese en de implantaatgedragen gebitsprothese kennen verschillende regelingen van de eigen bijdrage. Heeft de eigen bijdrage invloed op de consumptie, en dus de kostenontwikkeling?
7. Het zorgaanbod. Neemt het aantal tandarts-implantologen toe? Wat is het aandeel van de kaakchirurgen in de implantologie?
8. Gevolgzaamheid. Inmiddels valt de implantaatbehandeling van deze groep edentaten circa 25 jaar onder de aanspraak. Hoe ontwikkelen zich de kosten van complicaties en voorzienbare gevolgbehandelingen?

B. Welke activiteiten ontplooiën partijen?

1. Zorgverzekeraars. Op welke wijze kopen zorgverzekeraars deze zorgvorm in? Hoe gaan verzekeraars na of de verleende zorg rechtmatig en doelmatig is?
2. Adviserend tandartsen. Voor implantaatgedragen gebitsprothesen hanteren alle zorgverzekeraars een toestemmingsvereiste. Hoe geven adviserend tandartsen van zorgverzekeraars vorm aan de zorginhoudelijke beoordeling van deze aanvragen?
3. Nederlandse Zorgautoriteit. Hoe geeft de NZa vorm aan het toezicht op de rechtmatige uitvoering door de zorgverzekeraars van de Zorgverzekeringswet op het terrein van de implantaatgedragen prothesen?
4. Zorgverleners. Zorgverleners stellen zorginhoudelijke diagnoses. Hoe gaan zij om met verzekeringstechnische beperkingen?

C. Welk voor- en nadelen zijn verbonden aan mogelijke maatregelen? Wat is het draagvlak voor deze maatregelen?

1. Het verhogen van de eigen bijdrage voor de implantaatgedragen gebitsprothese. Thans is de eigen bijdrage voor de implantaatgedragen prothese gelijk, of soms lager dan die voor de conventionele gebitsprothese.
2. Het invoeren van een eigen bijdrage per implantaat. In de bovenkaak worden in het algemeen meer implantaten per patiënt geplaatst dan in de onderkaak.
3. Het schrappen van de aanspraak op implantaatgedragen prothesen in de bovenkaak. Oorspronkelijk was de implantaatgedragen prothese bedoeld voor extreem geslonken onderkaken.
4. Het schrappen van de aanspraak op implantaatgedragen prothesen. Implantaten in ernstig geslonken kaken vallen dan niet meer onder de bijzondere tandheelkunde, en komen voor eigen rekening. De gebitsprothese blijft wel voor alle tandelozen onder de aanspraak vallen.

5. Het schrappen van de aanspraak op de mesostructuur. De implantaten dienen ter compensatie van de handicap, de gebitsprothese kent dezelfde voorwaarden als bij andere verzekerden, inclusief het voor eigen rekening komen van de bevestiging (zoals bij overkappingsprothesen).
6. Het wijzigen van het honoreringssysteem. De laboratoriumkosten kunnen in het honorariumdeel worden opgenomen. De laboratoriumkosten kunnen, evenals het honorarium, gemaximeerd worden. Het honorariumdeel wordt beter onderbouwd en aangepast aan de reële tijdbesteding.

BIJLAGE II Participanten Delphi-onderzoek

Naam	Organisatie	Functie	Beroepsvereniging/ koepelorganisatie	Functie	Respons vragenlijst 1	Respons vragenlijst 2
<i>Vertegenwoordigers van zorgverzekeraars</i>						
H.A. Geerdink	Menzis	- Adviserend tandarts - Contractmanager mondzorg	ZN	Deelnemer aan ZN werkgroep mondzorg	Ja	Nee ⁵
E.F.M. Homan	Achmea Zorg & Gezondheid	Adviserend tandarts			Ja	Ja
N. Kerkhof	DSW Zorgverzekeraar	Adviserend tandarts			Ja	Ja
J.A. Kieft	- Coöperatie VGZ - ZN	- Adviserend tandarts - Tandheelkundig adviseur	ZN		Ja	Ja
M. Maasdam	ZN	Beleidsadviseur			Nee	Nee
M.A. Ton	CZ Zorgverzekeringen	Adviserend tandarts			Ja	Ja
<i>Zorgverleners en/of vertegenwoordigers van beroepsverenigingen</i>						
J.E. Bergsma	NVOI	Voorzitter			Ja	Ja
F. Guljé ⁶						
M.S. Cune	- UMC Groningen	- Hoogleraar Orale functioneër, in het bijzonder de restauratieve en reconstructieve tandheelkunde, hoofd van de afdeling - Tandarts	NVOI, NVGPT, CoBijt	- Raad van Advies - Wetenschappelijke commissie - Bestuurslid	Ja	Ja
E. Engelbrecht	- Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde Nieuwegein - Tandprothetische Praktijk Engelbrecht - IFD	- Eigenaar/tandprotheticus - Vice-president IFD en chairman IFD Europa	ONT	Ereid en adviseur	Ja	Ja
W.A. van Geest	- Tandartspraktijk TeamGeest - CBT Breda	- Tandarts - Angsttandarts	NMT	Voorzitter adviescommissie structuur en financiering	Ja	Ja
W.W.J. Kalk	Ziekenhuis De Tjongerschans	Kaakchirurg-implantoloog,	NMT, NVGPT, NVMKA,	(Ere)lid met diverse functies in	Ja	Ja

⁵ Deze expert heeft in een later stadium de conceptrapportage over de resultaten van de tweede ronde van het Delphi-onderzoek ontvangen, met de mogelijkheid hierop te reageren.

⁶ Gedurende het onderzoek is er bij het NVOI een bestuurswisseling geweest.

		emeritus hoogleraar prothetische tandheelkunde	NVOI, NVGd	het verleden		
G. Meijer	Radboud Universiteit Nijmegen	Hoogleraar Orale Implantologie	NVOI	Lid Consilium Implantologicum	Ja	Ja
C. de Putter	UMC Utrecht	Hoogleraar Bijzondere Tandheelkunde	NVGPT	Voorzitter Consilium MFP	Ja	Ja
G. Raghoobar	UMC Groningen	Hoogleraar Implantologie en reconstructieve preprothetische chirurgie, kaakchirurg	NVOI, NVMKA	Lid adviescommissie	Ja	Ja
A.J. Rijnsburger	NMT	Teamleider			Ja	Ja
M. De Romph	ONT	Directeur			Ja	Ja
J.W. Vaartjes	De Kliniek voor Tandheelkunde	Tandarts-implantoloog	ANT	Voorzitter	Ja	Ja
Overheid						
V.A.J. op den Drink/ M. Lenders	NZa	Beleidsmedewerkers			Ja	Ja
Patiënten(vertegenwoordigers)						
J. Benedictus	Patiëntenfederatie NPCF	Senior beleidsmedewerker			Ja	Ja
C. Jakobs	Consumentenbond	Campagneleider zorg			Nee	Nee

ANT – Associatie Nederlandse Tandartsen
 CAT – College van Adviserend tandartsen
 CBT – Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde
 CBI – Centrum Bijzondere Implantologie
 DGA – Directeur-Grotaandeelhouder
 IFD – International Federation Of Denturists
 MFP – Maxillo-Faciale Prothetiek
 NMT – Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Tandheelkunde
 NPCF – Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
 NVGd – Nederlandse Vereniging voor Gerodentologie
 NVGPT – Nederlandse Vereniging voor Gnathologie en Prothetische Tandheelkunde
 NVMKA – Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie
 NVOI – Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie
 NZa – Nederlandse Zorgautoriteit
 ONT – Organisatie van Nederlandse Tandprothetici
 UMC – Universitair Medisch Centrum
 ZN – Zorgverzekeraars Nederland

BIJLAGE III Vragenlijst eerste ronde Delphi-onderzoek

Vragenlijst

Implantaatgedragen gebitsprothesen

Toelichting vragenlijst

Voor u ligt de vragenlijst voor de expertgroepen in het onderzoek naar de kostenontwikkeling van implantaatgedragen gebitsprothesen. Met deze vragenlijst willen we nagaan welke factoren een rol spelen bij de kostenontwikkeling van implantaatgedragen gebitsprothesen en welke maatregelen er mogelijk zijn die 'gepast gebruik' van deze gebitsprothesen bevorderen.

De resultaten zullen aan u worden teruggekoppeld, waarbij ook een vervolgvragenlijst wordt toegestuurd. Vervolgens zullen de samengevatte resultaten van deze twee vragenlijstronden in een focusgroep bediscussieerd worden.

Deskundigen

De expertgroepen die aan het onderzoek meedoen zijn: patiënt/consumentvertegenwoordigers, zorgverleners en/of vertegenwoordiging van betrokken beroepsverenigingen, beleidsmakers en zorgverzekeraars. Experts uit deze groepen vullen de vragenlijst in en zullen deelnemen aan de latere discussie.

Opzet vragenlijst

Voor het onderzoek zijn drie hoofdvragen geformuleerd:

- Welke factoren spelen welke rol bij de kostenontwikkeling van implantaatgedragen gebitsprothesen in Nederland?
- Welke activiteiten ontplooiën betrokken partijen voor het bevorderen van 'gepast gebruik' van implantaatgedragen gebitsprothesen?
- Welke voor- en nadelen zijn verbonden aan mogelijke maatregelen die 'gepast gebruik' van implantaatgedragen gebitsprothesen bevorderen en de groei van uitgaven stabiliseren of beperken, voor zover dit wenselijk is en/of aan de orde is?

Uw standpunten en visies omtrent bovenstaande hoofdvragen willen wij graag inventariseren met behulp van deze vragenlijst. Per hoofdvraag zijn subvragen of stellingen opgesteld, ingedeeld in verschillende thema's. De vragenlijst bestaat uit 27 vragen en 9 stellingen. **Om goed inzicht te krijgen in uw standpunten en visies is de onderliggende beargumentering van groot belang.** Er is onder elke vraag dan ook voldoende ruimte voor argumentatie en opmerkingen.

Als u beschikt over een document waarin het antwoord op een vraag is beschreven, bijvoorbeeld een protocol voor de zorginhoudelijke beoordeling van implantaatgedragen gebitsprothesen, dan kunt u deze ook toevoegen als bijlage bij de vragenlijst en in uw antwoord verwijzen naar dit document.

De range van betrokkenen is breed. Wij hebben geprobeerd de vragen zo te formuleren, dat ze voor iedereen te begrijpen zijn. Het is mogelijk dat u op basis van uw expertise een vraag niet kunt beantwoorden, u kunt dan een vraag overslaan. Wilt u daarbij de antwoordoptie "Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise" aanvinken. Het dringende verzoek is wel zoveel mogelijk alle vragen te beantwoorden zodat een zo volledig mogelijk beeld verkregen wordt welke factoren een rol spelen bij de kostenontwikkeling van implantaatgedragen gebitsprothesen.

In de vragen wordt steeds gevraagd naar uw mening. Het gaat er in deze vragenlijst om wat u vindt.

Hoe vult u de vragenlijst in?

- Bij de meeste vragen klikt u op het cirkeltje vóór het antwoord van uw keuze. Hierdoor worden ook eventuele invulvelden zichtbaar waarin u tekst of getallen kunt typen. Als u daarna toch een andere optie kiest worden deze velden weer onzichtbaar, maar de informatie blijft bewaard zodat u altijd weer terug kunt naar uw eerste antwoord.
- Om uw antwoorden te beargumenteren klikt u in het betreffende tekstvak om getallen of tekst in te typen. Tekst is niet gebonden aan een limiet; u kunt uw antwoord zo lang maken als u wilt.
- Belangrijk:** bewaar de ingevulde lijst door middel van de functie 'Opslaan als...'. Zo voorkomt u verlies van de door u gegeven antwoorden.
- U hoeft de lijst niet in één keer in te vullen. U kunt later doorgaan met invullen van de door u opgeslagen versie en deze uiteindelijk aan ons retourneren.

Inleveren vragenlijst

Wilt u ervoor zorgen dat de ingevulde vragenlijst uiterlijk 11 april 2013 geretourneerd is?

De vragenlijst kunt u per e-mail sturen naar oordt@pallashrc.com (dr. Anouk Oordt-Speets)

Bij voorbaat dank en veel succes bij het invullen van de vragenlijst!



UW GEGEVENS

Naam	<input type="text"/>	
Organisatie	<input type="text"/>	
Afdeling	<input type="text"/>	
Functie	<input type="text"/>	
Aantal jaar werkzaam in betreffende functie	<input type="text"/>	
Adres	<input type="text"/>	
Postcode	Plaats	<input type="text"/>
Telefoonnr.	<input type="text"/>	
Email	<input type="text"/>	
Eventuele tweede organisatie waarvoor u werkzaam bent		
Organisatie	<input type="text"/>	
Functie bij tweede organisatie	<input type="text"/>	
Aantal jaar werkzaam in betreffende functie	<input type="text"/>	
Eventuele betrokkenheid bij beroepsvereniging/koepelorganisatie		
Organisatie	<input type="text"/>	
Functie	<input type="text"/>	

ACHTERGROND IMPLANTAATGEDRAGEN GEBITSPROTHESEN

Zorgverzekeringswet

Krachtens de Zorgverzekeringswet hebben tandeloze verzekerden (edentaten) aanspraak op een gebitsprothese. Daarnaast hebben verzekerden recht op het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.

Opbouw implantaatgedragen gebitsprothese

Implantaatgedragen gebitsprothesen voor tandelozen met ernstig geslonken kaken bestaan uit drie delen:

- I. Implantaten (een implantaat is een vervanger van de wortel van een natuurlijke tand of kies en dient als steun voor een gebitsprothese)
- II. Mesostructuur (op de implantaten wordt een mesostructuur geplaatst, waaraan de gebitsprothese kan worden bevestigd)
- III. Gebitsprothese (in de gebitsprothese wordt een mechanisme geplaatst dat kan vastklikken op de mesostructuur)

Eigen bijdrage

De wettelijke eigen bijdrage voor de implantaatgedragen gebitsprothese is voor verzekerden van 18 jaar en ouder vastgesteld op 125 euro per kaak. De *implantaten* en *mesostructuur* worden volledig vergoed uit de basisverzekering, mits er toestemming is gegeven door de zorgverzekeraar.

HOOFDVRAGEN

A. Welke factoren spelen welke rol bij de kostenontwikkeling van de implantaatgedragen gebitsprothese in Nederland?

Thema: **Kostenontwikkeling**

Achtergrond

In de periode 2002-2012 zijn de kosten gemoeid met de implantaatgedragen prothese bijna vertienvoudigd.
(Bron: CVZ)

Vraag

- 1** Welke factoren spelen volgens u een rol bij de toename in uitgaven voor implantaatgedragen gebitsprothesen in de afgelopen jaren? En hoe?
(U kunt zoveel factoren noemen als u wilt; het gaat om alle mogelijke factoren, op niveau van patiënten, professionals, organisaties, maatschappij of anderszins)

Uw antwoord:

Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise

Overige opmerkingen over het thema *Kostenontwikkeling*:

Achtergrond

Krachtens de Zorgverzekeringswet hebben tandeloze verzekerden (edentaten) aanspraak op een gebitsprothese. Daarnaast hebben verzekerden recht op het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.

