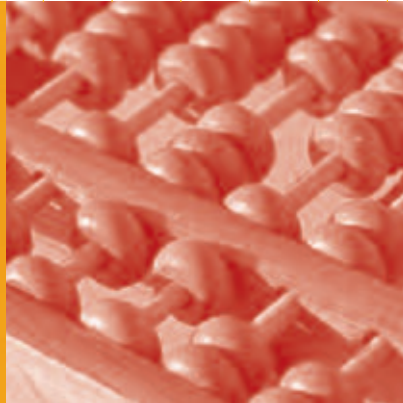


## Signalement Mondzorg 2007



**CVZ** College voor zorgverzekeringen



*Rapport*

## **Signalement Mondzorg 2007**

Op 17 december 2007 uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

*Publicatienummer*

***Uitgave***

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

***Volnummer***

27008877

***Afdeling***

PAKKET

***Auteur***

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

***Doorkiesnummer***

Tel. (020) 797 85 01

***Bestellingen***

Extra exemplaren kunt u bestellen via onze website ([www.cvz.nl](http://www.cvz.nl)) of telefonisch bij de servicedesk onder nummer (020) 797 88 88.

## Inhoud:

*pag.*

	Samenvatting
1	1. Inleiding
3	2. Tandheelkundige verzorging jeugdige verzekerden
3	2.a. Mondgezondheid en preventief tandheelkundig gedrag
5	2.b. Restauratieve verzorgingsgraad nader onderzocht
12	3. Tandheelkundige verzorging van mensen met een verstandelijke beperking
16	4. Tandheelkundig implantaat ter bevestiging van een uitneembare prothese
16	4.a. Achtergrond en factoren
19	4.b. Toekomstige zorgvraag en kostenontwikkeling
23	5. Mondzorg en AWBZ
25	6. Kosten van de mondzorg
30	7. Aandachtspunten
30	7.a. Periodiek preventief tandheelkundige onderzoek voor verzekerden jonger dan achttien jaar
30	7.b. Beleidsthema's
35	8. Discussie
35	8.a. Jeugdige verzekerden
38	8.b. Tandheelkundige verzorging van mensen met een verstandelijke beperking
39	8.c. Tandheelkundig implantaat ter bevestiging van een uitneembare prothese
40	8.d. Mondzorg en AWBZ
41	9. Consultatie belanghebbende partijen
41	9.a. Reacties belanghebbende partijen
47	9.b. Commentaar op reacties van belanghebbende partijen
50	10. Conclusies, aanbevelingen en vervolgacties
50	10.a. Jeugdige verzekerden
51	10.b. Tandheelkundige verzorging van mensen met een verstandelijke beperking
51	10.c. Tandheelkundige implantaten ter bevestiging van een uitneembare prothese
52	10.d. Mondzorg en AWBZ
53	11. Literatuur

### ***Bijlage(n)***

1. Brief inzake vergoeding periodiek preventief tandheelkundig onderzoek voor verzekerden tot achttien jaar



## Samenvatting

Dit signalement is een vervolg op signaleringen die het CVZ in 2003 en 2005 over de mondzorg heeft uitgebracht. Centraal staat de vraag in hoeverre sprake is van een goede mondzorg, die voor iedere verzekerde toegankelijk is.

Op grond van onderzoek naar de mondgezondheid van jeugdige verzekerden stelt het CVZ een tweedeling vast. De grens ligt momenteel rond het vijftiende levensjaar. Tot die leeftijd vertoont de mondgezondheid een tendens tot verslechtering, hierbij speelt mogelijk een rol de daling in de frequentie van tandartsbezoek door jeugdigen die de laatste jaren is vastgesteld. Vanaf die leeftijd verbetert de mondgezondheid nog. Uit onderzoek komt naar voren dat een belangrijke oorzaak van de geconstateerde onderbehandeling van vooral het melkgebit is gelegen in een aantal factoren die de onderzoekers benoemen als vermijdingsgedrag van tandartsen.

Het CVZ juicht toe dat de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) middels het programma 'Kies voor gaaf' het initiatief heeft genomen om in samenwerking met partijen te komen tot een aanpak van de reeds enige jaren geconstateerde problematiek met de kindergebitten.

Het CVZ benadrukt daarentegen het ontbreken van een kwaliteitssysteem waarbij het gaat om een systeem van richtlijnen en protocollen op het gebied van de kindertandheelkunde, waarvan de toepassing wordt geborgd via intercollegiale toetsing en herregistratie. Zo'n systeem moet op korte termijn worden geïmplementeerd, zondig door gebruik te maken van wettelijke bevoegdheden.

- Het CVZ zal de ontwikkelingen van de mondgezondheid van jeugdigen blijven volgen. Speciale aandacht zal daarbij ook uitgaan naar de verzekerden in de leeftijd van 18 tot en met 21 jaar, voor wie het pakket tandheelkundige hulp krachtens de Zorgverzekeringswet per 1 januari 2008 wordt aangepast

Uit onderzoek naar de tandheelkundige verzorging van mensen met een verstandelijke beperking komt naar voren dat, anders dan ernstig verstandelijk gehandicapten, mensen met een lichtere beperking hun weg blijken te vinden in de mondzorg. De mondgezondheid van mensen met een verstandelijke beperking is in het algemeen goed. De persoonlijke en professionele mondverzorging is meestal in orde.

De implantaatgedragen gebitsprothese wordt steeds vaker toegepast. Deskundigen zijn het er over eens dat de uitgaven

hiervoor de komende jaren zullen blijven stijgen. Ook een verruiming van het indicatiecriterium zou een forse stijging van de uitgaven tot gevolg hebben. Het CVZ is van mening dat het indicatiecriterium helder en toepasbaar is en ziet geen aanleiding om wijzigingen op dit vlak voor te stellen.

Het CVZ is geen voorstander van verhoging van de eigen bijdrage om een stijging van de uitgaven af te remmen omdat de verzekerde prestatie beperkt is tot de meest schrijnende gevallen door het strikte indicatiecriterium.

- Het CVZ zal het indicatiecriterium (wederom) bij de beroepsgroepen voor tandartsen, tandprothetici en zorgverzekeraars onder de aandacht brengen.
- Het CVZ adviseert de minister de hoogte van de eigen bijdrage voor de implantaatgedragen prothese en de gewone gebitsprothese met elkaar in overeenstemming te brengen.

Het CVZ sluit een periode af waar het direct betrokken was bij projecten gericht op het ontwikkelen van instrumenten om te komen tot verbetering van de mondzorg in AWBZ-verband

- Het CVZ zal de komende tijd de positie van de mondzorg binnen de AWBZ blijven volgen, mede met het oog op de toekomstige aanpassing van de AWBZ.

De kosten van de mondzorg in het wettelijk domein zijn de laatste jaren beperkt gestegen. In 2006 was die stijging nominaal groot, maar in overeenstemming met de toename van het aantal verzekerden door de instroom van de voormalig particulier verzekerden.

## 1. Inleiding

In het voorliggende *Signalement Mondzorg 2007* behandelt het CVZ onderwerpen rond de mondzorg in de verschillende stadia van het pakketbeheer. Centraal staat de vraag in hoeverre sprake is van een goede mondzorg, die voor iedere verzekerde toegankelijk is.

Het *Signalement Mondzorg 2007* is het derde signalement dat het CVZ over de mondzorg uitbrengt. In 2003 bracht het CVZ het *Signalement Mondzorg – Evaluatie beperking aanspraak tandheelkunde* uit. Dat signalement betrof vooral een evaluatie van de gevolgen van de stelselwijziging tandheelkunde in 1995. Ook de mondgezondheid van jeugdige verzekerden kwam in dat signalement aan de orde. Mede op verzoek van de minister is het CVZ de ontwikkeling van de zorg voor de jeugd nauwgezet blijven volgen. Tevens heeft het CVZ, ook mede op verzoek van de minister, een begin gemaakt met het monitoren van de toegang tot tandheelkundige zorg voor volwassenen (hierover zal het CVZ in een later stadium rapporteren).

In 2005 heeft het CVZ het *Signalement Mondzorg 2004* uitgebracht. In dat signalement nam de mondgezondheid van jeugdige verzekerden wederom een belangrijke plaats in.

In vervolg op deze signalementen evalueert het CVZ in dit signalement wederom de mondgezondheid van jeugdige verzekerden. De minister van Volksgezondheid heeft bij de stelselherziening tandheelkunde in 1995 opgemerkt dat de mondgezondheid van de jeugd zo sterk was verbeterd dat in het algemeen de mondzorg vanaf 18 jaar voor eigen verantwoording kon komen, de minister beoordeelde de financiële risico's voor de burger als overzienbaar. Mede in dit licht acht het CVZ het van belang de ontwikkeling van de mondgezondheid van jeugdige verzekerden te blijven volgen. In het tweede hoofdstuk worden de resultaten van onderzoek dat in opdracht van het CVZ is uitgevoerd gepresenteerd. Het gaat dan om het onderzoeken naar de tandheelkundige verzorging van jeugdige ziekenfonds verzekerden, uitgevoerd door ACTA en TNO<sup>1</sup>, en het onderzoek naar de restauratieve verzorgingsgraad, uitgevoerd door TNO<sup>2</sup> in samenwerking met het UMC St. Radboud en de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

In het derde hoofdstuk presenteert het CVZ de resultaten van onderzoek naar mondgezondheid en de tandheelkundige verzorging van mensen met een verstandelijke beperking die

---

<sup>1</sup> Poorterman JHG, Schuller AA. Tandheelkundige verzorging Jeugdige Ziekenfondsverzekerden(TJZ). Een onderzoek naar veranderingen in mondgezondheid en preventief tandheelkundig gedrag. Eindmeting 2005. Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam – TNO Kwaliteit van Leven. Leiden, 2006

<sup>2</sup> Schuller AA, Bruers JIM, Dam BAFM van, Truin GJ. Jeugdmondzorg: De restauratieve verzorgingsgraad. TNO Kwaliteit van Leven. Leiden, 2007

verblijven in de thuissituatie. Het CVZ heeft hierna onderzoek laten doen naar aanleiding van signalen dat zich hier problemen voordoen. Het betreffende onderzoek is uitgevoerd door ACTA<sup>3</sup>.

In het vierde hoofdstuk is er aandacht voor de implantaatgedragen gebitsprothese. De implantaatgedragen gebitsprothese behoort, onder een strikt indicatiecriterium, tot de verzekerde prestatie krachtens de Zorgverzekeringswet. De stijging van de uitgaven voor implantaatgedragen prothese is al enige tijd een punt van aandacht. Het CVZ heeft onderzoek gedaan naar de factoren die bij deze stijging een rol spelen en naar de verwachtingen voor de toekomst. In het vierde hoofdstuk worden resultaten van deze onderzoeken<sup>4</sup> gepresenteerd.

Vanaf 2003 is het CVZ samen met een groot aantal organisaties betrokken geweest bij het ontwikkelen van instrumenten om de mondzorg in AWBZ-instellingen te verbeteren. In het vijfde hoofdstuk van dit signalement doet het CVZ verslag van deze activiteiten.

In het zesde hoofdstuk geeft het CVZ een overzicht van de kosten die gemoeid zijn met de mondzorg in de Zorgverzekeringswet en de AWB. In het zevende hoofdstuk geeft het CVZ een overzicht van aandachtspunten en de actuele beleidsthema's in de mondzorg waaraan het CVZ de komende tijd aandacht zal besteden.

In het achtste hoofdstuk gaat het CVZ in op de resultaten van de onderzoeken die in opdracht van het CVZ zijn uitgevoerd. Het CVZ bediscussieert dan de onderzoeken naar de mondgezondheid van jeugdige verzekerden, de mondgezondheid van mensen met een verstandelijke beperking de implantaatgedragen prothese. Ook gaat het CVZ kort in op de mondzorg en AWBZ.

Het CVZ heeft belanghebbende partijen gevraagd te reageren op het concept Signalement Mondzorg 2007. Reacties van partijen en het commentaar van het CVZ op die reacties zijn opgenomen in het negende hoofdstuk.

In het tiende hoofdstuk komt het CVZ met conclusies, aanbevelingen en vervolgacties met betrekking tot de in hoofdstuk acht besproken onderwerpen.

---

<sup>3</sup> Jongh A de, Kieffer JM, Nelen TK, Tandheelkundige zorgverlening aan mensen met een verstandelijke beperking die thuis of semi-zelfstandig wonen. Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam. Amsterdam 2006

<sup>4</sup> College voor zorgverzekeringen. Implantaatgedragen prothesen. Diemen, 2007

<sup>5</sup> Cune MS, Putter C de. Peanuts? Een inventarisatie van de toekomstige zorgvraag en kostenontwikkeling van overkappingsprothesen op implantaten. UMC Utrecht. Utrecht 2007



## 2. Tandheelkundige verzorging jeugdige verzekerden

### ***2.a. Mondgezondheid en preventief tandheelkundig gedrag***

#### ***Inleiding***

Vanaf 1987 voert het CVZ elke drie jaar onderzoek uit naar de mondgezondheid en het preventief tandheelkundig gedrag van jeugdige verzekerden. De rapportage van de meest recente meting is eind december 2006 beschikbaar gekomen. Het doel is om eventuele veranderingen vast te stellen in de mondgezondheid en het preventief gedrag. Daartoe zijn klinische variabelen en gedrags- en houdingsvariabelen in kaart gebracht. Verder is onderzocht of er verschil bestaat tussen kinderen die in een Regionale Instelling voor Jeugdtandverzorging en kinderen die bij de huistandarts worden behandeld. De uitkomsten zijn in 2005 verkregen en vergeleken met in eerdere jaren verkregen meetresultaten. Het onderzoek werd, net als in voorgaande jaren, uitgevoerd in de gemeenten Alphen aan den Rijn, Gouda, Breda en 's-Hertogenbosch. In de gemeente 's-Hertogenbosch is een Regionale Instelling voor jeugdtandverzorging die een groot aantal kinderen in behandeling heeft. Het onderzoek is uitgevoerd door het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA) en TNO Kwaliteit van Leven. In deze paragraaf worden de resultaten ervan samengevat.

#### ***Tandcariës***

Van de 5-jarigen had 44% een gaaf melkgebit, dat wil zeggen dat er geen extracties en vullingen werden gescoord en dat er geen onbehandelde cariëslaesies werden gezien die reikten tot in het tandbeen. Dit percentage is significant lager dan in 1999. Een gaaf blijvend gebit kwam voor bij 53% van de 11-jarigen, bij 29% van de 17-jarigen en bij 14% van de 23-jarigen. Het percentage gave gebitten bij de 17-jarigen is significant beter dan in 1999.

In het melkgebit van de 5-jarigen waren gemiddeld 3,4 vlakken door cariës aangetast en niet gevuld. In het blijvend gebit was bij de 11-jarigen gemiddeld 0,8 vlak onbehandeld, bij de 17-jarigen 1,3 en bij de 23-jarigen 2,2 vlakken. Vergelijking met 1999 toont meer gevulde vlakken bij de 11-jarigen, minder carieuze vlakken bij de 17-jarigen, minder gevulde vlakken bij de 23-jarigen en meer vlakken die van een sealant zijn voorzien bij de 11- en 23-jarigen. Doordat geen röntgenfoto's zijn gebruikt, is de uitbreiding van carieuze laesies richting de tandpulpa moeilijk te beoordelen. Aangezien visuele inspectie van gebitselementen het voorkomen van laesies onderschat, mag worden verwacht dat de klinisch gevonden laesies in werkelijkheid dieper zijn dan de uitkomst suggereert. Voor het meten van trends zijn de klinische gegevens echter goed bruikbaar.

**Verzorgingsgraad** Onder de verzorgingsgraad wordt verstaan het percentage adequaat gerestaureerde tandvlakken van alle te restaureren of reeds gerestaureerde vlakken. Bij de 5-jarigen was de verzorgingsgraad 17%, wat wil zeggen dat minder van een vijfde van de caviteiten ook daadwerkelijk is gevuld. De verzorgingsgraad blijkt met toenemende leeftijd te stijgen tot 77% voor de 23-jarigen. Tussen 1999 en 2005 is de verzorgingsgraad voor de 11- en 17-jarigen significant toegenomen. Dit wordt veroorzaakt door relatief meer vullingen (11-jarigen) en relatief minder onbehandelde caviteiten (17-jarigen).

**Regionale Instelling voor Jeugdtandverzorging** Bij de 11-jarige deelnemers van de Regionale Instelling voor Jeugdtandverzorging was het aantal carieuze vlakken significant lager dan bij leeftijdsgenoten die in de huispraktijk werden verzorgd. Ook de verzorgingsgraad van het blijvend gebit is bij deelnemers van de RlvJ hoger (67%) dan bij de overige 11-jarigen (50%); er werden significant minder onbehandelde caviteiten gevonden. Deze trend werd, weliswaar niet significant, ook waargenomen bij het melkgebit van de 5-jarigen. Deze uitkomsten bevestigen overeenkomstige resultaten vanaf 1987. Het lijkt erop dat de georganiseerde jeugdtandverzorging met een grotere risicogroep een qua mondgezondheid beter resultaat weet te realiseren.

