



Nederlandse
Zorgautoriteit

Monitor
Mondzorg 2018



Inhoud



Samenvatting

Deze monitor mondzorg brengt de ontwikkelingen in de mondzorg tussen 2013 en 2016 in kaart. We kijken naar de tarief- en omzetontwikkeling, de effecten van recente beleidswijzigingen en de verschillen tussen aanbieders van mondzorg. Deze monitor is gebaseerd op de gegevens van de zorgverzekeraars, we kijken dus alleen naar de mondzorg die gedeclareerd is via de zorgverzekeraar. Dit betreft alleen de basis- en aanvullend verzekerde zorg.

Tarief- en omzetontwikkeling

In juli 2015 zijn de maximumtarieven in de mondzorg verlaagd op basis van een kostenonderzoek. Voor een aantal veel gedeclareerde prestaties brengen we de ontwikkeling van de gedeclareerde kosten per patiënt in kaart en zetten we deze af tegen de tariefontwikkeling. We zien over het algemeen een toename in de gedeclareerde omzet per patiënt, maar bij een aantal prestaties is het gedeclareerde bedrag niet toegenomen. De stijging in de gedeclareerde kosten ten behoeve van de preventieve mondzorg en de kosten gedeclareerd door orthodontisten is het grootst.

Effecten van wijzigingen in de regels voor de mondzorg

In de afgelopen jaren heeft een aantal wijzigingen plaatsgevonden in de omschrijving of de tariefstructuur van bepaalde prestaties. In deze monitor wordt gekeken of het beoogde effect van de wijzigingen daadwerkelijk is opgetreden.

Veelal wordt het beoogde doel behaald.

Verschillen tussen mondzorgaanbieders

In deze monitor onderzoeken we ook de gemiddeld gedeclareerde kosten tussen praktijken. We zien bij een aantal prestaties relatief veel verschil in gedeclareerde kosten per patiënt tussen praktijken. Dit zijn doorgaans de prestaties waarbij materiaal- en techniekkosten in rekening gebracht kunnen worden. De variatie zit waarschijnlijk in de verschillende soorten materialen en technieken die gebruikt kunnen worden bij de behandeling.

Registratie van materiaal- en techniekkosten is niet juist

Uit de gegevens van Vektis blijkt dat de materialen en technieken op verschillende manieren worden geregistreerd. Soms wordt de prestatie met een sterretje geregistreerd (bijvoorbeeld R24*) en soms wordt de prestatie zelf (bijvoorbeeld R24) geregistreerd. Dit zorgt ervoor dat er een aantal aannames zijn gedaan om conclusies te kunnen trekken over de materiaal- en techniekkosten.

Conclusies

We concluderen dat in de periode 2013-2016 de gemiddeld gedeclareerde omzet per patiënt toeneemt. In die zelfde periode zijn de tarieven gedaald. De omzetstijging in de orthodontie lijkt relatief het grootst. Daarnaast nemen we voor zowel de preventieve mondzorg als voor de curatieve mondzorg een stijging van de gedeclareerde omzet per patiënt waar. De toename in de gedeclareerde kosten per patiënt voor preventieve mondzorg is groter dan de toename in curatieve mondzorg.

Deze monitor doet geen onderzoek naar de oorzaak van eventuele trends die we inzichtelijk maken. Trends kunnen bijvoorbeeld veroorzaakt worden door economische ontwikkelingen.

De gebruikte gegevens bevatten geen eenduidige registratie van de materiaal- en techniekkosten, maar met een benadering om deze kosten per patiënt te berekenen kunnen we toch iets zeggen over de ontwikkeling hiervan en de spreiding in gedeclareerde kosten tussen praktijken. We zien bij een aantal prestaties relatief veel spreiding tussen praktijken.

Aanbevelingen

De NZa roept mondzorgaanbieders op om, gezien alle variatie die we constateren, vooraf, tijdens, maar ook na de behandeling de patiënt juist te informeren over de keuze in behandelingen en gebruikte materialen en technieken. Wij concluderen aan de hand van deze monitor niet dat de informatievoorziening niet op orde is, dit hebben we immers niet onderzocht in deze monitor.

Als de variatie komt door verschillende mogelijkheden in de behandeling, dan moet de praktijk dit ook duidelijk kunnen maken. Wij roepen zorgaanbieders op om hier transparant over te zijn. Dit moet bijvoorbeeld al door op een zichtbare plek de prijslijst van de gehanteerde materialen en technieken te tonen, zodat de patiënt weet uit welke mogelijkheden hij kan kiezen.

Daarnaast roepen wij de brancheverenigingen op om in richtlijnen te omschrijven wat goede kwaliteit van mondzorg inhoudt.

Tot slot, voor de komende jaren is het de ambitie van de NZa om in de bekostiging in de verschillende zorgsectoren meer aandacht te geven aan kwaliteit, uitkomsten, preventie en transparantie voor de patiënt. Ook in de mondzorg is dat ons streven. De NZa wil samen met de beroepsgroepen inzetten op een doorontwikkeling van de bekostigingsstructuur. Transparantie, preventie en innovatie zullen hierbij centraal staan.

1. Inleiding

In deze monitor onderzoeken we de uitgaven aan mondzorg tussen 2013 en 2016. We kijken naar de kostenontwikkeling per patiënt en de effecten van recente beleidswijzigingen. Daarnaast kijken we of we verschillen zien in de kosten van bepaalde prestaties tussen de diverse aanbieders van mondzorg. De analyses in deze monitor zijn gebaseerd op Vektisdata over de periode 2013-2016.

1.1 Aanleiding

De mondzorgsector heeft te maken met verschillende wettelijke kaders. Het grootste gedeelte van de tandheelkundige zorg voor jeugdigen (onder de 18 jaar) zit in het basispakket van de Zorgverzekeringswet.

Het grootste gedeelte van alle mondzorg voor volwassenen valt buiten de basisverzekering. Patiënten boven de 18 jaar kunnen zelf kiezen of zij een aanvullende verzekering voor de mondzorg willen afsluiten.

Gezien de beperkte rol van zorgverzekeraars in deze sector is het van belang dat de NZa ontwikkelingen in de mondzorg volgt, deze in kaart brengt en hierop anticipeert. Op deze manier kan de NZa de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de mondzorg monitoren en bewaken.

1.2 Scope van de monitor

De mondzorgsector bestaat uit verschillende disciplines en specialisaties. Voor deze monitor hebben we gekeken naar de ontwikkelingen in de uitgaven van zorg door:

- tandartsenpraktijken
- orthodontiepraktijken
- praktijken voor tandprothetiek
- zelfstandige praktijken voor mondhygiëne

Deze monitor is gebaseerd op Vektis data. De Vektis data bevatten een groot deel van de totaal gedeclareerde prestaties in de mondzorg, namelijk de zorgkosten die aan of via de zorgverzekeraars zijn gedeclareerd. Het overige deel van de declaraties gaat niet via de zorgverzekeraars. Deze zorg wordt direct bij de patiënt in rekening gebracht. De Vektis dataset bevat in 2016 declaraties van 10,0 miljoen patiënten en heeft een gedeclareerde omzet van 2,8 miljard euro. De totale omzet mondzorg bedraagt in 2016 3,3 miljard (Bron: CBS). Dit betekent dat we gedeclareerde omzetgegevens hebben van een kleine 85% van de totale omzet mondzorg. We zijn van mening dat deze data een goed beeld van de gedeclareerde kosten via de zorgverzekeraars geeft. We kunnen met behulp van deze data laten zien wat de kostenontwikkeling per patiënt is voor bepaalde behandelingen, maar we kunnen geen uitspraken doen over de totale omvang van de mondzorg.

Overall waar in deze monitor een conclusie wordt getrokken, betreft het een conclusie op basis van de gehanteerde dataset inclusief de aannames die zijn gemaakt. Dit betekent dat wij niet altijd een verklaring kunnen geven over bijvoorbeeld een trend die we waarnemen.

Trends kunnen (deels) veroorzaakt worden door bijvoorbeeld het aantrekken van de economie, maar dergelijke verbanden zijn binnen de scope van deze monitor niet onderzocht.

Meer over de dataset en aannames is te lezen in de bronnen en methoden.

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 brengen we de ontwikkeling van de gemiddelde kosten per type behandelaar op patiëntniveau in kaart en de omzetontwikkeling voor een aantal prestaties. Hoofdstuk 3 laat de effecten zien van gewijzigde prestaties en tarieven tussen 2013 en 2016. Hoofdstuk 4 bevat de resultaten van analyses naar de behandel- en praktijkvariatie in de mondzorg bij een aantal veelvoorkomende behandelingen. Zo kijken we bijvoorbeeld naar het gemiddelde aantal röntgenfoto's per patiënt en naar het gemiddeld aantal minuten voor de gebitsreiniging.



2 Tarief- en omzetontwikkelingen in de mondzorg

In dit hoofdstuk brengen we de tarief- en omzetontwikkelingen per declarant binnen de sector in kaart. In paragraaf 2.1 beschrijven we de tariefherijking in de mondzorg uit 2015. Vervolgens brengen we in paragraaf 2.2 de algemene trend van praktijkafzet en praktijkomzet in kaart over de periode 2013-2016. In paragraaf 2.3 zoomen we in op een aantal specifieke behandelingen (prestaties) in relatie tot de tariefherijking. Eventuele oorzaken die de waargenomen trends zouden kunnen verklaren, zoals bijvoorbeeld een aantrekkende economie, zijn binnen de scope van deze monitor niet onderzocht.

2.1 Tariefherijking 1 juli 2015

In 2015 verlaagde de NZa de maximumtarieven in de mondzorg op basis van een kostenonderzoek in 2014. De meeste tarieven in de tandheelkundige zorg werden 5,1% lager, de tarieven voor implantologie en de mesostructuur daalden met 19,1%. De tarieven voor orthodontische zorg werden 1,5% lager per juli 2015. De orthodontische tarieven waren een aantal jaar eerder (per 1 juli 2011) verlaagd met 16%.

2.2 Gedeclareerde omzetontwikkelingen per type mondzorgpraktijk (declarant)

In deze paragraaf spreken we over declaranten: de aanbieder die de nota verstuurt aan de zorgverzekeraar (voor meer informatie zie Bronnen en Methoden). Er is onderscheid te maken tussen de volgende type declaranten in de mondzorg:

- tandartsen
- orthodontisten
- centra voor bijzondere tandheelkunde
- tandprotheticci
- zelfstandige mondhygiënist
- centra voor jeugdtandverzorging
- overige/onbekend

De declarant hoeft niet degene te zijn die de zorg daadwerkelijk heeft geleverd. Het kan zijn dat de zorg in een praktijk geleverd wordt door verschillende type behandelaren, maar dat de eigenaar van de mondzorgpraktijk de zorg in rekening brengt bij de zorgverzekeraar.

In het jaar 2016 declareerden mondzorgaanbieders voor 10,0 miljoen patiënten een behandeling. In 2013 waren dat nog 9,7 miljoen patiënten. De gemiddeld gedeclareerde kosten per patiënt stegen van € 269 in 2013 naar € 284 in 2016. Een stijging van 5,8%.

78% van deze kosten wordt gedeclareerd door de tandarts. Dit is gemiddeld € 243 euro per patiënt.

Centra voor bijzondere tandheelkunde richten zich op patiënten bij wie een behandeling in een normale tandartspraktijk niet goed (meer) mogelijk is. Dit is vanwege ernstige aandoeningen of beperkingen waardoor de zorg die verleend wordt specifieke deskundigheid, vaardigheden, faciliteiten en/of ondersteuning nodig maakt. De zorg die geleverd wordt in deze centra valt doorgaans ten laste van de Zorgverzekeringswet. In Nederland zijn 25 centra voor bijzondere tandheelkunde. Deze instellingen declareren 6,5% van de totaal gedeclareerde omzet aan mondzorg.

Nederland kent 13 **instellingen voor jeugdtandverzorging**. In deze instellingen wordt 1% van de totaal gedeclareerde omzet mondzorg geleverd. Een instelling voor jeugdtandverzorging kenmerkt zich door mondzorgaanbieders met specifieke deskundigheden en vaardigheden alsmede faciliteiten ten behoeve van consultatie, diagnostiek en behandeling verleend aan patiënten tot 18 jaar.

Orthodontisten declareren ruim 7% van de totaal gedeclareerde omzet mondzorg. De gedeclareerde omzet van tandheelkundige zorg door orthodontisten is slechts 0,5% van de declaraties van de orthodontisten. Het omgekeerde komt vaker voor: tandartsen die orthodontische zorg declareren, dit betreft een kleine 4% van de totale declaraties van de tandartsen. Hiermee wordt 27% van de totale omzet orthodontische zorg gedeclareerd door de tandarts.

Zelfstandige mondhygiënisten declareren vooral preventieve mondzorg en hebben een marktaandeel van 2,6% in de mondzorg-sector. Preventieve mondzorg wordt voor het overgrote deel gedeclareerd door tandartsen. De zelfstandige mondhygiënisten declareren een klein deel (8,6%) van de totaal gedeclareerde omzet preventieve mondzorg.

Tandprotheticici zijn gespecialiseerd in het plaatsen van kunstgebitten. De tandprotheticici declareren ruim 3% van de totaal gedeclareerde omzet in de mondzorg. Dit betekent echter niet dat maar 3% van de totale mondzorg aan protheses of kunstgebitten wordt uitgegeven. Deze zorg wordt namelijk ook door andere declaranten in rekening gebracht.

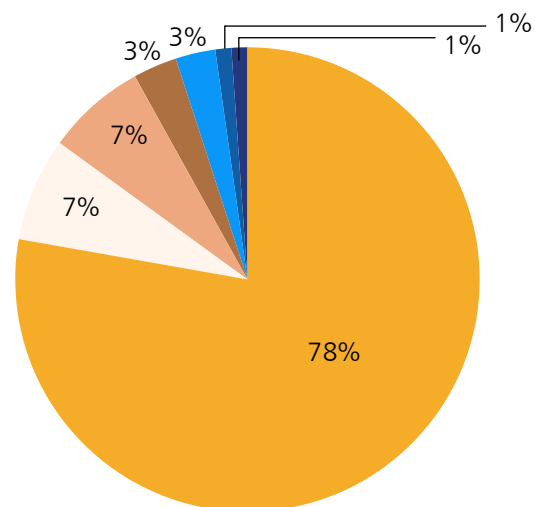
Het resterende deel (1%) van de alle declaraties wordt gedeclareerd door andere aanbieders van mondzorg.