Vragen

2 Hoe groot is volgens u de groep tandeloze personen (edentaten) in Nederland (het gaat om een schatting)?

- volwassenen van 18 jaar en ouder (aantal noemen)
- Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise

3 Is volgens uw inschatting de groep edentaten in Nederland de afgelopen 10 jaar

- Afgenomen? Met ongeveer % (schatting van het percentage geven)
- Gelijkgebleven?
- Toegenomen? Met ongeveer % (schatting van het percentage geven)
- Geen mening
- Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise

Beargumenteer uw antwoord:

4 Zal volgens u de groep edentaten in Nederland de komende 10 jaar

- Afnemen? Met ongeveer % (schatting van het percentage geven)
- Gelijkblijven?
- Toenemen? Met ongeveer % (schatting van het percentage geven)
- Geen mening
- Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise

Beargumenteer uw antwoord:

5 Welk percentage van de groep edentaten heeft volgens u een ernstig geslonken kaak en komt daarmee volgens de huidige criteria van de Zorgverzekeringswet in aanmerking voor een implantaatgedragen gebitsprothese?

- % (schatting van het percentage geven)
- Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise

Beargumenteer uw antwoord:

Overige opmerkingen over het thema *Doelgroep*:

Thema: **Indicatiestelling**

Achtergrond

Om te bepalen of de inhoud van de indicatiestelling voor een implantaatgedragen gebitsprothese overeenkomt met hetgeen waarop de verzekerde op grond van zijn zorgverzekeringsvoorwaarden aanspraak kan maken, worden aanvragen zorginhoudelijk beoordeeld door de zorgverzekeraars. Via onderstaande vragen willen we meer inzicht krijgen in de zorginhoudelijke beoordeling voor de indicatiestelling van implantaatgedragen gebitsprothesen.

Vragen

6 Welke zorginhoudelijke criteria worden volgens u door de zorgverzekeraars gehanteerd bij het beoordelen van de indicatiestelling voor implantaatgedragen gebitsprothesen?

Uw antwoord:

Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise

7 Zijn volgens u verbeteringen wenselijk in de zorginhoudelijke beoordeling van de indicatiestelling voor een implantaatgedragen gebitsprothese door zorgverzekeraars?

Ja, er zijn verbeteringen wenselijk. Namelijk:

Nee

Geen mening

Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise

Beargumenteer uw antwoord:

Overige opmerkingen over het thema *Indicatiestelling*:

Thema: Kosten per verzekerde

Achtergrond

De kosten van een behandeling ten behoeve van een implantaatgedragen gebitsprothese kunnen worden opgesplitst in twee delen:

- a. Honorariumdeel (op basis van Tariefbeschikking Tandheelkundige zorg, NZa, 2013).
- b. Materiaal- en techniekkosten (flexibel tarief).

Vraag

8 Kunt u per kostenonderdeel van de totale implantaatbehandeling per edentate patiënt met ernstig geslonken kaak een inschatting geven van de *huidige* gemiddelde kosten voor de boven- en onderkaak en de trend van deze kosten in de *afgelopen 10 jaar*?

Wilt u uw antwoorden invullen in onderstaande tabel?

Kostenonderdeel implantaatgedragen gebitsprothese per verzekerde	Onderkaak		Bovenkaak	
	Schatting van de huidige (2013) gemiddelde kosten per edentate patiënt met ernstig geslonken kaak voor de onderkaak (in euro's)	De kosten zijn in de afgelopen 10 jaar volgens mij per edentate patiënt met ernstig geslonken kaak voor de onderkaak gemiddeld:	Schatting van de huidige (2013) gemiddelde kosten per edentate patiënt met ernstig geslonken kaak voor de bovenkaak (in euro's)	De kosten zijn in de afgelopen 10 jaar volgens mij per edentate patiënt met ernstig geslonken kaak voor de bovenkaak gemiddeld:
Honorariumdeel	<input type="radio"/> <input type="text"/> € <input type="radio"/> Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	<input type="radio"/> Gedaald met <input type="text"/> % <input type="radio"/> Gelijkgebleven <input type="radio"/> Gestegen met <input type="text"/> % <input type="radio"/> Geen mening <input type="radio"/> Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	<input type="radio"/> <input type="text"/> € <input type="radio"/> Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	<input type="radio"/> Gedaald met <input type="text"/> % <input type="radio"/> Gelijkgebleven <input type="radio"/> Gestegen met <input type="text"/> % <input type="radio"/> Geen mening <input type="radio"/> Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise
Materiaal- en techniekkosten	<input type="radio"/> <input type="text"/> € <input type="radio"/> Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	<input type="radio"/> Gedaald met <input type="text"/> % <input type="radio"/> Gelijkgebleven <input type="radio"/> Gestegen met <input type="text"/> % <input type="radio"/> Geen mening <input type="radio"/> Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	<input type="radio"/> <input type="text"/> € <input type="radio"/> Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	<input type="radio"/> Gedaald met <input type="text"/> % <input type="radio"/> Gelijkgebleven <input type="radio"/> Gestegen met <input type="text"/> % <input type="radio"/> Geen mening <input type="radio"/> Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise

Overige opmerkingen over het thema *Kosten per verzekerde*:

Vragen

9 Kunt u een inschatting geven bij welk percentage van de edentate patiënten met ernstig geslonken kaak op dit moment een implantaatgedragen gebitsprothese wordt geplaatst in de onderkaak, bovenkaak of beide? (invullen schatting van het percentage; het totaal moet optellen tot 100%)

- Bij % van het totaal aan edentate patiënten met ernstig geslonken kaak gaat het om een implantaatgedragen gebitsprothese voor alleen de **onderkaak**.
- Bij % van het totaal aan edentate patiënten met ernstig geslonken kaak gaat het om een implantaatgedragen gebitsprothese voor alleen de **bovenkaak**.
- Bij % van het totaal aan edentate patiënten met ernstig geslonken kaak gaat het om een implantaatgedragen gebitsprothese voor de **onder- en bovenkaak**.
- 0 %

Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise

Beargumenteer uw antwoord:

10 Is volgens uw inschatting in de afgelopen 10 jaar het plaatsen van een implantaatgedragen gebitsprothese in de *onderkaak*

- Afgenomen? Met ongeveer % (schatting van het percentage geven)
- Gelijkgebleven?
- Toegenomen? Met ongeveer % (schatting van het percentage geven)
- Geen mening
- Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise

Beargumenteer uw antwoord:

11 Is volgens uw inschatting in de afgelopen 10 jaar het plaatsen van een implantaatgedragen gebitsprothese in de *bovenkaak*

- Afgenomen? Met ongeveer % (schatting van het percentage geven)
- Gelijkgebleven?
- Toegenomen? Met ongeveer % (schatting van het percentage geven)
- Geen mening
- Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise

Beargumenteer uw antwoord:

Overige opmerkingen over het thema *Onder- versus bovenkaak*:

Thema: **Tariefsysteem**

Achtergrond

Het honoreringssysteem voor orale implantologie is de laatste jaren enkele malen gewijzigd, waaronder een nieuw tariefhoofdstuk orale implantologie in 2008 en vrije prijsvorming in 2012.

Vraag

12 Welke invloed hebben de ontwikkelingen in het honoreringssysteem voor orale implantologie volgens u gehad op de kostenontwikkeling van de afgelopen jaren van implantaatgedragen gebitsprothesen (toename van de uitgaven in Nederland)?

Uw antwoord:

Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise

Overige opmerkingen over het thema *Tariefsysteem*:

Thema: **Eigen bijdrage**

Achtergrond

De conventionele gebitsprothese en de implantaatgedragen gebitsprothese kennen verschillende regelingen van een eigen bijdrage door verzekerden.

- Voor een eerste of vervangende *conventionele* gebitsprothese geldt een wettelijke eigen bijdrage van 25% van de kosten.
- De wettelijke eigen bijdrage voor de *implantaatgedragen* gebitsprothese is voor verzekerden van 18 jaar en ouder vastgesteld op 125 euro per kaak. De implantaten en mesostructuur worden volledig vergoed uit de basisverzekering, mits er toestemming is gegeven door de zorgverzekeraar.

De wettelijke eigen bijdrage kan eventueel (gedeeltelijk) vergoed worden uit de aanvullende verzekering.

Vraag

13 Heeft de eigen bijdrage van 125 euro per kaak voor de implantaatgedragen gebitsprothese volgens u invloed op het al dan niet kiezen voor een implantaatgedragen gebitsprothese?

Ja, namelijk ...

Deels, namelijk ...

Nee, namelijk ...

Geen mening

Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise

Beargumenteer uw antwoord:

Overige opmerkingen over het thema *Eigen bijdrage*:

Thema: **Zorgaanbod**

Vragen

- 14** Welke verschillende zorgverleners plaatsen implantaten voor implantaatgedragen gebitsprothesen en wat is het aandeel van deze zorgverleners in het zorgaanbod van de orale implantologie? (geef per zorgverlener een schatting van het percentage voor het aandeel in het zorgaanbod van de orale implantologie; het totaal moet optellen tot 100%)

<input type="radio"/> Zorgverlener	Kunt u per zorgverlener een schatting geven van het percentage voor het aandeel in het zorgaanbod van de orale implantologie:
Tandartsen	<input type="text"/> %
Tandarts-implantologen	<input type="text"/> %
Kaakchirurgen	<input type="text"/> %
Kaakchirurg-implantologen	<input type="text"/> %
Overig: <input type="text"/>	<input type="text"/> %
TOTAAL	0 %

- Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise

- 15** Heeft er volgens u de afgelopen 10 jaar een verschuiving plaatsgevonden in het aandeel van de verschillende zorgverleners in het zorgaanbod van de orale implantologie?

- Ja, namelijk ...
- Nee
- Geen mening
- Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise

Beargumenteer uw antwoord:

Overige opmerkingen over het thema *Zorgaanbod*:

Thema: **Gevolg zorg**

Vragen

- 16** Wat zijn de meestvoorkomende complicaties bij patiënten bij wie implantaten voor implantaatgedragen gebitsprothesen geplaatst zijn en welke gevolgbehandelingen zijn nodig om deze complicaties te verhelpen?

- Uw antwoord:

- Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise

17 Heeft er volgens u de afgelopen 10 jaar een verandering plaatsgevonden in het aantal gevolgbehandelingen om complicaties na het plaatsen van implantaatgedragen gebitsprothesen te behandelen? Het aantal gevolgbehandelingen voor complicaties is:

- Gedaald met %
- Gelijkgelieven
- Gestegen met %
- Geen mening
- Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise

Beargumenteer uw antwoord:

18 Heeft er volgens u de afgelopen 10 jaar een verandering plaatsgevonden in het soort gevolgbehandelingen dat nodig is na vervangingsonderhoud bij implantaatgedragen gebitsprothesen? Kunt u aangeven om welke veranderingen en gevolgbehandelingen na vervangingsonderhoud het gaat?

- Uw antwoord:

- Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise

19 Heeft er volgens u de afgelopen 10 jaar een verandering plaatsgevonden in het aantal gevolgbehandelingen na *vervangingsonderhoud* van implantaatgedragen gebitsprothesen? Het aantal gevolgbehandelingen na vervangingsonderhoud is:

- Gedaald met %
- Gelijkgelieven
- Gestegen met %
- Geen mening
- Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise

Beargumenteer uw antwoord:

Overige opmerkingen over het thema *Gevolgzorg*:

B. Welke activiteiten ontplooiën betrokken partijen voor het bevorderen van 'gepast gebruik' van implantaatgedragen gebitsprothesen?

Thema: 'Gepast gebruik' – huidige werkwijze

Achtergrond

De laatste jaren wordt in Nederland veelvuldig het begrip 'gepast gebruik' gebruikt. Op dit moment is er nog geen eenduidige definitie van het begrip 'gepast gebruik'. In dit onderzoek wordt daarom uitgegaan van de volgende beschrijving die gebaseerd is op een rondetafelverkenning (juni 2012) met als deelnemende partijen: CVZ, DBC-O, KNMG, NPCF, NZa, Regieraad, ZonMw en ZN¹:

"Het begrip 'gepast gebruik' is niet nieuw, maar wordt al door de commissie Dunning gebruikt. De trechter van Dunning is ontworpen voor het maken van keuzen in de zorg. Daarbij is vooral de vraag welke zorg in het basispakket moet worden opgenomen. Het verantwoord gebruik van kwalitatief goede zorg wordt daarbij als uitgangspunt genomen, waarbij de wijze van betaling van groot belang is om 'gepast gebruik' van zorg te borgen.

*Vanuit een **zorginhoudelijk** oogpunt betekent 'gepast gebruik' het gericht inzetten van zorg om de gezondheidstoestand van patiënten optimaal te verbeteren/stabiliseren. Hiervoor moet de zorgverlening plaatsvinden op basis van professionele en evidence-based richtlijnen, stepped-care principes en een inschatting van de behoeften van de patiënten. Vanuit een **verzekeringsoogpunt** moet alleen zorg worden gedekt, die bewezen effectief, kosteneffectief, noodzakelijk te verzekeren en uitvoerbaar is.*

De theorie en de dagelijkse praktijk verschillen echter van elkaar. Zo blijkt regelmatig dat zorgverleners de zorg niet leveren op een manier zoals zij dat in een richtlijn hebben afgesproken. Dit kan leiden tot overbehandeling, of onderbehandeling. Het handelen conform richtlijnen is daarbij geen absoluut begrip. Het betekent namelijk dat de zorgverlener in individuele situaties gemotiveerd van richtlijnen kan afwijken. Ook worden principes van stepped-care niet altijd gevolgd. Dit leidt tot het oprekken van indicaties en overbehandeling.

In de praktijk blijkt ook regelmatig dat verzekeraars zorg, die niet onder de dekking van de verzekeringen valt, toch betalen. Het gaat dan om zorg, die niet voldoet aan de stand van de wetenschap; of om zorg, die expliciet uitgesloten is van dekking ten laste van de verzekering (niet conform wettelijke indicatiecriteria); of om zorg waarop een verzekerde redelijkerwijs medisch gezien niet is aangewezen (overbehandeling). Maar soms is ook sprake van onderbehandeling: de noodzakelijke zorg is wel gedekt, maar wordt niet geleverd."

¹ Bureau HHM. Evaluatie werkmethode rondetafel gepast gebruik. Enschede, juni 2012.

Onderstaande vragen zijn geformuleerd voor de verschillende groepen in het onderzoek. Ook als u niet tot de groep behoort waarvoor de vragen geformuleerd zijn, bent u vrij om uw mening te geven over een vraag.

Vragen voor deelnemers vanuit zorgverzekeraars (eventueel navragen bij verzekeraar-inkopers)

Achtergrond

Zorgverzekeraars beoordelen of een prestatie behoort tot het verzekerde pakket, dat wil zeggen of de prestatie was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde. Daartoe voeren zorgverzekeraars materiële controles uit, waarbij wordt nagegaan of:

- De door de zorgverlener in rekening gebrachte prestatie is geleverd ('**rechtmatigheid**');
- En die geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde ('**doelmatigheid**').

Vragen

20 Kunt u zo volledig mogelijk beschrijven hoe u de zorg van implantaatgedragen gebitsprothesen bij de zorgverleners inkoop?