Ook met betrekking tot preventieve activiteiten komt zij gunstiger uit de bus: al vanaf 1993 is het aantal gesealde vlakken bij de 11-jarigen significant hoger dan bij kinderen die in de praktijk van de huistandarts worden behandeld. Vanaf 1987 neemt het aantal sealants bij 11-, 17- en 23-jarigen trendmatig toe. Waarschijnlijk heeft deze behandeling bijgedragen aan de verminderde cariësprevalentie tussen 1987 en 2005.

**Verzorging van 5-jarigen** De uitkomsten van dit onderzoek laten zien dat de cariëservaring bij de 5-jarigen niet is veranderd tussen 1999 en 2005. Het percentage 5-jarigen met een cariësvrij gebit neemt echter wel af. Het responspercentage voor deze leeftijdsgroep was laag: 40%. Uit de non-responsenquête blijkt dat angst voor de tandarts een belangrijke reden kan zijn om niet met het mondonderzoek te willen meedoen. Kinderen die niet aan het onderzoek meedoen vertonen in het algemeen een minder gunstig mondgezondheidsgedrag en zouden daardoor ook een minder goed gebit kunnen hebben. Door het duidelijk lagere responspercentage zou de onderschatting van de cariëservaring in 2005 nog wel eens groter kunnen zijn dan in 1999. Daarmee heeft een al in 1993 ingezette trend zich doorgezet.

De vraag kan rijzen hoe belangrijk het is om het melkgebit van een 5-jarige optimaal te saneren. Hiervoor pleiten argumenten van tandheelkundige en algemeen medische aard. Zo werd in

dit onderzoek een toenemend aantal kinderen met een fistel gezien. Ook bleek dat 20% van de kinderen volgens de ouders kiespijn heeft gehad.

### **Tandartsbezoek**

De 23-jarigen gaan even vaak voor controle naar de tandarts als in 1999. Voor deze groep zat de controle in 1999 wel, en in 2005 niet meer in het pakket. Blijkbaar weerhoudt dat deze jongeren niet van tandartsbezoek. Mogelijk heeft het lage responspercentage in vergelijking tot 1999 een camouflerend effect. Ook de frequentie van het tandartsbezoek van de 17-jarigen verschilt niet met dat in 1999. Bij hen spelen echter geen veranderingen in het verzekeringspakket een rol in deze jaren. Van de 23-jarigen is 72% aanvullend verzekerd voor tandheelkundige hulp; 15% weet deze vraag niet te beantwoorden.

De frequentie van het controlebezoek bij de tandarts is voor alle leeftijden gelijk aan 1999. In 2005 blijkt dat 14-20% van de controles door iemand anders is uitgevoerd dan de tandarts, met name door de mondhygiënist of de tandartsassistente. Verwacht wordt dat deze trend zal toenemen. Cijfers van het CBS laten zien dat het percentage jeugdigen tussen 3 en 14 jaar dat tenminste eenmaal per jaar de tandarts bezoekt vanaf 1999 tot 2005 geleidelijk is afgenomen van 99,2% tot 92,4%.

Het responspercentage neemt in alle leeftijdsklassen al jaren geleidelijk af. Dit kan een negatieve invloed hebben op de representativiteit van de resultaten. Uit het non-participatie-onderzoek blijkt dat niet-deelnemers minder vaak voor controle naar de tandarts gaan dan deelnemers aan het onderzoek.

## **2.b. Restauratieve verzorgingsgraad nader onderzocht**

### **Inleiding**

Naar aanleiding van de resultaten van het hierboven beschreven onderzoek heeft het CVZ een aanvullend onderzoek laten uitvoeren naar de verzorgingsgraad van de jeugdigen. De onderzochte vraag luidt: Welke factoren zijn van invloed op de restauratieve verzorgingsgraad van het gebit bij jeugdigen tot 18 jaar? Ter beantwoording zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

1. Welke factoren die gelegen zijn bij het kind ('kindfactoren') zijn van invloed op de verzorgingsgraad?
2. Welke factoren die gelegen zijn bij de tandarts ('tandartsfactoren') zijn van invloed op de verzorgingsgraad?
3. Welk percentage kinderen gaat jaarlijks voor controle naar de tandarts?

Dit onderzoek is verricht door TNO Kwaliteit van Leven, de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde

(NMT) en het UMC St. Radboud. In deze paragraaf zijn de resultaten ervan samengevat.

### **Kindfactoren**

Er zijn secundaire analyses uitgevoerd op bestaande, in 2005 verkregen databestanden van onderzoek naar jeugdige verzekerden in opdracht van het CVZ (TJZ), onderzoek in Regionale Instellingen voor Jeugdtandverzorging (JTV) en onderzoek onder jeugdigen in Den Haag. De in de analyse betrokken variabelen zijn: (na)poetsfrequentie door ouder, controle frequentie, snoepfrequentie, sociaal economische status (SES), soort tandarts (huistandarts of JTV).

Bij de 5-jarigen beïnvloedt geen van deze factoren de kans op een gaaf gebit. Wel hebben kinderen van moeders met een lage SES een hoger aantal getrokken gebitselementen. De enige factor die van invloed is op de gebitstoestand is de soort tandarts. De kans om niet behandeld te zijn is onder TJZ-kinderen 2,6 keer zo groot in vergelijking tot JTV-kinderen, wanneer rekening wordt gehouden met de overige factoren. Bij de Haagse 6-jarigen heeft alleen het sociale milieu van het kind invloed op het hebben van een gaaf of niet gaaf gebit (laag versus midden en hoog sociaal niveau). Bij de kinderen met een niet gaaf gebit werden geen verschillen gevonden wat betreft het al dan niet behandeld zijn van het gebit. Opvallend bij de kinderen met een niet gaaf gebit is dat 61% van de TJZ-kinderen, 61% van de Haagse kinderen en 25% van de JTV-kinderen een verzorgingsgraad van 0 heeft, wat wil zeggen dat deze kinderen wel cariës hebben maar nog nooit restauratief zijn behandeld. Blijkbaar gaat de JTV-tandarts eerder tot curatieve behandeling over dan de huistandarts.

Bij de 11-jarigen is de kans op een niet gaaf gebit onder kinderen die 1x per dag poetsen 1,7 maal zo groot in vergelijking tot kinderen die 2x per dag poetsen. Kinderen van moeders met een lage SES hebben een 2,3 maal grotere kans op een niet gaaf gebit dan kinderen van midden en hoog sociaal niveau, rekening houdend met de andere factoren. De kans om nooit behandeld te zijn is onder TJZ kinderen 3,3 maal zo groot in vergelijking tot de JTV kinderen, wanneer rekening wordt gehouden met de overige factoren. De verzorgingsgraad is bij TJZ-kinderen 52% en bij JTV-kinderen 81%. Bij de kinderen met een niet gaaf gebit geldt dat de kinderen van de JTV vaker ooit wel eens behandeld zijn dan de TJZ-kinderen. Blijkbaar grijpt de JTV-tandarts ook bij de 11-jarigen eerder restauratief in dan de huistandarts.

Bij de 17-jarigen zijn alleen in het TJZ onderzoek gegevens verzameld. Hier blijkt dat de kans op een niet gaaf gebit bij jongeren met moeders met een lage SES 2,1 maal zo groot is dan bij andere jongeren. Geen van de onderzochte factoren beïnvloedt de kans op het al dan niet behandeld zijn van een niet gaaf gebit.

Geconcludeerd wordt dat kinderen uit een hoog sociaal economisch milieu een grotere kans op een gaaf gebit hebben. Kinderen die minimaal tweemaal daags tanden poetsen hebben een grotere kans op een gaaf gebit. Kinderen die onder behandeling zijn bij de huistandarts hebben een kleinere kans om curatief te zijn behandeld dan kinderen die onder behandeling staan van de JTV.

### **Tandartsfactoren**

De vraag of tandartsfactoren een rol spelen bij de verzorgingsgraad is uitgewerkt in een onderzoek onder 447 tandartsen met vragen over aspecten van de mondgezondheid van jeugdigen, opvattingen over de tandheelkundige zorgverlening aan jeugdigen en de wijze waarop tandartsen in hun praktijk daadwerkelijk uitvoering geven aan de behandeling van jeugdigen. Het valt moeilijk aan te geven in hoeverre tandartsen zaken 'mooier' hebben voorgesteld. De waarde van de informatie is vooral gelegen in de belevingen en opvattingen die tandartsen naar voren brengen en in hun verklaarde gedragingen in algemene zin. Dit onderzoek is uitgevoerd door de NMT.

Een meerderheid van de tandartsen kan geen schatting geven van het percentage kinderen in hun plaatselijke omgeving dat nog nooit of slechts incidenteel een tandarts heeft bezocht. Voor zover zij dat wel kunnen, schatten zij gemiddeld dat het gaat om 18% van de kinderen met een melkgebit en 12% van de kinderen met een blijvend gebit. Bijna de helft van de tandartsen geeft aan dat de incidentie van cariës bij de kinderen met een melkgebit in hun praktijk gedurende de afgelopen vijf jaar is toegenomen. Hetzelfde geldt ten aanzien van kinderen met een blijvend gebit. De meeste tandartsen zien cariës als een ziekte die in hoge mate of vrijwel uitsluitend voorkomt bij bepaalde (risico)groepen van kinderen.

Volgens tandartsen is de invloed van ouders op de mondgezondheid van kinderen met een melkgebit groter dan die van hen zelf. Opvallend is dat tandartsen zich wat meer aangesproken voelen als het om het blijvend gebit van kinderen gaat. De meest genoemde bedreigingen voor de mondgezondheid van zowel het melk- als het blijvend gebit zijn het teveel snoep, frisdrank en tussendoortjes nuttigen, het niet goed poetsen en onverschilligheid van de ouders jegens gebitsverzorging.

De opvattingen over de tandheelkundige behandeling van het melkgebit lopen nogal uiteen. Zo zijn de meningen verdeeld over de vraag of het te prefereren is om bij jonge kinderen met extractie te wachten tot er sprake is van een pijnklacht, over de uitspraak dat behandeling van het melkgebit primair gericht moet zijn op het pijn- en ontstekingsvrij houden, en

over de stelling dat extractie de beste oplossing is bij diep carieuze melkelementen. Wel zijn de tandartsen het erover eens dat ook carieuze aantastingen die geen pijnklachten opleveren moeten worden behandeld, en dat bij kinderen tot en met 5 jaar een caviteit in de tweede melkmolaar per definitie moet worden behandeld.

Van de tandartsen vindt 40% dat de beroepsgroep zich voldoende inspant om zo nodig het melkgebit van kinderen curatief te behandelen; een kwart vindt van niet. Verder is 29% er niet van overtuigd dat het merendeel van de tandartsen voldoende affiniteit heeft met de behandeling van het melkgebit. En 46% beaamt curatieve behandeling van het melkgebit van kinderen tot en met 5 jaar over het algemeen moeilijk te vinden. De periodieke controle bij kinderen tot en met 5 jaar met een melkgebit wordt in 81% van de gevallen uitgevoerd door alleen de tandarts. Hetzelfde geldt voor de curatieve behandeling. De behandeling van kinderen met een blijvend gebit wordt binnen praktijken ongeveer hetzelfde aangepakt als de behandeling van kinderen met een melkgebit.

Ruim de helft van de tandartsen zegt te beginnen met periodieke controle voordat of als kinderen 2 jaar zijn. Anderen beginnen hiermee als kinderen 3 jaar (40%) of 4 jaar of ouder zijn (8%). Opvallend is dat oudere tandartsen eerder beginnen met periodieke controle bij jonge kinderen. Daarnaast blijkt dat tandartsen die afgestudeerd zijn in Nijmegen en Groningen eerder beginnen met die controles, terwijl tandartsen uit Amsterdam en in het buitenland afgestudeerden daarmee langer wachten. Tandartsen in het westen van het land wachten gemiddeld wat langer dan tandartsen in het zuiden, oosten en noorden.

Met een eventuele restauratieve behandeling begint 13% van de tandartsen als de kinderen 2 jaar of jonger zijn en driekwart als ze 3 of 4 jaar zijn. Ook hier blijken oudere tandartsen daar eerder mee te beginnen. In Nijmegen en Utrecht afgestudeerde tandartsen beginnen eerder met restauratieve behandeling, terwijl tandartsen uit Amsterdam en in het buitenland afgestudeerden daar langer mee wachten. Tandartsen in het westen van het land wachten gemiddeld langer dan tandartsen in het zuiden, oosten en noorden.

Bij kinderen tot en met 5 jaar met een of meer caviteiten in de melkkiezen zegt 38% in het algemeen altijd over te gaan tot curatieve behandeling. Bijna de helft doet dat meestal. Vrouwelijke tandartsen gaan vaker over tot restauratieve behandeling. Daarentegen gaan tandartsen die de behandeling van het melkgebit moeilijk vinden minder vaak over tot curatie. Tandartsen noemen een aantal factoren die een rol spelen bij het niet curatief behandelen van caviteiten in

melkkiezen. Ruim de helft wil voorkomen dat angst voor de tandarts erger wordt. Evenveel tandartsen willen ook uit- of afstel van curatie door voorlichting aan de ouders te geven en door gerichte preventie de caviteit stabiliseren. Tandartsen die vaker afzien van curatieve behandeling noemen als overweging dat kinderen lastig te behandelen zijn. Ook wijzen zij erop dat door drukte in de praktijk andere prioriteiten worden gelegd. Veruit de meeste tandartsen zijn van mening dat de inspanningen in hun praktijk bij de behandeling van het melkgebit van kinderen tot en met 5 jaar (ruim) voldoende zijn. Onzekerheid over hun inzet is groter bij tandartsen die minder vaak tot curatieve behandeling overgaan.

Ongeveer een op de drie tandartsen zegt altijd over te gaan tot curatieve behandeling van caviteiten in melkkiezen bij kinderen van 6 tot en met 12 jaar. Tandartsen uit het zuiden des lands doen dat vaker en tandartsen in het noorden minder vaak. Als overwegingen om in die gevallen niet te behandelen worden het meest genoemd het instellen van een gerichte preventieve behandeling en/of voorlichting om de caviteit te stabiliseren. Daarnaast noemt een kwart tot een derde argumenten als de aanwezigheid van te veel en/of te diepe caviteiten, de naderende wisseling van de melkkies, het weinig risico opleveren voor het blijvend gebit en voorkomen van angst voor de tandarts. Vooral jongere tandartsen noemen deze argumenten. Vrijwel alle tandartsen zijn van mening dat hun inspanningen bij de behandeling van het wisselgebit van kinderen van 6 tot en met 12 jaar (ruim) voldoende zijn.

Bij caviteiten in de molaren van het blijvende gebit van kinderen vanaf 13 jaar zeggen vrijwel alle tandartsen die altijd of meestal curatief te behandelen. Wanneer niet (meteen) wordt behandeld volgt gerichte preventieve behandeling en/of voorlichting om de caviteit te stabiliseren. Verder wordt de inzet van een kwart van de tandartsen getemperd als de kinderen ongemotiveerd zijn om hun gebit naar behoren te verzorgen. Dat laatste komt bij oudere tandartsen vaker voor dan bij jongere. Alle tandartsen vinden de inspanningen in hun praktijk bij de behandeling van het blijvend gebit van kinderen van 13 jaar en ouder (ruim) voldoende.

Acht van de tien tandartsen hebben behoefte aan ondersteuning in de praktijk voor de periodieke controle, de preventieve en/of de restauratieve behandeling van kinderen. Vooral zou men meer verwijsmogelijkheden willen hebben voor 'moeilijk' te behandelen kinderen en kunnen beschikken over meer voorlichtingsmateriaal dat is gericht op risicogroepen. Verder wil een kwart een praktijkwijzer of klinische richtlijn voor de behandeling van kinderen. Verscheidene tandartsen hebben ook behoefte aan bij- en nascholing, gericht op praktische kennis en vaardigheden voor henzelf en de mondhygiënist en preventie-assistenten in

hun praktijk. Tandartsen die vinden dat de incidentie van cariës in de afgelopen vijf jaar is toegenomen hebben meer behoefte aan ondersteuning.

Veruit de meeste tandartsen vinden de toegankelijkheid van de tandheelkundige zorg in hun plaatselijke omgeving (ruim) voldoende. De meeste twijfels bestaan, aldus de onderzoekers, bij tandartsen in het noorden van het land, en bij tandartsen in buurten met een cumulatie van sociaal-economische problemen (veel lage lonen c.q. uitkeringen, veel allochtonen).

De onderzoekers merken op dat ongeveer driekwart van de tandartsen het (zeer) belangrijk vindt om extra inspanningen te leveren om in hun omgeving de tandheelkundige opvang en behandeling van kinderen te verbeteren. Het meest effectief vinden tandartsen voorlichtingscampagnes rond het kindergebit, voorlichtingsmateriaal gericht op (ouders van) risicogroepen en op regelmatig tandartsbezoek vanaf ca. 2 jaar. Verder zou politieke druk moeten worden uitgeoefend om meer middelen beschikbaar te stellen voor collectieve tandheelkundige preventie en zouden er meer mogelijkheden moeten komen voor de verwijzing van 'moeilijke gevallen'. Een op de zeven tandartsen wil uitbreiding van de georganiseerde jeugdtandverzorging, een op de acht een praktijkwijzer of klinische richtlijn en een op de negen bij- en nascholing over de tandheelkundige behandeling van kinderen.