Gedeclareerde omzet per declarant

type declarant	2013		
	patiënten	omzet	omzet pp
Tandartsen	8.561.829	€ 1.992.415.131	€ 232,71
Orthodontisten	381.787	€ 162.538.140	€ 425,73
Centrum voor bijzondere tandheelkunde	471.031	€ 145.014.376	€ 307,87
Tandprothetici	140.432	€ 85.363.930	€ 607,87
Zelfstandige mondhygiënist	353.603	€ 53.349.220	€ 150,87
Centrum voor jeugdtandverzorging	130.121	€ 25.285.387	€ 194,32
Onbekend (factoringmaatschappij zonder agb)	670.601	€ 143.821.381	€ 214,47

type declarant	2016			
	patiënten	omzet	omzet pp	verschil met 2013
Tandartsen	9.111.380	€ 2.217.495.210	€ 243,38	4,58%
Orthodontisten	440.368	€ 211.490.520	€ 480,26	12,81%
Centrum voor bijzondere tandheelkunde	617.786	€ 183.957.783	€ 297,77	-3,28%
Tandprothetici	145.792	€ 92.388.590	€ 633,70	4,25%
Zelfstandige mondhygiënist	468.445	€ 72.719.318	€ 155,24	2,89%
Centrum voor jeugdtandverzorging	131.942	€ 27.539.811	€ 208,73	7,41%
Onbekend (factoringmaatschappij zonder agb)	189.670	€ 37.543.626	€ 197,94	-7,70%

Aandeel per declarant in 2016



- tandartspraktijken
- orthodontiepraktijken
- centra voor bijzondere tandheelkunde
- praktijken voor tandprothetiek
- zelfstandige praktijken voor mondhygiëne
- centra voor jeugdtandverzorging
- onbekend

De tandarts (als declarant) heeft het grootste marktaandeel binnen de mondzorg. Dit aandeel stijgt in 2016 ten opzichte van 2013 van 76,4% naar 78%. 90% van alle mondhygiëne (M-codes) en een groot deel van de tandprothetiek wordt door tandartsen gedeclareerd. Ook wordt 27% van de totaal gedeclareerde omzet orthodontie (F-codes) door de tandartsen gedeclareerd.

Het verschil in de tarieven tussen 2013 en 2016 voor de tandheelkunde, implantologie en de orthodontie is als volgt:

- Tandheelkunde: -2,1%
- Implantologie: -16,7%
- Orthodontie: +0,7%

De gedeclareerde omzet per patiënt gedeclareerd door tandartsen steeg in deze periode met 4,6%. De stijging per patiënt onder de orthodontisten als declarant is groter: deze kosten stijgen met 12,8% per patiënt. De kosten per patiënt gedeclareerd door tandprotheticen stegen met 4,3%.

2.3 Gedeclareerde omzet ontwikkelingen veelvoorkomende behandelingen

Onderstaande lijst met behandelingen (prestaties) vertegenwoordigt ongeveer 66% van de totaal gedeclareerde omzet in de mondzorg.

- Periodieke controle (C11)
- Preventieve mondzorg (M01, M02 en M03)
- Maken van een kleine röntgenfoto (X10)
- Vullen van tanden en kiezen (V-codes)
- Verdoving (A10)
- Plaatsen kroon (R24)
- Orthodontie totaal en het plaatsen van bracketbeugels (F451A en F461A)
- Maken en plaatsen van kunstgebitten (P- en J-codes)

Voor deze behandelingen brengen we hieronder de tarieven, de gedeclareerde kosten en de afzet per patiënt in kaart. In de figuren maken we gebruik van indexcijfers.

Indexcijfer

Het indexcijfer laat zien hoe het tarief en de gedeclareerde omzet per patiënt per jaar zich ontwikkelen ten opzichte van het basisjaar 2013. Het basisjaar krijgt het indexcijfer 100. Is het volgende jaar het indexcijfer 104, dan is er sprake van een stijging van 4% ten opzichte van het basisjaar.

De tarieftrend die in onderstaande figuren wordt getoond is voor 2015 gebaseerd op het gemiddelde tarief in 2015. Het tarief van 1 januari tot 1 juli 2015 is gemiddeld met het tarief van 1 juli tot en met 31 december 2015. In het eerste half jaar gold er een hoger tarief dan in het tweede half jaar, als gevolg van de tariefherijking per 1 juli 2015. Daardoor lijkt het alsof er in 2016 ten opzichte van 2015 een tariefdaling is geweest. Dit is niet het geval. Wij vergelijken in de figuren dan ook het jaar 2016 met 2013.

Voor de behandelingen waarbij materiaal- en techniekkosten aanvullend in rekening gebracht mogen worden, kijken we ook naar de ontwikkeling van deze kosten in de periode 2013-2016.

Periodieke controle (C11) en preventieve mondzorg (M-codes)

In 2016 is de meest voorkomende prestatie, de periodieke controle, bij 8,8 miljoen patiënten in rekening gebracht. Gemiddeld gingen patiënten in dat jaar 1,5 keer naar de tandarts voor deze controle.

De declaraties aan periodieke controles zijn € 265,7 miljoen. Dit is ongeveer 9,3% van de totale declaraties (inclusief materiaal- en techniekkosten).

Preventieve mondzorg (M-codes) wordt vooral gedeclareerd door mondhygiënist en tandartsen. In 2016 nemen de tandartsen 90% van het gedeclareerde bedrag aan M-codes voor hun rekening, zelfstandige mondhygiënist leveren 8,6% en 1,4% wordt gedeclareerd door de andere type mondzorgaanbieders.

In 2016 betaalden patiënten voor de prestaties M01 (het geven van preventieve voorlichting en instructie) en M02 (de evaluatie van de preventie) samen € 40,2 miljoen. Voor gebitsreiniging (M03) betaalden patiënten in 2016 samen bijna € 349,7 miljoen. Dat is bijna 80% van de totale gedeclareerde omzet aan preventie en 12,3% van de totale uitgaven aan mondzorg.

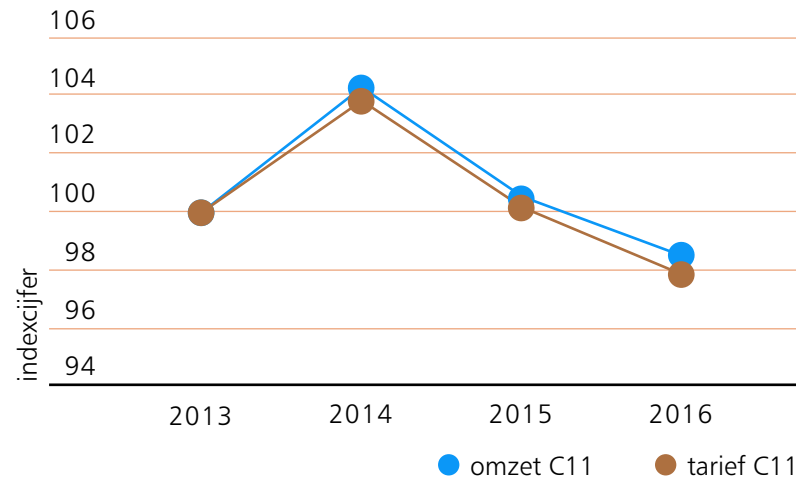
Prestatie M01, M02 en M03 mogen alleen per vijf minuten in rekening worden gebracht. De NZa ontvangt relatief veel vragen van burgers over de gebitsreiniging. De NZa ontving in 2016 drie keer zoveel vragen van burgers hierover dan over de periodieke controle (C11). De NZa verwacht dat dit komt doordat deze prestatie per tijdseenheid van vijf minuten in rekening kan worden gebracht en dat daardoor deze prestatie (maar ook de M01 en M02) een goed controleerbare prestatie voor de patiënt is.

In 2016 zijn de periodieke controle (C11) en de preventie prestaties M01, M02 en M03, samen goed voor 23% van de totale omzet aan mondzorg.

Periodieke controle (C11)

Het aantal periodieke controles per patiënt is sinds 2013 vrijwel constant gebleven (+0,6%). Het aantal controles per patiënt komt hiermee in 2016 op 1,5. Onderstaande figuur laat de ontwikkeling van de gemiddelde kosten per patiënt tussen 2013 en 2016 zien.

Ontwikkeling periodieke controle



In de figuur is zichtbaar dat de gedeclareerde omzet van de periodieke controle de trend van het tarief volgt. Als het tarief van de controle stijgt dan stijgt de omzet van de controles met een (redelijk) gelijk percentage. Als het tarief van de periodieke controle daalt dan daalt ook de omzet met een (redelijk) gelijk percentage. Dit betekent dat de afzet van de periodieke controle gelijk blijft ongeacht de wijzigingen in het tarief. Een patiënt heeft dus niet meer of minder periodieke controles gehad als gevolg van tariefwijzigingen. Tussen 2013 en 2016 daalt het tarief met 2,1% en de omzet met 1,6%. Het aantal patiënten neemt in deze periode toe met 2,8% tot 8,8 miljoen.

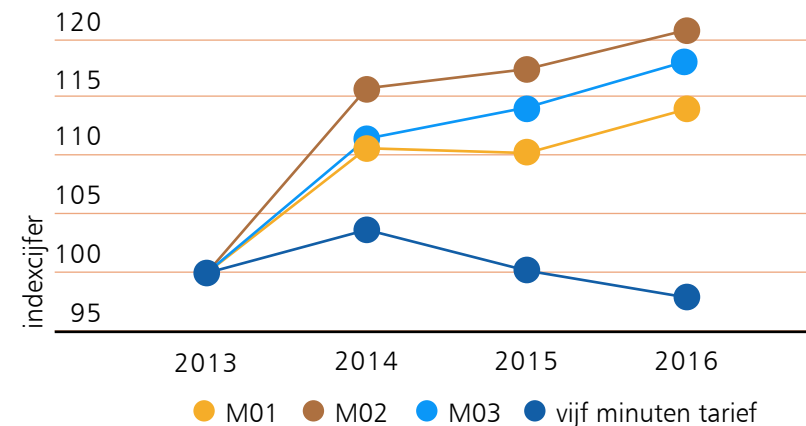
Preventieve mondzorg (M01, M02, M03)

Van de totaal gedeclareerde omzet van de M-codes komt het grootste deel voort uit de declaratie van de prestatie voor gebitsreiniging (M03).

In onderstaande figuur wordt de ontwikkeling van het gemiddelde declaratiebedrag per patiënt voor de meest voorkomende preventie prestaties grafisch weergegeven.

Ontwikkeling preventie M01, M02 en M03

In de bovenstaande figuur is zichtbaar dat de gedeclareerde omzet



per patiënt voor zowel de preventieve voorlichting, de evaluatie als de gebitsreiniging toeneemt, terwijl het vijf minuten tarief in 2016 2,1% lager is ten opzichte van 2013. De toename in de kosten per patiënt voor de gebitsreiniging is 18,1%. Deze toename houdt in dat de totale tijd die wordt besteed aan gebitsreiniging per patiënt stijgt van gemiddeld 19,8 minuten in 2013 naar 23,8 minuten (4,8 keer de gebitsreiniging, M03) in 2016. Bovenstaande figuur laat zien dat patiënten in 2016 *langer* of *vaker* preventieve voorlichting en evaluatie hiervan ontvangen én *langer* of *vaker* gebitsreiniging ontvangen dan in 2013.

Vullingen (V-codes), de kroon (R24), verdoxing (A10) en de kleine röntgenfoto (X10)

De totaal gedeclareerde omzet voor de vullingen is in 2016 492,6 miljoen euro voor ruim 3,7 miljoen patiënten.

Het vervaardigen en plaatsen van een kroon (R24) is een prestatie die uit twee kostensoorten is opgebouwd: de materiaal- en techniekkosten en de kosten voor het plaatsen van de kroon.

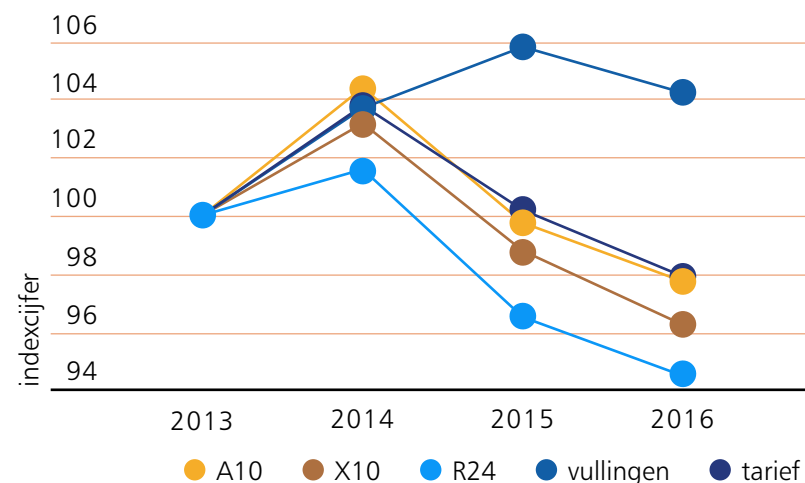
In 2016 is de gedeclareerde omzet voor het plaatsen van kronen 89,5 miljoen euro, de materialen en technieken omvatten 93,3 miljoen euro. In totaal wordt er 182,8 miljoen euro voor het plaatsen en vervaardigen van kronen gedeclareerd. Dit is in 2016 een gemiddelde van 1,24 kronen per patiënt.

In 2016 is bij 1,93 miljoen patiënten een verdoxing gedeclareerd, de gedeclareerde omzet bedraagt 46,5 miljoen euro. Een patiënt ontving gemiddeld 1,85 verdovingen.

De kleine röntgenfoto (X10) heeft een gedeclareerde omzet van 114,7 miljoen euro in 2016. Ruim 3,5 miljoen patiënten kregen gemiddeld 2,20 kleine röntgenfoto's.

Onderstaande figuur geeft de ontwikkeling in de gedeclareerde omzet per patiënt voor de vullingen (V-codes), de kroon (R24), verdoxing (A10) en de kleine röntgenfoto (X10) én de ontwikkeling in het tarief voor deze prestaties weer. Voor deze prestaties is het tarief tussen 2013 en 2016 met 2,1% gedaald zoals de paarse lijn aangeeft.

Ontwikkeling verdoxing, kleine röntgenfoto, kroon en vullingen



De figuur laat zien dat de gedeclareerde omzet van de kosten per patiënt voor een verdoxing (A10) is afgenomen (2,3%). Het aantal verdovingen per patiënt is toegenomen met 1,5% tussen 2013 en 2016.