21 Kunt u beschrijven hoe de zorginhoudelijke beoordeling ten behoeve van een indicatie voor implantaatgedragen gebitsprothesen procesmatig verloopt?

22 Kunt u zo volledig mogelijk beschrijven hoe u nagaat of de aangevraagde/verleende zorg van implantaatgedragen gebitsprothesen rechtmatig is?

23 Kunt u zo volledig mogelijk beschrijven hoe u nagaat of de aangevraagde/verleende zorg van implantaatgedragen gebitsprothesen doelmatig is?

Overige opmerkingen over het thema 'Gepast gebruik' – huidige werkwijze:

Vragen voor deelnemers vanuit de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)

24 Kunt u zo volledig mogelijk beschrijven hoe u vormgeeft aan het toezicht op de rechtmatige uitvoering door zorgverzekeraars van de Zorgverzekeringswet op het terrein van de implantaatgedragen prothesen?

Overige opmerkingen over het thema 'Gepast gebruik' – huidige werkwijze:

Vragen voor (vertegenwoordigers van) zorgverleners

25 Loopt u aan tegen verzekeringstechnische beperkingen bij het stellen van de zorginhoudelijke diagnose waarbij een implantaatgedragen gebitsprothese een oplossing biedt?

- Ja – Kunt u aangeven welke verzekeringstechnische beperkingen u tegenkomt bij het stellen van de zorginhoudelijke diagnose waarbij een implantaatgedragen gebitsprothese een oplossing biedt en welke oplossing u dan hanteert? (u kunt in onderstaand overzicht zoveel beperkingen en/of oplossingen noemen als u wilt)
- Nee (ga verder naar de volgende vraag)
- Geen mening (ga verder naar de volgende vraag)
- Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise (ga verder naar de volgende vraag)

Verzekeringstechnische beperkingen en oplossingen:

Overige opmerkingen over het thema 'Gepast gebruik' – huidige werkwijze:

Vragen voor patiënten(vertegenwoordigers)

26 Wat zijn vanuit patiëntenperspectief de belangrijkste voor- en nadelen van een conventionele gebitsprothese?

27 Wat zijn vanuit patiëntenperspectief de belangrijkste voor- en nadelen van een implantaatgedragen gebitsprothese?

Overige opmerkingen over het thema 'Gepast gebruik' – huidige werkwijze:

C. Welke voor- en nadelen zijn verbonden aan mogelijke maatregelen die 'gepast gebruik' van implantaatgedragen gebitsprothesen bevorderen en de groei van uitgaven stabiliseren of beperken, voor zover dit wenselijk is en/of aan de orde is? Wat is het draagvlak voor deze maatregelen?

Achtergrond

Om het 'gepast gebruik' van implantaatgedragen gebitsprothesen te bevorderen en de groei van uitgaven te stabiliseren of beperken zijn er diverse maatregelen die volgens CVZ in de regelgeving opgenomen zouden kunnen worden, waaronder:

- Verhoging eigen bijdrage voor implantaatgedragen gebitsprothese
- Invoering eigen bijdrage per implantaat
- Schrappen aanspraak op implantaatgedragen prothesen in bovenkaak
- Schrappen aanspraak op implantaatgedragen gebitsprothesen
- Schrappen aanspraak op de mesostructuur
- Wijzigen van het honoreringssysteem

In de volgende vragen wordt uw mening gevraagd over deze mogelijke maatregelen. Wilt u per vraag uw mening beargumenteren?

Thema: Verhoging eigen bijdrage voor implantaatgedragen gebitsprothese

Achtergrond

Implantaatgedragen gebitsprothesen voor tandelozen met ernstig geslonken kaken bestaan uit drie delen:

- Implantaten (een implantaat is een vervanger van de wortel van een natuurlijke tand of kies en dient als steun voor een gebitsprothese)
- Mesostructuur (op de implantaten wordt een mesostructuur geplaatst, waaraan de gebitsprothese kan worden bevestigd)
- Gebitsprothese (in de gebitsprothese wordt een mechanisme geplaatst die vast kan klikken op de mesostructuur)

De implantaten dienen ter compensatie van de handicap (ontbreken tanden/wortels), de gebitsprothese kent dezelfde voorwaarden als bij andere verzekerden met een conventionele gebitsprothese, inclusief het voor eigen rekening komen van de bevestiging (zoals bij overkappingsprothesen).

De conventionele gebitsprothese en de implantaatgedragen gebitsprothese kennen verschillende regelingen van een eigen bijdrage door verzekerden.

- Voor een eerste of vervangende conventionele gebitsprothese geldt een eigen wettelijke bijdrage van 25% van de kosten.
- De wettelijke eigen bijdrage voor de implantaatgedragen prothese is voor verzekerden van 18 jaar en ouder vastgesteld op 125 euro per kaak. De implantaten en mesostructuur worden volledig vergoed uit de basisverzekering, mits er toestemming is gegeven door de zorgverzekeraar.

De wettelijke eigen bijdrage kan eventueel (gedeeltelijk) vergoed worden uit de aanvullende verzekering.

Stelling

28 De eigen bijdrage voor een implantaatgedragen gebitsprothese kan worden verhoogd.

- Volledig mee eens
- Meer eens dan oneens
- Noch eens noch oneens
- Meer oneens dan eens
- Volledig mee oneens
- Geen mening
- Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise

Beargumenteer uw antwoord (inclusief voor- en nadelen van deze mogelijke maatregel):

Thema: **Invoering eigen bijdrage per implantaat**

Achtergrond

In de onderkaak worden per patiënt meestal 2 en maximaal 4 implantaten geplaatst voor een implantaatgedragen gebitsprothese. In de bovenkaak worden per patiënt 4 tot 6 implantaten geplaatst voor een implantaatgedragen gebitsprothese.

Stelling

29 Het is reëel een eigen bijdrage in te voeren per implantaat dat nodig is voor een implantaatgedragen gebitsprothese.

- Volledig mee eens
- Meer eens dan oneens
- Noch eens noch oneens
- Meer oneens dan eens
- Volledig mee oneens
- Geen mening
- Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise

Beargumenteer uw antwoord (inclusief voor- en nadelen van deze mogelijke maatregel):

Thema: **Schrappen aanspraak op implantaatgedragen prothesen in bovenkaak**

Stelling

30 De aanspraak op een implantaatgedragen gebitsprothese in de bovenkaak kan geschrapt worden uit de Zorgverzekeringswet.

- Volledig mee eens
- Meer eens dan oneens
- Noch eens noch oneens
- Meer oneens dan eens
- Volledig mee oneens
- Geen mening
- Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise

Beargumenteer uw antwoord (inclusief voor- en nadelen van deze mogelijke maatregel):

Thema: **Schrappen aanspraak op implantaatgedragen gebitsprothesen**

Stelling

31 De aanspraak op een implantaatgedragen gebitsprothese kan geschrapt worden uit de Zorgverzekeringswet. (Implantaten in een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak komen voor eigen rekening. Ook de mesostructuur komt dan voor eigen rekening. De gebitsprothese blijft wel voor alle tandelozen onder de aanspraak vallen.)

- Volledig mee eens
- Meer eens dan oneens
- Noch eens noch oneens
- Meer oneens dan eens
- Volledig mee oneens
- Geen mening
- Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise

Beargumenteer uw antwoord (inclusief voor- en nadelen van deze mogelijke maatregel):

Thema: **Schrappen aanspraak op de mesostructuur**

Stelling

32 De aanspraak op de mesostructuur kan geschrapt worden uit de Zorgverzekeringswet. (Implantaten worden wel volledig vergoed uit de basisverzekering, mits er toestemming is gegeven door de zorgverzekeraar, en de implantaatgedragen prothese blijft onder de aanspraak vallen.)

- Volledig mee eens
- Meer eens dan oneens
- Noch eens noch oneens
- Meer oneens dan eens
- Volledig mee oneens
- Geen mening
- Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise

Beargumenteer uw antwoord (inclusief voor- en nadelen van deze mogelijke maatregel):

Achtergrond

De kosten van een behandeling ten behoeve van een implantaatgedragen gebitsprothese kunnen worden opgesplitst in twee delen:

- a. Honorariumdeel (op basis van Tariefbeschikking Tandheelkundige zorg, NZa, 2013)
- b. Materiaal- en techniekkosten (flexibel tarief)

Stellingen

33 De materiaal- en techniekkosten dienen opgenomen te worden in het honorariumdeel.

- Volledig mee eens
- Meer eens dan oneens
- Noch eens noch oneens
- Meer oneens dan eens
- Volledig mee oneens
- Geen mening
- Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise

Beargumenteer uw antwoord (inclusief voor- en nadelen van deze mogelijke maatregel):

34 De materiaal- en techniekkosten dienen gemaximeerd te worden.

- Volledig mee eens
- Meer eens dan oneens
- Noch eens noch oneens
- Meer oneens dan eens
- Volledig mee oneens
- Geen mening
- Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise

Beargumenteer uw antwoord (inclusief voor- en nadelen van deze mogelijke maatregel):

35 Een aanvraag voor vergoeding van het honorariumdeel van een behandeling ten behoeve van een implantaatgedragen gebitsprothese moet door de aanvragende zorgverlener onderbouwd worden.

- Volledig mee eens
- Meer eens dan oneens
- Noch eens noch oneens
- Meer oneens dan eens
- Volledig mee oneens
- Geen mening
- Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise

Beargumenteer uw antwoord (inclusief voor- en nadelen van deze mogelijke maatregel):

36 Het honorarium moet worden aangepast aan de reële tijdsbesteding door de zorgverleners die betrokken zijn bij de behandeling ten behoeve van een implantaatgedragen gebitsprothese.

- Volledig mee eens
- Meer eens dan oneens
- Noch eens noch oneens
- Meer oneens dan eens
- Volledig mee oneens
- Geen mening
- Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise

Beargumenteer uw antwoord (inclusief voor- en nadelen van deze mogelijke maatregel):

Overige opmerkingen over deel C: *“Welke voor- en nadelen zijn verbonden aan mogelijke maatregelen die ‘gepast gebruik’ van implantaatgedragen gebitsprothesen bevorderen en de groei van uitgaven stabiliseren of beperken, voor zover dit wenselijk is en/of aan de orde is? Wat is het draagvlak voor deze maatregelen?”*

Ruimte voor eventueel overige opmerkingen:

HARTELIJK DANK VOOR HET INVULLEN VAN DE VRAGENLIJST!

Sla de vragenlijst op en verzend hem als bijlage per email naar oordt@pallashrc.com (dr. Anouk Oordt-Speets)

Vragenlijst 2

Implantaatgedragen gebitsprothesen

Toelichting vragenlijst

Voor u ligt de tweede vragenlijst in het onderzoek naar de kostenontwikkeling van implantaatgedragen gebitsprothesen. Via deze vragenlijst willen we acht nieuwe stellingen aan u voorleggen over mogelijke maatregelen die 'gepast gebruik' van implantaatgedragen gebitsprothesen zouden kunnen bevorderen. De stellingen zijn gebaseerd op de beantwoording van de eerste ronde. Daarnaast stellen we 1 open vraag waarin u uw overige suggesties voor 'gepast gebruik'-maatregelen kunt aangeven.

Om goed inzicht te krijgen in uw standpunten en visies is opnieuw de onderliggende beargumentering van groot belang. Er is onder elke vraag weer voldoende ruimte voor argumentatie en opmerkingen. Als u op basis van uw expertise een stelling niet kunt beantwoorden, kunt u dit als antwoordoptie aankruisen.

De resultaten van de tweede vragenlijst worden verwerkt in een conceptrapportage over de tweede ronde. Ook deze zullen we aan u terugkoppelen in een laatste commentaaronde.

Hoe vult u de vragenlijst in?

- U klikt op het cirkeltje vóór het antwoord van uw keuze.
- Om uw antwoorden te beargumenteren klikt u in het betreffende tekstvak om getallen of tekst in te typen. Tekst is niet gebonden aan een limiet; u kunt uw antwoord zo lang maken als u wilt.
- **Belangrijk:** bewaar de ingevulde lijst door middel van de functie 'Opslaan als...'. Zo voorkomt u verlies van de door u gegeven antwoorden.
- U hoeft de lijst niet in één keer in te vullen. U kunt later doorgaan met invullen van de door u opgeslagen versie en deze uiteindelijk aan ons retourneren.

Inleveren vragenlijst

Wilt u ervoor zorgen dat de ingevulde vragenlijst **uiterlijk 19 juni 2013** geretourneerd is?

De vragenlijst kunt u per e-mail sturen naar oordt@pallashrc.com (dr. Anouk Oordt-Speets)

Bij voorbaat dank en veel succes bij het invullen van de vragenlijst!

Het projectteam



STELLINGEN

Thema: **Wijzigen honoreringssysteem**

Achtergrond

De kosten van een behandeling ten behoeve van een implantaatgedragen gebitsprothese kunnen worden opgesplitst in twee delen:

- a. Honorariumdeel (op basis van Tariefbeschikking Tandheelkundige zorg, NZa, 2013)
- b. Materiaal- en techniekkosten (flexibel tarief)

1 Bij een aanvraag voor vergoeding van het honorariumdeel moet de aanvragende zorgverlener per verrichtingencode de tijdsbesteding onderbouwen.

- Volledig mee eens
- Meer eens dan oneens
- Noch eens noch oneens
- Meer oneens dan eens
- Volledig mee oneens
- Geen mening
- Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise

Beargumenteer uw antwoord (inclusief voor- en nadelen van deze mogelijke maatregel):

Thema: **All-in tarief**

2 Voor de gehele implantaatgedragen gebitsprothese (honorarium en materiaal- en techniekkosten van implantaten, mesostructuur en gebitsprothese) moet een vaste vergoeding gelden (all-in tarief).

- Volledig mee eens
- Meer eens dan oneens
- Noch eens noch oneens
- Meer oneens dan eens
- Volledig mee oneens
- Geen mening
- Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise

Beargumenteer uw antwoord (inclusief voor- en nadelen van deze mogelijke maatregel):

3 De zorginhoudelijke criteria voor een implantaatgedragen gebitsprothese in de bovenkaak moeten aangescherpt worden.

- Volledig mee eens
- Meer eens dan oneens
- Noch eens noch oneens
- Meer oneens dan eens
- Volledig mee oneens
- Geen mening
- Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise

Beargumenteer uw antwoord (inclusief voor- en nadelen van deze mogelijke maatregel):

4 Het chirurgische deel van de implantologie bij extreem geslonken kaken moet worden ondergebracht in de tweede lijn, bij de kaakchirurgische specialistische hulp. Het chirurgische deel vervalt hiermee in de bijzondere tandheelkunde.

- Volledig mee eens
- Meer eens dan oneens
- Noch eens noch oneens
- Meer oneens dan eens
- Volledig mee oneens
- Geen mening
- Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise

Beargumenteer uw antwoord (inclusief voor- en nadelen van deze mogelijke maatregel):

5 De diagnostiek en indicatiestelling voor implantaatgedragen gebitsprothesen *in de onderkaak* moet alleen worden uitgevoerd in centra gespecialiseerd in implantaatgedragen gebitsprothesen.

