



Zorginstituut Nederland

> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Aan de minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport  
Postbus 20350  
2500 EJ DEN HAAG

2017012038

**Zorginstituut Nederland**  
Zorg II  
Geboortezorg, Mondzorg &  
Zintulgen

Eekholt 4  
1112 XH Diemen  
Postbus 320  
1110 AH Diemen  
[www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl)  
[info@zinl.nl](mailto:info@zinl.nl)

T +31 (0)20 797 85 55

**Contactpersoon**

Datum 27 maart 2017  
Betreft Eigen bijdragen gebitsprothesen

**Onze referentie**  
2017012038

Geachte mevrouw Schippers,

In uw brief van 8 februari 2017 verzocht u Zorginstituut Nederland een quickscan uit te voeren naar de manier waarop de per 1 januari 2017 ingevoerde eigen bijdragestructuur voor de (implantaatgedragen) gebitsprothesen wordt ingevoerd en welke neveneffecten zich mogelijk voordoen die een succesvolle uitvoering in de weg kunnen staan. Hierbij bied ik u deze quickscan aan.

Er zijn nog geen harde cijfermatige gegevens beschikbaar over de uitvoeringspraktijk rond de (implantaatgedragen) gebitsprothetiek in 2017. Uit zeer voorlopige ramingen kan worden afgeleid dat de eigen bijdragen voor de verschillende behandelingen in deze sector zich ontwikkelen zoals beoogd.

Het nieuwe systeem van eigen bijdragen wordt in het veld ervaren als onnodig gecompliceerd, vooral vanwege de verschillende percentages die in rekening moeten worden gebracht. Vanuit het veld zijn enkele suggesties gedaan om dit te verbeteren.

Het Zorginstituut zal een grondiger evaluatie uitvoeren van de door diverse partijen uitgevoerde acties en maatregelen rond de implantaatgedragen gebitsprothesen, zodra meer zorginhoudelijke en financiële gegevens uit de praktijk beschikbaar komen. Naar verwachting zal dit zijn in de eerste helft van 2018.