De gedeclareerde omzet per patiënt voor een kleine röntgenfoto (X10) is ook afgenomen (3,7%). Dat geldt ook voor kaakoverzichtsfoto's (X21 en X22), die overigens niet zichtbaar zijn in de figuur. De gedeclareerde omzet per patiënt voor de kleine röntgenfoto is meer afgenomen dan de tarieven tussen 2013-2016.

De gedeclareerde omzet voor het plaatsen van een kroon (R24), maar ook de gedeclareerde materiaal- en techniekkosten horend bij een kroon, zijn beide afgenomen met 5,9%. Deze omzet is meer afgenomen dan de tarieven. Dit betekent dat er minder kronen per patiënt worden geplaatst.

De gedeclareerde kosten per patiënt voor vullingen zijn gestegen met 4,2%. Dit kan komen doordat meer gaatjes per patiënt zijn gevuld, doordat duurder vulmateriaal wordt gebruikt of door toename van complexere vullingen (drie- en viervlaksvullingen). Uit de data blijkt dat vooral sprake is van de laatst genoemde oorzaak. Een andere mogelijke verklaring, die door mondzorgaanbieders wordt gegeven, is de afname van het aantal kronen per patiënt. Het aantal kronen per patiënt neemt af met 3,9%, maar het aantal unieke patiënten dat een kroon krijgt stijgt tussen 2013 en 2016 juist met 9,8%.

Volledige kunstgebitten (P21, P25, P30, J50, J51 en J52)

In de categorie kunstgebitten maken we onderscheid tussen het plaatsen van klikgebitten en conventionele kunstgebitten. Een klikgebit is een kunstgebit dat geplaatst wordt op implantaten. Beide typen gebitten hebben een maximumtarief voor het plaatsen, daarnaast kunnen de gebruikte materialen en technieken aanvullend in rekening worden gebracht.

Voor het plaatsen van een conventioneel volledig kunstgebit gelden de volgende drie prestaties:

- Plaatsen volledig kunstgebit bovenkaak (P21)
- Plaatsen volledig kunstgebit onderkaak (P25)
- Plaatsen volledig kunstgebit boven- en onderkaak (P30)

De maximumtarieven voor deze prestaties zijn van 2013-2016 met 2,1% gedaald.

In totaal is in 2016 121,9 miljoen euro gedeclareerd aan bovenstaande volledige kunstgebitten. Dit is niet het totaal gedeclareerde bedrag aan kunstgebitten. Er kunnen immers ook deel- of frame-protheses geplaatst worden. Bovendien kunnen er naast de prestaties voor het plaatsen van volledige kunstgebitten ook andere verrichtingen gepaard gaan met het plaatsen. Bijvoorbeeld consulten, beetregistraties, scans of röntgenfoto's voorafgaand aan de plaatsing. Deze zijn niet apart in kaart gebracht in deze monitor.

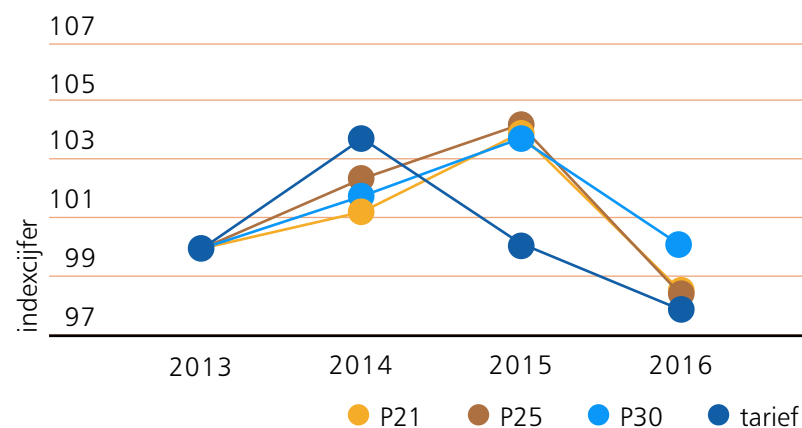
Voor het plaatsen van een klikgebit gelden de volgende drie prestaties:

- Plaatsen volledig klikgebit boven- en onderkaak (waarvan één klikgebit en één conventionele prothese in de andere kaak) (J50)
- Plaatsen volledig klikgebit onderkaak (J51)
- Plaatsen volledig klikgebit bovenkaak (J52)

De maximumtarieven voor deze prestaties zijn van 2013-2016 met 16,7% gedaald. In totaal is in 2016 € 97,0 miljoen uitgegeven aan klikgebitten.

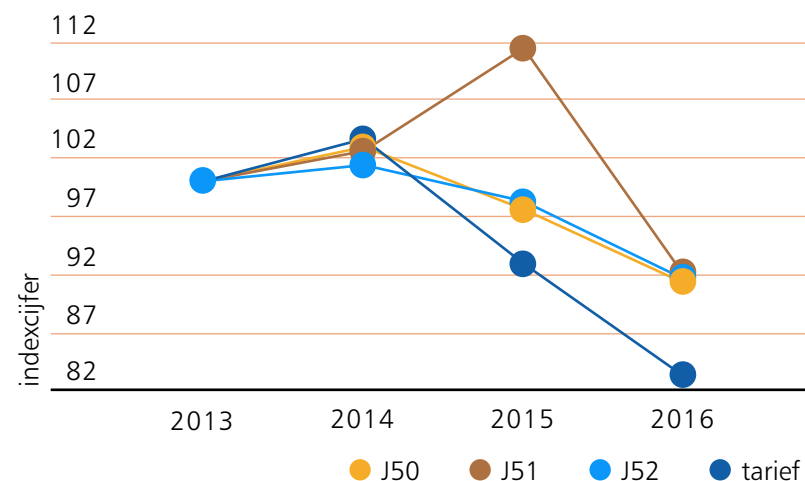
Onderstaande figuren geven de ontwikkeling in het tarief en de omzet per patiënt per prestatie weer.

Ontwikkeling volledige prothese

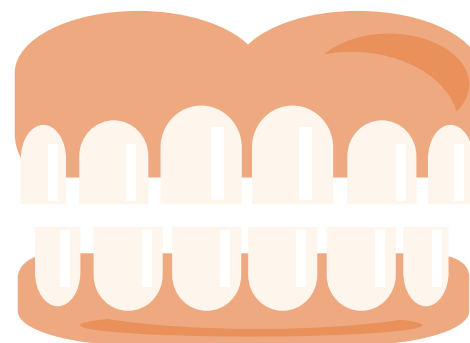


In de figuur is te zien dat de gedeclareerde bedragen voor een volledig kunstgebit eerst stijgen en daarna dalen over de periode 2013-2016. De gedeclareerde omzet per patiënt is in deze periode bij P21 (-1,4%), P25 (-1,6%) en P30 (+0,1%) veranderd. In 2013 was de omzet per patiënt voor de P21, P25 en P30 respectievelijk € 635, € 700 en € 1.228. In 2016 bedroeg dit € 626, € 689 en € 1.229.

Ontwikkeling klikgebit



De gedeclareerde materiaal- en techniekkosten voor klikgebitten dalen (J50 -5,7%, J51 -3,7% en J52 -5,7%) in 2013-2016. Het tarief is in dezelfde periode gedaald met -16,7%. Deze verlagingen zorgen er samen voor dat de gemiddelde omzet per patiënt tussen de 7,8% en 8,6% daalt voor een klikgebit.

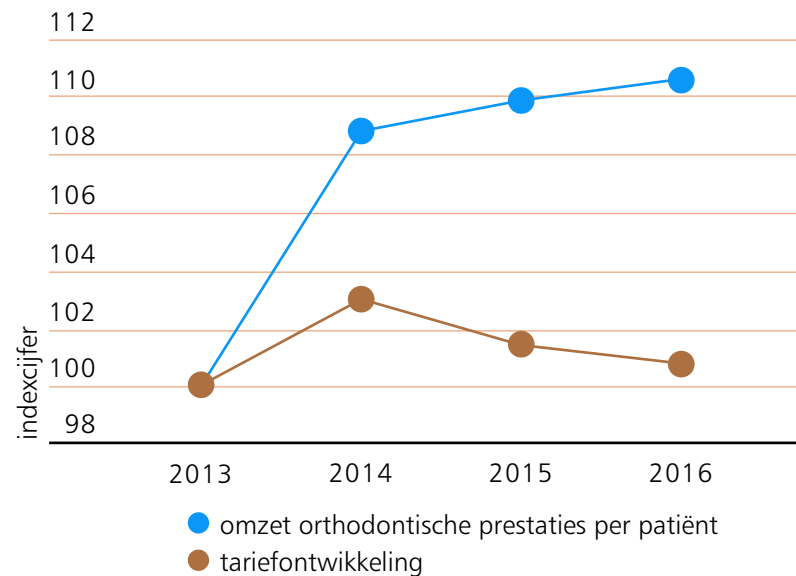


Orthodontie totaal

In 2016 werd 67% van de gedeclareerde omzet aan orthodontische prestaties door orthodontisten gedeclareerd, 27% door tandartsen en 5% door praktijken voor bijzondere tandheelkunde.

We kijken naar twee trends in de orthodontie: de ontwikkeling in het aantal patiënten en de gedeclareerde kosten per patiënt. In de periode 2013-2016 zien we de volgende ontwikkeling.

Ontwikkeling omzet F-codes



In de bovenstaande figuur is de ontwikkeling van het tarief en de gedeclareerde omzet per patiënt voor alle orthodontische prestaties in kaart gebracht. Er is een stijging in de omzet per patiënt zichtbaar van € 436,34 naar € 482,79 (10,6%) tussen 2013 en 2016. Het

tarief in deze periode is vrijwel gelijk gebleven (+0,7%). Het aantal unieke patiënten is met 9,9% gestegen van 593.514 naar 652.00. Dit kan betekenen dat meer patiënten een aanvullende tandartsverzekering hebben afgesloten en dus een vergoeding krijgen voor orthodontische zorg, maar dit kan ook betekenen dat meer patiënten een orthodontie traject zijn gestart. De totale dataset bestaat uit 9,7 miljoen unieke patiënten in 2013 en 10 miljoen unieke patiënten in 2016.

Hieruit volgt dat het aantal unieke patiënten waarvan de declaraties via de zorgverzekeraar verlopen met 3,1% in deze periode is toegenomen. Dit kan gedeeltelijk de toename verklaren van 9,9% van het aantal unieke patiënten dat aan een orthodontie traject begint.

Een verklaring voor de stijging van de omzet per patiënt vinden we in het feit dat er relatief meer beugels zijn gedeclareerd in 2016 ten opzichte van 2013. In 2013 heeft 32,3% van de orthodontisch behandelde patiënten een beugel gekregen. In 2016 is dit percentage 35,0. De gemiddeld gedeclareerde omzet bij patiënten die een beugel hebben gekregen nadat in datzelfde jaar een eerste consult of een vervolg consult heeft plaatsgevonden, stijgt met 7,3% in 2016 ten opzichte van 2013.

Het aantal patiënten die de beugel geplaatst hebben gekregen nadat in hetzelfde jaar een eerste consult of een vervolgconsult in rekening is gebracht, stijgt met 12,0%.

3. Effecten recente wijzigingen

In dit hoofdstuk geven we een aantal beleidswijzigingen uit de periode 2013-2016 weer. We brengen hierbij het effect van de wijzigingen in kaart. In dit hoofdstuk wordt geen onderscheid gemaakt in het type praktijk of het type mondzorgaanbieder.

Het betreft de volgende wijzigingen:

- 3.1 Per 2016 is de verhouding tussen de tarieven van beugelcategorie 5 (één tandboog, F451A) en beugelcategorie 6 (twee tandbogen, F461A) gewijzigd. Hiernaast mogen per 2016 alleen nog de brackets en bogen als materiaal- en techniekkosten in rekening worden gebracht. Overige materiaal- en techniekkosten zijn verdisconteerd in het maximumtarief. Bovendien is per 2016 het drempelbedrag om materiaal- en techniekkosten in rekening te brengen, komen te vervallen.
Dit geldt voor beugelcategorie 5 en 6, maar ook voor 8 en 9.
- 3.2 Per 2016 is een maximumtarief opgenomen voor de materiaal- en techniekkosten bij het plaatsen van het implantaat, prestatie J33.
- 3.3 Gelijktijdig is voorgesteld om ook de mesostructuur te maximeren. Er was toen echter geen representatief maximumtarief voor handen.

- 3.4 De implantologie zou aanvankelijk als geheel met 19% gekort worden. Door differentiatie in de korting worden complexe prestaties nu minder sterk gekort (-5%) en de minder-complexe (daardoor) juist nog meer (-25%). Deze minder-complexe prestaties (het gaat dan om implantologie ten behoeve van kunstgebitten) vallen (deels) onder de Zvw. Dit heeft geleid tot het toevoegen van verrichting J80 (als samenvoeging van J02, J20, J21 en J97), waarvan het tarief in verhouding is verlaagd (-25%). De tarieven van verrichting J20 en J21 zijn echter verhoogd. Dit geldt per 1 januari 2016.
- 3.6 Per 2015 zijn de prestaties voor de vullingen aangepast. Tot 2015 kenden we maar vier prestaties voor vullingen (V11, V12, V13 en V14). Sinds 2015 wordt onderscheid gemaakt in het vulmateriaal: composiet, amalgaam en glasionomeer/glascarbomeer/compomeer. Ieder vulmateriaal heeft nu een eigen prestatie voor een eenvlaksvulling, tweevlaksvulling, drievlaksvulling en een meervlaksvulling. De tarieven zijn aangepast waarbij composiet een hoger tarief kent dan bijvoorbeeld amalgaam vanwege de daarvoor benodigde handelingen. Daarnaast zijn de prestaties voor het etsen (V20 en V21) en voor de pulpa-overkapping (V60) komen te vervallen en opgenomen in de nieuwe prestaties voor de vulling.

3.1 Beugels aantallen en materiaal

Het plaatsen van de bracketbeugels kan in beide kaken (tandbogen) plaatsvinden. Als de beugel in beide kaken gelijktijdig wordt geplaatst, is sprake van beugelcategorie 6 of 9, ofwel de prestatie F461A of F491A. Als sprake is van het plaatsen van de beugel in één kaak, dan is prestatie F451A of F481A, beugelcategorie 5 of 8, aangewezen. Beugelcategorie 5 of 8 kan alleen tweemaal gedeclareerd worden als de beugel in beide kaken wordt geplaatst, maar dit niet in dezelfde zitting plaatsvindt.