- Volledig mee eens
- Meer eens dan oneens
- Noch eens noch oneens
- Meer oneens dan eens
- Volledig mee oneens
- Geen mening
- Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise

Beargumenteer uw antwoord (inclusief voor- en nadelen van deze mogelijke maatregel):

6 De diagnostiek en indicatiestelling voor implantaatgedragen gebitsprothesen *in de bovenkaak* moet alleen worden uitgevoerd in centra gespecialiseerd in implantaatgedragen gebitsprothesen.

- Volledig mee eens
- Meer eens dan oneens
- Noch eens noch oneens
- Meer oneens dan eens
- Volledig mee oneens
- Geen mening
- Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise

Beargumenteer uw antwoord (inclusief voor- en nadelen van deze mogelijke maatregel):

7 Behandelingen ten behoeve van implantaatgedragen gebitsprothesen *in de onderkaak* moeten alleen worden uitgevoerd in centra gespecialiseerd in implantaatgedragen gebitsprothesen.

- Volledig mee eens
- Meer eens dan oneens
- Noch eens noch oneens
- Meer oneens dan eens
- Volledig mee oneens
- Geen mening
- Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise

Beargumenteer uw antwoord (inclusief voor- en nadelen van deze mogelijke maatregel):

8 Behandelingen ten behoeve van implantaatgedragen gebitsprothesen *in de bovenkaak* moeten alleen worden uitgevoerd in centra gespecialiseerd in implantaatgedragen gebitsprothesen.

- Volledig mee eens
- Meer eens dan oneens
- Noch eens noch oneens
- Meer oneens dan eens
- Volledig mee oneens
- Geen mening
- Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise

Beargumenteer uw antwoord (inclusief voor- en nadelen van deze mogelijke maatregel):

OPEN VRAAG

Welke mogelijke maatregelen om 'gepast gebruik' van implantaatgedragen gebitsprothesen te bevorderen zijn er volgens u nog meer? (en zijn nog niet naar voren gekomen in voorgaande en stellingen in vragenlijst 1)

Ruimte voor eventueel overige opmerkingen:

HARTELIJK DANK VOOR HET INVULLEN VAN DE VRAGENLIJST!

Sla de vragenlijst op en verzend deze als bijlage per email naar oordt@pallashrc.com (dr. Anouk Oordt-Speets)

BIJLAGE V Overzicht antwoorden op vragenlijst eerste ronde Delphi-onderzoek

	N (%)	Range
A. Welke factoren spelen welke rol bij de kostenontwikkeling van de implantaatgedragen gebitsprothese in Nederland?		
<i>Thema: Kostenontwikkeling</i>		
1. Welke factoren spelen volgens u een rol bij de toename in uitgaven voor implantaatgedragen gebitsprothesen in de afgelopen jaren? En hoe?		
Vraag ingevuld	17 (94,4%)	
Vraag niet ingevuld	1 (5,6%)	
Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	0 (0%)	
<i>Thema: Doelgroep</i>		
2. Hoe groot is volgens u de groep tandeloze personen (edentaten) in Nederland (het gaat om een schatting)?		
Vraag ingevuld	12 (66,7%)	750.000-3.000.000 personen ⁷
Vraag niet ingevuld	6 (33,3%)	
Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	0 (0%)	
3. Is volgens uw inschatting de groep edentaten in Nederland de afgelopen 10 jaar		
Afgenomen	12 (66,7%)	0,5-75% (n=10)
Gelijkgebleven	3 (16,7%)	
Toegenomen	0 (0%)	
Geen mening	0 (0%)	
Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	2 (11,1%)	
Vraag niet ingevuld	1 (5,6%)	
4. Zal volgens u de groep edentaten in Nederland de komende 10 jaar		
Afnemen	9 (50%)	0,3-50% (n=6)
Gelijkblijven	3 (16,7%)	
Toenemen	3 (16,7%)	10% (n=1)
Geen mening	0 (0%)	
Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	3 (16,7%)	
Vraag niet ingevuld	0 (0%)	
5. Welk percentage van de groep edentaten heeft volgens u een ernstig geslonken kaak en komt daarmee volgens de huidige criteria van de Zorgverzekeringswet in aanmerking		

⁷ 1 expert vulde bij deze vraag een percentage in; hierbij is een aantal berekend (op basis van het aantal personen in Nederland [www.cbs.nl]. 1 expert vulde bij deze vraag 2.000.000-3.000.000 in; hiervan is het gemiddelde genomen (2.500.000).

voor een implantaatgedragen gebitsprothese?		
Vraag ingevuld	12 (66,7%)	15-85% ⁸
Vraag niet ingevuld	2 (11,1%)	
Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	4 (22,2%)	
<i>Thema: Indicatiestelling</i>		
6. Welke zorginhoudelijke criteria worden volgens u door de zorgverzekeraars gehanteerd bij het beoordelen van de indicatiestelling voor implantaatgedragen gebitsprothesen?		
Vraag ingevuld	15 (83,3%)	
Vraag niet ingevuld	1 (5,6%)	
Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	2 (11,1%)	
7. Zijn volgens u verbeteringen wenselijk in de zorginhoudelijke beoordeling van de indicatiestelling voor een implantaatgedragen gebitsprothese door zorgverzekeraars?		
Ja, er zijn verbeteringen wenselijk	13 (72,2%)	
Nee	3 (16,7%)	
Geen mening	0 (0%)	
Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	2 (11,1%)	
<i>Thema: Kosten per verzekerde. Honorariumdeel</i>		
8a. Schatting van de huidige (2013) gemiddelde kosten per edentate patiënt met ernstig geslonken kaak voor de onderkaak (in euro's)		
Vraag ingevuld	10 (55,6%)	390-2.500 euro
Vraag niet ingevuld	2 (11,1%)	
Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	6 (33,3%)	
8b. De kosten zijn in de afgelopen 10 jaar volgens mij per edentate patiënt met ernstig geslonken kaak voor de onderkaak gemiddeld:		
Gedaald	3 (16,7%)	5-10% (n=2)
Geelijkgebleven	2 (11,1%)	
Gestegen	5 (27,8%)	0 ⁹ -10% (n=5)
Geen mening	1 (5,6%)	
Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	4 (22,2%)	
Vraag niet ingevuld	3 (16,7%)	
8c. Schatting van de huidige (2013) gemiddelde kosten per edentate patiënt met ernstig geslonken kaak voor de bovenkaak (in euro's)		
Vraag ingevuld	9 (50%)	485-4.500 euro
Vraag niet ingevuld	3 (16,7%)	
Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	6 (33,3%)	

⁸ 1 expert heeft bij deze vraag >30 ingevuld

⁹ 1 expert gaf aan dat de kosten zijn gestegen, maar met 0%

8d. De kosten zijn in de afgelopen 10 jaar volgens mij per edentate patiënt met ernstig geslonken kaak voor de bovenkaak gemiddeld:		
Gedaald	4 (22,2%)	5-30% (n=3)
Geijkgebleven	1 (5,6%)	
Gestegen	3 (16,7%)	4-10% (n=3)
Geen mening	2 (11,1%)	
Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	3 (16,7%)	
Vraag niet ingevuld	5 (27,8%)	
<i>Thema: Kosten per verzekerde. Materiaal- en techniekkosten</i>		
8e. Schatting van de huidige (2013) gemiddelde kosten per edentate patiënt met ernstig geslonken kaak voor de onderkaak (in euro's)		
Vraag ingevuld	9 (50%)	1.500-2.800 euro
Vraag niet ingevuld	2 (11,1%)	
Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	7 (38,9%)	
8f. De kosten zijn in de afgelopen 10 jaar volgens mij per edentate patiënt met ernstig geslonken kaak voor de onderkaak gemiddeld:		
Gedaald	0 (0%)	
Geijkgebleven	0 (0%)	
Gestegen	7 (38,9%)	3-20% (n=5)
Geen mening	1 (5,6%)	
Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	5 (27,8%)	
Vraag niet ingevuld	5 (27,8%)	
8g. Schatting van de huidige (2013) gemiddelde kosten per edentate patiënt met ernstig geslonken kaak voor de bovenkaak (in euro's)		
Vraag ingevuld	8 (44,4%)	2.500-5.000 euro
Vraag niet ingevuld	3 (16,7%)	
Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	7 (38,9%)	
8h. De kosten zijn in de afgelopen 10 jaar volgens mij per edentate patiënt met ernstig geslonken kaak voor de bovenkaak gemiddeld:		
Gedaald	0 (0%)	
Geijkgebleven	1 (5,6%)	
Gestegen	6 (33,3%)	3-10% (n=4)
Geen mening	2 (11,1%)	
Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	4 (22,2%)	
Vraag niet ingevuld	5 (27,8%)	
<i>Thema: Onder- versus bovenkaak</i>		
9. Kunt u een inschatting geven bij welk percentage van de edentate patiënten met ernstig geslonken kaak op dit moment een implantaatgedragen gebitsprothese wordt geplaatst in de onderkaak, bovenkaak of beide?		

Vraag ingevuld	13 (72,2%) ¹⁰
Vraag niet ingevuld	0 (0%)
Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	5 (27,8%)
10. Is volgens uw inschatting in de afgelopen 10 jaar het plaatsen van een implantaatgedragen gebitsprothese in de onderkaak	
Afgenomen	2 (11,1%)
Gelijkgebleven	1 (5,6%)
Toegenomen	12 (66,7%)
Geen mening	0 (0%)
Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	3 (16,7%)
Vraag niet ingevuld	0 (0%)
11. Is volgens uw inschatting in de afgelopen 10 jaar het plaatsen van een implantaatgedragen gebitsprothese in de bovenkaak	
Afgenomen	0 (0%)
Gelijkgebleven	0 (0%)
Toegenomen	16 (88,9%)
Geen mening	0 (0%)
Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	2 (11,1%)
Vraag niet ingevuld	0 (0%)
<i>Thema: Tariefsysteem</i>	
12. Welke invloed hebben de ontwikkelingen in het honoreringssysteem voor orale implantologie volgens u gehad op de kostenontwikkeling van de afgelopen jaren van implantaatgedragen gebitsprothesen (toename van de uitgaven in Nederland)?	
Vraag ingevuld	16 (88,9%)
Vraag niet ingevuld	1 (5,6%)
Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	1 (5,6%)
<i>Thema: Eigen bijdrage</i>	
13. Heeft de eigen bijdrage van 125 euro per kaak voor de implantaatgedragen gebitsprothese volgens u invloed op het al dan niet kiezen voor een implantaatgedragen gebitsprothese?	
Ja namelijk...	8 (44,4%)
Deels namelijk...	4 (22,2%)
Nee namelijk...	4 (22,2%)
Geen mening	0 (0%)
Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	1 (5,6%)

¹⁰ 1 expert vulde bij deze vraag percentages in die optelden tot 9% in plaats van 100%. Deze percentages zijn niet meegenomen in de analyse van de resultaten.

Vraag niet ingevuld	1 (5,6%)
Thema: Zorgaanbod	
14. Welke verschillende zorgverleners plaatsen implantaten voor implantaatgedragen gebitsprothesen en wat is het aandeel van deze zorgverleners in het zorgaanbod van de orale implantologie? (geef per zorgverlener een schatting van het percentage voor het aandeel in het zorgaanbod van de orale implantologie; het totaal moet optellen tot 100%)	
Vraag ingevuld	11 (61,1%)
Vraag niet ingevuld	0 (0%)
Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	7 (38,9%)
15. Heeft er volgens u de afgelopen 10 jaar een verschuiving plaatsgevonden in het aandeel van de verschillende zorgverleners in het zorgaanbod van de orale implantologie?	
Ja namelijk...	14 (77,8%)
Nee	1 (5,6%)
Geen mening	1 (5,6%)
Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	1 (5,6%)
Vraag niet ingevuld	1 (5,6%)
Thema: Gevolgzaamheid	
16. Wat zijn de meestvoorkomende complicaties bij patiënten bij wie implantaten voor implantaatgedragen gebitsprothesen geplaatst zijn en welke gevolgbehandelingen zijn nodig om deze complicaties te verhelpen?	
Vraag ingevuld	12 (66,7%)
Vraag niet ingevuld	2 (11,1%)
Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	4 (22,2%)
17. Heeft er volgens u de afgelopen 10 jaar een verandering plaatsgevonden in het aantal gevolgbehandelingen om complicaties na het plaatsen van implantaatgedragen gebitsprothesen te behandelen? Het aantal gevolgbehandelingen voor complicaties is:	
Gedaald	1 (5,6%)
Geleefd	1 (5,6%)
Gestegen	9 (50%)
Geen mening	0 (0%)
Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	6 (33,3%)
Vraag niet ingevuld	1 (5,6%)
18. Heeft er volgens u de afgelopen 10 jaar een verandering plaatsgevonden in het soort gevolgbehandelingen dat nodig is na vervangingsonderhoud bij implantaatgedragen gebitsprothesen? Kunt u aangeven om welke veranderingen en gevolgbehandelingen na vervangingsonderhoud het gaat?	
Vraag ingevuld	10 (55,6%)
Vraag niet ingevuld	2 (11,1%)
Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	6 (33,3%)
19. Heeft er volgens u de afgelopen 10 jaar een verandering plaatsgevonden in het aantal gevolgbehandelingen na vervangingsonderhoud van implantaatgedragen gebitsprothesen?	
Vraag ingevuld	10 (55,6%)
Vraag niet ingevuld	2 (11,1%)
Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	6 (33,3%)
19. Heeft er volgens u de afgelopen 10 jaar een verandering plaatsgevonden in het aantal gevolgbehandelingen na vervangingsonderhoud van implantaatgedragen gebitsprothesen?	
Vraag ingevuld	10 (55,6%)
Vraag niet ingevuld	2 (11,1%)
Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	6 (33,3%)
19. Heeft er volgens u de afgelopen 10 jaar een verandering plaatsgevonden in het aantal gevolgbehandelingen na vervangingsonderhoud van implantaatgedragen gebitsprothesen?	
Vraag ingevuld	10 (55,6%)
Vraag niet ingevuld	2 (11,1%)
Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	6 (33,3%)

gebitsprothesen? Het aantal gevolgbehandelingen na vervangingsonderhoud is:		
Gedaald	0 (0%)	30-300% (n=4)
Gelijkgebleven	3 (16,7%)	
Gestegen	4 (22,2%)	
Geen mening	1 (5,6%)	
Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	10 (55,6%)	
Vraag niet ingevuld	0 (0%)	
B. Welke activiteiten ontplooiën betrokken partijen voor het bevorderen van 'gepast gebruik' van implantaatgedragen gebitsprothesen?		
<i>Thema: 'Gepast gebruik' - huidige werkwijze</i>		
20. Kunt u zo volledig mogelijk beschrijven hoe u de zorg van implantaatgedragen gebitsprothesen bij de zorgverleners inkoop?		
Vraag ingevuld	10 (55,6%)	
Vraag niet ingevuld	8 (44,4%)	
21. Kunt u beschrijven hoe de zorginhoudelijke behoefte van een indicatie voor implantaatgedragen gebitsprothesen procesmatig verloopt?		
Vraag ingevuld	10 (55,6%)	
Vraag niet ingevuld	8 (44,4%)	
22. Kunt u zo volledig mogelijk beschrijven hoe u nagaat of de aangevraagde/verleende zorg van implantaatgedragen gebitsprothesen rechtmatig is?		
Vraag ingevuld	8 (44,4%)	
Vraag niet ingevuld	10 (55,6%)	
23. Kunt u zo volledig mogelijk beschrijven hoe u nagaat of de aangevraagde/verleende zorg van implantaatgedragen gebitsprothesen doelmatig is?		
Vraag ingevuld	8 (44,4%)	
Vraag niet ingevuld	10 (55,6%)	
24. Kunt u zo volledig mogelijk beschrijven hoe u vormgeeft aan het toezicht op de rechtmatige uitvoering door zorgverzekeraars van de Zorgverzekeringswet op het terrein van de implantaatgedragen prothesen?		
Vraag ingevuld	4 (22,2%)	
Vraag niet ingevuld	14 (77,8%)	
25. Loopt u aan tegen verzekeringstechnische beperkingen bij het stellen van de zorginhoudelijke diagnose waarbij een implantaatgedragen gebitsprothese een oplossing biedt?		
Ja	7 (38,9%)	
Nee	3 (16,7%)	
Geen mening	0 (0%)	
Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	2 (11,1%)	
Vraag niet ingevuld	6 (33,3%)	
26. Wat zijn vanuit patiëntenperspectief de belangrijkste voor- en nadelen van een conventionele gebitsprothese?		