De onderzoekers stellen dat de reacties van tandartsen, zonder dat hiernaar rechtstreeks is gevraagd, het beeld oproepen dat er onzekerheid leeft over de behandeling van met name het melkgebit. Bijna de helft geeft aan dat curatieve behandeling van het melkgebit van kinderen tot en met 5 jaar moeilijk is, terwijl een kwart dit niet expliciet ontkent. Dit heeft effect op hun professionele gedrag, want deze tandartsen geven ook vaker aan niet altijd tot curatieve behandeling van aangetaste melkmolaren over te gaan. Ook het gegeven dat acht van de tien tandartsen behoefte heeft aan ondersteuning in de praktijk bij de behandeling van kinderen kan worden gezien als een teken van onzekerheid, te meer omdat met zoveel woorden wordt gevraagd om onder meer directe ondersteuning.

De onderzoekers concluderen dat de kritiek op de huistandartsen in de discussie over de behandeling van het melkgebit bij jonge kinderen in de kern betrekking heeft op vermijdingsgedrag. De uitkomsten van dit onderzoek bieden aanwijzingen dat in deze stelling een kern van waarheid zit, aldus de onderzoekers. Zo onderschrijft bijvoorbeeld minder dan de helft van de tandartsen de uitspraak dat de beroepsgroep zich voldoende inspant om zo nodig het melkgebit curatief te behandelen. Bij ruim een kwart bestaat er daarnaast twijfel of het merendeel van hun collega's



voldoende affiniteit heeft met de behandeling van het melkgebit. Bovendien hebben enkele tandartsen de moed om te bekennen dat hun inspanningen in de praktijk bij de behandeling van het melkgebit van jonge kinderen niet optimaal zijn.

Tot slot melden de onderzoekers dat over het niet altijd curatief behandelen van de melkmolaren verder redenen zijn genoemd die kunnen worden uitgelegd als vermijdingsgedrag. Dit geldt bijvoorbeeld voor de aanpak om via gerichte preventieve behandeling en/of door goede voorlichting aan de ouders proberen te bereiken dat een carieuze aantasting stabiliseert of voor het willen voorkomen dat de angst voor de tandarts bij kinderen te groot wordt.

### ***Tandartsbezoek***

In het onderzoek naar de kindfactoren bleek dat 96-100% van de onderzochte kinderen minstens eenmaal per jaar op controle bij de tandarts kwam en dat deze bezoekfrequentie geen rol speelde bij de verzorgingsgraad. Om een landelijk beeld te verkrijgen is aan de hand van gegevens van het CBS het tandartsbezoek van jeugdigen in Nederland berekend. In 2005 is 73,9% van de jeugd van 0 tot en met 14 jaar bij de tandarts geweest. Van de groep van 15- tot en met 17-jarigen is dit 94,7%. Het opvallend lagere percentage in de jongere leeftijdsgroep wordt veroorzaakt door de groep van 0- tot en met 2-jarigen, die nog niet of nauwelijks naar de tandarts gaat. Om een meer reëel beeld te krijgen is een herberekening gemaakt, waarbij de groep van 0 tot en met 2 jaar buiten beschouwing is gelaten. Na herberekening komt het aantal tandartsbezoekers van 3 tot en met 14 jaar uit op 92,2%.

In 2005 hebben 187.319 kinderen van 3 tot en met 14 jaar de tandarts niet bezocht. In de groep van 15- tot en met 17-jarigen ging het om 31.218 jeugdigen. In totaal gaat het dus om 218.537 jeugdigen in de leeftijdscategorie van 3 tot en met 17 jaar. In 1999 waren dat 58.459 jeugdigen. In de leeftijdsgroep van 3 tot en met 14 jaar is sprake van een procentuele daling van het tandartsbezoek van 99,2% in 1999 naar 92,2% in 2005. In de leeftijdsgroep van 15 tot en met 17 jaar is het beeld wat minder duidelijk omdat het percentage tandartsbezoekers door de jaren heen schommelt.

### 3. Tandheelkundige verzorging van mensen met een verstandelijke beperking

#### *Inleiding*

Mensen met een verstandelijke beperking vormen een kwetsbare groep, ook voor wat betreft de mondzorg. Uit in opdracht van het CVZ uitgevoerd onderzoek blijkt een achterstand in tandheelkundige zorg van de bewoners van AWBZ-instellingen. Over de mensen met een verstandelijke beperking in de thuissituatie (extramuraal) is weinig bekend. Het is aannemelijk dat bij hun de persoonlijke mondverzorging onder druk staat. En het is de vraag of zij regelmatig een tandarts bezoeken. Er is een ontwikkeling gaande van grote (intramurale) instellingen naar kleinere (extramurale) wooneenheden. De extramuraal wonenden moeten een beroep doen op de algemene gezondheidsvoorzieningen, zoals de tandarts in de omgeving.

Het is de vraag of tandartspraktijken hier voldoende op zijn voorbereid. De tandheelkundige behandeling van mensen met een verstandelijke beperking vereist immers extra tijd, bijzondere kennis en vaardigheden, speciale hulpmiddelen en een geschikte praktijkinrichting. Verder speelt de vraag of de tandarts op tijd verwijst naar een instelling voor bijzondere tandheelkundige hulp indien zij zelf niet over de vereiste kennis en vaardigheden beschikken om deze patiënten adequaat te behandelen. Ook kan het de tandarts door krapte op de markt voor zorgverleners aan tijd ontbreken voor deze patiënten. Uit recent onderzoek onder thuiswonende kinderen van 4-12 jaar met een ernstige verstandelijke beperking kwam naar voren dat de mondgezondheid in deze groep niet erg goed is. Een derde van de kinderen bleek geen tandarts te hebben.

#### *Onderzoek*

Vervolgens heeft het CVZ onderzoek laten uitvoeren om vast te stellen hoe de tandheelkundige zorgverlening functioneert van mensen die vanwege een aangeboren of verworven verstandelijke aandoening aangewezen zijn op bijzondere tandheelkundige hulp en die gebruik maken van extramurale voorzieningen. Dit onderzoek is uitgevoerd door het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam. In dit hoofdstuk worden de resultaten ervan samengevat.

In het kader van dit onderzoek zijn twee groepen onderzocht, beide tussen 50 en 60 mensen groot, in de leeftijd van 15-45 jaar. De eerste groep (A) betrof thuiswonenden die nooit in een intramurale instelling verbleven. De tweede groep (B) betrof mensen die in het verleden wel intramuraal verbleven, maar door decentralisatie extramuraal zijn geworden en de laatste jaren geen tandheelkundige hulp ontvingen vanuit de instelling. Met een vragenlijst werd op locatie geïnventariseerd of eventuele belemmeringen werden ervaren in de toegankelijkheid van tandheelkundige zorg. Op basis van

mondonderzoek werd de mondgezondheid vastgesteld.

In groep A was de gemiddelde leeftijd 28 jaar. Bij ruim de helft van de deelnemers was de verstandelijke beperking aangeboren of genetisch (zoals het Syndroom van Down), bij de anderen was de beperking tijdens of na de geboorte ontstaan, of was de ontstaanswijze onbekend. De meest voorkomende medische aandoeningen waren visuele beperking, gehoorbeperking, epilepsie, chronische keel-, neus- of oorontsteking, spastische aandoeningen, hartproblemen, aandoeningen van de luchtwegen en obstipatie.

Alle deelnemers hadden het afgelopen jaar een tandarts bezocht. Allen gingen steeds naar dezelfde tandarts of tandartspraktijk. De meesten (ruim 84%) bezochten een gewone huistandarts in de wijk. Slechts enkelen gingen naar een tandarts met een eigen praktijk die gespecialiseerd is in behandeling van mensen met een verstandelijke beperking, een tandarts binnen een centrum voor bijzondere tandheelkunde of een tandarts op het terrein van een instelling. Veel ouders en begeleiders zijn zeer positief over de tandarts van hun kind. Dit geldt het minst over de inrichting van de praktijk met het oog op verstandelijk gehandicapten.

De meest genoemde tandheelkundige problemen waren tandenknarsen, gezwollen tandvlees en slechte adem. Bij driekwart werden geen noemenswaardige problemen ervaren bij de tandheelkundige behandeling. Bij de anderen werden vooral 'angst en zenuwen' en 'problemen met vervoer' genoemd. Bij iedereen werden de tanden dagelijks gepeetst; bij de meesten (tweederde) tweemaal per dag. In bijna de helft van de gevallen werden problemen genoemd bij het tandenpoetsen, meestal bloeden tandvlees, strakke lippen en/of wangen, wegdraaiend hoofd en wegduwen van de tandenborstel.

De deelnemers in deze groep beschikten gemiddeld over 26,6 gebitselementen. Een volledig blijvend gebit (zonder verstandskiezen) telt 28 elementen. Het gemiddeld aantal afwezige elementen als gevolg van cariës was 0,9 en het aantal vanwege andere oorzaken verloren gegane elementen bedroeg 1,9. Eén persoon had een volledig gaaf gebit. Het gemiddelde aantal aangetaste, gevulde en getrokken elementen bedroeg 6,9. Bij de helft waren een of meer aangetaste elementen onbehandeld (gemiddeld 1,5). Personen die zwakbegaafd tot licht beperkt zijn hebben meer onbehandelde elementen dan personen die matig tot ernstig beperkt zijn. Bij 60% werd tandsteen gevonden. Bij één persoon werd een fistel geconstateerd; allen waren abcesvrij.

In groep B was de gemiddelde leeftijd 32 jaar. Bij 42% van hen was bekend dat de verstandelijke beperking aangeboren of genetisch was, en bij 27% dat die tijdens of na de geboorte

was ontstaan. De meest voorkomende medische aandoeningen waren epilepsie, visuele beperking, scoliose, obstipatie, spastische aandoeningen en hartproblemen.

Op één na hebben alle mensen in deze groep in het afgelopen jaar een tandarts bezocht. Ook zij gingen steeds naar dezelfde tandarts of tandartspraktijk. Een groot deel (44%) ging naar een 'gewone' huistandarts, een derde naar een tandarts met eigen praktijk die gespecialiseerd is in behandeling van mensen met een verstandelijke beperking, en 21% naar een tandarts op het terrein van een instelling. Slechts één persoon ging naar een tandarts binnen een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Veel ouders en begeleiders oordelen positief over de tandarts van hun kind; wel vindt meer dan een kwart dat de tandarts zich onvoldoende laat informeren over de beperking van het kind. Bij driekwart van de groep werden geen problemen ervaren met de tandheelkundige behandeling. De rest rapporteerde angst voor de behandeling en het vervoer naar de praktijk. De meest genoemde tandheelkundige problemen waren tandenknarsen, gezwollen tandvlees en slechte adem. Bij iedereen werden de tanden dagelijks gepoetst, bij de meesten (driekwart) tweemaal per dag. Bij bijna 60% werden problemen genoemd bij het tandenpoetsen, meestal bloedend tandvlees, wegdraaiend hoofd, strakke lippen en/of wangen en wegduwen van de tandenborstel.

De mensen in deze groep beschikten gemiddeld over 25,5 gebitselementen. Het gemiddelde aantal afwezige elementen door cariës bedroeg 1,2 en het aantal vanwege andere oorzaken verloren gegane elementen 1,3. Vijf personen hadden een volledig gaaf gebit, bij twee werden wortelresten gevonden. Het gemiddelde aantal aangetaste, gevulde en getrokken elementen bedroeg 7,8. Bij de helft waren één of meer aangetaste elementen niet behandeld (gemiddeld 1,7). Mensen die zwakbegaafd tot licht beperkt zijn hebben meer onbehandelde elementen en meer gevulde elementen dan mensen die matig tot ernstig beperkt zijn. Bij 70% werd tandsteen gevonden; er waren geen fistels of abscessen.

De verschillen tussen de groepen A en B moeten vooral worden gezien in het licht van de ernst van de beperking. In groep B kwamen meer ernstige beperkingen voor dan in groep A. Groep A werd vooral behandeld door tandartsen in de algemene praktijk. In groep B werd meer gebruik gemaakt van gespecialiseerde tandartsen. Mensen die ooit in een instelling verbleven maken nog veel gebruik van de zorg van aan de instelling verbonden tandartsen. Opmerkelijk is dat nauwelijks gebruik wordt gemaakt van de competenties van tandartsen in instellingen voor bijzondere tandheelkunde.

De toestand van de gebitselementen geeft geen aanleiding tot

zorg. Het aantal door cariës aangetaste, gevulde en ontbrekende elementen ligt lager dan dat van de gehele Nederlandse bevolking. Ook de verzorgingsgraad (dat deel van de te restaureren tandvlakken dat daadwerkelijk is gevuld) is goed, zeker bij de jongeren tot 21 jaar; bij ouderen ligt het wel lager dan bij de bevolking. Er bleek geen verschil aantoonbaar in mondgezondheid en verzorgingsgraad tussen mensen die door een algemeen practicus waren behandeld of door een gespecialiseerde tandarts. Wel is er reden om alert te zijn bij mensen met het syndroom van Down. Zij vertonen namelijk vaak ernstige parodontale aandoeningen. In dit onderzoek bleek dat personen met het Down syndroom inderdaad veel tandvleesbloeding hadden, maar weinig specifieke behandeling kregen voorgeschreven.

De hier onderzochte personen hadden een betere mondgezondheid dan de eerder genoemde 4- tot 12-jarige thuiswonende kinderen met een veel ernstiger verstandelijke beperking. Wel moet worden bedacht dat de kwaliteit van de mondgezondheid in dit onderzoek waarschijnlijk is overschat. Omdat het niet mogelijk was een representatieve steekproef uit de doelgroep te trekken zijn mogelijk deelnemers geselecteerd met meer dan gemiddelde affiniteit tot de mondverzorging.

## 4. Tandheelkundig implantaat ter bevestiging van een uitneembare prothese

### 4.a. Achtergrond en factoren

#### *Inleiding*

Op grond van het Besluit zorgverzekering, artikel 2.7, eerste lid, onder a, juncto artikel 2.7, tweede lid behoort het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, tot de verzekerde prestatie indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en de implantaten dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.

Ten tijde van de Ziekenfondswet bestond er op grond van artikel 8, eerste lid, juncto artikel 9, eerste lid van de Regeling tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering aanspraak op een tandheelkundig implantaat ter bevestiging van een uitneembare prothese.

De aanspraken ten tijde van de Ziekenfondswet en de te verzekeren prestatie in het kader van de Zorgverzekeringswet ten aanzien van het tandheelkundig implantaat ter bevestiging van een uitneembare prothese komen geheel overeen, het verschil bestaat er uit dat in de Regeling tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering ook de voorwaarden voor het tot gelding brengen van de aanspraak waren opgenomen, terwijl het met de invoering van de Zorgverzekeringswet het een bevoegdheid van de zorgverzekeraars is voorwaarden op te nemen in de polis of het reglement.

In de jaren 2002 tot en met 2004 stegen de uitgaven voor tandheelkundige implantaten ter bevestiging van een uitneembare prothese van iets meer dan € 21 miljoen in 2002 naar bijna € 53 miljoen in 2004.

Uit de kwartaalcijfers die het CVZ in de loop van 2004 ontving bleek dat de uitgaven voor tandheelkundige implantaten ter bevestiging van een uitneembare prothese in 2004 beduidend hoger zouden zijn dan in 2003. Het CVZ heeft daarop bij veldpartijen (tandartsen, tandprotheticen en zorgverzekeraars) geïnformeerd welke factoren naar hun inzicht een rol spelen bij de stijging van de uitgaven voor tandheelkundige implantaten ter bevestiging van een uitneembare prothese.

Veldpartijen noemden ter verklaring een drietal factoren:

1. een toename van het aantal verzekerden dat in aanmerking komt voor een implantaatgedragen prothese;
2. een stijging van de techniekkosten;
3. een verruiming van de indicatiestelling.

Deze laatste factor, een verruiming van de indicatiestelling, is voor het CVZ aanleiding geweest om in januari 2005 een circulaire uit te brengen waarin werd aangegeven op grond van welke indicatie en onder welke voorwaarden er aanspraak bestaat op een tandheelkundig implantaat ter bevestiging van een uitneembare prothese.

In 2005 bleven de uitgaven voor tandheelkundige implantaten ter bevestiging van een uitneembare prothese nagenoeg gelijk aan de uitgaven in 2004.

**Uitgaven  
2002-2006**

2002 € 21,1 miljoen  
2003 € 28,6 miljoen  
2004 € 52,8 miljoen  
2005 € 52,7 miljoen  
2006 € 57,7 miljoen (inclusief voormalig particulier verzekerden)

**Onderzoek**

Voor het CVZ was deze toename van de uitgaven in 2004 aanleiding een onderzoek te starten naar de factoren die een rol spelen bij de toename van de uitgaven voor het tandheelkundig implantaat ter bevestiging van een uitneembare prothese.

Het onderzoek dat inzicht moet geven in welke mate de hierboven genoemde factoren verantwoordelijk zijn voor de toename van de uitgaven is uitgevoerd onder adviserend tandartsen van zorgverzekeraars (voormalig ziekenfondsen). Bij het onderzoek waren tien zorgverzekeraars betrokken waar ongeveer 92% van de voormalig ziekenfondsverzekerden stonden ingeschreven. Bij acht zorgverzekeraars, waar 72% van de voormalig ziekenfondsverzekerden stonden ingeschreven, zijn interviews afgenomen.