De materiaal- en/of techniekkosten kunnen afzonderlijk in rekening worden gebracht bij zowel prestatie F451A als F461A. De bracket-beugels vertegenwoordigen een kleine 80% van de totale omzet van de orthodontische zorg (alle F-codes).

De wijziging

1 In de periode van 2013 tot en met 2015 konden materiaal- en techniekkosten horend bij de vaste apparatuur aanvullend in rekening worden gebracht indien de meerkosten hoger waren dan het drempelbedrag van € 87,50 (F451, beugelcategorie 5) of € 175 (F461, beugelcategorie 6). Te denken valt aan meerkosten voor zelfligerende of keramische brackets, composiet om de brackets te bevestigen, staalbogen, elastiekjes, knopjes om elastieken te bevestigen, haakjes en veertjes die aan brackets bevestigd kunnen worden. Vanaf 2016 zijn, behalve de kosten voor brackets en bogen, de materiaal- en techniekkosten

verdisconteert in het tarief bij beugelcategorieën 5, 6, 8 en 9. Dit betekent dat per 2016 uitsluitend de kosten van brackets en bogen aanvullend in rekening mogen worden gebracht als materiaal- en techniekkosten bij deze prestaties. Het drempelbedrag is komen te vervallen.

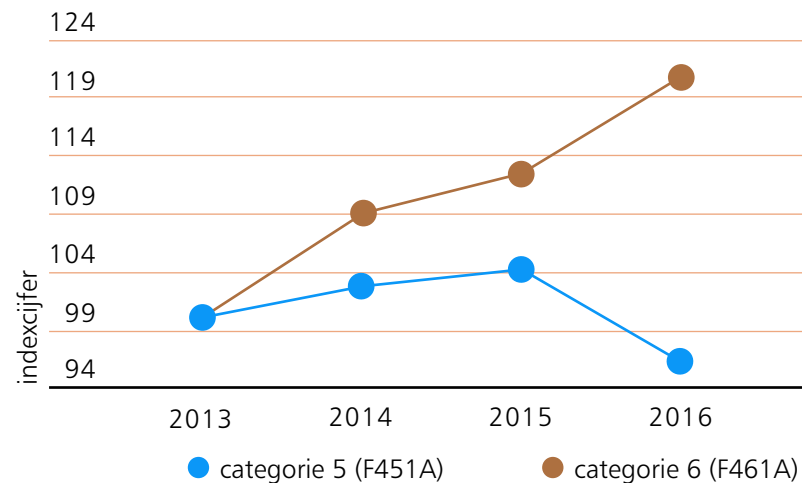
- 2 Uit de monitor 'trends en toegankelijkheid in de orthodontische zorg' (publicatie in maart 2015) volgt de conclusie dat na 2012 het aantal beugels dat in twee zittingen wordt geplaatst fors is gestegen ten opzichte van de periode daarvoor. Signalen wezen erop dat deze trend mede ingezet was vanuit financiële motieven. Omdat het belang van de burger hiermee niet wordt gediend, is besloten deze trend tegen te gaan. Dit resulteerde in een verlaging van het tarief voor beugels in één tandboog (F451, categorie 5 en F481, categorie 8) en een verhoging van het tarief voor beugels in beide tandbogen (F461, categorie 6 en F491, categorie 9), per 1 januari 2016.
- 3 Tot slot zijn de tarieven per 1 juli 2015 1,5% verlaagd.

Bovenstaande drie oorzaken zorgen voor het verschil in de tarieven tussen 2013 en 2016 voor de beugels met vaste apparatuur. Het tarief van de F451A (beugelcategorie 5) is in 2016, ten opzichte van 2013 met 16,2% gedaald en F461A (beugelcategorie 6) met 0,6% verhoogd. De tarieven van beugelcategorie F481 (beugelcategorie 8) en F491 (beugelcategorie 9) zijn met respectievelijk 17,4% en 28,6% gestegen.

Monitoring

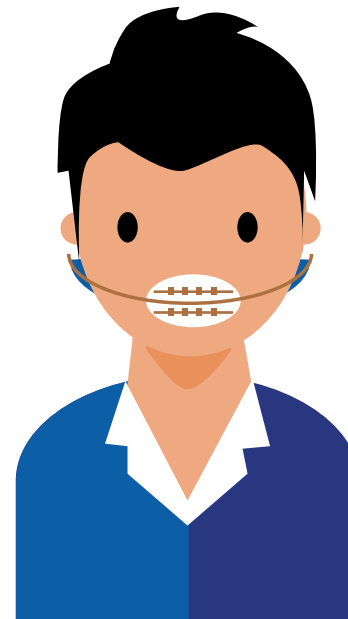
De volgende figuur bevat de gemiddelde kosten per patiënt voor beugelcategorie 5 (F451A) en beugelcategorie 6 (F461A) tussen 2013 en 2016.

Omzet ontwikkeling beugelcategorie 5 en 6



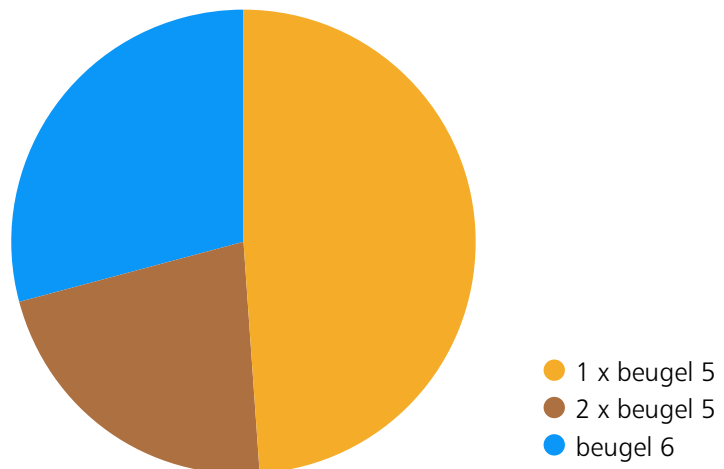
De lijn die in bovenstaande figuur beugelcategorie 5 representeert, bevat zowel patiënten met éénmaal beugelcategorie 5 als patiënten met tweemaal beugelcategorie 5. In 2013 werd beugelcategorie 5 per patiënt gemiddeld 1,45 keer in rekening gebracht. Dit is in 2016 licht afgenomen tot 1,40. De gemiddelde kosten per patiënt voor een beugelcategorie 5 daalden met 3,9% tussen 2013 en 2016, terwijl de gemiddelde kosten per patiënt voor beugelcategorie 6 juist stegen met 21,0%.

We hebben ook gekeken naar de ontwikkeling bij beugelcategorie 8 en 9 (F481A en F491A). Het aantal declaraties van deze prestaties is in de dataset zo klein (125 maal beugelcategorie 8 en 34 keer beugelcategorie 9 in 2016) dat hier geen uitspraken over gedaan kunnen worden.

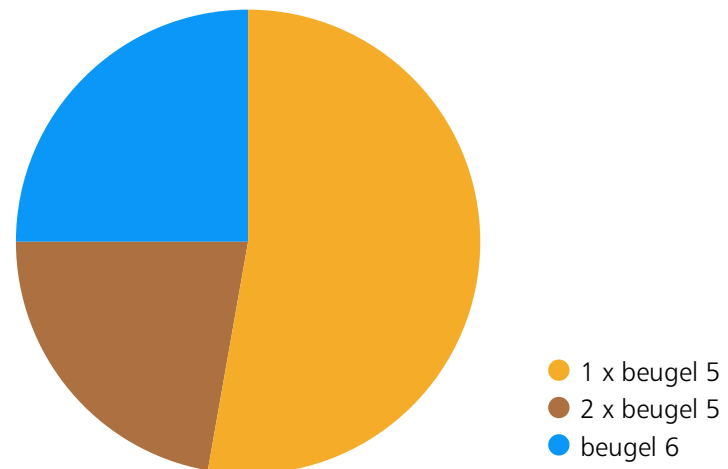


In de volgende figuren is te zien hoe de verhouding tussen het aantal patiënten met de verschillende beugelcategorieën is veranderd.

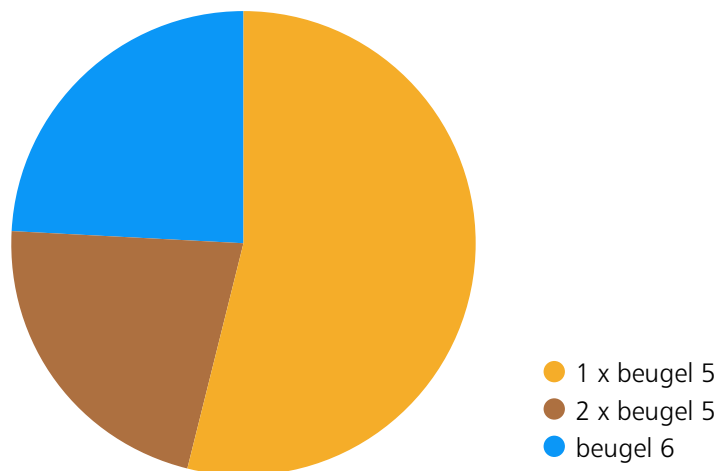
Beugelcategorieën 2013



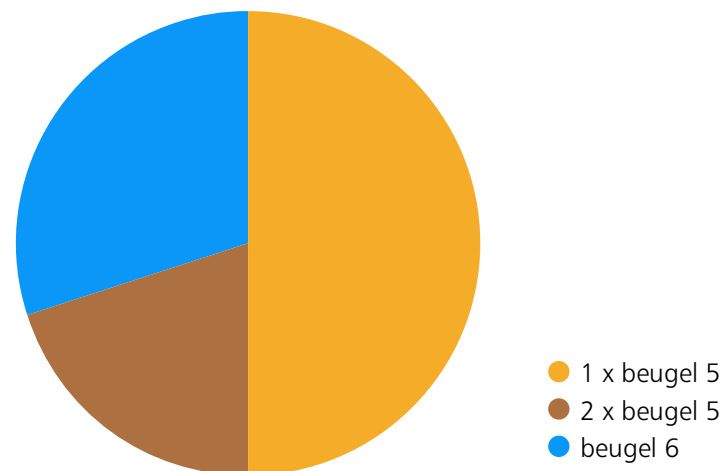
Beugelcategorieën 2015



Beugelcategorieën 2014

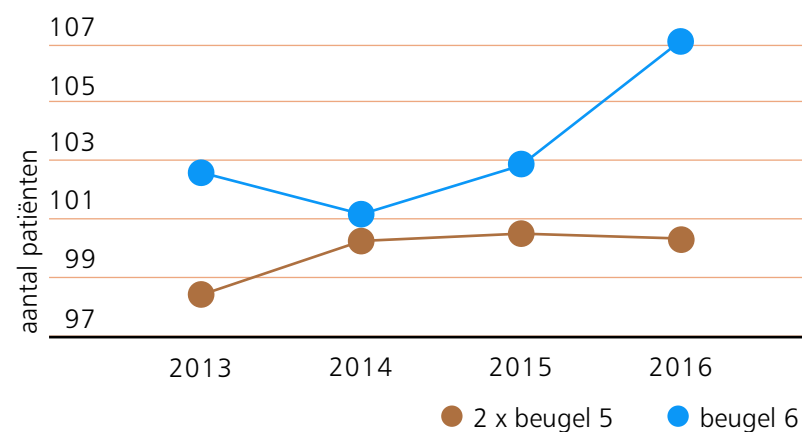


Beugelcategorieën 2016



De figuren laten zien dat in 2016 in verhouding meer beugels in twee tandbogen gedurende dezelfde zitting (F461) zijn geplaatst, dan in aparte zittingen (2x F451).

Ontwikkeling beugels in twee tandbogen



In deze grafiek zien we tussen 2015 en 2016 een toename van 14,0% in het aantal patiënten met een beugel in beide kaken. De stijging in 2015 ten opzichte van 2014 is 7,0%.

Het aantal geplaatste beugelcategorie 6 is van 2015 naar 2016 toegenomen (27,0%), terwijl het aantal tweemaal geplaatste beugelcategorieën 5 heel licht is afgenomen (-1,2%).

Conclusie

De wijziging in het tarief en de structuur van de prestaties voor de bracketbeugels (categorie 5 en 6) hebben ertoe geleid dat de verhouding tussen het plaatsen van de beugel in beide tandbogen in één zitting en het plaatsen van de beugel in beide tandbogen in twee zittingen is veranderd. We zien dat de wijziging het beoogde effect heeft gehad.

3.2 Maximumtarief voor kosten implantaat, J33

De wijziging

Per 2016 geldt dat het maximumtarief voor de kosten voor het plaatsen van een implantaat gelijk is gesteld aan het tarief (€ 284,55) dat al gold voor de kaakchirurg. Vóór het jaar 2016 mochten materiaal- en techniekkosten nog apart in rekening gebracht worden bij prestatie J20, J21, J22 en J27 (de prestaties die het plaatsen of vervangen van een implantaat omvatten). Vanaf 2016 mag hiervoor alleen prestatie J33 in rekening gebracht worden.

Monitoring

In 2015 is gemiddeld € 300,30 ten behoeve van de materiaal- en techniekkosten voor het plaatsen of vervangen van een implantaat gedeclareerd. De prestaties J20, J21, J22 en J27 zijn samen 76300 keer gedeclareerd. De totaal gedeclareerde omzet aan materiaal- en techniekkosten ten behoeve van het implantaat in 2015 is 23,2 miljoen euro.

In onderstaande tabel zijn ook de gemiddeld gedeclareerde kosten van het implantaat in 2013 en 2014 zichtbaar. We zien jaarlijks een afname. Als we de jaarlijkse afname van 4,8% doortrekken naar 2016 zijn de verwachte kosten € 285,88.

Materiaal en techniekkosten implantaat

	gemiddelde MTK
2013	€ 331,25
2014	€ 315,38
2015	€ 300,30
2016	Prognose: € 285,88

Conclusie

Als we het maximumtarief van J33 in 2016 (€ 284,55) vergelijken met de gemiddelde materiaal- en techniekkosten bij prestaties J20, J21, J22 en J27 (€ 300,30) in 2015, wordt duidelijk dat het tarief van de J33 5,2% afwijkt van de gemiddelde materiaal- en techniekkosten bij het plaatsen van een implantaat in 2015. Het tarief voor de kosten van het implantaat (J33) is dus iets lager dan de gehanteerde materiaal- en techniekkosten in 2015. We zien vanaf 2013 een daling in de totaal gedeclareerde materiaal- en techniekkosten bij implantaten. Dit maakt dat de kosten van materiaal- en techniek in lijn liggen met het maximum tarief van J33 wanneer we ervan uitgaan dat de daling zich met hetzelfde percentage ontwikkelt de komende jaren.