Vraag ingevuld	6 (33,3%)				
Vraag niet ingevuld	12 (66,7%)				
27. Wat zijn vanuit patiëntenperspectief de belangrijkste voor- en nadelen van een implantaatgedragen gebitsprothese?					
Vraag ingevuld	6 (33,3%)				
Vraag niet ingevuld	12 (66,7%)				
C. Welke voor- en nadelen zijn verbonden aan mogelijke maatregelen die 'gepast gebruik' van implantaatgedragen gebitsprothesen bevorderen en de groei van uitgaven stabiliseren of beperken, voor zover dit mogelijk is en/of aan de orde is? Wat is het draagvlak voor deze maatregelen?					
<i>Thema: Verhoging eigen bijdrage voor implantaatgedragen gebitsprothese</i>					
28. De eigen bijdrage voor een implantaatgedragen gebitsprothese kan worden verhoogd.					
	Alle experts (n=18)	Vertegenwoordigers zorgverzekeraars (n=5)	Zorgverleners (n=11)		
Volledig mee eens	7 (38,9%)	3 (60%)	4 (36,4%)		
Meer eens dan oneens	3 (16,7%)	1 (20%)	1 (9,1%)		
Noch eens noch oneens	1 (5,6%)	0 (0%)	1 (9,1%)		
Meer oneens dan eens	2 (11,1%)	0 (0%)	2 (18,2%)		
Volledig mee oneens	4 (22,2%)	1 (20%)	3 (27,3%)		
Geen mening	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)		
Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	1 (5,6%)	0 (0%)	0 (0%)		
<i>Thema: Invoering eigen bijdrage per implantaat</i>					
29. Het is reëel een eigen bijdrage in te voeren per implantaat dat nodig is voor een implantaatgedragen gebitsprothese.					
	Alle experts (n=18)	Vertegenwoordigers zorgverzekeraars (n=5)	Zorgverleners (n=11)		
Volledig mee eens	1 (5,6%)	1 (20%)	0 (0%)		
Meer eens dan oneens	3 (16,7%)	2 (40%)	1 (9,1%)		
Noch eens noch oneens	2 (11,1%)	0 (0%)	2 (18,2%)		
Meer oneens dan eens	1 (5,6%)	0 (0%)	0 (0%)		
Volledig mee oneens	10 (55,6%)	2 (40%)	8 (72,7%)		
Geen mening	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)		
Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	1 (5,6%)	0 (0%)	0 (0%)		
<i>Thema: Schrappen aanspraak op implantaatgedragen prothesen in bovenkaak</i>					
30. De aanspraak op een implantaatgedragen gebitsprothese in de bovenkaak kan geschrapt worden uit de Zorgverzekeringswet.					

	Alle experts (n=18)	Vertegenwoordigers zorgverzekeraars (n=5)	Zorgverleners (n=11)
Volledig mee eens	1 (5,6%)	1 (20%)	0 (0%)
Meer eens dan oneens	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Noch eens noch oneens	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Meer oneens dan eens	2 (11,1%)	1 (20%)	1 (9,1%)
Volledig mee oneens	12 (66,7%)	3 (60%)	9 (81,8%)
Geen mening	1 (5,6%)	0 (0%)	1 (9,1%)
Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	2 (11,1%)	0 (0%)	0 (0%)
<i>Thema: Schrappen aanspraak op implantaatgedragen gebitsprothesen</i>			
31. De aanspraak op een implantaatgedragen gebitsprothese kan geschrapt worden uit de Zorgverzekeringswet. (Implantaten in een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak komen voor eigen rekening. Ook de mesostructuur komt dan voor eigen rekening. De gebitsprothese blijft wel voor alle tandelozen onder de aanspraak vallen.)			
	Alle experts (n=18)	Vertegenwoordigers zorgverzekeraars (n=5)	Zorgverleners (n=11)
Volledig mee eens	1 (5,6%)	1 (20%)	0 (0%)
Meer eens dan oneens	1 (5,6%)	1 (20%)	0 (0%)
Noch eens noch oneens	1 (5,6%)	1 (20%)	0 (0%)
Meer oneens dan eens	4 (22,2%)	2 (40%)	1 (9,1%)
Volledig mee oneens	8 (44,4%)	0 (0%)	8 (72,7%)
Geen mening	1 (5,6%)	0 (0%)	1 (9,1%)
Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	2 (11,1%)	0 (0%)	1 (9,1%)
<i>Thema: Schrappen aanspraak op de mesostructuur</i>			
32. De aanspraak op de mesostructuur kan geschrapt worden uit de Zorgverzekeringswet. (Implantaten worden wel volledig vergoed uit de basisverzekering, mits er toestemming is gegeven door de zorgverzekeraar, en de implantaatgedragen prothese blijft onder de aanspraak vallen.)			
	Alle experts (n=18)	Vertegenwoordigers zorgverzekeraars (n=5)	Zorgverleners (n=11)
Volledig mee eens	1 (5,6%)	1 (20%)	0 (0%)
Meer eens dan oneens	1 (5,6%)	1 (20%)	0 (0%)
Noch eens noch oneens	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Meer oneens dan eens	1 (5,6%)	1 (20%)	0 (0%)
Volledig mee oneens	12 (66,7%)	2 (40%)	10 (90,9%)

Geen mening	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	3 (16,7%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (9,1%)
Thema: Wijzigen honoreringssysteem				
33. De materiaal- en techniekkosten dienen opgenomen te worden in het honorariumdeel.				
	Alle experts (n=18)	Vertegenwoordigers zorgverzekeraars (n=5)	Zorgverleners (n=11)	
Volledig mee eens	2 (11,1%)	0 (0%)	2 (18,2%)	2 (18,2%)
Meer eens dan oneens	2 (11,1%)	0 (0%)	2 (18,2%)	2 (18,2%)
Noch eens noch oneens	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Meer oneens dan eens	3 (16,7%)	2 (40%)	1 (9,1%)	1 (9,1%)
Volledig mee oneens	11 (61,1%)	3 (60%)	6 (54,5%)	6 (54,5%)
Geen mening	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
34. De materiaal- en techniekkosten dienen gemaximeerd te worden.				
	Alle experts (n=18)	Vertegenwoordigers zorgverzekeraars (n=5)	Zorgverleners (n=11)	
Volledig mee eens	6 (33,3%)	3 (60%)	3 (27,3%)	3 (27,3%)
Meer eens dan oneens	8 (44,4%)	2 (40%)	5 (45,5%)	5 (45,5%)
Noch eens noch oneens	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Meer oneens dan eens	2 (11,1%)	0 (0%)	1 (9,1%)	1 (9,1%)
Volledig mee oneens	2 (11,1%)	0 (0%)	2 (18,2%)	2 (18,2%)
Geen mening	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
35. Een aanvraag voor vergoeding van het honorariumdeel van een implantaatgedragen gebitsprothese moet door de aanvragende zorgverlener onderbouwd worden.				
	Alle experts (n=18)	Vertegenwoordigers zorgverzekeraars (n=5)	Zorgverleners (n=11)	
Volledig mee eens	12 (66,7%)	4 (80%)	7 (63,6)	7 (63,6)
Meer eens dan oneens	3 (16,7%)	1 (20%)	2 (18,2%)	2 (18,2%)
Noch eens noch oneens	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Meer oneens dan eens	2 (11,1%)	0 (0%)	1 (9,1%)	1 (9,1%)

Volledig mee oneens	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Geen mening	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	1 (5,6%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (9,1%)
36. Het honorarium moet worden aangepast aan de reële tijdsbesteding door de zorgverleners die betrokken zijn bij de behandeling ten behoeve van een implantaatgedragen gebitsprothese.				
	Alle experts (n=18)	Vertegenwoordigers zorgverzekeraars (n=5)	Zorgverleners (n=11)	
Volledig mee eens	8 (44,4%)	1 (20%)	7 (63,6%)	
Meer eens dan oneens	6 (33,3%)	3 (60%)	1 (9,1%)	
Noch eens noch oneens	1 (5,6%)	0 (0%)	1 (9,1%)	
Meer oneens dan eens	2 (11,1%)	1 (20%)	1 (9,1%)	
Volledig mee oneens	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Geen mening	1 (5,6%)	0 (0%)	1 (9,1%)	
Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	

BIJLAGE VI Overzicht antwoorden op vragenlijst tweede ronde Delphi-onderzoek

	N (%)																								
<i>Thema: Wijzigen honoreringssysteem</i>																									
1. Bij een aanvraag voor vergoeding van het honorariumdeel moet de aanvragende zorgverlener per verrichtingencode de tijdsbesteding onderbouwen.																									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Alle experts (n=17)</th> <th>Vertegenwoordigers zorgverzekeraars (n=4)</th> <th>Zorgverleners (n=11)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2 (11,8%)</td> <td>1 (25,0%)</td> <td>1 (9,1%)</td> </tr> <tr> <td>2 (11,8%)</td> <td>0 (0,0%)</td> <td>1 (9,1%)</td> </tr> <tr> <td>0 (0,0%)</td> <td>0 (0,0%)</td> <td>0 (0,0%)</td> </tr> <tr> <td>4 (23,5%)</td> <td>0 (0,0%)</td> <td>4 (36,4%)</td> </tr> <tr> <td>8 (47,1%)</td> <td>3 (75,0%)</td> <td>5 (45,5%)</td> </tr> <tr> <td>1 (5,9%)</td> <td>0 (0,0%)</td> <td>0 (0,0%)</td> </tr> <tr> <td>0 (0,0%)</td> <td>0 (0,0%)</td> <td>0 (0,0%)</td> </tr> </tbody> </table>	Alle experts (n=17)	Vertegenwoordigers zorgverzekeraars (n=4)	Zorgverleners (n=11)	2 (11,8%)	1 (25,0%)	1 (9,1%)	2 (11,8%)	0 (0,0%)	1 (9,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (23,5%)	0 (0,0%)	4 (36,4%)	8 (47,1%)	3 (75,0%)	5 (45,5%)	1 (5,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Alle experts (n=17)	Vertegenwoordigers zorgverzekeraars (n=4)	Zorgverleners (n=11)																							
2 (11,8%)	1 (25,0%)	1 (9,1%)																							
2 (11,8%)	0 (0,0%)	1 (9,1%)																							
0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)																							
4 (23,5%)	0 (0,0%)	4 (36,4%)																							
8 (47,1%)	3 (75,0%)	5 (45,5%)																							
1 (5,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)																							
0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)																							
Volledig mee eens																									
Meer eens dan oneens																									
Noch eens noch oneens																									
Meer oneens dan eens																									
Volledig mee oneens																									
Geen mening																									
Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise																									
<i>Thema: All-in tarief</i>																									
2. Voor de gehele implantaatgedragen gebitsprothese (honorarium en materiaal- en techniekkosten van implantaten, mesostructuur en gebitsprothese) moet een vaste vergoeding gelden (all-in tarief).																									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Alle experts (n=17)</th> <th>Vertegenwoordigers zorgverzekeraars (n=4)</th> <th>Zorgverleners (n=11)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3 (17,6%)</td> <td>2 (50,0%)</td> <td>1 (9,1%)</td> </tr> <tr> <td>5 (29,4%)</td> <td>0 (0,0%)</td> <td>5 (45,5%)</td> </tr> <tr> <td>1 (5,9%)</td> <td>1 (25,0%)</td> <td>0 (0,0%)</td> </tr> <tr> <td>2 (11,8%)</td> <td>0 (0,0%)</td> <td>1 (9,1%)</td> </tr> <tr> <td>6 (35,3%)</td> <td>1 (25,0%)</td> <td>4 (36,4%)</td> </tr> <tr> <td>0 (0,0%)</td> <td>0 (0,0%)</td> <td>0 (0,0%)</td> </tr> <tr> <td>0 (0,0%)</td> <td>0 (0,0%)</td> <td>0 (0,0%)</td> </tr> </tbody> </table>	Alle experts (n=17)	Vertegenwoordigers zorgverzekeraars (n=4)	Zorgverleners (n=11)	3 (17,6%)	2 (50,0%)	1 (9,1%)	5 (29,4%)	0 (0,0%)	5 (45,5%)	1 (5,9%)	1 (25,0%)	0 (0,0%)	2 (11,8%)	0 (0,0%)	1 (9,1%)	6 (35,3%)	1 (25,0%)	4 (36,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Alle experts (n=17)	Vertegenwoordigers zorgverzekeraars (n=4)	Zorgverleners (n=11)																							
3 (17,6%)	2 (50,0%)	1 (9,1%)																							
5 (29,4%)	0 (0,0%)	5 (45,5%)																							
1 (5,9%)	1 (25,0%)	0 (0,0%)																							
2 (11,8%)	0 (0,0%)	1 (9,1%)																							
6 (35,3%)	1 (25,0%)	4 (36,4%)																							
0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)																							
0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)																							
Volledig mee eens																									
Meer eens dan oneens																									
Noch eens noch oneens																									
Meer oneens dan eens																									
Volledig mee oneens																									
Geen mening																									
Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise																									
<i>Thema: Aanscherping zorginhoudelijke criteria implantaatgedragen gebitsprothese bovenkaak</i>																									
3. De zorginhoudelijke criteria voor een implantaatgedragen gebitsprothese in de bovenkaak moeten aangescherpt worden.																									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Alle experts (n=17)</th> <th>Vertegenwoordigers zorgverzekeraars (n=4)</th> <th>Zorgverleners (n=11)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Alle experts (n=17)	Vertegenwoordigers zorgverzekeraars (n=4)	Zorgverleners (n=11)																					
Alle experts (n=17)	Vertegenwoordigers zorgverzekeraars (n=4)	Zorgverleners (n=11)																							