**Toename aantal  
verzekerden**

Naast de hierboven genoemde factoren die een rol spelen bij de toename van de uitgaven noemden zorgverzekeraar de volgende punten die, naar hun indruk, eveneens een rol spelen bij de toename van de uitgaven:

- bewustwording verzekerde van het bestaan van implantaten;
- reclame door tandprothetic i voor implantaten;
- mond-op-mond reclame tussen verzekerden;
- veroudering van de verzekerdenpopulatie;
- toename van het aantal implantologen.

Ook zien zorgverzekeraars de vervanging en het onderhoud van de implantaatgedragen prothese in toenemende mate als een oorzaak van de toename van de uitgaven.

Verder signaleren zorgverzekeraars een toename in het aantal aanvragen voor implantaten in de bovenkaak.

Zorgverzekeraars merken op dat verzekerden met een implantaatgedragen prothese 'goedkoper' uit zijn dan met een gewone volledige prothese. Voor een gewone prothese geldt een eigen bijdrage van 25%. In de praktijk komt dit voor een prothese in de boven- en onderkaak neer op een bedrag van ongeveer € 250,-. De eigen bijdrage voor een implantaatgedragen prothese in de boven- en onderkaak is gefixeerd op € 180,- (artikel 2.4, tweede lid, van de Regeling zorgverzekering).

### **Techniekkosten**

Veel zorgverzekeraars werken met richtprijzen voor de verschillende vormen van implantaatgedragen prothesen en beheersen zo de techniekkosten. Zorgverzekeraars die niet met richtprijzen werken geven aan dat zij gericht controleren op de hoogte van de techniekkosten. Het lijkt er al met al niet op dat de techniekkosten de primaire oorzaak zijn van de toename van de uitgaven voor het tandheelkundig implantaat ter bevestiging van een uitneembare prothese.

Een aantal zorgverzekeraars merkt op dat het invoeren van maximum tarieven voor tandtechnische laboratoria wenselijk zou zijn. Nu zijn deze tarieven nog geheel vrij. Daarnaast is opgemerkt dat de tandarts geen prikkel heeft om op 'inkoopkosten' te besparen. De tandarts vaart op oude en veelal langdurige relaties met de tandtechnicus en zal daar niet snel verandering in aanbrengen.

### **Indicatiestelling**

Bij de beoordelingsprocedure van de aanvragen van een tandheelkundig implantaat ter bevestiging van een uitneembare prothese zien bij een aantal zorgverzekeraars de adviserend tandartsen alle aanvragen. Bij andere zorgverzekeraars zien de adviserend tandartsen alleen bepaalde aanvragen. Het gaat dan voornamelijk om aanvragen van meer dan twee implantaten in de onderkaak en aanvragen voor de bovenkaak. Indien de beoordeling niet standaard door een adviserende tandarts gebeurt, hebben de betrokken verzekeraars een protocol voor de eerste beoordeling door de behandelende afdeling opgesteld.

In de meeste gevallen moet de verzekerde, voorafgaand aan de behandeling, van de zorgverzekeraar (schriftelijke) toestemming hebben ontvangen. In een aantal gevallen is geen schriftelijke toestemming vooraf vereist. Dit betreft de gevallen waarin sprake is van overeenkomsten met een geselecteerd aantal aanbieders/leveranciers waarin afspraken zijn gemaakt over het werken zonder machtigingen, maar met (steekproefsgewijze) controles achteraf.

De zorginhoudelijke criteria die de zorgverzekeraars in het algemeen hanteren bij het aanvragen van implantaten zijn:

- is de kaak echt edentaat;
- hoe lang is de kaak edentaat;
- is de kaak ernstig geslonken;
- de hoogte van het kaakbot;
- is voldoende de gewone prothese geprobeerd.

Daarbij geven verzekeraars aan, dat er wel degelijk ruimte voor interpretatie in de toetsingscriteria zit. Dit kan tot lastige vraagstukken leiden aldus de zorgverzekeraars. Want wat is het niet functioneren van een normale prothese en wat zijn de klachten die hierbij een rol spelen? Daarbij speelt tevens dat patiënten mondiger zijn geworden en daardoor de vraag naar



tandheelkundige implantaten ter bevestiging van uitneembare prothesen is toegenomen.

**Vervolg**

Op grond van deze resultaten heeft het CVZ besloten nader onderzoek te laten uitvoeren. Dit onderzoek is uitgevoerd door het UMC Utrecht. De nadruk van dit nader onderzoek ligt op een inventarisatie van de toekomstige zorgvraag en de kostenontwikkeling van de implantaatgedragen prothese. De resultaten zijn in de volgende paragraaf samengevat.

**4.b. Toekomstige zorgvraag en kostenontwikkeling**

**Nader onderzoek**

Zoals hierboven al is aangegeven zijn er vier (hoofd)factoren aan te merken die van invloed kunnen zijn op de stijging van de uitgaven voor de van het tandheelkundig implantaat ter bevestiging van een uitneembare prothese, te weten:

1. Het aantal verzekerden dat in aanmerking komt voor een implantaatgedragen prothese;
2. De techniekkosten
3. De interpretatie van de indicatiestelling;
4. De vervanging en onderhoud van bestaande implantaatgedragen prothesen

Een nader onderzoek naar deze factoren moet meer inzicht geven in het belang van ieder van de bovengenoemde factoren. Onderzoek moet duidelijk maken in welke mate deze factoren verantwoordelijk zijn voor de toename van de uitgaven.

Een verdere onderzoeksvraag is welke ontwikkelingen zijn te verwachten?

Bij de inschatting van de uitgaven is de onderzoekers gevraagd ook een schatting van de uitgaven te maken bij een gewijzigd indicatiecriterium, namelijk wanneer de indicatie zeer ernstig geslonken kaak niet langer deel uit maakt van het indicatiecriterium, doch alleen een tandeloze kaak voldoende is.

**Interviews - factoren nader onderzocht**

Over de hoofdfactoren zijn vragen opgesteld die vervolgens zijn voorgelegd aan een dertiental deskundigen. In de groep van deskundigen zijn vertegenwoordigd: wetenschap, zorgverzekeraars, zorgverleners en industrie.

**Aantal verzekerden**

Van de hoofdfactor 'het aantal verzekerden dat in aanmerking komt voor een implantaatgedragen prothese' zijn een groot aantal aspecten nader onderzocht.

De meeste geïnterviewden achten de verzekerde condities (eigen bijdrage), sterk bepalend voor het aantal verzekerden dat voor de verstrekking in aanmerking zal komen. Over de hoogte van de eigen bijdrage die nodig zou zijn om effecten op het volume te bereiken, zijn de meningen verdeeld. Ook verwacht een meerderheid van de geïnterviewden dat financiële motieven zowel behandelaars als patiënten eerder

zal doen besluiten de restidentitie op te geven ten behoeve van een implantaatgedragen prothese.

Edentaten zijn op het moment relatief hoog vertegenwoordigd in lagere inkomensklassen. Uit de interviews komt naar voren dat geïnterviewden van mening zijn dat er een sterke relatie blijft bestaan tussen tandeloosheid en lagere sociale klassen. Ook merken de geïnterviewden op dat er een relatie bestaat tussen tandeloosheid en ouderdom. Beter gesitueerde ouderen kunnen met kostbare restauratie (ook met implantaten in gedeeltelijk betande kaken) volledige tandeloosheid langer uitstellen of voorkomen.

Gemiddeld genomen behouden verzekerden tot op steeds hogere leeftijd de natuurlijke dentitie. Hierdoor zullen minder edentaten komen, maar de geïnterviewden verwachten in meerderheid niet dat de zorgvraag hierdoor in de nabije toekomst zal afnemen.

Bijna alle geïnterviewden verwachten de komende tien jaar een toename van het aantal verzekerden met implantaten als gevolg van meer implantaatgedragen prothesen in de bovenkaken.

Eerder is al geconstateerd dat het aantal zorgaanbieders invloed heeft op het aantal verzekerden. Geïnterviewden merken op dat er geen menskrachtekort bestaat om de verstrekking aan te bieden. Zorgaanbieders maken er tijd voor vrij. Sommige geïnterviewden signaleren eerder een overaanbod van de verstrekking.

Gemiddeld genomen voorzien de geïnterviewden de komende vijf jaar een stijging van de zorgvraag. Voor de periode daarna verschillen de inzichten van aanhoudende stijging tot afvlakking en daling in de periode 2012-2017.

### ***Techniekkosten***

Een groot deel van de geïnterviewden verwacht dat de techniekkosten de komende tien jaar een groter deel van de kosten van de implantaatgedragen prothese zullen uitmaken. Een ander deel van de geïnterviewden verwacht dat het aandeel techniekkosten gelijk zal blijven. Zij die een stijging van de kosten voorzien, wijzen op toenemende loon- en materiaalkosten, nieuwe ontwikkelingen, steeds ingewikkelder constructies, het ontbreken van regelgeving om de tarieven in de hand te houden en de trend dat steeds vaker instrumentarium als techniekkosten wordt gedeclareerd. De geïnterviewden die een gelijkblijvend deel verwachten, zien deze ontwikkelingen ook, maar zien anderzijds ontwikkelingen naar minder loonkosten vragende technologie, eenvoudiger en minder onderdelen in implantaten en supraconstructies, mogelijke export van arbeid naar lage lonen landen en gebruik van titanium in plaats van goud voor suprastructuurdelen. Zij die een lager deel van de kosten verwachten kennen aan deze laatste factoren een zwaarder gewicht toe.

Al met al lopen de verwachtingen over de ontwikkeling van het deel van de kosten van de verstrekking dat de tandtechniek voor zijn rekening neemt nogal uiteen.

De geïnterviewden laten ook een verdeeld beeld zien naar aanleiding van de vraag of zij stijgende of dalende prijzen voor implantaten en suprastructuurdelen verwachten.

Ook hier verwacht een groot deel van de geïnterviewden een stijging van de prijzen, een ander deel verwacht een daling. Argumenten voor hogere prijzen zijn: er zit geen rem op, de grip van de grote leveranciers op de markt is groot, er is geen sprake van echte concurrentie, noch van collectieve inkoop door zorgverzekeraars. Verder zorgen steeds nieuwe ontwikkelingen weer voor hogere kosten. Argumenten voor dalende prijzen zijn dat er reeds sterk op de kosten wordt gelet, dat er minder goud zal worden gebruikt in suprastructuren, minder delen nodig zullen zijn in suprastructuren, de concurrentie zal toenemen, schaalvergroting zal optreden, dat er regelgeving gaat komen die kostenbeheersing stimuleert en dat er meer marktwerking te verwachten is.

Verdeeldheid bestaat er ook over de vraag in hoeverre de geïnterviewden de techniekkosten verantwoordelijk achten voor de stijgende kosten van de implantaatgedragen prothese en over de verwachting voor de toekomst.

De geïnterviewden die de techniekkosten wel degelijk verantwoordelijk achten voor de kostenstijgingen, wijzen op onvoldoende toezicht op de kosten door de zorgverzekeraars.

#### ***Indicatiecriterium***

Een groot deel van de geïnterviewden acht het huidige indicatiecriterium juist en bruikbaar. Wel zien zij problemen bij de handhaving. Zo merkt een aantal geïnterviewden op dat de zorgaanbieders onzorgvuldig indiceren en dat de zorgverzekeraars de indicaties niet of te weinig controleren. Ook is erop gewezen dat het criterium onvoldoende bekend is bij de behandelaars.

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zien er niet op toe of het conventionele alternatief onwerkzaam gebleken is en er wordt niet op toegezien of de aangevraagde of gemachtigde behandeling ook daadwerkelijk is verstrekt in de vorm die was aangevraagd.

Vaak pleiten geïnterviewden die op de noodzaak van meer toezicht wijzen voor het in stand houden van de huidige regelgeving en tegen het instellen van een hogere eigen bijdrage van de verzekerden.

Een ander deel van de geïnterviewden omschrijft het indicatiecriterium als achterhaald en is voorstander van een ruimer indicatiecriterium zoals het loslaten van de eis van sterke slinking van de kaak. Zij merken daarbij op dat bij een liberalere indicatiestelling hogere eigen bijdragen noodzakelijk zijn. Bij een liberalere indicatiestelling voorziet een groot deel van de geïnterviewden een sterke tot zeer sterke stijging van de uitgaven voor het tandheelkundige implantaten ter bevestiging

van een uitneembare prothese.

**Vervangingskosten** De geïnterviewden zijn unaniem van mening dat bij een stijgend aantal behandelde patiënten de vervangings- en reparatiekosten mee zullen stijgen.

**Kostenontwikkeling** Welke gevolgen hebben de door de geïnterviewden gesignaleerde ontwikkelingen voor ontwikkeling van de uitgaven voor de implantaatgedragen prothese?  
De onderzoekers hebben geprobeerd een inschatting te maken van het aantal edentaten voor de komende jaren. Helaas is het niet mogelijk gebleken een voldoende betrouwbare schatting te geven van het totaal aantal verzekerden dat in aanmerking komt voor implantaatgedragen prothesen en daarmee van de te verwachten uitgaven.

## 5. Mondzorg en AWBZ

In april 2003 heeft het CVZ het rapport *AWBZ en tandheelkundige hulp* uitgebracht. In het rapport signaleert het CVZ een groot aantal problemen en knelpunten ten aanzien van de mondzorg in AWBZ-instellingen. Op verzoek van het ministerie van VWS heeft het CVZ een coördinerende rol gespeeld om te komen tot een verhoging van de kwaliteit van de mondzorg in AWBZ-instellingen.

In opdracht van het CVZ hebben de Samenwerkende Instellingen Gezondheidszorg Regio Amsterdam (SIGRA) en de Beroepsvereniging van Verpleeghuisartsen en Sociaal Geriaters (NVVA) gewerkt aan instrumenten die instellingen kunnen inzetten ter verhoging van de kwaliteit van de mondzorg. Zo heeft de SIGRA het *Handboek Integrale Mondzorg* ontwikkeld. In het handboek beschrijft de SIGRA hoe volgens haar de mondzorg in de V&V instellingen in de regio Amsterdam vormgegeven dient te worden. Daarmee geeft het handboek instellingen handvatten voor het realiseren van integrale mondzorg binnen de instelling. Het gaat hierbij zowel om professionele tandheelkundige zorg als de persoonlijke mondverzorging. Deze handvatten zijn uiteraard ook buiten de regio Amsterdam bruikbaar.

Met de multidisciplinaire *Richtlijn Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen*, die conform de hedendaagse eisen aan richtlijnontwikkeling tot stand is gekomen, biedt de NVVA de instellingen en de daar werkzame zorgverleners evidence based aanbevelingen om te komen tot een logistiek en inhoudelijk verantwoorde mondzorg voor elke cliënt. Het is de bedoeling dat, na implementatie van deze richtlijn, voor alle betrokkenen duidelijk is welke investeringen in mensen en materieel noodzakelijk zijn voor adequate mondzorg in AWBZ-instellingen.

Het CVZ heeft in nauwe samenwerking met Actiz, Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT), Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT), Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten (NVM), Organisatie van Nederlandse Tandprothetici (ONT) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) de *Declaratiewijzer AWBZ Mondzorg* opgesteld. Deze declaratiewijzer gaat over de aanspraak op tandheelkundige zorg in het kader van de AWBZ en het declaratieproces rond deze zorg en verschaft daarmee duidelijkheid rond de voor velen complexe regelgeving.

Op 8 november 2007 heeft de SIGRA in samenwerking met de NVVA en het CVZ het congres Integrale Mondzorg georganiseerd. Tijdens het congres hebben de SIGRA, NVVA en CVZ de hierboven genoemde instrumenten gepresenteerd en

hebben de bezoekers van het congres nader kennis kunnen maken met deze instrumenten. Er was ruim aandacht voor de wijze waarop een ieder vanuit zijn of haar positie en deskundigheid een bijdrage kan leveren aan de verhoging van de kwaliteit van de mondzorg in AWBZ-instellingen.

Het CVZ beschouwt het congres als een afsluiting van een periode waarin velen, mede op verzoek van het ministerie, hebben gewerkt aan instrumenten om de mondzorg in AWBZ-instellingen te verbeteren en het begin van een periode waar, met gebruikmaking van de instrumenten, alle betrokkenen kunnen werken aan het in de praktijk brengen van de verbetering van de mondzorg in AWBZ-instellingen.

## 6. Kosten van de mondzorg

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

In dit hoofdstuk zijn de kosten voor de mondzorg opgenomen van de periode 2002 tot en met 2006. Tot en met 2005 betreft het de kosten die ten laste zijn gekomen van de Ziekenfondswet, de kosten van het jaar 2006 kwamen ten laste van de Zorgverzekeringswet. Het CVZ beschikt alleen over financiële informatie van zorgkosten in het kader van de Ziekenfondswet en Zorgverzekeringswet. Zorgkosten die tot 2006 werden vergoed door particuliere verzekeringen en zorgkosten vergoed door aanvullende verzekeringen zijn bij het CVZ niet bekend.

**Tabel 1.**  
**Jeugdige**  
**verzekerden**

Een uitsplitsing naar verrichtingencodes voor jeugdige verzekerden.