3.3. Mesostructuur

De mesostructuur is een constructie, die zich tussen aanwezige implantaten of eigen tanden en kiezen en het kunstgebit bevindt. Deze structuur kan bestaan uit drukknoppen, locators, magneten, één of meerdere staven of soms een compleet gefreesde constructie.

De (voorgestelde) wijziging

Gelijktijdig met het verzoek om de kosten van het implantaat te maximeren, verzochten enkele branchepartijen ook maximering van de kosten voor de mesostructuur. Er was destijds voor de mesostructuur echter geen representatief tarief beschikbaar. Voorgesteld is om data uit deze monitor te gebruiken. Hieronder worden de gemiddelde kosten voor de mesostructuur in kaart gebracht, bestaande uit de volgende prestaties:

J40	Twee magneten/drukknoppen
J41	Elke volgende magneet, drukknop
J42	Staaft tussen twee implantaten
J43	Elke volgende staaf tussen implantaten in dezelfde kaak
J44	Plaatsen opbouw ten behoeve van implantaatkroon

Monitoring

Bij de bovengenoemde prestaties is per 1 juli 2015 een verlaging van het tarief doorgevoerd van 19,1%. Over de periode van 2013-2016 dalen de tarieven met 16,7%. De materiaal- en techniekkosten dalen ook, behalve bij prestatie J41.

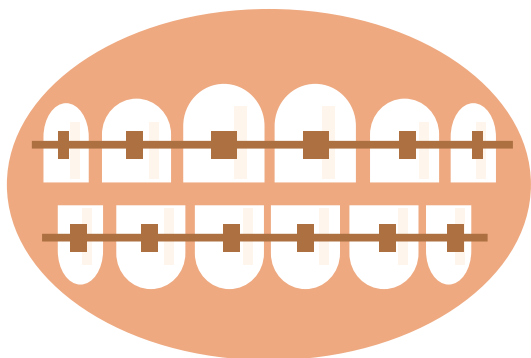
Materiaal- en techniekkosten mesostructuur

jaar	prestatie	unieke patiënten	plaatsingen	materiaal- en techniekkosten	MTK per plaatsing	kosten per patiënt
2016	J40	10.559	9.727	€ 2.789.124	€ 286,74	€ 392,42
2016	J41	1.783	2.658	€ 413.680	€ 155,64	€ 286,43
2016	J42	30.943	29.727	€ 19.970.973	€ 671,81	€ 822,48
2016	J43	6.173	9.611	€ 3.253.353	€ 338,50	€ 630,39
2016	J44	15.012	19.011	€ 1.446.509	€ 76,09	€ 125,13

De gemiddeld gehanteerde materiaal- en techniekkosten bij prestatie J40 tot en met J44 zijn hierboven weergegeven.

Conclusie

Ten tijde van het indienen van het voorstel om de materiaal- en techniekkosten voor de mesostructuur te maximeren was er geen representatief maximumtarief beschikbaar. Met behulp van de bovenstaande gegevens is dit wel mogelijk. In 2016 zijn onderstaande gemiddelde kosten voor de materialen en technieken gedeclareerd.



Gemiddelde MTK per prestatie in 2016

Prestatie	Materiaal- en techniekkosten per prestatie
J40	€ 286,74
J41	€ 155,64
J42	€ 671,81
J43	€ 338,50
J44	€ 76,09

De gemiddelde kosten voor materiaal- en techniek zoals hierboven berekend worden als wijzigingsverzoek opgenomen ten behoeve van de nieuwe regelgeving in de eerst volgende technisch overleggen met de brancheverenigingen. Dit is een vervolg op het eerdere verzoek om de mesostructuur te maximeren.

3.4 Wijziging tariefverhouding plaatsen implantaten in de onderkaak

De wijziging

De tarieven voor implantologie (J-hoofdstuk), zouden in 2015 aanvankelijk als geheel met 19,1% gekort worden. Op verzoek van de brancheverenigingen heeft een differentiatie in de korting plaatsgevonden. De complexe prestaties zijn daardoor met 5% verlaagd en de minder-complexe prestaties zijn met 25%, verlaagd. Dit heeft geleid tot het toevoegen van verrichting J80 (als samenvoeging van J02, J20, J21 en J97), waarvan het tarief in verhouding is verlaagd (-25%). De tarieven van verrichting J20 en J21 zijn echter verhoogd. De differentiatie is per 2016 van kracht geworden.

Het betreft de volgende prestaties:

J02	Verlengd onderzoek implantologie
J20	Plaatsen eerste implantaat, per kaak
J21	Plaatsen elk volgend implantaat in dezelfde kaak, door dezelfde wond
J97	Overheadkosten implantaten
J80	Twee implantaten in de onderkaak voor een implantaatgedragen kunstgebit (samenvoeging per 2016 van J02, J20, J21 en J97. Genoemde prestaties blijven 'los' ook bestaan.)

Monitoring

Bij vaststelling van bovenstaande differentiatie is aangegeven dat wij de ontwikkelingen hiervan monitoren. Het uitgangspunt van de differentiatie in de korting is dat dit budgetneutraal toegepast wordt. Dat betekent dat de extra korting voor J80 weg zal vallen tegen de verhoging van de tarieven van prestatie J20 en J21.

Voor de optelling van het aantal implantaten in 2015 zijn het aantal plaatsingen van J20 en J21 bij elkaar opgeteld. Er zijn nog andere prestaties voor het plaatsen van een implantaat (J27 – vervangen implantaat), deze zijn voor het monitoren van deze wijziging niet relevant. Voor de optelling van het aantal implantaten in 2016 zijn het aantal gedeclareerde J20 prestaties, J21 prestaties en tweemaal het aantal gedeclareerde J80 prestaties bij elkaar opgeteld. Hieruit volgt dat het aantal geplaatste implantaten met 8,0% is toegenomen tussen deze twee perioden. Het aantal unieke patiënten is redelijk stabiel gebleven (-0,4%). Het gemiddeld aantal implantaten per patiënt is dan ook gestegen van 1,55 naar 1,68 implantaten per patiënt (toename van 8,4%).

In onderstaande tabel is te zien dat de kosten van het implantaat met 23,35 euro zijn afgenomen. De kosten per patiënt zijn minder afgenomen als gevolg van een toename van het aantal implantaten per persoon (de afname is 53 cent). Het gaat hier om de kosten exclusief materiaal en techniekkosten.

Plaatsingskosten implantaten (J20, J21 en J80)

	totaal implantaten	kosten per implantaat (excl. MTK)	kosten per patiënt	implantaten per patiënt
2015	35.268	€ 296,63	€ 458,80	1,55
2016	38.098	€ 273,28	€ 458,27	1,68

Conclusie

De invoering van prestatie J80 heeft niet gezorgd voor een stijging van de gemiddelde kosten (exclusief materiaal- en techniekkosten) per implantaat. De kosten per implantaat zijn iets gedaald. De kosten per patiënt blijven gelijk (relatief kleine afname van 53 cent). Dit betekent dat de wijziging in de tarief- en prestatiestructuur budgetneutraal is doorgevoerd. Het beoogde effect van de wijziging is daarmee behaald.

De reden voor de toename in het aantal implantaten per patiënt is niet onderzocht.

3.5 Wijziging in de tariefverhouding tussen kunst- en klikgebitten

De wijziging

De tarieven van de implantaatgedragen prothese, ofwel de klikgebitten (J50, J51 en J52), zijn in 2016 ten opzichte van 2013 met 16,7% verlaagd. De tarieven voor conventionele volledige kunstgebitten (P21, P25 en P30) zijn met 2,1% verlaagd. De prestaties voor de klikgebitten zijn gebaseerd op de prestaties voor de conventionele kunstgebitten. Door de tariefherziening per 1 juli 2015 is de verhouding tussen de tarieven van beide prothesen uiteen gaan lopen. De NZa monitort dit mogelijke effect om te zien of er een verschuiving plaatsvindt tussen deze twee type prothesen.

Monitoring van de wijziging

Onderstaande tabel laat de verhouding zien tussen het aantal conventionele prothesen en klikgebitten van voor en na de tariefherijking in 2015. Hieruit blijkt dat het aantal klikgebitten iets toeneemt ten opzichte van het aantal conventionele prothesen.

Verhouding conventionele prothese en klikgebit

	totaal	% gewoon	% klik
2013	176.084	73,5%	27,5%
2014	181.454	73,0%	27,8%
2015	177.500	72,2%	28,5%
2016	182.220	71,2%	29,5%

Conclusie

De eventuele trend naar meer conventionele prothesen in plaats van het plaatsen van klikgebitten als gevolg van het uiteenlopen van de tarieven is niet zichtbaar. Het aantal geplaatste klikgebitten neemt toe. Er heeft dus geen verschuiving plaatsgevonden als gevolg van de beleidswijziging.

3.6 Wijzigingen in de prestaties en tarieven voor vullingen

De wijziging

De prestaties voor de éénvlaksvulling, tweevlaksvulling, drievlaksvulling en de meervlaksvulling (respectievelijk V11, V12, V13 en V14) zijn per 2015 ingedeeld op materiaal:

- amalgaam (V71, V72, V73 en V74)
- glasionomeer/glascarbomeer/compomeer (V81, V82, V83, V84)
- composiet (V91, V92, V93, V94)

Hiernaast zijn de prestaties V20, V21 en V60 verwijderd. Deze codes betroffen de prestaties voor het etsen en de pulpa-overkapping. Deze verrichtingen maken vanaf 2015 onderdeel uit van de prestaties voor de vulling, de vergoeding is hiermee dus verdisconteerd in het tarief van de vulling.

Monitoring van de wijziging

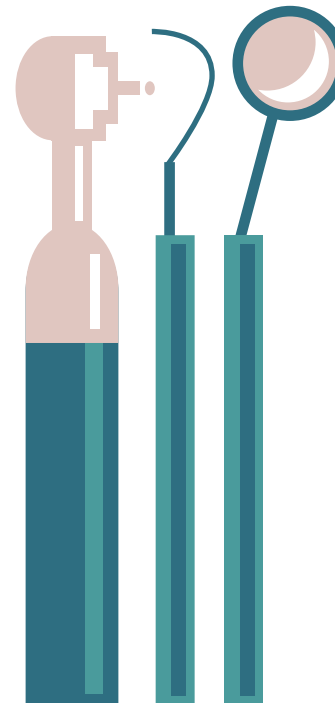
De totale gedeclareerde kosten per patiënt voor vullingen namen toe tussen 2013-2016. De kosten per patiënt voor het vullen van tanden en kiezen stijgen in deze periode met 4,2%. Het tarief daalde in deze periode met 2,1%..

Deze kostenstijging wordt veroorzaakt door een lichte toename (1,2%) van het aantal vullingen per patiënt en een verschuiving naar complexere (meervlaks-) vullingen. De verschuiving naar complexere vullingen heeft daarbij het grootste effect. Het aandeel meervlaksvullingen ten opzichte van het totaal aantal vullingen stijgt tussen 2013 en 2016 van 11,8% naar 13,7%. Per patiënt neemt het gemiddeld aantal viervlaksvullingen over de periode 2013-2016 toe met 17,6% (van 0,26 naar 0,31). Tegelijkertijd zien we het aantal eenvlaksvullingen en tweevlaksvullingen per patiënt teruglopen met 1,7% en 1,8%, respectievelijk. Het aantal drievlaksvullingen per patiënt neemt toe met 1,0%.

Conclusie

Het aantal eenvlaks- en tweevlaksvullingen neemt beide af, terwijl we een relatief grotere toename in het aantal meervlaksvullingen waarnemen. De toename in de omzet per patiënt bij vullingen is grotendeels toe te wijzen aan deze verschuiving naar meer complexe vullingen.

Partijen gaven aan dat dit te maken zou kunnen hebben met een afname van het aantal kronen. Dit zou een oorzaak kunnen zijn, aangezien het aantal kronen per patiënt afneemt met 2,3%. Er is geen onderzoek gedaan naar een eventueel verband tussen deze prestaties. Overigens is er wel een toename te zien van het aantal patiënten dat een kroon krijgt met 9,8% (zie ook 2.3).



4. Verschillen tussen mondzorgpraktijken

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de spreiding in de hoeveelheid zorg die wordt geleverd bij een gelijke zorgvraag tussen verschillende aanbieders (praktijken) van mondzorg in beeld gebracht. De spreiding hebben we berekend voor het jaar 2016.

Wij vinden deze informatie belangrijk omdat veel patiënten mondzorg zelf moeten betalen of daarvoor een aanvullende verzekering voor hebben moeten afsluiten.

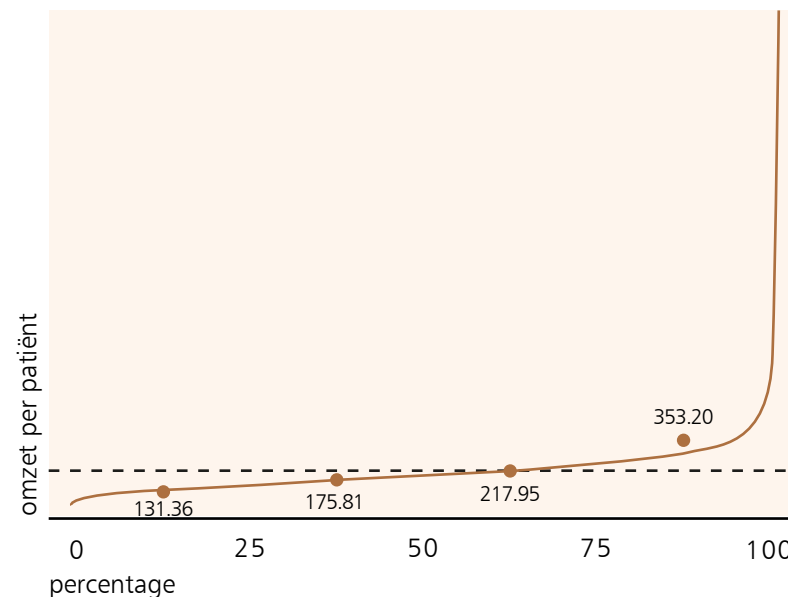
Onderstaand een opsomming van onderwerpen die in kaart zijn gebracht.

- Mondzorg door tandartspraktijken
- Periodieke controle (C11)
- Gebitsreiniging, per vijf minuten (M03)
- Plaatsen beugelcategorie 5 (F451A) en 6 (F461A)
- Boven- en onder kliekgebit (J50) en volledig kunstgebit boven- en onderkaak (P30)
- Kleine röntgenfoto (X10)
- Plaatsen van een kroon (R24)

In de grafieken toont de stippellijn het gemiddeld gedeclareerde bedrag.