Volledig mee eens	3 (17,6%)	1 (25,0%)	2 (18,2%)
Meer eens dan oneens	5 (29,4%)	1 (25,0%)	4 (36,4%)
Noch eens noch oneens	3 (17,6%)	1 (25,0%)	2 (18,2%)
Meer oneens dan eens	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Volledig mee oneens	3 (17,6%)	1 (25,0%)	2 (18,2%)
Geen mening	1 (5,9%)	0 (0,0%)	1 (9,1%)
Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	1 (5,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Niet ingevuld	1 (5,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
<i>Thema: Organisatie van implantologie voor implantaatgedragen gebitsprothesen</i>			
4. Het chirurgische deel van de implantologie bij extreem geslonken kaken moet worden ondergebracht in de tweede lijn, bij de kaakchirurgische specialistische hulp. Het chirurgische deel vervalt hiermee in de bijzondere tandheelkunde.			
	Alle experts (n=17)	Vertegenwoordigers zorgverzekeraars (n=4)	Zorgverleners (n=11)
Volledig mee eens	3 (17,6%)	1 (25,0%)	2 (18,2%)
Meer eens dan oneens	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Noch eens noch oneens	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Meer oneens dan eens	4 (23,5%)	2 (50,0%)	2 (18,2%)
Volledig mee oneens	8 (47,1%)	1 (25,0%)	7 (63,6%)
Geen mening	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	2 (11,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
5. De diagnostiek en indicatiestelling voor implantaatgedragen gebitsprothesen in de onderkaak moet alleen worden uitgevoerd in centra gespecialiseerd in implantaatgedragen gebitsprothesen.			
	Alle experts (n=17)	Vertegenwoordigers zorgverzekeraars (n=4)	Zorgverleners (n=11)
Volledig mee eens	3 (17,6%)	0 (0,0%)	3 (27,3%)
Meer eens dan oneens	3 (17,6%)	2 (50,0%)	0 (0,0%)
Noch eens noch oneens	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Meer oneens dan eens	6 (35,3%)	1 (25,0%)	5 (45,5%)
Volledig mee oneens	4 (23,5%)	1 (25,0%)	3 (27,3%)
Geen mening	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	1 (5,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
6. De diagnostiek en indicatiestelling voor implantaatgedragen gebitsprothesen in de bovenkaak moet alleen worden uitgevoerd in centra gespecialiseerd in implantaatgedragen gebitsprothesen.			

gebitsprothesen.	Alle experts (n=17)	Vertegenwoordigers zorgverzekeraars (n=4)	Zorgverleners (n=11)
Volledig mee eens Meer eens dan oneens Noch eens noch oneens Meer oneens dan eens Volledig mee oneens Geen mening Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	5 (29,4%) 5 (29,4%) 1 (5,9%) 1 (5,9%) 4 (23,5%) 0 (0,0%) 1 (5,9%)	1 (25,0%) 2 (50,0%) 0 (0,0%) 0 (0,0%) 1 (25,0%) 0 (0,0%) 0 (0,0%)	4 (36,4%) 2 (18,2%) 1 (9,1%) 1 (9,1%) 3 (27,3%) 0 (0,0%) 0 (0,0%)
7. Behandelingen ten behoeve van implantaatgedragen gebitsprothesen in de onderkaak moeten alleen worden uitgevoerd in centra gespecialiseerd in implantaatgedragen gebitsprothesen.			
Volledig mee eens Meer eens dan oneens Noch eens noch oneens Meer oneens dan eens Volledig mee oneens Geen mening Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	0 (0,0%) 4 (23,5%) 0 (0,0%) 6 (35,3%) 6 (35,3%) 0 (0,0%) 1 (5,9%)	0 (0,0%) 2 (50,0%) 0 (0,0%) 1 (25,0%) 1 (25,0%) 0 (0,0%) 0 (0,0%)	0 (0,0%) 1 (9,1%) 0 (0,0%) 5 (45,5%) 5 (45,5%) 0 (0,0%) 0 (0,0%)
8. Behandelingen ten behoeve van implantaatgedragen gebitsprothesen in de bovenkaak moeten alleen worden uitgevoerd in centra gespecialiseerd in implantaatgedragen gebitsprothesen.			
Volledig mee eens Meer eens dan oneens Noch eens noch oneens Meer oneens dan eens Volledig mee oneens Geen mening Niet mogelijk om deze vraag te beantwoorden op basis van mijn expertise	3 (17,6%) 6 (35,3%) 0 (0,0%) 1 (5,9%) 5 (29,4%) 0 (0,0%) 1 (5,9%)	1 (25,0%) 2 (50,0%) 0 (0,0%) 0 (0,0%) 1 (25,0%) 0 (0,0%) 0 (0,0%)	2 (18,2%) 3 (27,3%) 0 (0,0%) 1 (9,1%) 4 (36,4%) 0 (0,0%) 0 (0,0%)

Niet ingevuld	1 (5,9%)	0 (0,0%)	1 (9,1%)
9. Welke mogelijke maatregelen om 'gepast gebruik' van implantaatgedragen gebitsprothesen te bevorderen zijn er volgens u nog meer? (en zijn nog niet naar voren gekomen in voorgaande en stellingen in vragenlijst 1)			
ingevuld	11 (64,7%)		
Niet ingevuld	6 (35,3%)		

BIJLAGE VII Besluit zorgverzekering artikel 2.7

1. Mondzorg omvat zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is⁵:
 - a. indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
 - b. indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of
 - c. indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.
2. Onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese;
3. Orthodontische hulp is slechts onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, begrepen in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.
4. Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan achttien jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:
 - a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - b. incidenteel tandheelkundig consult;
 - c. het verwijderen van tandsteen;
 - d. fluorideapplicatie, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - e. sealing;
 - f. parodontale hulp;
 - g. anesthesie;
 - h. endodontische hulp;
 - i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen
 - j. gnathologische hulp;
 - k. uitneembare prothetische voorzieningen;
 - l. tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
 - m. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
 - n. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.
5. Mondzorg omvat voor verzekerden van achttien jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:
 - a. chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties;
 - b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak.

BIJLAGE VIII Voorbeeld behandelprotocol

Wel of geen implantaten?

Protocol voor consultatie en diagnostiek edentate patiënt

A 231	Intake consult	15 minuten
A 723	Aanvullend onderzoek implantologie	30 - 45 minuten
A 321	Beoordeling kaakoverzichtfoto	5 - 10 minuten
A 324	Schedelfoto	5 - 10 minuten
	Verslaglegging, aanvraag machtiging, terugkoppeling verwijzer, correspondentie, et cetera.	30 - 45 minuten
	TOTAAL	Maximaal 90 - 120 minuten

Soms aanvullend:

G 911	Tijdelijke zachte laag in bestaande prothese
A 327	Meer dimensionale kaakfoto
A 261	Multidisciplinair consult

Dit alles betreft:

- Inventarisatie prothese historie klachten, wensen en verwachting
- Medische anamnese
- Uitgebreid onderzoek functie bestaande gebitsprothese
- Beoordeling kwaliteit bestaande gebitsprothese aangaande pasvorm (m.b.v. Fit Checker), beethoogte, occlusie, randlengte, et cetera.
- Klinisch mondonderzoek
- Röntgenonderzoek (OPG, RSP en/of Cone Beam CT)
- Eventueel aanpassen met zachte laag en inslijpen occlusie bestaande gebitsprothese
- Vastlegging bevindingen, aanvraag machtiging, terugkoppeling naar verwijzer, correspondentie, et cetera.

➔ Met antwoord op de vraag wel of geen implantaat behandeling

Vervaardiging gebitsprothese (al dan niet met implantaten en overkappingsprothese) op uurbasis

Tijd afhankelijk van moeilijkheidsgraad:

- Gemiddeld maximaal 6 uren voor volledige prothese (VP) met hoge moeilijkheidsgraad
- Gemiddeld maximaal 8 uren voor volledige prothese (VP) met extreem hoge moeilijkheidsgraad
- Extra tijd benodigd voor prothese op implantaten bij hoge moeilijkheidsgraad: totaal gemiddeld maximaal 10 - 12 uren (afhankelijk van de moeilijkheidsgraad) voor VP-boven en VP-Overkapping onder op 2 - 4 implantaten

Overzicht afspraken en tijd vervaardiging gebitsprothese al dan niet met implantaten en overkappingsprothese:

1^o afspraak 30 - 45 minuten (30 - 45 minuten)

Beginafdrukken edentate onder- en bovenkaak

- Daarnaast afdrukken van bestaande gebitsprothese t.b.v. gips- en studiemodellen

15 minuten (15 minuten) (niet patiënt gebonden tussenfase)

Belijning edentate gebitsmodellen t.b.v. individuele kunststoflepel

- 2^e afspraak** 60 - 75 minuten (105 minuten)
Individuele afdrukken onder- en bovenkaak
- **Verwijdering abutments op implantaten**
 - Beoordeling pasvorm en aanpassing individuele kunststof afdruklepels (m.b.v. Fit Checker)
 - Individuele randafvorming onder- en bovenkaak (m.b.v. Isofunctional)
 - **Aanbrengen afdrukstiften op implantaten**
 - Individuele afdrukken onder- en bovenkaak
 - **Individuele afdruk met afdrukstiften in situ**
 - **Herplaatsen abutments op implantaten**
- 15 minuten (15 minuten)
Bepaling incisiefpunten in- en buiten de mond m.b.v. incisiefpuntmeter t.b.v. (hoogte) waswallen
- 3^e afspraak** 60 - 75 minuten (90 minuten)
Voorlopige beetrelatie
- **Verwijderen abutments op implantaten**
 - Vastleggen vlak van oriëntatie (Camperse Vlak)
 - Vastleggen voorlopige verticale- en horizontale beetrelatie m.b.v. waswallen
 - Controle wang- en lipvulling
 - Bepaling neutrale zone
- Vastleggen centrale relatie m.b.v. pijlpuntregistratie**
- Inbouw intra-orale registratie apparatuur
 - Pijlpuntregistratie en bepaling centrale relatie
 - Fixeren van registratieplaten in centrale relatie
 - **Herplaatsen abutments**
 - Overbrenging modellen in centrale relatie naar articulator
- 15 - 30 minuten (15 - 30 minuten)
Uitzoeken kleur en vorm frontelementen in overleg met patiënt
- 4^e afspraak** 45 - 60-minuten (75 minuten)
Opstelling frontelementen aan de stoel
- **Verwijderen abutments**
 - Modelanalyse , vastleggen mediaan- en CPC-lijn
 - Positionering frontelementen met juiste lipvulling en conform lachlijn
 - Beoordeling frontopstelling in de mond en in overleg met patiënt
 - **Herplaatsen abutments**
- 5^e afspraak** 30 - 45 minuten (45 minuten)
Volledige prothese passen in was
- **Verwijderen abutments**
 - Beoordeling vlak van occlusie en tongruimte
 - Beoordeling beethoogte
 - Beoordeling centrale relatie
 - Beoordeling esthetiek, wang- en lipvulling et cetera.
 - Overleg met patiënt over kleur, vorm en tandstand
 - **Herplaatsen abutments**
- 15 minuten (15 minuten)
Specifieke A-zone bepaling en radering A-zone in bovenmodel
- 15 minuten
Bepalen en aangeven ontwerp meso-structuur

15 - 30 minuten (15-30 minuten) (niet patiënt gebonden tussenfase)
Remounten kunststof prothese in articulator en reoccluderen

6^e afspraak 30 minuten (45 - 60 minuten)

Plaatsing volledige (overkappings)prothese

- Verwijderen abutments
- Plaatsing meso- en suprastructuur
- Controle retentie, pasvorm m.b.v. Fit Checker
- Controle beethoogte en occlusie
- Overleg met patiënt over het bereikte (esthetisch) resultaat en belang van nazorg op korte en lange termijn

Aparte afspraak 15 minuten (30 minuten)

- Instructie mond- en prothesehygiëne door mondhygiënist (+ instructie schoonhouden mesostructuur)

7^e afspraak 15 minuten (15 minuten)

Evaluatie en 1^e nazorg korte termijn

- Drukplaats controle en bepaling verdere noodzaak voor nazorg en follow-up

8^e afspraak 15 minuten (15 minuten)

2^e nazorg korte termijn

- NB gemiddeld volgen na de 1^e nazorg nog 1 tot 2 afspraken voor verdere nazorg

BIJLAGE IX Behandelprotocol Centrum voor Implantologie

Tabel. Behandelprotocol bij edentate patiënten t.b.v. implantologie

Fase 1	Algemene onderzoeksfase; screening en patiënt selectie
Fase 2	Specifieke onderzoeksfase; 'backward' planning, vast of uitneembaar?
Fase 3	Chirurgische keuzes en procedures
Fase 4	Prothetische fase
Fase 5	Nazorg en follow-up

Fase 1

Alle naar het Centrum verwezen patiënten worden in eerste instantie gescreend (fase 1) om te beoordelen of implantaten bij een specifieke patiënt doelmatig en geschikt zijn. Circa 20-25% valt af en is niet geschikt voor implantologie, vanwege anamnestiche gegevens en/of medische- en/of psychische complicaties (bijvoorbeeld slechte gezondheid en/of medicijngebruik, psychische problematiek, te hoge en niet-realistische verwachtingen, nog slechte restdentitie in de kaak aanwezig, sterk en niet te beïnvloeden rookgedrag, slechte prothese die beter eerst vervangen kan worden, et cetera).

Fase 2

In fase 2 wordt tijdens het diagnostisch proces, op grond van klinisch en röntgenologisch onderzoek (indien nodig met behulp van een CBCT-scan) vastgesteld welke indicatie er is voor het aanbrengen van implantaten (een lage kaakhoogte is hierbij slechts één van de vele criteria). Voor de bovenkaak betekent dit (bijna) altijd vervolgonderzoek aan de hand van een diagnostische set-up en/of CT-scan om vast te stellen welke implantologische behandeling gewenst en doelmatig is ('backward planning'). Vervolgens vindt een terugkoppeling plaats naar de verwijzer en wordt een machtiging voor behandeling aangevraagd en gemotiveerd naar de zorgverzekeraar.

Fase 3

Bij positieve feedback vinden alle chirurgische implantaatbehandelingen (fase 3) plaats binnen het Centrum, waarbij van te voren geprogrammeerd is waar en hoeveel implantaten er geplaatst dienen te worden. Na chirurgische behandeling vindt de directe nazorg plaats in het Centrum, hetgeen inhoudt dat na circa 1-2 weken de bestaande gebitsprothese tijdelijk wordt aangepast, de patiënt instructie krijgt in zelfzorg en mond- en prothesehygiëne en wordt het resultaat van de chirurgie beoordeeld. De meeste chirurgische behandelingen bestaan uit het aanbrengen van 2-4 implantaten in de onderkaak en het merendeel van deze geïmplanteerde edentate patiënten (circa 80 %) wordt, nadat vastgesteld is dat de osseointegratie is geslaagd (99%), terugverwezen naar de verwijzer met een schriftelijk verzoek tot vervaardiging van een meso- en suprastructuur.