	'02	'03	'04	'05	'06
Consultatie en diagnostiek	39,7	41,0	41,5	40,2	69,8
Röntgendiagnostiek	6,7	7,2	7,8	8,6	13,5
Preventie/ mondhygiëne	29,3	30,4	33,0	32,4	52,3
Anesthesie	3,1	3,2	3,6	4,2	5,6
Restauratie met Plastische materialen	47,1	48,7	54,8	55,2	85,8
Endodontie	2,5	2,8	3,1	4,0	5,3
Gnathologie	0,4	0,1	0,1	0,2	0,2
Chirurgie	6,4	6,9	4,0	4,2	6,3
Uitneembare prothetische voorzieningen	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Parodontologie	0,2	0,5	0,6	0,7	1,2
Orale implantologie/ Restauratie met niet plastische materialen	0,5	0,5	0,1	0,1	0,4

Bijzondere tandheelkundige hulp(1.)	0,9	0,8	1,4	1,6	2,1
Bijzondere tandheelkundige hulp(2.)	1,8	1,9	1,5	1,5	2,5
Techniekkosten	0,4	0,3	0,2	0,2	0,6
<u>Balanspost(3.)</u>					<u>9,0</u>
Totaal:	139,2	144,4	151,9	153,1	254,5

1=€ 1miljoen

1. Tot 2006 artikel 8, eerste lid van de Regeling tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering en vanaf 2006 artikel 2.7, eerste lid, onder a van het Besluit zorgverzekering.
2. Tot 2006 artikel 8, tweede en derde lid van de Regeling tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering en vanaf 2006 artikel 2.7, eerste lid, onder b en c van het Besluit zorgverzekering.
3. Schatting van de verzekeraars van de nog te declareren kosten door verzekerden met betrekking op dat boekjaar.



**Tabel 2.**  
**Volwassen**  
**verzekerden**

Met ingang 1 juli 2003 is de aanspraak op röntgendiagnostiek aangepast en per 1 januari 2004 de aanspraak op consultatie en diagnostiek en chirurgische tandheelkundige hulp verricht door de tandarts.

	'02	'03	'04	'05	'06
Consultatie en diagnostiek	102,7	104,5	0,0	0,0	0,0
Röntgenonderzoek	54,6	38,9	0,8	0,8	7,2
Chirurgie	15,9	21,8	0,0	0,0	0,0
Bijzondere tandheelkundige hulp(1.)	28,9	38,2	63,2	63,4	76,6
Bijzondere tandheelkundige hulp(2.)	6,1	6,5	5,6	5,9	6,3
Techniekkosten	8,1	11,3	14,6	15,0	38,3
Eigen bijdragen(3.)	-0,1	-0,1	0,0	-	-
Balanspost(4.)					4,2
Totaal	216,2	221,1	84,2	85,2	132,5

1=€ 1miljoen

1. Tot 2006 artikel 8, eerste lid van de Regeling tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering en vanaf 2006 artikel 2.7, eerste lid, onder a van het Besluit zorgverzekering.
2. Tot 2006 artikel 8, tweede en derde lid van de Regeling tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering en vanaf 2006 artikel 2.7, eerste lid, onder b en c van het Besluit zorgverzekering.
3. Uitgevraagd tot en met 2004.
4. Schatting van de verzekeraars van de nog te declareren kosten door verzekerden met betrekking op dat boekjaar.

De uitgaven van de mondzorg voor jeugdige en volwassen verzekerden zijn in 2006 sterk gestegen. Men moet zich bedenken dat het aantal verzekerden krachtens de Zorgverzekeringswet veel hoger is dan dat van de Ziekenfondswet. De toename van de uitgaven is in overeenstemming met deze toename van het aantal verzekerden. Opvallend zijn wel de kosten röntgenonderzoek voor het jaar 2006. Met ingang van 1 juli 2003 is de aanspraak

op röntgenonderzoek aangepast en heeft de verzekerde alleen aanspraak op röntgenonderzoek ten behoeve van chirurgische tandheelkundige hulp, voor zover die hulp verleend wordt door een kaakchirurg. De tandarts kan, in het kader van die chirurgische hulp, röntgenonderzoek uitvoeren. Met de invoering van de zorgverzekeringswet is röntgenonderzoek, onder gelijke omstandigheden, een verzekerde prestatie. De kosten van € 7,2 miljoen voor röntgenonderzoek hebben betrekking op röntgenonderzoek door de tandarts. Kosten van röntgenonderzoek uitgevoerd door de kaakchirurg is verantwoord bij "Kosten en honoraria specialisten mondziekten en kaakchirurgie". Het CVZ acht het niet waarschijnlijk dat de stijging ten op zicht van 2004 en 2005 wordt veroorzaakt doordat tandartsen meer röntgenonderzoek zijn gaan verrichten ten behoeve van chirurgische tandheelkundige hulp uitgevoerd door de kaakchirurg. De invoering van de zorgverzekeringswet en daarmee een toename van het aantal verzekerden vormt geen verklaring voor deze stijging. Het CVZ zal onderzoeken wat de oorzaak van de stijging is.

**Tabel 3.**  
**Overzicht uitgaven mondzorg**

	'02	'03	'04	'05	'06
Volwassenen	216,2	221,1	84,2	85,2	132,5
Jeugdigen	139,2	144,4	151,9	153,1	254,5
Bijzondere betalingen*	3,0	2,8	3,0	3,0	3,3
Verrekening oude jaren	8,0	4,2	-3,5	0,9	8,5
<b>Totaal</b>	<b>366,5</b>	<b>372,4</b>	<b>235,6</b>	<b>242,2</b>	<b>398,8</b>

\* = Betalingen voor verzekerden die aanspraak maken op avond-, nacht- en weekendtoeslag, toeslag haal en brengfunctie en toeslag risicogroepen.

1=€ 1 miljoen

**Tabel 4.**  
**Kosten en honoraria specialisten mondziekten en kaakchirurgie**

	'02	'03	'04	'05	'06
Specialisten mondziekten en kaakchirurgie	40,4	43,5	44,4	55,5	78,3

1=€ 1 miljoen

<b>Tabel 5.</b>		'02	'03	'04	'05	'06
<b>Kosten en honoraria specialisten voor orthodontie</b>	Specialisten voor orthodontie	2,3	2,7	3,1	3,3	4,1

1=€ 1miljoen

<b>Tabel 6.</b>		'02	'03	'04	'05	'06
<b>Gebitsprothesen</b>	Volledige gebitsprothesen	63,3	69,7	69,4	66,7	65,5

1=€ 1miljoen

<b>Tabel 7.</b>		'02	'03	'04	'05	'06
<b>Mondzorg in AWBZ-instellingen</b>	Mondzorg AWBZ(1.)	10,3	11,3	12,0	12,3	12,6

1=€ 1miljoen

1. Extrabudgettair gedeclareerde kosten voor tandartshulp en laboratoriumkosten.

## 7. Aandachtspunten

### ***7.a. Periodiek preventief tandheelkundig onderzoek voor verzekerden jonger dan achttien jaar***

In het vierde kwartaal van 2006 ontving het CVZ signalen van verzekerden en tandartsen dat er bij verschillende zorgverzekeraars onduidelijkheid bestond over de vergoeding van het periodiek preventief tandheelkundig onderzoek voor verzekerden jonger dan achttien jaar. Een aantal verzekeraars stelden zich op het standpunt dat verzekerden tot achttien slechts recht hebben op vergoeding van één periodiek preventief tandheelkundig onderzoek per jaar.

In het Besluit zorgverzekering is in artikel 2.7, vierde lid, onder a, de verzekerde prestatie beschreven: "periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;"

Het CVZ heeft begin 2007 per brief alle verzekeraars geïnformeerd over de verzekerde prestatie periodiek preventief tandheelkundig onderzoek. Hierin bericht het CVZ dat het aan de tandarts is om te beoordelen of de verzekerde meer keren per jaar op een periodiek preventief tandheelkundig onderzoek is aangewezen. Wanneer de tandarts voor een verzekerde meer dan één periodiek preventief tandheelkundig onderzoek per jaar indiceert en voldaan wordt aan eventuele nadere voorwaarden in de polis of het bijbehorende reglement van de zorgverzekeraar, ofwel geen nadere voorwaarden in de polis of het bijbehorende reglement zijn opgenomen, dient de zorgverzekeraar ook deze periodieke preventieve tandheelkundige onderzoeken te vergoeden.

De brief aan de zorgverzekeraars is opgenomen in de bijlage.

### ***7.b. Beleidsthema's***

#### ***Medisch gecompromi- teerden***

Tandheelkundige hulp voor medisch gecompromitteerden is een te verzekeren prestatie gerekend op grond van artikel 2.7 eerste lid, onder c, van het Besluit zorgverzekering.

Hier gaat het om bijzondere tandheelkundige hulp voor verzekerden die een medische behandeling ondergaan en bij wie zonder deze hulp de medische behandeling aantoonbaar onvoldoende uitzicht biedt op een goed resultaat. Ook kan de medische behandeling een verzekerde tot tandheelkundig risicopatiënt maken. Het gaat hier om de zogeheten medisch gecompromitteerde patiënten, zoals oncologiepatiënten. Voor deze verzekerden zijn zowel de kosten van het ontstekingsvrij maken van de mond als de kosten voor herstel van de tandheelkundige functie voor rekening van de Zorgverzekeringswet.

Het CVZ adviseert regelmatig in geschillen over dit onderwerp, waarbij het gaat om de interactie tussen bepaalde medische en tandheelkundige aandoeningen. Het komt steeds vaker voor dat er ad hoc een onderzoek wordt ingesteld naar de stand van de wetenschap op dit punt. Vanuit de behandeling van geschillen is duidelijk geworden dat er in het veld behoefte bestaat aan meer duidelijkheid rond deze te verzekeren prestatie.

Het CVZ wil belanghebbende partijen meer transparantie bieden rond deze te verzekeren prestatie. Het CVZ zal daartoe de actuele kennis over de relatie tussen medische en tandheelkundige aandoeningen, voor zover van belang voor de bijzondere tandheelkunde, systematisch in kaart brengen. Daarna moet duidelijk zijn wat de omvang is van de te verzekeren prestatie grond van artikel 2.7 eerste lid, onder c, van het Besluit en of de huidige omschrijving van de te verzekeren prestatie voldoet.

Het CVZ zal de bevindingen bekend maken bij belanghebbende partijen in de uitvoeringspraktijk en indien daartoe aanleiding bestaat, de minister op dit onderwerp adviseren.

### ***Angstbehandeling***

Tandheelkundige hulp voor angstige patiënten is een te verzekeren prestatie op grond van artikel 2.7 eerste lid, onder b, van het Besluit zorgverzekering.

Er zijn patiënten, die dusdanig angstig zijn voor een tandheelkundige behandeling, dat zij deze voortdurend trachten te vermijden. Vaak heeft dit tot gevolg dat de angst verder toeneemt en dat er een steeds grotere behandelachterstand ontstaat. De angst en de tandheelkundige gevolgen ervan kunnen psychosociale maar ook medische gevolgen hebben voor deze patiënten. Angstbehandeling is in deze gevallen dan ook geïndiceerd. De angstbehandeling vindt in het algemeen plaats in een instelling ('centrum') voor bijzondere tandheelkundige hulp. De behandeling is erop gericht om de patiënt gedragsmatig zodanig te beïnvloeden dat hij of zij de volgende behandelingen in de huispraktijk aankan. De centrumindicatie vervalt wanneer de patiënt de hulp in de instelling voor bijzondere tandheelkunde niet meer nodig heeft. Uit signalen uit het veld blijkt dat de stijging van de vraag om angstbehandeling leidt tot capaciteitsproblemen bij de centra voor bijzondere tandheelkunde. Het CVZ wenst duidelijkheid over de effectiviteit van de angstbehandeling. CVZ definieert de angstbehandeling als effectief wanneer de behandeling resulteert in een combinatie van tandheelkundige afbehandeling én angstreductie met als resultaat dat de patiënt in de toekomst voor zijn mondzorg naar zijn eigen huistandarts gaat.

Om duidelijkheid te krijgen over de effectiviteit van de angstbehandeling laat het CVZ een onderzoek uitvoeren. Het CVZ zal de resultaten van het onderzoek verwerken in een verduidelijking van de te verzekeren prestatie angstbehandeling. Het CVZ zal dit bekend maken bij belanghebbende partijen in de uitvoeringspraktijk en indien daartoe aanleiding bestaat, de minister over dit onderwerp adviseren.

***Orthodontie /  
Osteotomie***

Orthodontische hulp is een te verzekeren prestatie op grond van artikel 2.7, eerste lid, juncto derde lid van het Besluit zorgverzekering

Orthodontische hulp wordt slechts tot de verzekerde prestatie gerekend 'in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheeskundige noodzakelijk is'.

In de uitvoeringspraktijk wordt een indicatieve lijst orthodontische hulp (opgesteld in 1995) gehanteerd om houvast te hebben bij de beoordeling of orthodontische hulp al of niet tot de verzekerde prestatie kan worden gerekend. Uit verstrekkingengeschillen en contacten met veldpartijen is twijfel gerezen of de indicatieve lijst orthodontische hulp nog actueel is. In het bijzonder is de vraag ontstaan in hoeverre orthodontie in combinatie met osteotomie tot de te verzekeren prestatie is te rekenen.

Het CVZ wil duidelijkheid over vormen van orthodontische hulp die naar de huidige stand van de wetenschap en praktijk tot orthodontische hulp in het kader van artikel 2.7, eerste lid, juncto derde lid van het Besluit zorgverzekering kunnen worden gerekend. Daarnaast wil het CVZ met het oog op de combinatiebehandeling osteotomie-orthodontie tot een zorginhoudelijke afbakening komen van skelettale aandoeningen die zodanig ernstige functionele gevolgen hebben dat zij een indicatie voor bijzondere tandheeskundige hulp opleveren. Om duidelijkheid te krijgen over de indicaties tot orthodontische hulp zal het CVZ een onderzoek in opdracht geven.

Het CVZ zal de resultaten van het onderzoek verwerken in een verduidelijking van de te verzekeren prestatie orthodontische hulp (in het kader van de bijzondere tandheeskunde) Het CVZ zal dit bekend maken bij belanghebbende partijen in de uitvoeringspraktijk en indien daartoe aanleiding bestaat, de minister over dit onderwerp adviseren.

***Periodieke  
tandheeskundige  
controleonder-  
zoeken***

Het CVZ laat onderzoek uitvoeren naar de 'Doelmatigheid van periodieke tandheeskundige controleonderzoeken'. Het doel van het onderzoek is inzicht te krijgen in de vraag op welke wijze de frequentie, uitvoering en kwaliteit van de periodieke tandheeskundige controleonderzoeken kunnen worden

geoptimaliseerd. Aan het eind van 2007 zal het onderzoek worden afgesloten.

Het CVZ zal de minister over de uitkomsten informeren en indien daartoe aanleiding bestaat, de minister over dit onderwerp adviseren.

***Parodontale hulp***

Parodontale hulp voor volwassen verzekerden is een te verzekeren prestatie op grond van artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering.

Parodontale hulp richt zich op de behandeling van aandoeningen met betrekking tot het tandvlees en de steunweefsels van de tanden.

Op grond van de behandeling van geschillen is de vraag ontstaan of nieuwe inzichten ten aanzien van de parodontale hulp mogelijk een aanleiding vormen om de te verzekeren prestatie op dit punt te herijken.

Het CVZ zal onderzoeken of er indicaties tot parodontale hulp zijn (die thans niet tot de te verzekeren prestatie behoren) die naar de huidige stand van wetenschap tot de te verzekeren prestatie zou moeten worden gerekend.

Het CVZ zal de resultaten van het onderzoek verwerken in een verduidelijking van de te verzekeren prestatie parodontale hulp (in het kader van de bijzondere tandheelkunde) en bekend maken bij belanghebbende partijen in de uitvoeringspraktijk en indien daartoe aanleiding bestaat, de minister op dit onderwerp adviseren.

***Chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard***

Chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard is een te verzekeren prestatie op grond van artikel 2.7, vijfde lid, onder a, van het Besluit zorgverzekering.

Onder chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard wordt verstaan hulp, verleend door een kaakchirurg. Tot 2004 hadden verzekerden aanspraak op chirurgische tandheelkundige hulp ongeacht de behandelaar. Sinds 2004 wordt alleen chirurgische tandheelkundige hulp uitgevoerd door de kaakchirurg vergoed. Het kan voor verzekerden financieel aantrekkelijk zijn chirurgische tandheelkundige hulp te laten uitvoeren door de kaakchirurg in plaats van door de huistandarts. Mogelijk ontstaat hierdoor negatieve substitutie (van 1e naar 2e lijn). Het CVZ heeft ook een stijging van de uitgaven geconstateerd. Het CVZ zal nagaan of er sprake is van negatieve substitutie ten aanzien van de chirurgische tandheelkundige hulp.

Het CVZ zal hierover belanghebbende partijen in de uitvoeringspraktijk informeren en indien daartoe aanleiding bestaat, de minister over dit onderwerp adviseren.

***Mondgezondheid, tandartsbezoek en preventief gedrag***

In 1983, 1995 en 2002 is, (mede) in opdracht van het CVZ onderzoek uitgevoerd naar de mondgezondheid van volwassen verzekerden. Eind 2005 heeft het CVZ wederom opdracht

***bij volwassenen***

gegeven voor onderzoek naar de mondgezondheid onder volwassen verzekerden. Het onderzoek is in 2006 van start gegaan. Eind 2008 zal het CVZ de eindrapportage van het onderzoek ontvangen.