Omzet mondzorg per patiënt per tandartspraktijk

Spreiding omzet per patiënt per tandartspraktijk



De gemiddelde kosten per patiënt voor de mondzorg zijn € 219,55 per praktijk. In 2016 werd er gemiddeld tussen de € 52,53 en € 2.303,04 per patiënt voor deze zorg gedeclareerd bij de zorgverzekeraars.

De 5% praktijken met de hoogste gedeclareerde omzet per patiënt zorgen voor de uitschieters. De kosten per patiënt liggen hier tussen de € 387,05 en € 2.303,04. Zonder deze uitschieters, en zonder de 1% praktijken met de laagste gemiddelde kosten per patiënt, is de spreiding beperkt. De mondzorgkosten per patiënt liggen voor de overige 94% van de praktijken tussen de € 90,85 en € 387,05.

De uitschieters kunnen mogelijk verklaard worden door gedifferentieerde praktijken. Bijvoorbeeld door tandartspraktijken die zich toegespitst hebben op de meer complexe of omvangrijke behandelingen. Zo is voorstelbaar dat praktijken die gespecialiseerd zijn in tandprothetiek (kunstgebitten en dergelijke) of praktijken die gespecialiseerd zijn in implantologie doorgaans hogere kosten per patiënt hebben, dan een praktijk voor consultatie en diagnostiek.

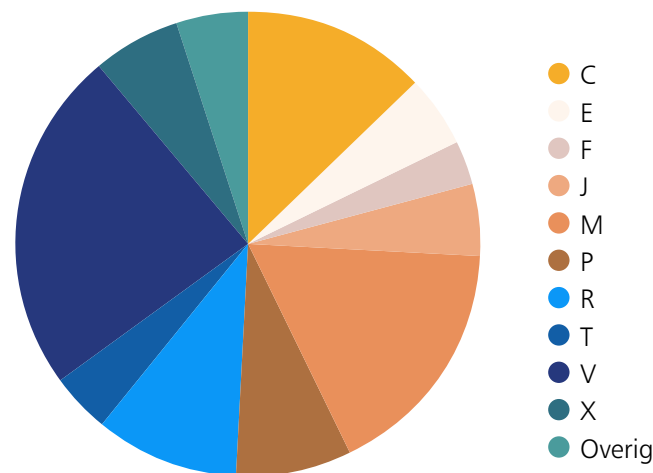
Er geldt voor de praktijken die tussen de € 248,75 en € 2.303,04 per patiënt gedeclareerd hebben dat hun aandeel in prothetiek- en implantologie (J-codes, P-codes en R-codes) 27,8% van de totale omzet van deze prestaties is. Bij het gemiddelde van alle praktijken is dat aandeel 22,6% en onder de 25% praktijken die de minste kosten per patiënt in rekening hebben gebracht is dat aandeel 17,5%.

Het grootste deel van de spreiding wordt veroorzaakt door de implantologische prestaties (J-codes). In de 5% praktijken met de hoogste gedeclareerde omzet per patiënt zoals hierboven genoemd, omvatten deze prestaties minimaal de helft meer omzet dan het gemiddelde.

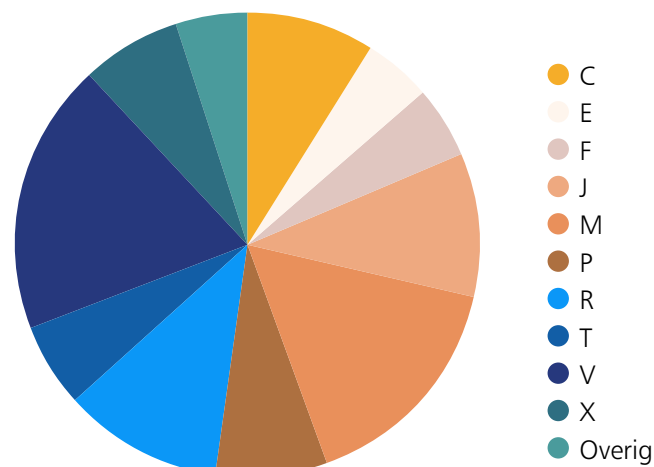
In de onderstaande cirkeldiagrammen is te zien welke prestaties (per hoofdstuk) leiden tot welk percentage van de omzet.

- C – Consultatie en diagnostiek
- E – Endodontologie
- F – Orthodontie
- J – Implantologie
- M – Preventieve mondzorg
- P – Kunstgebitten
- R – Kronen en bruggen
- T – Tandvleesbehandelingen
- V – Vullingen
- X – Maken en/of beoordelen foto's
- Overig – Verdoving, kaakgewrichtsbehandelingen, abonnementen, uurtarieven

Omzetverdeling per hoofdstuk alle tandartspraktijken



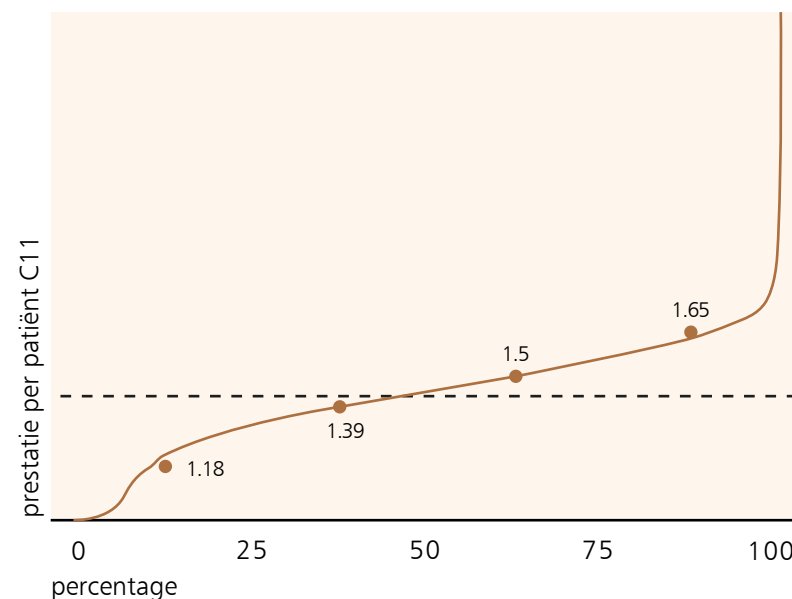
Omzetverdeling 25% praktijken met gemiddeld
hoogste gedeclareerde bedrag per patiënt



Het verschil tussen de 25% praktijken met gemiddeld de hoogste gedeclareerde kosten per patiënt en de gemiddelde tandartspraktijken zit vooral in een groter aandeel J-codes bij de eerst genoemde praktijken. In bovenstaande figuur wordt het verschil in omzetverdeling per prestatiehoofdstuk tussen de gemiddelde tandartspraktijk en deze praktijken zichtbaar gemaakt.

Omzet periodieke controle (C11) per patiënt per
tandartspraktijk

Spreiding aantal periodieke controles per patiënt per praktijk

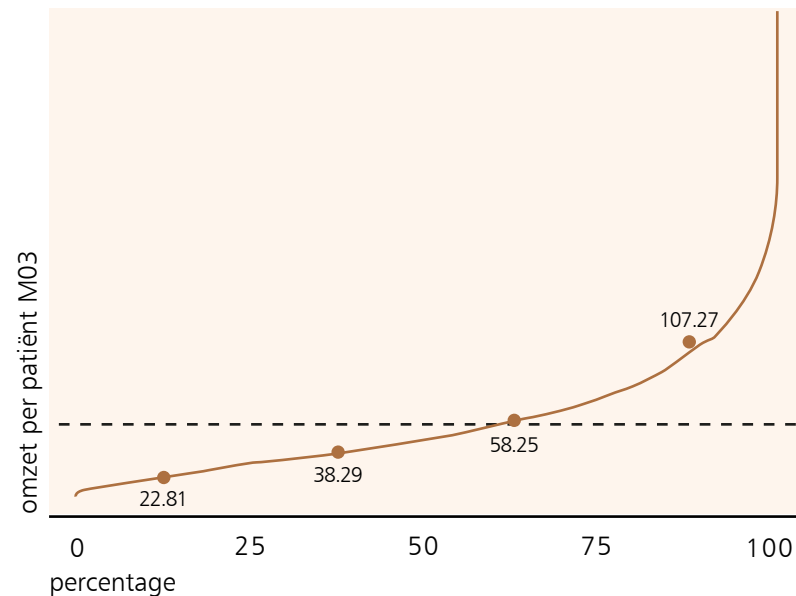


Gemiddeld ontvangt een patiënt 1,43 periodieke controles per jaar bij een tandartspraktijk. De gemiddelde kosten per patiënt voor deze controle zijn € 28,64. De spreiding tussen praktijken is niet groot zoals ook te zien is in de figuur, op een aantal uitschieters na. De praktijk met de hoogste gemiddeld gedeclareerde kosten per patiënt, declareert gemiddeld € 55,52 per patiënt voor de periodieke controle. 315 patiënten ontvingen in deze praktijk gemiddeld 2,8 periodieke controles per patiënt.

Omzet gebitsreiniging, per vijf minuten (M03) per patiënt per praktijk

In paragraaf 2.3 zagen we dat de kosten per patiënt bij de preventieve mondzorg zijn gestegen. Die stijging is vooral zichtbaar bij de prestaties M02 (evaluatie van de preventieve mondzorg) en M03 (gebitsreiniging) die per vijf minuten in rekening worden gebracht. Omdat de gebitsreiniging (M03) bijna 80% van de totale omzet aan preventieve mondzorg omvat, focussen we in deze paragraaf op prestatie M03.

Spreiding omzet gebitsreiniging per patiënt per praktijk



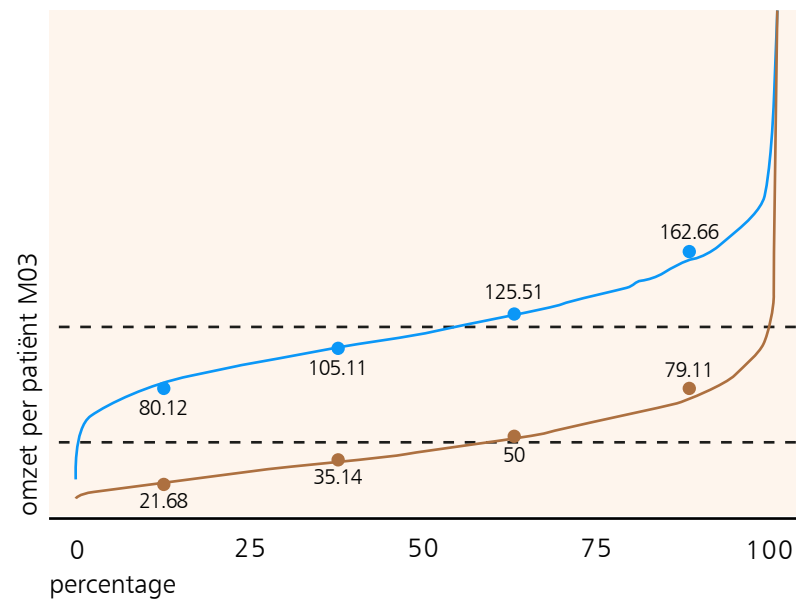
Tussen praktijken is veel variatie in het aantal minuten gebitsreiniging. Gemiddeld is per patiënt € 56,65 gedeclareerd aan de zorgverzekeraars voor de gebitsreiniging. Meer dan de helft van de praktijken zit onder dit gemiddelde.

Gemiddeld wordt per praktijk 4,8 keer per patiënt de prestatie M03 gedeclareerd. Dit komt neer op gemiddeld 24 minuten per patiënt. De 5% praktijken die gemiddeld de meeste kosten voor gebitsreiniging per patiënt declareerden, brachten gemiddeld tussen de € 130,06 en € 291,21 in rekening.

De kosten voor gebitsreiniging worden vooral in rekening gebracht door tandartspraktijken en zelfstandige praktijken voor mondhygiëne. Tussen die praktijken zijn grote verschillen te zien. Vrijwel alle (88,4%) van de zelfstandige praktijken voor mondhygiëne zijn in bovenstaande figuur de praktijken met de hoogste gemiddeld gedeclareerde omzet per patiënt. Bij een mondhygiëne praktijk neemt een patiënt gemiddeld 50,6 minuten gebitsreiniging af. De patiënt betaalt hier gemiddeld € 118,30 voor. Terwijl de patiënt in een tandartspraktijk gemiddeld 19,6 minuten gebitsreiniging afneemt en hiervoor gemiddeld € 46,48 voor betaalt.

Hieronder wordt de spreiding bij de mondhygiënisten praktijken (blauw) en van de tandartspraktijken (bruin) apart inzichtelijk.

Spreiding omzet gebitsreiniging per patiënt opgesplitst naar tandartspraktijk en mondhygiënisten praktijk



Uit de analyse blijkt dat de gemiddeld gedeclareerde kosten per patiënt in 80% van de tandartspraktijken tussen de € 11,85 en € 64,93 ligt.

3% van de zelfstandige mondhygiënisten praktijken declareren minder dan € 64,90 gemiddeld per patiënt.

Het lijkt er op dat 20% van de tandartspraktijken en 97% van de zelfstandige praktijken voor mondhygiëne gemiddeld meer dan € 65,- declareren per patiënt voor gebitsreiniging.

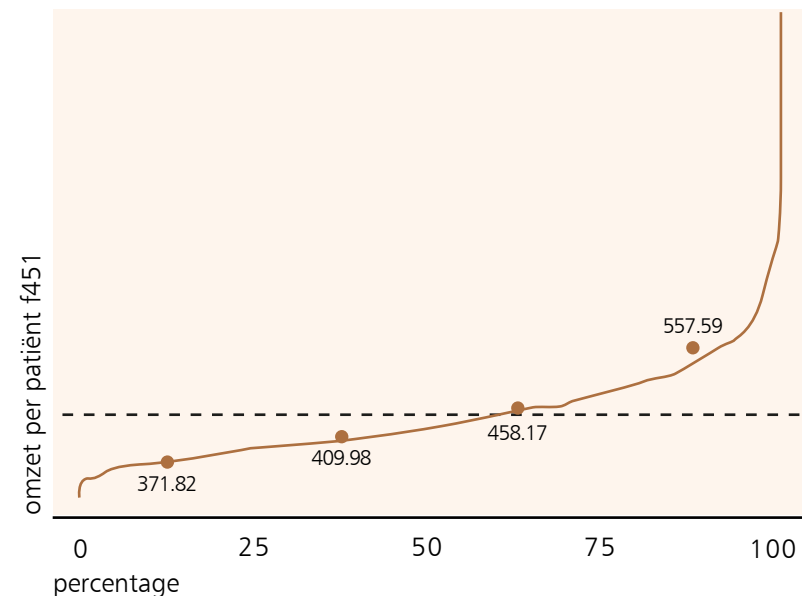
Bracketbeugels (F451A en F461A)

Beugels worden zowel door orthodontisten als door tandartsen geplaatst. We beperken ons tot het analyseren van de twee meest voorkomende beugels: de bracketbeugels in één tandboog (categorie 5, F451A) en in twee tandbogen gelijktijdig geplaatst (categorie 6, F461A). Ruim 78% van de omzet voor het plaatsen van alle beugels (F401 t/m F491) wordt via deze prestaties gedeclareerd. De bedragen die worden getoond zijn de bedragen voor het plaatsen inclusief de materiaal- en techniekkosten.