Fase 4-5

Ongeveer 10-20% van de in de onderkaak geïmplanteerde patiënten blijft, vaak mede op verzoek van de verwijzer of zorgverzekeraar, ook voor de prothetische vervolgbehandeling in het Centrum (fase 4) vanwege een (te) hoge moeilijkheidsgraad (bijvoorbeeld afwijkende kaakrelatie, extreem sterke resorptie, rolstoelgebonden patiënten, et cetera). Bijna alle patiënten (95%) met een indicatie voor implantaten in de bovenkaak (circa 20% van alle verwezen patiënten) blijven na de chirurgische behandeling zowel voor de prothetische vervolgbehandeling (fase 4) als ook voor de nazorg (fase 5) binnen het Centrum.

Daarnaast worden uiteraard binnen het Centrum diverse niet-edentate patiënten met implantaten behandeld die voor het ontbreken van een (aantal) element(en) voorzien worden van kronen en/of bruggen op implantaten. Hoewel deze groep groeiende is, vormt de edentate patiënt met protheseklachten (voorlopig) het merendeel van de implantaatbehandelingen.

Gebruikte afkortingen

CBCT – Cone Beam Computer Tomogram
CBT – Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde
CVZ – College voor Zorgverzekeringen
DBC-O – Diagnose Behandeling Combinatie-Onderhoud
Hbo – Hoger Beroepsonderwijs
KNMG – Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
Mbo – Middelbaar Beroepsonderwijs
NPCF – Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NVOI – Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie
NZa – Nederlandse Zorgautoriteit
SD – Standaarddeviatie
UPT – Uniforme Particuliere Tarieven
WMO – Wet Maatschappelijke Ondersteuning
ZN – Zorgverzekeraars Nederland

Bijlage 2 Deelnemende partijen bijeenkomst 24 maart 2014

Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT)
Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde (Cobijt)
Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT)
Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF)
Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist(en) (NVM)
Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie (NVMKA)
Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI)
Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
Organisatie Nederlandse Tandprothetici (ONT)
Zorgverzekeraar Achmea
Zorgverzekeraar CZ
Zorgverzekeraar De Friesland
Zorgverzekeraar Menzis
Zorgverzekeraar ONVZ
Zorgverzekeraar VGZ
Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Bijlage 3 Consultatie belanghebbende partijen

Zorginstituut Nederland heeft een conceptversie van dit rapport voorgelegd aan de volgende belanghebbende partijen:

- o Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT)
- o College Adviserend Tandartsen (CAT)
- o Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde (Cobijt)
- o Kennisinstituut Mondzorg (KiMO)
- o Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT)
- o Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)
- o Nederlands Vereniging van Mondhygiënist (NVM)
- o Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie (NVMKA)
- o Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI)
- o Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
- o Organisatie Nederlandse Tandprothetici (ONT)
- o Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Daarnaast is de conceptversie van het rapport ook ter informatie toegestuurd aan personen werkzaam bij bovengenoemde partijen en individuele zorgverzekeraars. Het Zorginstituut heeft reacties op de conceptversie van het rapport ontvangen van ANT, CAT, Cobijt, NMT, NVM, NVMKA, NVOI, NZa en ONT.

Het KiMo heeft aangegeven een reactie op het conceptrapport over te laten aan de organisaties en wetenschappelijke verenigingen die door het Zorginstituut ook om een reactie zijn gevraagd.

ZN heeft verzocht om uitstel van de reactietermijn.

In de volgende paragraaf ('Reacties belanghebbende partijen') zijn de ontvangen reacties weergegeven. Wanneer in die paragraaf gesproken wordt van 'wij', 'ons' e.d. heeft dat betrekking op de betreffende partij. In de paragraaf 'Commentaar op reacties van belanghebbende partijen' reageert het Zorginstituut op de ontvangen reacties.

Reacties belanghebbende partijen

ANT

De ANT dank voor het uitstekende rapport.

De ANT geeft aan dat de invoering van de in het rapport genoemde maatregelen zal moeten plaatsvinden in de tweede helft van 2014 en gedurende 2015. Sommige zaken kunnen relatief snel worden ingevoerd zoals de eigen bijdrage, andere zaken zullen veel overleg en afstemming vragen van de verschillende partijen (NVOI, ANT, NMT, ONT). De ANT pleit er voor de noodzakelijke overleggen goed te structureren en deze met voldoende regelmaat te laten plaatsvinden. Bij voorkeur met als locatie Zorginstituut Nederland in Diemen.

Een resultaat wat gewenst is, is klaarblijkelijk ook een afname van het aantal implantaatgedragen gebitsprothesen. Wij zouden een stabilisatie van het volume in combinatie met een afname van de kosten ook als een goede uitkomst zien.

De ANT vindt het een goede zaak dat het percentage van de eigen bijdrage gelijk is gesteld aan dat van de conventionele prothese en niet onoverkomelijk hoog is vastgesteld.

Naast de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar om deze eigen bijdrage niet meer vanuit de aanvullende verzekering te vergoeden, moet er ook een beroep worden gedaan op de zorgverleners om geen 'gratis klikgebit' meer te promoten. Indien blijkt dat zorgverleners deze handelwijze nog toepassen, dan zou een zorgverzekeraar sancties moeten kunnen toepassen, door bijvoorbeeld geen machtigingen meer te verlenen.

Bij 8.1 wordt naar onze mening een wat laag bedrag gerekend voor de kosten van een implantaat gedragen prothese in de bovenkaak. Het gemiddelde van 4000 euro is waarschijnlijk inclusief de onderkaak en indien alleen de bovenkaak wordt meegenomen dan zou er een hoger netto-effect te verwachten zijn van deze maatregel. Uiteraard is het altijd goed als maatregelen gunstiger uitpakken dan verwacht en kunnen wij ons daardoor vinden in deze tekst.

CAT

In hoofdstuk 1.1 wordt gesproken over andere, bijkomende factoren die zouden bijdragen aan de toename van de kosten. Het gaat hierbij ook nadrukkelijk om een toename van het aantal zorgverleners wat zich bezig houdt met de Implantologie.

In hoofdstuk 2.1 wordt gesproken over het aanbrengen van implantaten bij oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen. Beter is te spreken over oncologiepatiënten met resectie van kaakdelen.

In hoofdstuk 5.3 wordt aangegeven, dat de eindverantwoordelijkheid moet liggen bij zorgverleners, die voor het gehele behandeltraject bekwaam zijn. In de volgende alinea wordt aangegeven, dat dit de tandprotheticus zou moeten zijn. Dit is met elkaar in tegenspraak, want een tandprotheticus is niet bekwaam in alle onderdelen van het traject.

In hoofdstuk 5.3 wordt over garantie gesproken. Omdat dit nog in verdere onderhandeling met de zorgverleners afgesproken moet worden, is het wenselijk in deze rapportage nog geen termijn te noemen.

In hoofdstuk 5.5 wordt aangegeven, dat maxima per product moeten worden vastgesteld en dat bekeken moet worden, of implantaten ingekocht kunnen worden door verzekeraars. Wie geeft de aanzet daartoe? Verder moeten werkstukken voldoen aan het CE keurmerk. Dus ook voor de lagere prijzen moet wel voldoende kwaliteit mogelijk zijn.

In bijlage 6.1.5 missen we de verantwoordelijkheid van Zorgverzekeraars in het machtigingen proces: er wordt een machtiging afgegeven wanneer de behandeling voldoet aan bepaalde voorwaarden, zowel kwalitatief als qua prijs.

De in hoofdstuk 7.1 genoemde bedragen zijn waarschijnlijk indicatief bedoeld, maar zijn in het geval van klikgebit op 2 implantaten onderkaak plus conventionele prothese bovenkaak:aan de lage kant. De kosten zullen voor het prothetische deel eerder op € 2500 liggen in plaats van op de genoemde € 2200.

Wordt met het in hoofdstuk 7.1 en 7.2 genoemde "prothetische deel van de behandeling" ook de mesostructuur / suprastructuur bedoeld? Blijkbaar wel gezien de genoemde bedragen. Maar het staat er niet duidelijk.

Er zijn bij het CAT zorgen over het dalen van de eigen bijdragen bij de conventionele prothesen naar 10 %. Een eigen bijdrage van zeker 25 % lijkt daar toch heel redelijk. Een sterke daling van de eigen bijdrage op dat onderdeel doet een besparing bij de implantaatgedragen prothesen weer deels teniet.

Wanneer wordt gestreefd naar een ingangsdatum van 1 januari 2015 zal voor 1 juli 2014 (!) duidelijkheid moeten zijn (polisvoorwaarden).

Cobijt

Met grote belangstelling heeft het Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde kennis genomen van het conceptrapport Implantaatgedragen gebitsprothesen van het Zorginstituut Nederland (voorheen CVZ), d.d. 22 april 2014. Graag maakt Cobijt gebruik van de geboden gelegenheid om het conceptrapport van commentaar te voorzien.

Cobijt ondersteunt de noodzaak om maatregelen te treffen, die gepast gebruik van de implantaatgedragen gebitsprothesen bevorderen, zoverre er aanspraak gemaakt wordt op het Besluit Zorgverzekeringswet. Zij onderscheidt in uw conceptrapport dan ook diverse raakvlakken met het visiedocument "De toekomst van de Bijzondere Tandheelkunde", die in samenwerking met Cobijt door de NMT ontwikkelt.

Overeenkomstig met het visiedocument stemt Cobijt in met de maatregel tot een aanscherping van de ("verzekeringstechnische") indicatiestelling. Zij onderschrijft het uitgangspunt dat een explicitering van de verzekeringstechnische indicatie de kern van dit voorgestelde project dient te zijn. Hiermee kan gepast gebruik van aanspraken op de regeling bijzondere tandheelkunde (zoals beschreven in het Besluit Zvw art. 2.7 lid 1) getoetst worden.

Ook in de overige voorgestelde maatregelen als centralisering, vaststellen van regie en verantwoordelijkheden, onderbouwing van honorarium en maximering van materiaal- en techniekkosten kan Cobijt zich vinden. Bij de beschrijving van de maatregel tot verhoging van de eigen bijdrage (§ 5.6) wenst Cobijt de volgende opmerking plaatsen.

Hier wordt beschreven: "voor de 'echte' bijzondere tandheelkunde zou geen eigen bijdrage moeten gelden". Waar gesproken wordt over 'echte' bijzondere tandheelkunde wordt, naar de mening van Cobijt, ruimte gelaten voor een vorm van 'onechte' bijzondere tandheelkunde. Cobijt duidt op het risico tot onduidelijkheid en ongewenste interpretatie van de uit te werken "verzekeringstechnische" indicatie. Indien de "verzekeringstechnische" indicatie in het conceptrapport als kern van het project wordt bestempeld, is het van essentieel belang dat deze taak goed wordt uitgewerkt. Bij goed resultaat is er dan immers geen aanleiding meer te spreken over 'echte' bijzondere tandheelkunde.

Verderop in het conceptrapport (§7.1 en §7.2) wordt geadviseerd om voor elk onderdeel van de prothetische behandeling hetzelfde regime van eigen bijdrage in te voeren. Bovendien wordt voorgesteld om alleen het recht op implantaten in de bijzondere tandheelkunde te regelen en de implantaatgedragen gebitsprothese wordt dan conform de huidige conventionele prothese geregeld. Daarop aansluitend wil Cobijt aanbevelen om de voorgestelde maatregel met betrekking tot eigen bijdrage algemeen te doen gelden voor de hele mondzorg, inclusief voor mensen met een indicatie bijzondere tandheelkunde. In de huidige situatie wordt dit reeds toegepast, zowel bij conventionele als implantaatgedragen gebitsprothese. Hiermee wordt oneigenlijk gebruik van de aanspraken op de Besluit Zvw voorkomen.

Cobijt ziet uit naar een goede samenwerking, gericht op verdere uitwerking van de voorgestelde maatregelen.

NMT

De NMT heeft met belangstelling kennisgenomen van het concept-rapport: "Implantaatgedragen prothesen".

Wij onderschrijven de noodzaak om te komen tot maatregelen, die gepast gebruik van de implantaatgedragen prothesen bevorderen. Dit standpunt is ook verwoord in ons consultatiedocument "De toekomst van de bijzondere tandheelkunde".

De NMT is voorstander van een afbakening van implantaatgedragen prothesen die vallen onder de echte bijzondere tandheelkunde en de overige (standaard) implantaatgedragen prothesen zoals in onze toekomstvisie bijzondere tandheelkunde is verwoord. Wij vinden het dan ook jammer, dat het Zorginstituut Nederland er op dit moment voor kiest om de kostenstijging te beperken c.q. terug te dringen en gepast gebruik te bevorderen zonder verdergaande pakketmaatregelen voor te stellen.

Inhoudelijke reactie consultatie

Hieronder wordt op de in hoofdstuk 5 van het concept-rapport genoemde maatregelen gereageerd.

5.1. Opstellen van zorginhoudelijke richtlijn; aanscherping indicatiestelling

De NMT is voorstander van het opstellen van een zorginhoudelijke richtlijn en aanscherping van de indicatiestelling met als doel te komen tot een gecontroleerde kostenontwikkeling.

Tevens zijn wij van mening dat indicatiestelling onderdeel van het zorgproces is en daarmee de taak van een op dit onderdeel gekwalificeerde tandarts en/of kaakchirurg.

De NMT maakt een duidelijk onderscheid tussen een zorginhoudelijke en de verzekeringstechnische indicatie. In onze ogen is het op de eerste plaats gewenst om te bepalen dat er een zorginhoudelijke indicatie is voor een implantaatgedragen prothese om vervolgens te bepalen op basis van de ernst van de afwijking hoe deze wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Vervolgens zal bepaald dienen te worden door wie en waar deze zorg verleend wordt.

Hoe de verzekeringstechnische indicatie wordt gedefinieerd is wat ons betreft bepalend voor de onderbouwing van het honorarium, de maximering van de materiaal- en techniekkosten en de eigen bijdragen.

We vinden het belangrijk om de verzekeringstechnische indicatie te omschrijven zoals deze oorspronkelijk was bedoeld, d.w.z. dat het gaat over de extreem geslonken kaak of vergelijkbare problematiek. In alle andere gevallen is er volgens ons geen sprake van ernstige problematiek, maar een verbetering van de prothetische situatie. Echter: dit valt niet onder art. 2.7 lid 2 van het Besluit Zorgverzekering.

5.2. Centralisering van diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van de implantaatgedragen prothesen in de bovenkaak

Wat betreft de implantaatgedragen prothesen in de bovenkaak is in onze toekomstvisie bijzondere tandheelkunde aangegeven, dat deze alleen in aanmerking komt voor vergoeding vanuit de basisverzekering in het kader van bijzondere tandheelkunde, indien sprake is van een dienovereenkomstig ernstige afwijking. De indicatie hiertoe wordt gesteld door een op dit onderdeel gekwalificeerde tandarts en/of kaakchirurg. De NMT vindt een second opinion na deze indicatiestelling overbodig. Wel onderschrijven

wij het voorstel dat de behandeling bij voorkeur wordt uitgevoerd door een gekwalificeerde en bij voorkeur gedifferentieerde tandarts, eventueel met taakdelegatie of verwijzing.

De NMT vindt het van groot belang dat zorgverzekeraars hun verantwoordelijkheid nemen waar het gaat om toetsing van de indicatiestelling en kan zich dan ook vinden in het instellen van de door u genoemde "Regionale Expertise Teams".