Het doel van het onderzoek is een actueel en representatief beeld te schetsen van de ontwikkeling van de mondgezondheid, het tandartsbezoek en het preventieve gedrag van volwassenen.



## 8. Discussie

In dit hoofdstuk gaat het CVZ in op de bevindingen van de onderzoeken zoals die in de hoofdstukken 2 (Tandheelkundige verzorging jeugdige verzekerden), 3 (Tandheelkundige verzorging van mensen met een verstandelijke beperking) en 4 (Tandheelkundig implantaat ter bevestiging van een uitneembare prothese). Ook gaat het CVZ kort in op de mondzorg en AWBZ.

### 8.a. Jeugdige verzekerden

In de tabellen 8, 9 en 10 staan enkele kerngegevens uit het onderzoek naar de mondgezondheid van jeugdigen dat het CVZ de afgelopen twintig jaar heeft laten uitvoeren. Daaraan zijn toegevoegd gegevens uit eigen onderzoek van de Regionale Instellingen voor Jeugdtandverzorging (RivJ) uit 2005. In het CVZ-onderzoek zijn ook kinderen van één zo'n instelling meegenomen, maar het RivJ-onderzoek biedt door de omvang en opzet meer inzicht in de uitkomsten van zorg bij deze instellingen.

Uit de tabellen blijkt dat het percentage kinderen met een gaaf melkgebit daalt. Het percentage kinderen met een gaaf blijvend gebit is al jaren min of meer constant en vertoont pas een stijgende lijn vanaf 17 jaar. Ondanks die stijgende lijn heeft slechts één op de zeven jongeren van 23 jaar een gaaf gebit.

De verzorgingsgraad van het melkgebit is nog altijd zeer laag. Die van het blijvend gebit is wat beter en stijgt met de leeftijd, totdat bij 23-jarigen drie van de vier gaatjes zijn gevuld. Het DMFS-getal is een maat voor de gebitsgezondheid: hoe lager hoe beter. Dit getal toont wat het melkgebit betreft een stijgende tendens; wat het blijvend gebit betreft zien wij vanaf 17 jaar een dalende tendens. Een punt van zorg is wel de toename van tong- en lippiercings bij jongeren vanaf 17 jaar.

**Tabel 8.**  
**Percentage**  
**jongeren met een**  
**gaaf gebit**

Jaar Leeftijd	'87	'90	'93	'96	'99	'02	'05	'05 RivJ*
5	51	-	55	-	51	-	44	41
8 (melk)	-	31	-	37	-	28	-	29
8 (blijvend)	-	75	-	73	-	68	-	80
11	38	-	53	-	55	-	53	61
14	-	28	-	40	-	34	-	-
17	8	-	19	-	21	-	29	-
20	-	6	-	15	-	20	-	-
23	1	-	6	-	11	-	14	-

\*Schuller AA. Evaluatie Regionale Instellingen voor Jeugdtandverzorging 2005. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 2006.

**Tabel 9.**  
**Verzorgingsgraad van het gebit van jongeren**

Jaar Leeftijd	'87	'90	'93	'96	'99	'02	'05	'05 RivJ*
5	26	-	24	-	14	-	17	53
8 (melk)	-	49	-	54	-	45	-	71
8 (blijvend)	-	46	-	44	-	48	-	64
11	69	-	71	-	44	-	51	79
14	-	75	-	74	-	62	-	-
17	80	-	85	-	64	-	73	-
20	-	87	-	86	-	68	-	-
23	86	-	91	-	76	-	77	-

\*Schuller AA. Evaluatie Regionale Instellingen voor Jeugd tandverzorging 2005.  
Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 2006.

**Tabel 10.**  
**Aantal aangetaste, gevulde en ontbrekende tandvlakken in het melkgebit (dmfs) en het blijvend gebit (DMFS) bij jongeren**

Jaar Leeftijd	'87	'90	'93	'96	'99	'02	'05	'05 RivJ*
5 (dmfs)	3,8	-	3,0	-	4,0	-	4,6	5,3
8 (dmfs)	-	6,6	-	5,8	-	7,1	-	7,1
8 (DMFS)	-	0,6	-	0,7	-	0,9	-	0,4
11 (DMFS)	2,7	-	1,5	-	1,4	-	1,7	1,2
14 (DMFS)	-	4,8	-	3,2	-	3,6	-	-
17 (DMFS)	11,5	-	7,3	-	5,8	-	5,3	-
20 (DMFS)	-	13,4	-	10,7	-	8,1	-	-
23 (DMFS)	28,6	-	16,9	-	12,8	-	10,8	-

\*Schuller AA. Evaluatie Regionale Instellingen voor Jeugd tandverzorging 2005.  
Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 2006.

De cijfers van de instellingen voor jeugd tandverzorging laten duidelijke verschillen zien met die van de huisartsen. Een belangrijk punt is de veel hogere verzorgingsgraad van de gebitten van kinderen die in instellingen worden behandeld. Dit betreft zowel het melk- als het blijvend gebit. Verder zijn er meer kinderen met een gaaf blijvend gebit en is het DMFS-getal lager. Daarbij moet worden bedacht dat de respons in het RivJ-onderzoek zeer hoog was, zodat een valide beeld is geschetst. De respons in het CVZ-onderzoek was veel lager, waardoor de resultaten gunstiger kunnen zijn dan bij de totale populatie. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het gegeven dat in het CVZ-onderzoek geen verandering in de frequentie van tandartsbezoek kon worden vastgesteld, terwijl uit CBS-cijfers naar voren komt dat het tandartsbezoek in de leeftijd tot 15 jaar wel degelijk daalt.

Het argument dat de verzorgingsgraad laag is omdat kinderen minder naar de tandarts gaan kan dan ook geen grote rol spelen. Het dalende tandartsbezoek is wel onderwerp van zorg. Er is immers een groeiende groep wegblijvers, die thans ongeveer 220.000 jongeren omvat. Het programma 'Kies voor Gaaf' van de NMT richt zich in het bijzonder op de bevordering van het tandartsbezoek van jeugdigen. Het CVZ acht dit initiatief waardevol, maar niet afdoende om de problematiek van de verzorging van de melkgebitten aan te pakken.

Uit het epidemiologisch onderzoek blijkt immers dat 42% van de 5-jarigen onbehandelde cariës heeft in een of meer tweede melk-molaren. Men moet bedenken dat in de epidemiologische studies de cariësdiagnostiek zonder röntgenfoto's wordt uitgevoerd. Dit betekent dat cariëslaesies met het blote oog worden gedetecteerd en dus het initiële stadium zijn gepasseerd. In het algemeen is er dan sprake van verder gevorderde laesies. Toch geeft 86% van de tandartsen aan altijd of meestal over te gaan tot curatieve behandeling van caviteiten in de melkmolaren bij kinderen tot 5 jaar. Deze beide resultaten zijn niet in overeenstemming met elkaar.

Uit het onderzoek van TNO, NMT en het UMC St. Radboud blijkt dat veel tandartsen curatieve behandeling van het melkgebit moeilijk vinden. Tandartsen twijfelen aan elkaars affiniteit met de behandeling van het melkgebit. Tandartsen noemen redenen om niet tot behandeling over te gaan die, volgens de onderzoekers, kunnen worden aangeduid als vermijdingsgedrag. Als overwegingen om niet te behandelen worden het meest genoemd het voorkomen van angst voor de tandarts, het instellen van een gerichte preventieve behandeling en/of voorlichting om de caviteit te stabiliseren, de aanwezigheid van te veel en/of te diepe caviteiten en de naderende wisseling van de melkkies. Naar het oordeel van het CVZ ligt hier een belangrijk aangrijpingspunt voor actie.

Uit het onderzoek blijkt voorts dat kinderen uit lage sociale milieus en kinderen die minder dan tweemaal per dag hun tanden poetsen als risicogroepen voor een niet gaaf gebit kunnen worden aangemerkt. Voor de verzorgingsgraad maakt de sociale status geen verschil. Wel speelt de 'soort tandarts' (huistandarts of JTV) een belangrijke rol bij de kans om in geval van optredende caviteiten al dan niet curatief te worden behandeld.

In het Signalement Mondzorg 2004 heeft het CVZ al gewezen op het dalend aantal kinderen met een gaaf melkgebit en de lage verzorgingsgraad van de melkgebitten. Toen is ook al gewezen op de betere prestaties van de regionale instellingen voor jeugdtandverzorging. Uit het voorliggende signalement blijkt dat geen verbetering is opgetreden. Volgens het CVZ is de vraag van belang, waarom de regionale instellingen het zoveel beter doen. Om hier inzicht in te krijgen moet men weten dat binnen de instellingen voor jeugdtandverzorging geprotocolleerd wordt gewerkt, en op 5-, 8- en 11-jarige leeftijd systematisch (op indicatie) röntgenfoto's worden gemaakt. De meeste instellingen voor jeugdtandverzorging werken met tandartsen, kindertandverzorgenden en preventie-assistenten. Er is toezicht op elkaars werk. In de huispraktijk is de structuur in het algemeen zwakker. Er is, zoals blijkt uit het NMT onderzoek, geen consensus binnen

de beroepsgroep van tandartsen over de indicatiestelling tot behandeling van het melkgebit. Hierover zijn door de beroepsgroep geen richtlijnen opgesteld. Er is geen systeem van intercollegiale toetsing naar de kwaliteit van de feitelijk geleverde zorg. Ook anderszins kan de beroepsgroep geen inzicht geven in de uitkomsten van de jeugdmondzorg. Evenmin is er een systeem van herregistratie waarin adequate uitvoering van de zorg wordt geborgd door eisen waaraan de zorgverlener moet voldoen.

Met andere woorden: belangrijke elementen van een kwaliteitssysteem ontbreken in de mondzorg.

In de periode 1996-2000 heeft het CVZ op verzoek van de minister van VWS aan de tandartsen een subsidie verleend om een kwaliteitssysteem te ontwikkelen en te implementeren. De tandartsen hebben in die periode wel een aantal kwaliteitsinstrumenten ontwikkeld, maar deze instrumenten zijn niet structureel geïmplementeerd. Nog altijd worden kwaliteitsinstrumenten door tandartsen slechts op basis van vrijwilligheid gebruikt. Over het algemeen is het aantal deelnemers beperkt.

Het CVZ stelt vast dat de beroepsgroep van tandartsen op voorzienbare termijn niet structureel een kwaliteitssysteem zal invoeren met professionele richtlijnen, getoetste implementatie daarvan en borging door herregistratie. Zo'n systeem zou de inzichtelijkheid van de zorgverlening sterk vergroten en veilig stellen dat de kindergebitten volgens algemeen aanvaarde beginselen professioneel worden verzorgd. Langs deze weg kan het onnodig lijden van kinderen door tekortschietende zorg worden bestreden. Tandheelkundige zorg voor jeugdigen maakt deel uit van het verzekerde pakket. Het CVZ meent dat nu extra inspanningen nodig zijn om te bewerkstelligen dat kinderen in de praktijk de zorg krijgen die zij nodig hebben.

In alle gevallen blijft het volgens het CVZ van belang om de resultaten van de interventies te monitoren en te vergelijken met eerdere onderzoeken om te weten te komen of de eventuele extra inspanningen (en kosten) ook daadwerkelijk gezondheidswinst opleveren voor de jeugdigen in Nederland.

Het CVZ zal daarom de ontwikkelingen van de mondgezondheid van jeugdigen blijven volgen. Speciale aandacht zal daarbij ook uitgaan naar de verzekerden in de leeftijd van 18 tot en met 21 jaar, voor wie het pakket tandheelkundige hulp krachtens de Zorgverzekeringswet per 1 januari 2008 wordt aangepast.

### ***8.b. Tandheelkundige verzorging van mensen met een verstandelijke beperking***

Eerder toonde het CVZ een achterstand aan in

tandheelkundige zorg van de bewoners van AWBZ-instellingen. Over de mensen met een verstandelijke beperking die in de thuissituatie verblijven was weinig bekend. Uit recent onderzoek onder thuiswonende kinderen van 4-12 jaar met een ernstige verstandelijke beperking kwam naar voren dat de mondgezondheid in deze groep niet erg goed is. Een derde van de kinderen bleek geen tandarts te hebben.

Als vervolg hierop heeft het CVZ de mondzorg van verstandelijk gehandicapten in de thuissituatie in de leeftijd van 15 tot 45 jaar laten onderzoeken. Deze mensen bleken vrijwel allemaal regelmatig een tandarts te bezoeken. Een groot deel ging naar een gewone huistandarts. Vooral mensen met een meer ernstige handicap gingen naar de praktijk van een gespecialiseerde tandarts of naar de tandarts van de instelling waar zij ooit verbleven. Het DMFS-getal is in deze groep lager dan bij de bevolking; een gunstig teken. Ook de verzorgingsgraad is goed, zeker bij jongeren tot 21 jaar.

Hierbij moet worden aangetekend dat de aard van de handicap gemiddeld minder ernstig was dan bij de 4-12 jarigen. Bovendien zijn de resultaten waarschijnlijk geflatteerd door de deelname van meer gemotiveerde ouders en verzorgers. Matig verstandelijk gehandicapten blijken in veel gevallen wel hun weg in de mondzorg te kunnen vinden.

### ***8.c. Tandheelkundig implantaat ter bevestiging van een uitneembare prothese***

Het onderzoek naar de implantaatgedragen prothesen heeft aannemelijk gemaakt dat de factoren 'toename aantal verzekerden', 'indicatiestelling' en 'vervangings- en reparatiekosten' van invloed zijn op de toename van de uitgaven voor deze voorziening. De techniekkosten zijn volgens de zorgverzekeraars niet de primaire oorzaak van de toegenomen uitgaven.

Helaas is het niet mogelijk gebleken een betrouwbare inschatting te maken van het totaal aantal verzekerden dat de komende jaren in aanmerking komt voor een implantaatgedragen prothese. Wel zijn alle geraadpleegde deskundigen het erover eens dat het aantal verzekerden dat voor een implantaatgedragen prothese in aanmerking komt de komende jaren zal blijven stijgen. Ten aanzien van de indicatiestelling merken de zorgverzekeraars op dat er ruimte is voor interpretatie van het indicatiecriterium en dat de vraag van de verzekerden naar de voorziening toeneemt. Bij verruiming van het indicatiecriterium is het, gezien het huidige aantal edentaten, te verwachten dat het aantal verzekerden dat voor een implantaatgedragen prothese in aanmerking komt zeer fors zal toenemen. Het relatieve aandeel van de factor techniekkosten in de totale kosten van de implantaatgedragen

prothese ligt rond de 50% en zal de komende jaren, zo is de verwachting, rond dit percentage blijven liggen of iets stijgen.

Al geruime tijd ontvangt het CVZ signalen dat verzekerden met een kwalitatief betere voorziening, de implantaatgedragen prothese, goedkoper uit zijn dan met een gewone prothese door de verschillen in eigen bijdragen. In het onderzoek merken zorgverzekeraars op dat hier een ongewenste prikkel van uit gaat. Het CVZ is het hier mee eens.

#### **8.d. Mondzorg en AWBZ**

Naar aanleiding van het rapport *AWBZ en tandheelkundige hulp* heeft het CVZ het initiatief genomen om te komen tot ontwikkeling van instrumenten om de mondzorg in AWBZ-instellingen te verbeteren. De instrumenten zijn de afgelopen jaren ontwikkeld door en in samenwerking met beroepsorganisaties binnen de mondzorg, beroepsorganisatie op het vlak van de verpleging en verzorging, verschillende koepelorganisatie. Het CVZ spreekt zijn waardering uit voor de grote betrokkenheid van alle organisaties en de mensen die een bijdrage hebben geleverd aan de totstandkoming van de instrumenten.

Met de instrumenten kunnen alle betrokkenen werken aan de verbetering van de mondzorg in AWBZ-instellingen en kan onderbouwd worden aangegeven waar investeringen in mensen en materieel noodzakelijk zijn.

## 9. Consultatie belanghebbende partijen

Het CVZ heeft belanghebbende partijen gevraagd te reageren op het concept Signalement Mondzorg 2007.

De volgende partijen zijn om een reactie gevraagd:

- Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT);
- Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT);
- Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF);
- Nederlandse Vereniging van Instellingen voor Jeugd tandzorg (NVIJ);
- Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten (NVM);
- Organisatie van Nederlandse Tandprothetici (ONT);
- Samenwerkende Regionale Instellingen voor Jeugd tandverzorging (SRI) en
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

Hieronder is de kern van de reacties van de verschillende partijen weergegeven. In de daarop volgende paragraaf reageert het CVZ op de ontvangen reacties.

### ***9.a. Reacties belanghebbende partijen***

#### ***Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT)***

De ANT merkt op dat bekend verondersteld mag worden dat de kwaliteit van de tandheelkunde in Nederland sinds jaar en dag een speerpunt van de ANT is. De ANT is daarom teleurgesteld dat, aldus de ANT, in het signalement de nadruk wordt gelegd op het ontbreken van een kwaliteitsbeleid in de tandheelkunde.