F451A: Plaatsen beugel categorie 5

Het plaatsen van een vaste slotjesbeugel voor één tandboog.

Spreiding omzet beugelcategorie 5 per beugel per praktijk

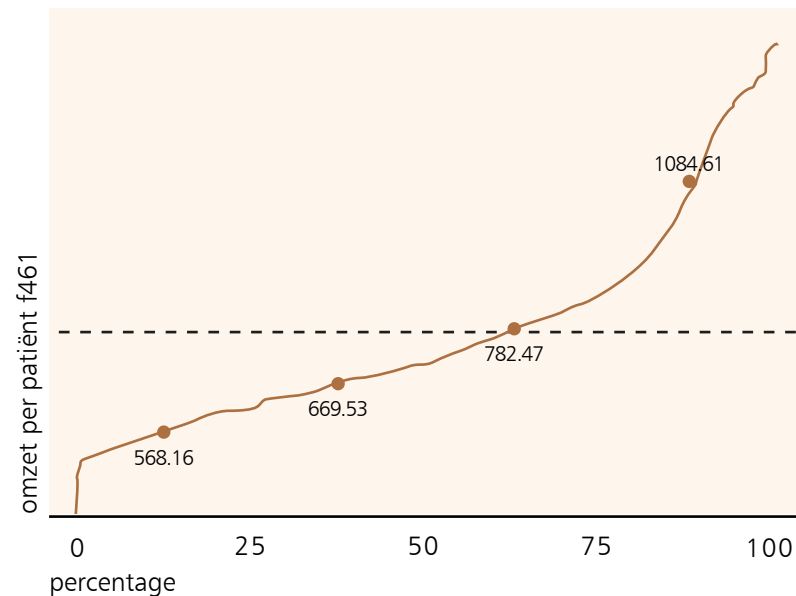


Gemiddeld is de omzet per patiënt voor het plaatsen van een beugelcategorie 5 € 449,28. De goedkoopste praktijk declareert gemiddeld € 318,93 per patiënt, terwijl de duurste praktijk € 1108,17 declareert. Dit is meer dan drie keer zoveel.

F461A: Plaatsen beugel categorie 6

Het plaatsen van een bracketbeugel gelijktijdig in beide tandbogen. In het onderstaande overzicht een weergave van de bijbehorende kosten.

Spreading omzet beugelcategorie 6 per patiënt per praktijk



Gemiddeld betaalt een patiënt € 776,19 voor een gelijktijdige plaatsing van bracketsbeugels in beide kaken. Zoals in de figuur te zien, zijn de gemiddelde kosten per patiënt voor deze beugelcategorie bij 62% van de praktijken lager dan het gemiddelde van alle praktijken.

Dit betekent dat bij ruim 1/3 van de praktijken er hogere kosten zijn voor deze beugel dan gemiddeld. Deze praktijken zorgen voor een hoog totaal gemiddelde zoals hierboven genoemd en voor een grote spreiding in de kosten per patiënt. In de figuur zie je dit dan ook terug aan de toenemend stijgende lijn vanaf 75% van de praktijken.

Een patiënt is voor het plaatsen van deze categorie beugel gemiddeld € 9,59 duurder uit bij een orthodontiepraktijk (€ 783,79) ten opzichte van een tandartspraktijk (€ 774,20). Toch zijn er vooral grote verschillen in de tandartspraktijk wat betreft de gemiddelde kosten. De goedkoopste tandartspraktijk declareert gemiddeld € 395,14, terwijl de duurste tandartspraktijk gemiddeld € 1375,13 declareert voor deze beugelcategorie. Dat is 3,5 keer zo veel. Opvallend is dat een aantal tandartspraktijken gemiddelde kosten declareert die zelfs onder het maximumtarief liggen. Dit beperkt aantal praktijken zorgt voor de bijna verticale lijn aan het begin van de figuur. Doordat dit een verticale lijn is, is duidelijk dat het maar een klein percentage van het totaal praktijken betreft.

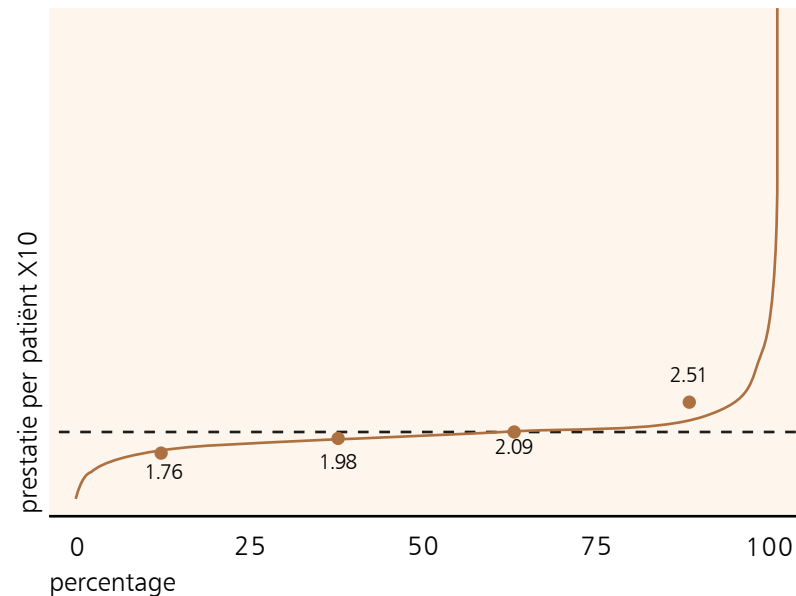
De goedkoopste orthodontiepraktijk declareert gemiddeld € 533,57 terwijl de duurste gemiddeld € 1141,03 declareert per patiënt.

Het verschil in kosten tussen de praktijken wordt vooral verklaard door materiaal- en techniekkosten. Deze zijn immers tegen kostprijs bij de beugel in rekening te brengen, terwijl voor het plaatsen van de beugel zelf een maximumtarief geldt.

Overigens zijn dit niet de volledige uitgaven aan een beugeltraject, maar gaat het hier om een vergelijking van de kosten van het plaatsen van de beugel(s).

Kleine röntgenfoto (X10) per patiënt per praktijk

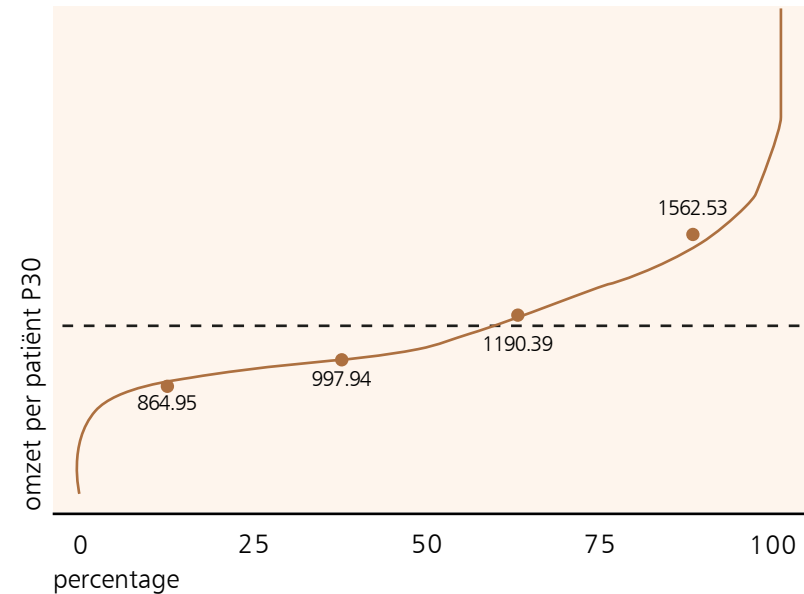
Spreiding aantal kleine röntgenfoto's per patiënt per praktijk



Gemiddeld worden er 2,08 kleine röntgenfoto's (X10) per patiënt gemaakt. In bovenstaande figuur is te zien dat spreiding is tussen praktijken, maar vooral zijn een aantal uitschieters zichtbaar. 95% van de praktijken maakt tussen de 1,10 en 2,60 kleine röntgenfoto's. Een klein aantal praktijken (0,1% van het totaal) heeft gemiddeld per patiënt tussen de 6,68 en 8,07 kleine röntgenfoto's gedeclareerd.

Plaatsen van kunst- en klikgebit

Spreiding omzet conventioneel kunstgebit (P30) per praktijk



De gemiddelde kosten voor een volledig kunstgebit in beide kaken zijn € 1.153,87. De spreiding tussen praktijken loopt van de € 394,9 tot € 2.520,83. Als we de goedkoopste en duurste 1% praktijken uitsluiten, liggen de gemiddelde kosten tussen de € 703,89 en € 1.998,19. Dit betekent dat 98% van de praktijken een gemiddelde omzet per volledig kunstgebit heeft wat in deze range ligt.

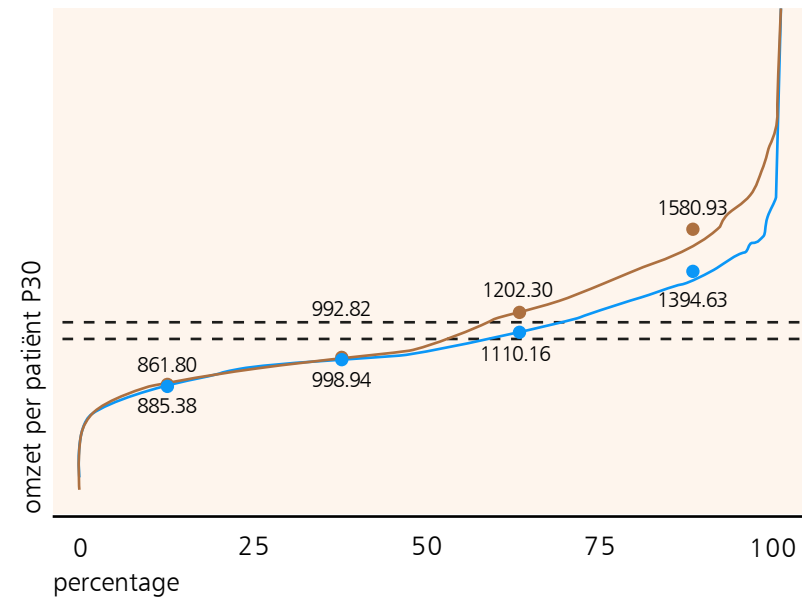
Er is verschil in spreiding zichtbaar tussen tandheelkundige praktijken en tandprotheticici. De spreiding van tandheelkundige praktijken is groter. Een patiënt is bij de tandheelkundige praktijk gemiddeld € 1.161,73 kwijt voor een volledig kunstgebit in beide kaken. De goedkoopste plaatsing en de duurste plaatsing van het volledige kunstgebit vindt plaats door tandartspraktijken. De gemiddelde kosten voor hetzelfde volledige kunstgebit is € 1.091,31 bij de praktijken van tandprotheticici. De tandprotheticici declareren gemiddeld tussen de € 617,19 en € 2.043,20 per volledig kunstgebit.

Voor het kunstgebit geldt ook dat de variatie in kosten vooral toe te wijzen is aan de gehanteerde materialen en technieken.

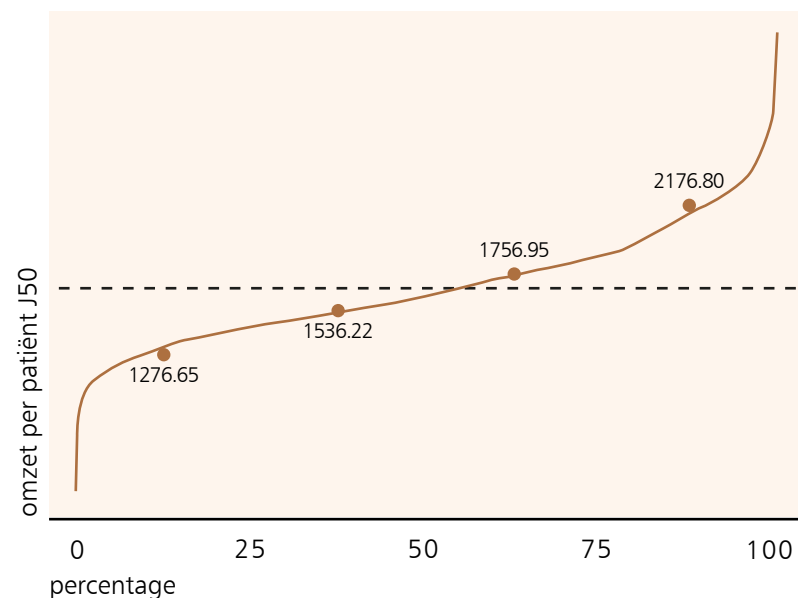


In onderstaand figuur is opsplitsing gemaakt tussen de tandheelkundige praktijken en de praktijken voor tandprotheticici.