Daarnaast is de NMT van mening dat machtigingsvrij werken in het kader van de implantaatgedragen prothesen kan op basis van heldere criteria, waarbij de verantwoordelijkheid om te toetsen of is voldaan aan de criteria bij de zorgverzekeraar ligt. Het moet daarnaast altijd mogelijk zijn om ook te werken met machtigingen.

Nu het machtigingenportaal van Vecozo ook operationeel is voor de mondzorg kan er ook voor worden gekozen om alle aanvragen via dat portaal te laten lopen.

5.3. Vaststellen regie en verantwoordelijkheid

Wat de regie c.q. eindverantwoordelijkheid betreft, zijn wij van mening dat deze bij een daartoe gekwalificeerde tandarts of kaakchirurg dient te liggen. Deze dient ook de regie te houden over het onderhoud en de controle van de implantaatgedragen prothese. Nadere invulling met betrekking tot de inhoudelijke en financiële grenzen van deze regie en verantwoordelijkheid achten wij zeer gewenst.

We plaatsen een paar kanttekeningen bij de te maken prijsafspraken in contracten. Bij standaardbehandelingen is maximering of een all-in-prijs geen probleem. Zo kan bijvoorbeeld bij een deel van de implantaten in de onderkaak worden gewerkt met een all-in-prijs.

Het moet daarnaast echter altijd mogelijk blijven om onderscheid te kunnen maken in individuele gevallen en dus ook met de daarbij horende hogere kosten de behandeling uit te voeren. Zeker bij wat in het concept- rapport de echte "bijzonder tandheekkunde" genoemd wordt is het zeer ongewenst om met all-in-prijzen te werken gezien de complexiteit van de behandelingen.

5.4. Onderbouwen van honorarium van de zorgverlener

Het spreekt voor zich dat de NMT samen met de ANT, ONT, NVM en ZN met een voorstel aan de NZa komt voor de onderbouwing van het honorarium van de zorgverlener.

Een groot gedeelte van het honorarium van de complexe implantaatgedragen prothesen bestaat uit het uurtarief bijzondere tandheekkunde. In het eerder genoemde consultatiedocument "De toekomst van de bijzondere tandheekkunde" is door de NMT en Cobijt aangegeven, dat actualisatie van de methodiek om tot dit uurtarief te komen zeer is gewenst.

5.5. Maximering van materiaal- en techniekkosten

De NMT is niet tegen genormeerde materiaal- en techniekkosten bij standaardbehandelingen. Daarnaast is de NMT van mening dat in (goed onderbouwde) individuele gevallen, bijvoorbeeld waarbij sprake is van zeer complexe situaties daarvan afgeweken moet kunnen worden.

5.6. Verhoging van de eigen bijdrage

Voorgesteld wordt om de implantaten (inclusief plaatsen) onder de bijzondere tandheekkunde te blijven laten vallen en de (vervangings)prothese te verzekeren en te financieren naar analogie van de conventionele prothese.

De NMT vraagt zich af hoe dit precies uitgewerkt gaat worden. Het gaat daarbij met

name om de volgende vragen: Wanneer is sprake van bijzondere tandheelkunde? en Wanneer is er sprake van "echte" bijzondere tandheelkunde?

De NMT stelt dan ook voor een werkgroep te benoemen, die zich richt op de omschrijving van de "echte" bijzondere tandheelkunde, waarvoor geen eigen bijdrage geïnd dient te worden. Daarbij zal het wellicht zinvol zijn een onderscheid te maken tussen de diagnostiek en de behandeling in dat traject.

Onder andere valt bij de "echte" bijzondere tandheelkunde te denken aan:

- De volledige prothese die gezien de complexe anatomische verhoudingen, moeilijke behandelbaarheid van patiënt enz. nu verwezen worden naar een CBT.
- De extreem geslonken onder- en bovenkaak die met heup- en/of schedelbot is opgebouwd en waar sprake is van een geheel nieuwe en vaak zeer complexe anatomie.
- De patiënt waarbij sprake is van zeer ernstig en extreem kokhals gedrag, extreem klem- en knarsgedrag en/of ernstige psychische of psychiatrische problematiek.
- De patiënt die niet blijkt te kunnen functioneren met zijn prothese op implantaten en/of hevige pijn heeft na plaatsing van de prothese. Veel van de verwijzingen naar de CBT's bestaan uit deze patiëntencategorie.

Het is daarbij voor ons van belang dat zorgverzekeraars bereid dienen te zijn de standaard gevallen, met twee implantaten in de onderkaak, via de aanvullende verzekering te vergoeden, inclusief de eigen bijdrage voor de prothese. Daarna moet de patiënt voor controle naar de tandarts dus achten wij een aanvullende verzekering voor de patiëntencategorie ook nuttig.

De NMT is dan ook geen voorstander van een verbod om de eigen bijdrage te herverzekeren.

Tot slot merken wij op het wenselijk vinden, dat Cobijt betrokken wordt bij de uitwerking van de centralisering van diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van de implantaatgedragen prothesen in de bovenkaak en het vaststellen van de regie en verantwoordelijkheid.

NVM

Namens het bestuur van de NVM wil ik u berichten dat de NVM, gelet op haar eerdere reacties, geen aanleiding ziet om te reageren op het conceptrapport, daar het een prima rapport is.

NVMKA

Met excuses voor de wat late berichtgeving delen wij u mede, dat het bestuur zich kan vinden in het door u opgestelde conceptrapport 'Implantaatgedragen gebitsprothesen'.

NVOI

De NVOI kan zich vinden in de maatregelen en zal haar uiterste best doen de 3 coördinerende taken uit te voeren.

Beperkingen voor een vrijwilligersclub zoals de NVOI zijn echter flexibiliteit in tijd, faciliteiten en financiële budgetten.

Richtlijn ontwikkeling is inmiddels ook voor de bovenkaak in gang gezet. De kwaliteit van de richtlijn is afhankelijk van de hoeveelheid research en tijd die je daar in stopt. Er zou nog een mogelijkheid zijn onderdelen voor een richtlijn via het CBO te laten ontwikkelen, echter dan zit je weer met kosten. We zullen de voortgang goed monitoren echter vragen basale ondersteuning in de coördinering en facilitering. Het zou prettig

zijn secretariële ondersteuning te kunnen krijgen vanuit het Zorginstituut Nederland. Graag zouden wij daar dan ook de faciliteiten betrekken voor vergaderingen met andere belangengroepen. Bij voorkomende financiële barrières zouden wij die ook graag bespreekbaar willen kunnen maken.

Wat betreft de kostenreductie kunnen wij ons geen beeld vormen betreffende het volume onterechte indicaties op dit moment. De kostenreductie zou dus volgens de stelling uit het rapport 10% bedragen. Naar mening van de NVOI zal door betere onderlinge afspraken zorgverleners binnen een behandelketen in contract met zorgverzekeraars behandelresultaten kunnen worden overeengekomen, waarin nazorg en overmakingen sterk beperkt kunnen worden. De besparing door goede indicatie en kwaliteit zou nog wel eens een grotere reductie in kosten kunnen opleveren dan specifiek volume vermindering.

NZa

De NZa waardeert het dat er actief wordt nagedacht over maatregelen die, onder de noemer 'gepast gebruikt', de kostenstijging met betrekking tot implantaatgedragen gebitsprothesen beperken en indien mogelijk terug dringen. De afspraken in het betreffende rapport zijn helder en, voor zover de NZa die kan beoordelen, concreet toe te passen.

Onlangs heeft de NZa gereageerd op een eerdere versie van het betreffende rapport. De opmerkingen die toen zijn gemaakt, zien wij terug komen in het concept rapport dat nu gepresenteerd wordt aan de besturen van de betrokken branchepartijen. De NZa zal verder een rol innemen als agenda-lid van de coördinatiegroep. Zoals bekend, werkt de NZa momenteel aan een kostenonderzoek dat als uitgangspunt dient voor de herijking van de tarieven. Zowel tandartsen, tandprotheticici als tandarts-implantologen zijn meegenomen in dit onderzoek. Daarnaast loopt een traject waarbij branchepartijen een voorstel kunnen indienen om te komen tot nieuwe tarieven voor implantologie. Daar zal mogelijk ook het hoofdstuk dat betrekking heeft op de nu voorliggende prestaties bij betrokken worden.

Graag worden wij – al dan niet via de coördinatiegroep – op de hoogte gesteld van toekomstige ontwikkelingen.

ONT

Bij het tot stand komen van het rapport hebben we rechtstreeks of via onze leden, een aantal malen onze visie kunnen geven. Ook tijdens de bijeenkomst over dit onderwerp hebben we die mogelijkheid gekregen en benut. Een aantal van deze zaken zien we terug in het conceptrapport. Om die reden beperken we onze reactie tot een enkel punt dat wat ons betreft niet voldoende aandacht kan krijgen.

De ONT pleit er voor om de indicatiestelling te verzwaren in die zin dat er te allen tijde een behandeladvies van een gediplomeerd tandprotheticus gekoppeld is aan de indicatie / aanvraag. Hierdoor kan worden beoordeeld worden of er in plaats van een implantaatgedragen prothese nog een conventionele prothese kan worden geplaatst. Hierdoor wordt een zorginhoudelijke drempel opgeworpen tegen een onterechte aanspraak. Indien een conventionele prothese niet tot de mogelijkheden behoort, zal er advies worden gegeven over de plaatsing van de implantaten voor het beste resultaat. We denken dat hierdoor de zorg een kwaliteitsimpuls krijgt.

Tenslotte pleiten we voor de snelle ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn waarbij alle betrokken disciplines aan bod komen; dus niet alle tandarts-implantologen, maar ook tandprotheticen en mondhygiënist. In deze richtlijn moet naar de mening van de ONT aandacht zijn voor bovengenoemde punt.

Commentaar op reacties van belanghebbende partijen

Zorginstituut Nederland is blij met de instemming van partijen op het conceptrapport Implantaatgedragen gebitsprothesen. Het geeft aan dat partijen noodzaak onderschrijven om de kostenstijging te beperken c.q. terug te dringen en gepast gebruik te bevorderen.

In deze paragraaf gaat het Zorginstituut in op reacties van partijen op het conceptrapport. Instemmende reacties of reacties die punten uit het conceptrapport onderstrepen bespreken we hier niet. We gaan in op punten die nieuw zijn of nadrukkelijk een andere visie weergeven.

ANT

De ANT geeft aan een stabilisatie van het volume in combinatie met een afname van de kosten ook als een goede uitkomst zien.

De in het rapport genoemde maatregelen zijn er niet primair op gericht een kostenbesparing te realiseren. Het Zorginstituut verwacht echter dat een aanscherping van de indicatiestelling/verzekeringsvoorwaarden, gezien het onderzoek naar de achtergronden van de kostenontwikkeling, zal leiden tot een afname van aantal implantaatgedragen gebitsprothesen vanuit de basisverzekering.

Zorginstituut Nederland is het eens met de ANT dat er ook een beroep moet worden gedaan op de zorgverleners om geen 'gratis klikgebit' meer aan te beiden. Zorginstituut stelt voor dat partijen dit punt betrekken bij de uitwerking van de maatregelen.

Het is juist dat de we behoudende aannames hebben gemaakt bij de vaststelling van de financiële effecten van de maatregelen.

CAT

Het CAT merkt op dat in hoofdstuk 7 niet duidelijk is wat precies met het prothetische deel van de behandeling wordt bedoeld. Naar aanleiding van die opmerking is aangegeven dat met het prothetische deel zowel de mesostructuur alsook de suprastructuur wordt bedoeld.

Het Zorginstituut acht het onwenselijk om de eigen bijdrage op 25% vast te stellen. De toegankelijkheid van de zorg komt daarmee in gevaar.

Cobijt

Cobijt stelt in haar reactie voor een eigen bijdrage voor de hele mondzorg (voor volwassenen) in te voeren. Het Zorginstituut ziet dit als een interessante suggestie, maar is van mening dat het voorstel buiten de het onderwerp 'implantaatgedragen gebitsprothesen' valt en het lijkt ons daarom niet juist hierover nu een advies uit te brengen.

NMT

De NMT is voorstander om, indien er geen indicatie is voor een implantaatgedragen gebitsprothese in het kader van de bijzondere tandheelkunde, deze op andere wijze binnen de basisverzekering te financieren. De NMT spreekt in dit kader van implantaatgedragen gebitsprothesen vallende onder de 'echte' bijzondere tandheelkunde en de overige implantaatgedragen gebitsprothesen. De NMT wenst een aanpassing van de regelgeving op dit punt. Zorginstituut Nederland acht het niet

wenselijk te spreken van 'echte' bijzondere tandheelkunde. Indien er geen indicatie bestaat voor een implantaatgedragen gebitsprothese in het kader van de bijzondere tandheelkunde, impliceert dit dat er nog een adequaat functionerende conventionele gebitsprothese kan worden geplaatst. Het Zorginstituut acht het niet wenselijke om dan een duurdere voorziening voor hetzelfde doel onderdeel van de basisverzekering te laten zijn.

Wel stelt Zorginstituut Nederland voor om in de bijzondere tandheelkunde alleen het recht op implantaten te regelen. Het recht op gebitsprothesen te plaatsen op implantaten kan, buiten de bijzondere tandheelkunde, worden geregeld in artikel 2.7, vijfde lid, onder b. van het Besluit zorgverzekering, waar nu ook het recht op een conventionele prothese is geregeld.

De in hoofdstuk vijf gemaakte opmerkingen zijn opmerkingen van verschillende partijen die zijn gemaakt tijdens bilaterale overleggen. Het Zorginstituut wil daarmee inzicht geven aan opvattingen van partijen. De opmerkingen die in dat hoofdstuk worden gemaakt zijn toe te schrijven aan de diverse partijen en zijn geen uitdrukking van consensus of opvatting van het Zorginstituut.

De NMT acht de betrokkenheid van Cobijt wenselijk bij meer maatregelen dan in het rapport is aangegeven. Cobijt is op eigen verzoek alleen ingedeeld bij het onderwerp 'Aanscherping indicatiestelling/Verzekeringsvoorwaarden'. Het staat partijen vanzelfsprekend vrij om hier naar eigen goeddunken een andere invulling aan te geven.

NVOI

De NVOI verzoekt het Zorginstituut om ondersteuning bij coördineren en faciliteren van de richtlijnontwikkeling. De rol die het Zorginstituut hier kan spelen is uiterst beperkt. Dit geldt ook voor financiële aspecten van de richtlijnontwikkeling.

Zoals in reactie op de ANT is aangegeven hebben we behoudende aannames gemaakt bij de vaststelling van de financiële effecten van de maatregelen. Het is goed om te vernemen dat de NVOI er vanuit gaat dat goede indicatie en kwaliteit een grotere reductie in kosten kan opleveren dan specifiek volume vermindering.

ONT

De ONT pleit ervoor de indicatiestelling te verzwaren door te allen tijde een behandeladvies van een tandprotheticus te koppelen aan de indicatie/aanvraag. Het Zorginstituut is van mening dat in het proces van zorgverlening nadrukkelijk de expertise van de tandprotheticus moet worden betrokken. Bij de uitwerking van de maatregelen dient aandacht te zijn voor de rol die de verschillende zorgverleners kunnen en moeten spelen.