De ANT merkt op dat door de verschillende wetenschappelijke en beroepsverenigingen verscheidene initiatieven zijn genomen om te komen tot kwaliteitsborging, die deels geheel operationeel, deels nog in ontwikkeling, deels gericht op onderdelen van de tandheelkunde, deels op de mondzorg in zijn geheel gericht zijn. De ANT hecht eraan te wijzen op het door de ANT ontwikkelde kwaliteitssysteem. Dit ontwikkelde systeem kan op relatief korte termijn worden uitgewerkt voor toepassing in de mondzorgpraktijk in brede zin, zo schrijft de ANT.

De ANT is van mening dat het CVZ er beter aan zou doen om initiatieven op dit punt actief te stimuleren in plaats van de minister oproepen regels te stellen en daarmee, zo stelt de ANT, de beroepsgroep af te serveren.

De ANT is van mening dat in het CVZ harde conclusies trekt ten aanzien van het vermijdingsgedrag. De ANT is van mening dat deze conclusies in het Signalement nauwelijks behoorlijk worden onderbouwd en slechts gebaseerd lijken te zijn op een onduidelijke enquête uitgevoerd onder een aantal tandartsen.

Naar de mening van de ANT wordt er niet of in ieder geval onvoldoende gekeken naar de oorzaken van het vermijdingsgedrag en wordt uitsluitend naar oplossingen gezocht binnen de huidige structuur van de tandheelkunde in Nederland. De ANT pleit ervoor in dit kader ook de tariefstructuur voor de jeugdtandverzorging onder de loep te nemen. De ANT acht het wenselijk dat het CVZ onderzoek doet naar de mogelijkheden voor het uitvoeren van een pilot met huistandartsen.

De ANT geeft aan dat er ten aanzien van de behandeling van mensen met een verstandelijke beperking in het signalement geconcludeerd wordt dat er geen verschil aantoonbaar is in mondgezondheid en verzorgingsgraad tussen mensen die behandeld waren door een algemeen practicus en mensen die behandeld waren door een gespecialiseerd tandarts. De ANT merkt op dat dit betekent dat ook voor bijzondere zorggroepen de huistandarts wel degelijk goede resultaten kan bereiken. Naar de mening van de ANT doet zich ook hier de tariefstructuur gelden. De omstandigheden in de AWBZ, zo merkt de ANT op, zijn immers geheel anders dan onder de Ziekenfondswet/Zorgverzekeringswet. Een als moeilijk te omschrijven en ervaren groep kan, aldus de ANT, onder de AWBZ-structuur, waar een uurtarief geldt, aantoonbaar goed worden behandeld.

De ANT onderschrijft het belang van het voornemen van het CVZ om de komende tijd aandacht te besteden aan de positie van de mondzorg binnen de AWBZ met het oog op de toekomstige aanpassing van de AWBZ. De ANT stelt voor om ook de positie van vergelijkbare zorggroepen zoals bewoners van verzorgingstehuizen en wellicht zelfs thuiswonenden daarbij te betrekken.

***Nederlandse  
Maatschappij tot  
bevordering der  
Tandheelkunde  
(NMT)***

De NMT merkt in algemene zin op dat het rapport kritisch van toon is en dat opnieuw wordt geconstateerd dat er nog steeds sprake is van een verslechtering van de mondgezondheid van de jeugd. De NMT noemt dit een betreurenswaardige conclusie en onderschrijft de aanbeveling dat deze problematiek een krachtige aanpak vergt, waartoe de NMT dan ook het initiatief heeft genomen met het programma 'Kies voor Gaaf'.

De NMT constateert dat een deel van de conclusies van het signalement niet in lijn is met de gepresenteerde onderzoeksresultaten. De NMT is van mening dat daarmee de aandacht wordt afgeleid van het onderwerp waar het wezenlijk om gaat: de mondgezondheid van de jeugd. De NMT noemt het een goede zaak dat het CVZ middels het signalement aandacht wil vragen voor de mondgezondheid van de jeugd, maar noemt de wijze waarop dit in de samenvatting, de conclusies en de aanbevelingen verwoord is op een aantal



punten tendentieus. In het bijzonder doelt de NMT op de passages waarin uitspraken worden gedaan over het zogenaamde 'vermijdingsgedrag' van tandartsen.

De NMT is van mening dat de oorzaak voor de onderbehandeling wordt neergelegd bij het niet behandelen door tandartsen, vanwege hun 'vermijdingsgedrag'. De NMT vindt dit een zeer eenzijdige benadering van de problematiek. De NMT merkt daarbij op dat het CVZ in het signalement zelf melding maakt de verdeeldheid onder zowel de wetenschap als de professie over hoe moet worden omgegaan met geconstateerde gaatjes in het melkgebit.

De NMT merkt op dat de praktijkrichtlijn die hierover duidelijkheid moet brengen wordt ontwikkeld binnen het NMT-project: 'Kies voor Gaaf'. Ook is de NMT van mening dat de gemaakte vergelijking tussen de prestaties van instellingen voor jeugd tandverzorging en de tandarts algemeen practicus om een nadere nuancering vraagt omdat de patiëntenpopulatie verschillend is en het oordeel over wie het beter doet is, nog niet te geven is.

De NMT merkt in haar reactie op dat zij vanaf 1997 diverse initiatieven heeft genomen om de verzorgingsgraad bij jonge kinderen te verhogen. Zo worden de resultaten van onderzoek binnen het project Peilstations, ingebracht in het NMT-kwaliteitssysteem waarna deskundigheidsbevorderende activiteiten worden ontwikkeld om een bijdrage te leveren bij het oplossen van de gesignaleerde knelpunten.

De NMT deelt niet de conclusie in het signalement dat een kwaliteitssysteem bij tandartsen ontbreekt en dat dit de oorzaak zou zijn voor de 'matige' zorg voor de kindergebitten. De NMT merkt op dat een kwaliteitssysteem wel degelijk bestaat en dat anderzijds het effect van het systeem in het algemeen en op de verzorgingsgraad van kindergebitten in het bijzonder niet is onderzocht. De NMT is van mening dat een dergelijk conclusie niet in het signalement thuis hoort.

De NMT merkt verder op dat aangezien het in de loop der jaren duidelijk is geworden dat de verzorgingsgraad van de kindergebitten niet alleen door tandartsfactoren wordt bepaald maar evenzeer door factoren als sociale status en poetsgedrag, de NMT heeft besloten dit onderwerp in het omvangrijke gezamenlijk project 'Kies voor Gaaf' met andere betrokkenen vanaf 2008 wederom onder de aandacht te brengen en de ontwikkeling jaarlijks door middel van onderzoek te monitoren.

De NMT verzoekt het CVZ nadrukkelijk om, zonder de kritische toon van het rapport geweld aan te doen, de opmerkingen en conclusies in het rapport te nuanceren en het accent te leggen

op de inspanningen die nodig zijn om de mondgezondheid in het algemeen en specifiek voor de jeugd verder te verbeteren.

**Nederlandse  
Patiënten  
Consumenten  
Federatie (NPCF)**

In reactie op het concept Signalement Mondzorg geeft de NPCF haar visie weer op de ontwikkelingen in de mondzorg in Nederland.

De NPCF is van mening dat mondzorg noodzakelijke zorg is, omdat dit een bijdrage levert aan het behoud van een gezond gebit en het behandelen van aandoeningen. Deze zorg moet voor iedere burger (kind of volwassene; gezond, ziek of gehandicapt) beschikbaar en toegankelijk zijn en dient te bestaan uit goede voorlichting, jaarlijkse periodieke controles en indien nodig een behandeltraject.

De NPCF is het met het CVZ eens dat scholing van tandartsen en het ontwikkelen van professionele richtlijnen over de behandeling van kindergebitten noodzakelijk zijn om deze onderbehandeling tegen te gaan. Daar waar volgens richtlijnen behandeld moet worden, moet dit ook in de praktijk zichtbaar zijn aldus de NPCF. In onze optiek mag het, zo reageert de NPCF, niet zo zijn dat een kind de gewenste behandeling moet ontberen omdat het als 'lastig' of 'tijdrovend' wordt ervaren.

De NPCF is daarom verheugd over het feit dat de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) zich als probleemeigenaar heeft opgeworpen en dit probleem gaat aanpakken. Daarnaast is de NPCF van mening dat het voor een goede cliëntgerichte mondzorg van belang is dat de verschillende disciplines intensief met elkaar samenwerken (ketenzorg) en de cliënt goed informeren over het belang van mondzorg, de gevolgen van risicovol gedrag, de aard van de (preventieve) behandeling en de kosten (inclusief aanspraak).

Het CVZ constateert in dit Signalement tevens dat de implantaatgedragen gebitsprothese steeds vaker wordt toegepast en dat de kosten zullen blijven stijgen. De NPCF is het met het CVZ eens dat deze kostenstijging niet moet leiden tot een verhoging van de eigen bijdrage omdat deze behandeling beperkt zal blijven tot een zeer beperkte groep cliënten (de meest schrijnende gevallen). Daarnaast onderschrijft de NPCF het advies van het CVZ de hoogte van de eigen bijdragen voor de verschillende gebitsprothesen met elkaar in overeenstemming te brengen.

Tot slot geeft de NPCF aan het van belang te vinden dat het CVZ de ontwikkelingen in de mondzorg (met name bij jeugdigen) intensief blijft monitoren. Hoewel nog altijd 92% van de 3-17 jarigen jaarlijks een tandarts bezoekt vindt de NPCF het van belang dat de gesignaleerde knelpunten en risico's in de mondzorg op korte termijn worden aangepakt en dat de verschillende disciplines hierin hun

verantwoordelijkheid nemen. Het streven naar een meer ketengerichte mondzorg, het toepassen van richtlijnen en het bevorderen van de deskundigheid en vaardigheid van de tandarts (opleiden van tandartsen met specialisatie jeugdzorg) acht de NPCF daarbij van groot belang.

***Nederlandse  
Vereniging van  
Instellingen voor  
Jeugd tandzorg  
(NVIJ)***

De NVIJ heeft laten weten geen inhoudelijk commentaar te hebben op het concept Signalement Mondzorg.

***Nederlandse  
Vereniging van  
Mondhygiënisten  
(NVM)***

De NVM beoordeelt het signalement als een gedegen stuk werk, dat de NVM volledig kan onderschrijven. De NVM maakt het CVZ complimenten.

***Organisatie van  
Nederlandse  
Tandprotheticici  
(ONT)***

De ONT onderschrijft de conclusie van het CVZ dat de toegenomen kosten voor de implantaatgedragen prothesen niet verklaard kunnen worden door de gestegen techniekkosten. De ONT zou het tegenovergestelde willen beweren: de kosten voor techniek zijn de afgelopen jaren achtergebleven.

De ONT wil graag aanhaken op de conclusies en aanbevelingen. Hoewel het niet primair op het terrein van de tandprotheticus ligt, wil de ONT een pleidooi voeren voor meer aandacht voor preventie. Voorkomen is voor de potentiële zorgvrager immers beter dan genezen.

Tot slot, de ONT juicht de komst van de verschillende instrumenten voor integrale mondzorg in het kader van de AWBZ van harte toe. De declaratiewijzer, maar ook de richtlijn en de kaart van de NVVA, beschouwt de ONT als zeer behulpzaam. De ONT zal er zorg voor dragen dat kennis hierover richting haar leden zal worden verspreid.

De ONT complimenteert het CVZ met al het geleverde werk met betrekking tot het Signalement Mondzorg 2007 en zegt van harte toe een bijdrage te blijven leveren aan het verder verbeteren van de kwaliteit, effectiviteit en toegankelijkheid van de Nederlandse mondzorg.

***Samenwerkende  
Regionale  
Instellingen voor  
Jeugd tandverzorging  
(SRI)***

De SRI merkt op dat er geen sprake is van een trendbreuk nu maar van een trendbreuk 10 tot 15 jaar geleden. De gebitten verbeteren niet meer de laatste jaren. Dat is wat anders dan verslechteren.

De SRI merkt op dat veranderingen bij jeugdigen niet significant zijn en dat daarom niet van verslechtering mag worden gesproken.

De SRI merkt op dat het doel van iedereen een gaaf gebit is, maar vraagt zich af of de kosten en baten meer inzet van tijd

en middelen rechtvaardigen. Wellicht zou een aanbeveling kunnen zijn om in het kader van de "anti dikkerd campagnes" ook dit aspect mee te nemen. De collectieve preventie moet zich aldus de SRI op het eetprobleem van de jeugd richten. De SRI geeft aan dat daar ook draagvlak voor bestaat.

De aanbevelingen zouden zich moeten richten op de zorgverlening door de tandarts.

De SRI ziet het signalement als een goed rapport dat vooral een goed vervolg verdient.

**Zorgverzekeraars  
Nederland (ZN)**

ZN betreurt het dat de mondgezondheid van jeugdige verzekerden onder de 15 jaar nog steeds verslechtert, temeer omdat dit, zoals blijkt uit het signalement, deels toegeschreven dient te worden aan vermijdingsgedrag van tandartsen. ZN onderschrijft het idee dat er doelgerichte en eenduidige praktijkrichtlijnen opgesteld dienen te worden voor de jeugdmondzorg.

ZN merkt in relatie hiermee op dat door de geconstateerde verslechtering van de mondgezondheid bij de jeugd er een reële kans bestaat dat de eigen verantwoordelijkheid voor de mondzorg van de volwassen verzekerde, waarvan in 1995 bij de gewijzigde pakketaanspraak is aangenomen dat die draagbaar zou zijn, onder druk komt te staan. ZN geeft aan dat de voorwaarde voor deze eigen verantwoordelijkheid is dat de aankomende volwassen verzekerde met een stabiele mondgezondheid kon starten. Door de huidige ontwikkelingen komt de toegankelijkheid, betaalbaarheid en verzekeraarbaarheid voor de volwassen verzekerde mogelijk in het gedrang, ook al zal de grens per 1 januari 2008 liggen bij het 22e levensjaar. ZN zou dan ook graag zien dat de mondgezondheid van volwassen verzekerden door het CVZ gevolgd zal worden.

Over kwaliteitssystemen merkt ZN op dat tot op heden de beroepsorganisaties zorgverzekeraars hebben uitgesloten bij het ontwikkelen van kwaliteitssystemen. ZN onderschrijft het standpunt van het CVZ dat het huidige kwaliteitsbeleid van de beroepsorganisaties nog te weinig waarborgen voor een goede kwaliteit biedt vanwege onder andere het ontbreken van intercollegiale toetsing. ZN merkt op dat bijvoorbeeld parodontologen, orthodontisten, kaakchirurgen en centra bijzondere tandheelkunde wel vorm hebben gegeven aan intercollegiale toetsing. ZN merkt verder op dat ZN bekend is met het kwaliteitsregister dat de NMT enige tijd geleden heeft opgericht, en dat dit register in de toekomst verder vorm gegeven moet worden.

ZN onderschrijft het advies om de eigen bijdrage voor de implantaatgedragen prothese in overeenstemming te brengen met de gewone volledige gebitsprothese.

### ***9.b. Commentaar op reacties van belanghebbende partijen***

In haar reactie merkt de NMT op dat een deel van de conclusies van het signalement niet in lijn is met de gepresenteerde onderzoeksresultaten. De NMT verwijst daarbij naar de passages waarin uitspraken worden gedaan over het 'vermijdingsgedrag' van tandartsen. De NMT spreekt van een zeer eenzijdige benadering van de problematiek wanneer de oorzaak voor de onderbehandeling wordt neergelegd bij het niet behandelen door tandartsen. Het CVZ legt de oorzaak van de onderbehandeling niet alleen bij tandartsen vanwege hun vermijdingsgedrag. In de conclusie noemt het CVZ het vermijdingsgedrag niet als de oorzaak, maar als een belangrijke oorzaak van de onderbehandeling.

De ANT pleit in dit kader voor een gewijzigde tariefstructuur voor de jeugdtandverzorging. De ANT is ervan overtuigd dat de tandarts dan de tijd kan en zal willen nemen om deze tijdrovende en moeilijke groep te behandelen. Het CVZ acht het onbestaanbaar dat professionele zorgverleners geïndiceerde zorg achterwege laten vanwege de hoogte van de vergoeding. Bovendien behoren tariefkwesties tot de bevoegdheid van de Nederlandse Zorgautoriteit.

Uit het in opdracht van het CVZ uitgevoerde, door TNO verrichte onderzoek blijkt dat factoren die bij het kind zijn gelegen, zoals sociale status en poetsgedrag, geen rol van betekenis spelen bij de mate van curatieve verzorging. De ANT stelt vraagtekens bij het door TNO verrichte onderzoek. Het onderzoek is evenwel in samenwerking met de NMT onder een grote groep tandartsen uitgevoerd die voor wat betreft enkele algemene achtergrondkenmerken beschouwd worden als een representatieve afspiegeling van de groep tandartsen die in Nederland werkzaam is in een eigen praktijk.

Het is juist dat het CVZ in het signalement aangeeft dat opvattingen over de tandheelkundige behandeling van het melkgebit nogal uiteen lopen. Het TNO-onderzoek is daarom aan de voorzichtige kant gebleven door slechts uit te gaan van de achterste melkkiezen, waarover consensus bestaat dat restauratieve zorg hier essentieel is.