Spreiding omzet conventioneel kunstgebit (P30) opgesplitst naar tandartspraktijk en praktijk voor tandprothetiek



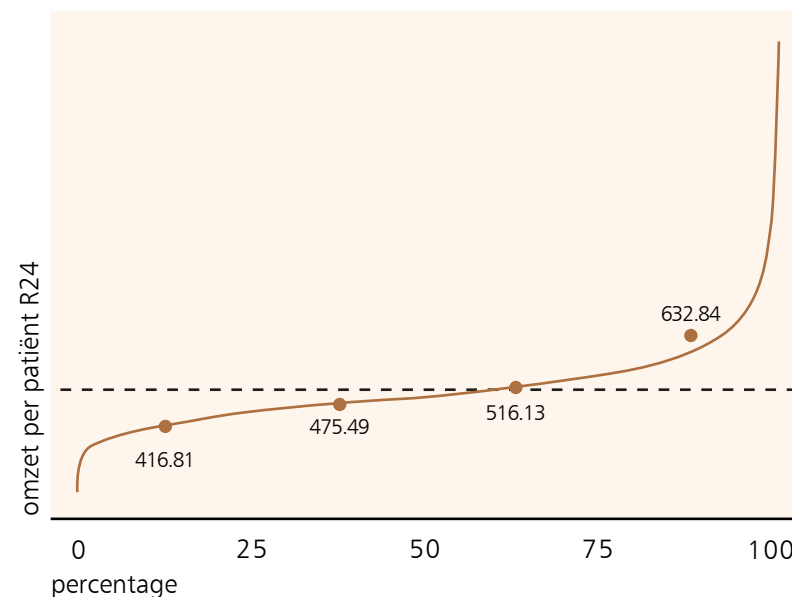
Spreiding omzet klikgebit (J50) per praktijk



De gemiddelde kosten voor een klikgebit zijn € 1.686,42. De praktijk met de laagste gemiddelde kosten per patiënt heeft € 386,09 gedeclareert per patiënt. Overigens betreft het hier een praktijk met maar twee patiënten die deze prestaties hebben ontvangen. Bovendien is dit bedrag lager dan het maximumtarief. Als we naar 98% van de praktijken kijken, waarbij we de praktijken met de laagste en hoogste gemiddelde kosten voor een klikgebit buiten beschouwing laten, dan liggen de gemiddelde kosten voor een klikgebit tussen de € 1.007,31 en de € 3.267,42.

Plaatsen van een kroon

Spreiding omzet per plaatsing kroon per praktijk



De gemiddelde kosten per patiënt per kroon zijn € 510,16. De patiënt heeft gemiddeld tussen de € 232,54 en € 1.333,79 betaald voor het plaatsen van de kroon. Bij de 1% praktijken die het minst gedeclareerd hebben voor het plaatsen van een kroon, is de patiënt tussen de € 232,54 en € 355,66 kwijt. Bij de 5% praktijken die de meeste kosten in rekening hebben gebracht, ligt dit bedrag tussen de € 680,65 en de € 1.333,79 per geplaatste kroon per patiënt. Dit betekent dat de spreiding van de kosten voor een kroon van de andere 94% van de praktijken tussen de € 355,66 en de € 680,65 per kroon ligt. Ruim 60% van de praktijken hanteert een gemiddeld bedrag voor de plaatsing van een kroon wat onder het gemiddelde tarief ligt van € 510,16.

5. Conclusies en aanbevelingen

Conclusies

In dit hoofdstuk bespreken we onze conclusies en aanbevelingen. De conclusies bespreken we aan de hand van vijf kernbevindingen.

- De ontwikkeling van de gemiddelde gedeclareerde omzet per patiënt neemt toe in relatie tot de ontwikkeling van de tarieven;
- Omzetsijging in de orthodontie;
- De gedeclareerde kosten van preventieve en curatieve zorg nemen toe;
- Er is veel praktijkvariatie;
- Registratie van materiaal- en techniekkosten is niet juist.

Gemiddelde gedeclareerde omzet per patiënt neemt toe

In juli 2015 verlaagde de NZa de maximumtarieven in de mondzorg op basis van een kostenonderzoek uitgevoerd in 2014. In de periode van 2013-2016 is een toename in de gedeclareerde omzet per patiënt zichtbaar. De gedeclareerde omzet per patiënt is dus toegenomen, terwijl tarieven in diezelfde periode zijn gedaald.

Onderstaande tabel toont de tariefontwikkeling en de ontwikkeling van de gedeclareerde omzet per patiënt over de periode 2013-2016. De verklaring voor de toename in de gedeclareerde omzet per patiënt is niet onderzocht. Er zijn verschillende factoren die daar invloed op kunnen hebben.

Tariefontwikkeling en omzet ontwikkeling per patiënt 2013-2016

Declarant	Tariefontwikkeling '13-'16	Omzet ontwikkeling per patiënt '13-'16
Tandartspraktijken	- 2,1%	+ 4,6%
Implantologie	- 16,7%	
Praktijken voor orthodontie	+ 0,7%	+ 12,81%

Omzetsijging in de orthodontie

Voor de orthodontische zorg² zien we een toename van het aantal patiënten en een toename in het gemiddeld gedeclareerde bedrag per patiënt. Het aantal patiënten waarvoor orthodontische zorg in rekening is gebracht, stijgt met bijna 10%. De gemiddeld gedeclareerde kosten per patiënt stijgen met 10,6%.

De stijging wordt voor een deel veroorzaakt door een toename van het aantal patiënten, waarbij na het eerste consult of het vervolgconsult ook daadwerkelijk een beugel geplaatst wordt. De gedeclareerde kosten per patiënt binnen deze groep stijgen met 7,3%.

1 Hier is uitgegaan van de toename in gedeclareerde omzet per patiënt, gedeclareerd door praktijken voor orthodontie. Hier zit naast de orthodontische prestaties, dus ook de omzet van de tandheelkundige prestaties gedeclareerd door praktijken voor orthodontie in.

2 Dit betreft alleen de F-codes in rekening gebracht door een van de declaranten.

De gedeclareerde kosten van preventieve en curatieve zorg nemen toe

Tussen 2013 en 2016 zien we een sterke stijging van de gedeclareerde omzet preventieve zorg. De stijging van de omzet per patiënt bij gebitsreiniging (M03) is 18%. De stijging van de uitgaven aan preventieve zorg gaat nog niet samen met een stagnatie van de uitgaven aan curatieve mondzorg. Zo neemt de gedeclareerde omzet per patiënt voor vullingen toe met 4,2%. De toename in de kosten van vullingen wordt veroorzaakt door een lichte toename van het aantal vullingen per patiënt en doordat er meer complexe (meer drie- en viervlaks-) vullingen worden geplaatst.

Er is veel praktijkvariatie

Er is een grote spreiding van de gemiddeld gedeclareerde kosten per patiënt tussen praktijken. Een deel van het verschil wordt veroorzaakt door praktijken die zich toelagen op complexere behandelingen (bijvoorbeeld op implantaatbehandelingen).

Bij verschillende prestaties zien we dat er grote verschillen zijn in de gemiddeld gedeclareerde kosten per patiënt per praktijk. Bij de periodieke controles (C11) en de kleine röntgenfoto's (X10) zijn de verschillen het kleinst. De gemiddeld gedeclareerde kosten voor gebitsreiniging (M03), beugels en protheses laten een grotere spreiding tussen praktijken zien. Zo zien we bijvoorbeeld dat de spreiding van de gedeclareerde kosten voor een gelijktijdige plaatsing van een bracketbeugel in beide kaken bij tandartspraktijken groter is dan bij orthodontiepraktijken.

Een deel van het verschil wordt veroorzaakt doordat bepaalde praktijken per patiënt een prestatie gemiddeld vaker in rekening brengen. De zelfstandige praktijken voor mondhygiëne leveren de

meeste gebitsreiniging per patiënt. De gedeclareerde kosten per patiënt zijn in deze praktijken daardoor hoger dan in tandartspraktijken, waar veelal ook mondhygiënist deze zorg leveren.

Bij prestaties met een sterretje (*) kan het verschil ook veroorzaakt worden door het gebruik van verschillende materialen en technieken. Voor het plaatsen van bijvoorbeeld beugels, kronen en kunstgebitten geldt een maximumtarief. Naast dit maximumtarief mogen de materiaal- en techniekkosten apart in rekening worden gebracht. Verschillen in de gedeclareerde omzet per patiënt kunnen dus alleen veroorzaakt worden door de toepassing van verschillende materialen en technieken en de verschillende kosten die hier mee gepaard gaan.

Registratie van materiaal- en techniekkosten is niet juist

De materiaal- en techniekkosten worden niet juist geregistreerd. De ingekochte materialen en technieken vinden we op verschillende manieren terug in de gegevens. De ene keer worden deze kosten in rekening gebracht via het sterretje (bijvoorbeeld R24*), de andere keer via de prestatie zelf (bijvoorbeeld R24). De prestaties tandtechniek in eigen beheer, die aangewezen zijn als techniekstukken door de mondzorgaanbieder zelf worden vervaardigd, zijn niet apart geregistreerd. Ook deze kosten zijn via het sterretje of via de prestatie zelf in rekening gebracht. Hierdoor is bijvoorbeeld niet inzichtelijk hoe groot de markt van tandtechniek in eigen beheer is. Doordat de materiaal- en techniekkosten niet juist geregistreerd zijn, is een benadering voor de berekening van deze kosten nodig geweest voor deze monitor. In deze monitor is niet onderzocht wat de oorzaak is van de onjuiste registratie. De NZa zal op korte termijn hierover in gesprek treden met de branche- en beroepsverenigingen en zal gezamenlijk met hen zoeken naar een oplossing zodat zo snel mogelijk gestart kan worden met de eenduidige registratie van de materiaal- en techniekkosten.

Aanbevelingen

De conclusies geven aanleiding tot aanbevelingen die vooral de transparantie voor de patiënt ten goede komt.

De praktijkvariatie is groot. De NZa kan op basis van deze monitor geen waardeoordeel vormen over de geconstateerde praktijkvariatie. Er is immers niet onderzocht wat de oorzaak is van de praktijkvariatie. Mogelijk is goed te motiveren waarom sommige praktijken meer omzet per patiënt declareren dan andere praktijken. Anderzijds is het mogelijk dat de praktijkvariatie wordt veroorzaakt door niet juist declaratiegedrag. De NZa is van mening dat de variatie uitlegbaar moet zijn aan de patiënt. De NZa roept partijen daarom op om optimaal transparant te zijn tegenover de patiënt.

Uit eerdere onderzoeken van bijvoorbeeld de Consumentenbond en de NZa in 2016 is gebleken dat keuzes en begrotingen niet altijd van te voren aan de patiënt worden voorgelegd. De NZa heeft in deze monitor niet onderzocht in hoeverre de patiënt op de hoogte wordt gebracht in relatie tot de geconstateerde praktijkvariatie. De bevindingen uit deze monitor pleiten er wel voor dat de patiënt juist geïnformeerd dient te worden. Dit is de plicht van elke zorgaanbieder. Juist informeren geldt zowel voorafgaand aan de behandeling, als na afloop van de behandeling. De NZa ziet hier dan ook een grote rol weggelegd voor zowel de zorgaanbieders als voor de brancheverenigingen.

Wij roepen brancheverenigingen op in richtlijnen te omschrijven wat goede zorg is. De NZa kan vervolgens in haar regelgeving naar deze richtlijnen verwijzen.

- De NZa roept de brancheverenigingen op om hun achterban te stimuleren transparant te zijn naar hun patiënten. De zorgaanbieder moet dit onder andere doen door:
- De verplichte begroting vanaf 250 euro altijd te verstrekken aan de patiënt, en voorafgaand aan de begroting de verschillende opties in behandeling, keuzes in materialen en technieken en de kosten hiervan te bespreken en voor te leggen;
- De prijslijst van materiaal- en techniekkosten te publiceren op de website. Dit is vanaf 1 januari 2018 verplicht.
- Te zorgen dat de patiënt laagdrempelig de inkoopnota van materialen en technieken kan opvragen én patiënten hiervan ook op de hoogte brengen.
- De materialen en technieken correct in rekening te brengen door middel van het sterretje op de nota (indien de zorgaanbieder de materialen en technieken inkoopt) of door middel van de prestaties tandtechniek in eigen beheer (indien de zorgaanbieder de materialen en technieken zelf vervaardigt).

De NZa zal hierop toezien en zal indien nodig haar handhavingsinstrumenten hiervoor inzetten.

Tot slot

Voor de komende jaren is het de ambitie van de NZa om in de bekostiging in de verschillende zorgsectoren meer aandacht te geven aan kwaliteit, uitkomsten, preventie en transparantie voor de patiënt. Ook in de mondzorg is dat ons streven.

Specifiek in deze sector valt op dat de prestatiestructuur zeer gedetailleerd is, waardoor er een toenemend aantal wijzigingsverzoeken per jaar binnenkomt door bijvoorbeeld nieuwe technieken en methoden in de behandelpraktijk. De complexiteit van de prestatiestructuur maakt het voor patiënten soms ingewikkeld om de factuur met de geleverde prestaties goed te doorgronden.

De NZa wil de komende tijd samen met de branche- en beroepsverenigingen inzicht creëren in eventuele problemen, behoeften en oplossingsrichtingen in de huidige mondzorg bekostiging. Net zoals in de andere doorontwikkelingstrajecten, streven we daarbij naar goede en betaalbare zorg voor alle inwoners van Nederland en naar optimale transparantie voor de burger. Duidelijk moet zijn wat de patiënt afneemt bij de tandarts,

welke keuzes de patiënt heeft, wat deze keuzes kosten, en waarom deze keuzes verschillen in kosten. Bovendien kan gedacht worden aan een structuur die gemakkelijker innovaties en nieuwe technieken toelaat, zonder dat hiervoor een gedetailleerde prestatie omschrijving nodig is. Hiernaast zet de NZa in op het bevorderen van preventieve zorg.

Naast het doorontwikkelen van de bekostigingsstructuur op lange termijn, zal de NZa de uitkomsten met betrekking tot de monitoring van de effecten van recente beleidswijzigingen meenemen in het reguliere overleg met partijen. Hiernaast zal de NZa ook de effecten van toekomstige beleidswijzigingen blijven monitoren.

Tot slot heeft de NZa in de Regeling Mondzorg verduidelijkt hoe materiaal- en techniekkosten in rekening gebracht dienen te worden: ofwel via het sterretje (*) indien de materialen en technieken worden ingekocht, ofwel via de prestaties uit de regelgeving tandtechniek in eigen beheer. De NZa zal hierop blijven toezien en handhavend optreden indien dit nodig blijkt te zijn. Deze regeling geldt vanaf 1 januari 2019.

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

Postadres

Postbus 3017

3502 GA Utrecht

Bezoekadres

Newtonlaan 1-41

3584 BX Utrecht

Telefoon: 030 - 296 81 11

Website: www.nza.nl

Twitter: [@zorgautoriteit](https://twitter.com/zorgautoriteit)

Informatielijn

Telefoon: 088 - 770 8 770

(bereikbaar tussen 09.00-17.00 uur - lokaal tarief)

E-mail: info@nza.nl

Vormgeving

Taluut