De vergelijking tussen de prestaties van de regionale instellingen voor jeugdtandverzorging en de algemeen practicus vraagt volgens de NMT om een nuancering vanwege het verschil in patiëntenpopulatie. Het is juist dat er sprake is van een verschil in patiëntenpopulatie. De respons in het onderzoek bij regionale instellingen voor jeugdtandverzorging was zeer hoog, zodat een valide beeld is geschetst. De respons in het CVZ-onderzoek was veel lager. Het responspercentage van het CVZ-onderzoek neemt in alle

leeftijdsklassen al jaren geleidelijk af. Dit kan een negatieve invloed hebben op de representativiteit van de resultaten. Uit het non-participatie-onderzoek blijkt dat niet-deelnemers minder vaak voor controle naar de tandarts gaan dan deelnemers aan het onderzoek. Hiermee rekeninghoudend zouden de verschillen tussen regionale instellingen voor jeugd tandverzorging en de algemeen practicus in de praktijk zelfs groter kunnen zijn.

Er is dringend behoefte aan een kwaliteitssysteem in de jeugdmondzorg dat is gebaseerd op richtlijnen en protocollen, waarvan de implementatie wordt geborgd door middel van intercollegiale toetsing en het bieden van transparantie over de uitkomsten van de zorg. Het project 'Kies voor gaaf' voorziet niet in zo'n systeem. Dit neemt niet weg dat het CVZ het initiatief van de NMT, om in samenwerking met partijen te komen tot een aanpak van de problematiek met de kindergebitten, toejuicht.

Het CVZ stelt in het signalement dat de kwaliteit van de curatieve zorg voor kindergebitten primair een zaak is voor tandartsen en dat zich hier het ontbreken van een kwaliteitssysteem wreekt. Het CVZ stelt niet dat het ontbreken ervan de oorzaak is voor 'de matige zorg voor de kindergebitten'. Dit is immers niet onderzocht. De NMT heeft een structuur voor een kwaliteitssysteem opgezet die de tandarts moet ondersteunen bij het doelgericht en systematisch werken aan kwaliteit. Ook bij de ANT is er aandacht voor de kwaliteit van de tandheelkunde. Er kan echter niet gesproken worden van een operationeel kwaliteitssysteem. Er zijn in het verleden, met subsidie van het CVZ, wel kwaliteitsinstrumenten ontwikkeld, maar die zijn voor tandartsen nog altijd vrijblijvend. De beroepsgroep van tandartsen stelt zichzelf geen enkele verplichting tot kwaliteitsactiviteiten. Alleen op vrijwillige basis worden kwaliteitsinstrumenten gebruikt. De mate van deelname is over het algemeen zeer beperkt. Er is géén kwaliteitssysteem geïmplementeerd en er is geen zicht dat de tandartsen dit op voorzienbare termijn op eigen kracht wel zullen realiseren. Vandaar dat het CVZ de minister in overweging geeft op dit punt actie te ondernemen.

In haar reactie op het concept Signalement Mondzorg 2007 is de NMT ingegaan op het hoofdstuk over de tandheelkundige verzorging van de jeugdige verzekerden. Het voorliggend signalement is het derde waarin het CVZ constateert dat er sprake is van een tendens tot verslechtering van de mondgezondheid bij jeugdige verzekerden, inmiddels tot rond het vijftiende levensjaar.

Het CVZ heeft gemeend, na de twee voorgaande signalementen, nader onderzoek te moeten laten uitvoeren naar de oorzaken van de slechte restauratieve

verzorgingsgraad van jeugdige verzekerden.

De NMT verzoekt het CVZ dringend de opmerkingen en conclusies in het signalement te nuanceren om te voorkomen dat de aandacht wordt afgeleid van het echte probleem. Het CVZ is van mening dat in het signalement een genuanceerd beeld wordt gegeven van de stand van zaken rond de mondgezondheid van jeugdige verzekerden en de problemen die daar aan de orde zijn.

In haar reactie merkt de ANT op dat in AWBZ verband voor bijzondere zorggroepen door de huistandarts goede resultaten zijn te bereiken. De ANT is van mening dat ook hier zich de tariefstructuur doet laat gelden omdat in de AWBZ een uurtarief geldt. Het CVZ merkt op dat ook binnen de Zorgverzekeringswet een uurtarief bestaat voor patiënten waarvan de behandelingsduur, als gevolg van een geestelijke en/of lichamelijke handicap, langer is dan doorgaans het geval is.

Het CVZ heeft onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek laten verrichten naar de oorzaken van de matige zorg voor het melkgebit. Uit dit onderzoek blijkt dat het gedrag van tandartsen hierbij een belangrijke rol speelt. Dit is een belangrijke bevinding. Door tekortschietende zorg lijden kinderen onnodig. Uit oogpunt van professionele ethiek zouden zorgverleners zich tot het uiterste moeten inspannen om dit lijden te verlichten. Het signalement beoogt een bijdrage te leveren aan de bevordering van de kwaliteit van de tandheelkundige zorg, en in het bijzonder die van de zorg voor de kindergebitten.

In haar reactie spreekt ZN de wens uit om dat het CVZ ook de ontwikkeling van de mondgezondheid van volwassenen zal volgen. Naar aanleiding van deze reactie van ZN heeft het CVZ in de definitieve versie van het signalement in paragraaf 7.b een alinea opgenomen over het reeds lopende onderzoek Mondgezondheid, tandartsbezoek en preventief gedrag bij volwassenen. Dit onderzoek is in 2006 van start gegaan. Eind 2008 zal het CVZ de eindrapportage van het onderzoek ontvangen.

## 10. Conclusies, aanbevelingen en vervolgacties

Zoals in de inleiding al is aangegeven borgt en ontwikkelt het CVZ de publieke randvoorwaarden van het zorgverzekeringsstelsel, zodat de burgers hun aanspraak op zorg kunnen realiseren. Dit is de missie van het CVZ. In dit signalement staat de vraag centraal in hoeverre er sprake is van een goede mondzorg, die voor iedere verzekerde toegankelijk is. De conclusies, aanbevelingen en vervolgacties moeten in dit perspectief worden gezien.

### **10.a. Jeugdige verzekerden**

In de mondgezondheid van jeugdigen kan een tweedeling worden vastgesteld. De grens ligt momenteel rond het vijftiende levensjaar. Tot die leeftijd vertonen gebitten een tendens tot verslechtering, hierbij speelt mogelijk een rol de daling in de frequentie van tandartsbezoek door jeugdigen die de laatste jaren is vastgesteld. Vanaf die leeftijd verbetert de mondgezondheid nog.

Het stimuleren van tandartsbezoek vereist een gezamenlijke inspanning van alle bij de zorg betrokkenen, inclusief de instanties die zich met collectieve preventie bezighouden. In dit kader is het toe te juichen dat de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) middels het programma 'Kies voor gaaf' het initiatief heeft genomen om in samenwerking met partijen te komen tot een aanpak van de reeds enige jaren geconstateerde problematiek met de kindergebitten.

Uit in opdracht van het CVZ uitgevoerd onderzoek blijkt evenwel dat, volgens de onderzoekers, een belangrijke oorzaak van de onderbehandeling van vooral het melkgebit is gelegen in vermijdingsgedrag van tandartsen ten aanzien van het leveren van noodzakelijke zorg. Dit komt ondermeer tot uiting in gedragingen als het instellen van preventieve behandeling of voorlichting en het afzien van behandeling ter voorkoming van angst voor de tandarts. Instellingen voor jeugd tandverzorging presteren duidelijk beter dan huistandartsen.

De kwaliteit van de (curatieve) zorg voor de kindergebitten is primair een zaak voor de tandartsen. Hier wreekt zich volgens het CVZ het ontbreken van een structureel ingevoerd kwaliteitssysteem bij tandartsen. Er is dringend behoefte aan een meer transparant zorgsysteem, en in het bijzonder aan richtlijnen en protocollen op het gebied van de kindertandheelkunde, waarvan de toepassing wordt geborgd via intercollegiale toetsing en herregistratie.

Nu zo'n systeem in de mondzorg nog altijd niet operationeel



is geeft het CVZ de minister in overweging om de beroepsgroep van tandartsen op te dragen zo spoedig mogelijk een kwaliteitssysteem in te voeren door op grond van artikel 40, derde lid van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg regels op te stellen.

Het CVZ zal de ontwikkelingen van de mondgezondheid van jeugdigen blijven volgen.

### ***10.b. Tandheelkundige verzorging van mensen met een verstandelijke beperking***

Anders dan ernstig verstandelijk gehandicapten blijken mensen met een lichtere beperking hun weg wel te vinden in de mondzorg. Hun mondgezondheid is in het algemeen goed. De persoonlijke en professionele mondverzorging is meestal in orde. Wel is de verzorgingsgraad van het gebit bij volwassenen lager dan bij volwassenen zonder verstandelijke beperking.

De structuur van de zorg voor deze groep mensen behoeft versterking. Er is behoefte aan netwerkvorming van tandartsen en instellingen die goed geoutilleerd zijn en die de vereiste specifieke expertise bezitten.

Voorts bereiken het CVZ signalen dat de mondzorg van verzekerden die verblijven in medische kinderdagverblijven tekort schiet. Het CVZ zal nagaan of de zorg voor deze groep verbetering behoeft.

### ***10.c. Tandheelkundige implantaten ter bevestiging van een uitneembare prothese***

Helaas is het niet mogelijk gebleken een betrouwbare inschatting te maken van de uitgaven voor de implantaatgedragen prothese de komende jaren. Deskundigen zijn het er over eens dat de uitgaven de komende jaren zullen blijven stijgen en verwachten dat over tien jaar de uitgaven boven de € 80 miljoen zullen liggen, in 2006 bedroegen deze uitgaven € 57,7 miljoen.

Verruiming van het indicatiecriterium zal leiden tot een zeer forse stijging van de uitgaven. Ook een ruimere interpretatie van het huidige indicatiecriterium zal een stijging van de uitgaven tot gevolg hebben. Het CVZ is van mening dat het indicatiecriterium helder en toepasbaar is en ziet geen aanleiding om wijzigingen op dit vlak voor te stellen. Zorgverzekeraars zullen het indicatiecriterium strikt moeten. Het CVZ zal het indicatiecriterium (wederom) bij de beroepsgroepen voor tandartsen, tandprotheticen en zorgverzekeraars onder de aandacht brengen.

Het CVZ is geen voorstander van verhoging van de eigen bijdrage om een stijging van de uitgaven af te remmen. Edentaten zijn sterkt vertegenwoordigd in de lagere inkomensgroepen, een verhoging van de eigen bijdrage zal de toegankelijkheid van de voorziening voor deze groepen teveel beperken. Wel adviseert het CVZ de minister de hoogte van de eigen bijdrage voor de implantaatgedragen prothese en de gewone volledige gebitsprothese met elkaar in overeenstemming te brengen.

#### **10.d. Mondzorg en AWBZ**

Het CVZ sluit een periode af waar het direct betrokken was bij projecten gericht op het ontwikkelen van instrumenten om te komen tot verbetering van de mondzorg in het kader van de AWBZ. Het CVZ zal de ontwikkeling van de mondzorg in AWBZ-instellingen blijven volgen. Het CVZ zal met name aandacht besteden aan de positie van de mondzorg binnen de AWBZ met het oog op de toekomstige aanpassing van de AWBZ.

#### **College voor zorgverzekeringen**

*Voorzitter Raad van Bestuur*

dr. P.C. Hermans

## 11. Literatuur

College voor zorgverzekeringen. implantaatgedragen prothesen. Diemen, 2007

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

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

Cune MS, Putter C de. Peanuts? Een inventarisatie van de toekomstige zorgvraag en kostenontwikkeling van overkappingsprothesen op implantaten. UMC Utrecht. Utrecht 2007

Dekker J den, Abbink EJAA. Tandheelkundige zorg sinds de stelselwijziging van 1995. Evaluatie van beperkingen in de vergoeding van tandheelkundige hulp. Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde 2005; 112: 18-23

Jongh A de, Kieffer JM, Nelen TK, Tandheelkundige zorgverlening aan mensen met een verstandelijke beperking die thuis of semi-zelfstandig wonen. Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam. Amsterdam 2006

Poorterman JHG, Schuller AA. Tandheelkundige verzorging Jeugdige Ziekenfondsverzekerden(TJZ). Een onderzoek naar veranderingen in mondgezondheid en preventief tandheelkundig gedrag. Tussenmeting 2003. Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam – TNO Kwaliteit van Leven. Leiden, 2005

Poorterman JHG, Schuller AA. Tandheelkundige verzorging Jeugdige Ziekenfondsverzekerden(TJZ). Een onderzoek naar veranderingen in mondgezondheid en preventief tandheelkundig gedrag. Eindmeting 2005. Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam – TNO Kwaliteit van Leven. Leiden, 2006

Schuller AA, Evaluatie Regionale Instellingen voor Jeugd tandverzorging 2005. TNO Kwaliteit van Leven. Leiden, 2006

Schuller AA, Bruers JJM, Dam BAFM van, Truin GJ. Jeugdmondzorg: De restauratieve verzorgingsgraad. TNO Kwaliteit van Leven. Leiden, 2007

## Bijlage 2

Aan de Zorgverzekeraars

Uw brief van ----	Uw kenmerk ----	Datum 12 februari 2007
Ons kenmerk PAK/27008403	Behandeld door drs. E.J.A.A. Abbink	Doorkiesnummer (020) 797 85 01
Onderwerp Vergoeding periodiek preventief tandheelkundig onderzoek		

Geachte heer of mevrouw,

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) heeft vernomen dat er bij verschillende zorgverzekeraars onduidelijkheid bestaat over de vergoeding van het periodiek preventief tandheelkundig onderzoek voor verzekerden jonger dan achttien jaar. In deze brief licht het CVZ de te verzekeren prestatie periodiek preventief tandheelkundig onderzoek toe.

Ten tijde van de Ziekenfondswet gold de Regeling tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering. In die regeling was de aanspraak op het periodiek preventief tandheelkundig onderzoek geregeld in artikel 4, eerste lid onder a. In artikel 4, tweede lid, was geregeld onder welke voorwaarden er aanspraak bestond op het periodiek preventief tandheelkundig onderzoek. Artikel 4, tweede lid, luidde: "Op de hulp, bedoeld in het eerste lid, onder a, bestaat één keer per jaar aanspraak, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen."

Met de invoering van de Zorgverzekeringswet is de te verzekeren prestatie periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, voor verzekerden jonger dan achttien jaar, geregeld in artikel 2.7, vierde lid, onder a, van het Besluit zorgverzekering. Artikel 2.7, vierde lid, onder a, van het Besluit zorgverzekering luidt: "periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;"

De inhoud en omvang van de aanspraak periodiek preventief tandheelkundig onderzoek op grond van de Regeling tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering is gelijk aan de inhoud en omvang van de te verzekeren prestatie periodiek preventief tandheelkundig op grond van het Besluit zorgverzekering. Voor zover daar enige twijfel over zou kunnen bestaan wordt die twijfel weggenomen in de toelichting op artikel 2.7 van het Besluit zorgverzekering. In die toelichting staat: "De inhoud en omvang van de zorg zijn gelijk aan de inhoud en omvang zoals die geregeld waren met de Regeling tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering."

Het staat zorgverzekeraars vrij om in de polissen nadere voorwaarden te stellen indien deze van procedurele en administratieve aard zijn. Zo kunnen zorgverzekeraars voorwaarden stellen zoals het vragen van een verwijsbrief, een voorschift, een melding van aanvang van zorg en het vragen van toestemming. Eventuele nadere voorwaarden dient de zorgverzekeraar in de polis of het bijbehorende reglement op te nemen.

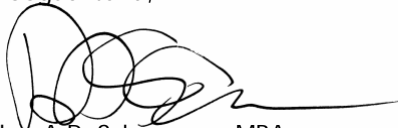
Voorwaarden zoals voor welke indicatiegebieden het recht op zorg geldt of de vergoeding van de kosten daarvan, zijn niet aan de regelingsbevoegdheid van de zorgverzekeraar overgelaten.

De omvang van de te verzekeren prestatie mag niet beperkt worden in de polis of het reglement.

Een zorgverzekeraar zou in de polis of het bijbehorende reglement kunnen opnemen dat voor een (tweede) periodiek preventief tandheelkundig onderzoek vooraf toestemming vereist is. Zelfs indien een dergelijke voorwaarde in de polis of het bijbehorende reglement is opgenomen kan de zorgverzekeraar niet zomaar besluiten een tweede of volgend periodiek preventief tandheelkundig onderzoek niet te vergoeden.

Een en ander moet wel gezien worden in het licht van artikel 2.1, derde lid van het Besluit zorgverzekering. In dit lid is aangegeven dat de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Het is aan de tandarts om te beoordelen of de verzekerde meer keren per jaar op een periodiek preventief tandheelkundig onderzoek is aangewezen. Wanneer de tandarts voor een verzekerde meer dan één periodiek preventief tandheelkundig onderzoek per jaar indiceert en voldaan wordt aan de nadere voorwaarden in de polis of het bijbehorende reglement, ofwel geen nadere voorwaarden in de polis of het bijbehorende reglement zijn opgenomen, dient de zorgverzekeraar ook deze periodieke preventieve tandheelkundige onderzoeken te vergoeden.

Hoogachtend,

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke extending to the right.

drs. A.R. Schuurman MBA  
Hoofd Afdeling Pakket