Hoogachtend,

Arnold Hoerkamp  
Voorzitter Raad van Bestuur



Zorginstituut Nederland

## Quickscan eigen bijdragen gebitsprothesen

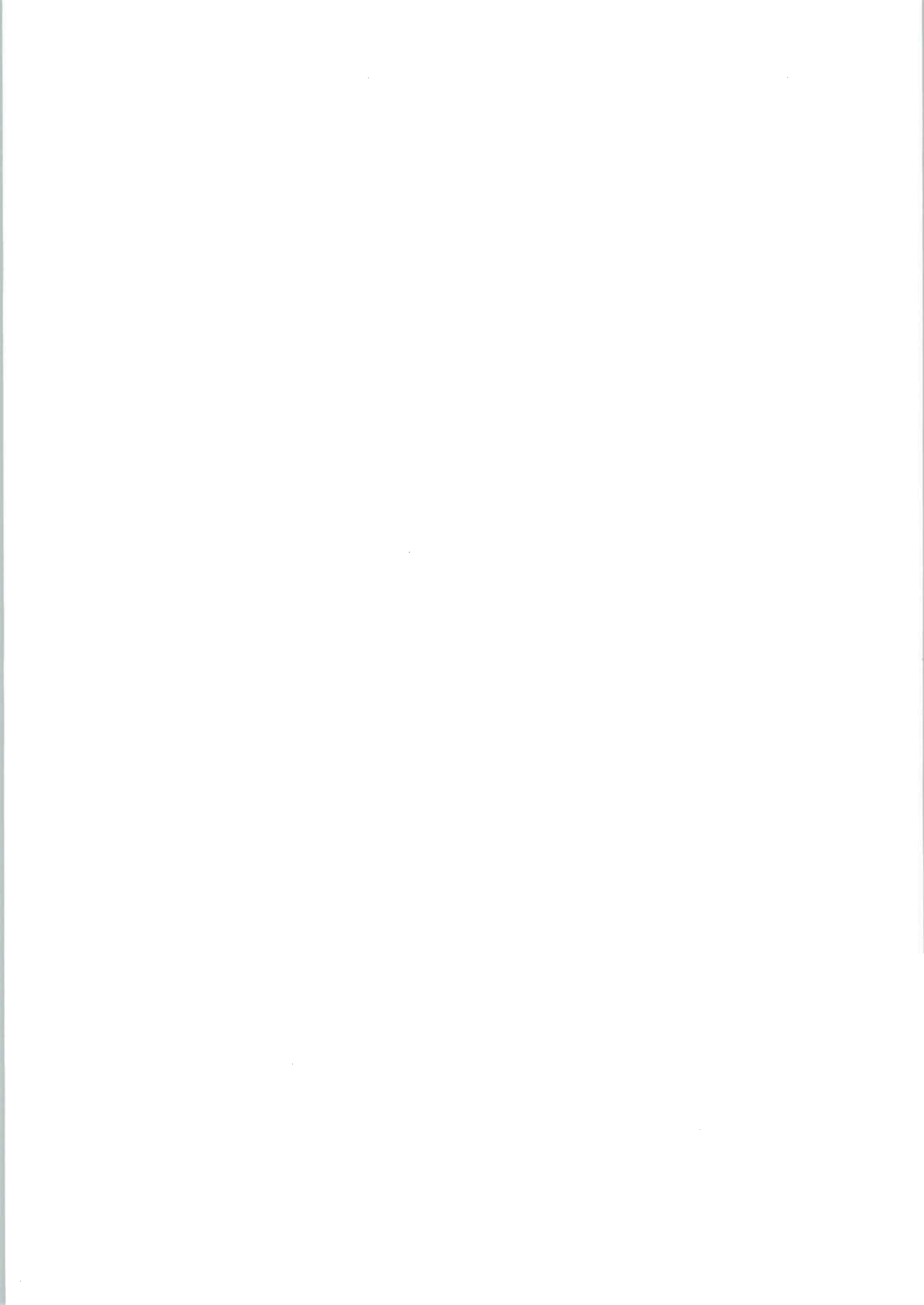
Datum 27 maart 2017  
Status Definitief

## Colofon

Volgnummer 2017007450

Contactpersoon

Afdeling Zorg II  
Team Geboortezorg, Mondzorg & Zintuigen



## Inhoud

**Colofon—1**

**Samenvatting—5**

**Inleiding—7**

**1 Verzoek tot quickscan—9**

**2 Schriftelijke consultatie—11**

**3 Mondelinge consultatie—13**

**4 Discussie—15**

**5 Conclusie—17**

**Bijlage Ontvangen consultatiereacties**



## Samenvatting

De minister van VWS heeft aan Zorginstituut Nederland gevraagd een quickscan uit te voeren naar de manier waarop de per 1 januari 2017 ingevoerde gewijzigde eigen bijdragestructuur voor de (implantaatgedragen) gebitsprothesen wordt ingevoerd. Voorts vraagt de minister welke neveneffecten zich mogelijk voordoen die een succesvolle uitvoering in de weg kunnen staan. Daarop heeft Zorginstituut Nederland de betrokken partijen begin maart 2017 schriftelijk en mondeling geconsulteerd.

Er zijn nog geen harde cijfers beschikbaar over de uitvoeringspraktijk rond de (implantaatgedragen) gebitsprothetiek in 2017. Op grond van zeer voorlopige ramingen kan een indicatie worden gegeven van de ontwikkeling van de eigen bijdragen in deze sector. Deze wijst erop dat de eigen bijdragen in verhouding zijn met de complexiteit van de ingreep. De eigen bijdrage voor de conventionele gebitsprothese is niet gewijzigd. De eigen bijdrage voor de implantaatgedragen prothese in de onderkaak is iets hoger dan die voor de conventionele prothese. De eigen bijdrage voor de implantaatgedragen bovenprothese is nog wat hoger.

Het nieuwe systeem van eigen bijdragen wordt in het veld ervaren als onnodig gecompliceerd, vooral vanwege de verschillende percentages die in rekening moeten worden gebracht. Vanuit het veld worden enkele suggesties gedaan om dit te verbeteren.

Het Zorginstituut zal een grondiger evaluatie uitvoeren van de door diverse partijen uitgevoerde acties en maatregelen rond de implantaatgedragen gebitsprothesen, zodra meer zorginhoudelijke en financiële gegevens uit de praktijk beschikbaar komen. Naar verwachting zal dit zijn in de eerste helft van 2018.





## Inleiding

Op 30 juni 2014 heeft Zorginstituut Nederland aan de minister van VWS het rapport *Implantaatgedragen gebitsprothesen* uitgebracht. In het rapport zijn maatregelen benoemd die de kosten van de zorg rond implantaatgedragen gebitsprothesen kunnen beperken en gepast gebruik van die zorg bevorderen. De betrokken partijen Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT), Centraal overleg bijzondere tandheelkunde (Cobijt), Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT), Patiëntenfederatie Nederland, Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten (NVM), Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie (NVMKA), Nederlandse Vereniging voor Orale implantologie (NVOI), Organisatie van Nederlandse Tandprothetici (ONT) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN), hebben in gezamenlijkheid uitvoering gegeven aan de uitwerking van de maatregelen.

Partijen besloten tot het instellen van een coördinatiegroep implantaatgedragen gebitsprothesen die als taak had toe te zien op de uitwerking van de maatregelen en daar waar nodig te coördineren. Zorginstituut Nederland faciliteerde deze coördinatiegroep. Het Zorginstituut heeft op 10 december 2015 aan de minister van VWS de *Evaluatie implantaatgedragen gebitsprothesen* gezonden.

In deze Evaluatie stelt het Zorginstituut vast dat partijen inmiddels beschikken over instrumenten om het gepast gebruik van implantaatgedragen prothesen te bevorderen. Zo zijn de zorginhoudelijke richtlijnen gereed. De NVOI en NVMKA hebben daarmee een goede invulling gegeven aan deze maatregel uit het rapport *Implantaatgedragen gebitsprothesen*. Het Zorginstituut kondigde aan op basis van deze richtlijnen een aanscherping van de verzekeringstechnische indicatie uit te werken. Deze aanscherping is door het Zorginstituut op 1 maart 2016 aan de minister van VWS gezonden.

Het rapport van 30 juni 2014 omvatte ook een advies van het Zorginstituut over de aanpassing van de eigen bijdragen voor (implantaatgedragen) gebitsprothesen. Een belangrijk doel van dit advies was het wegnemen van een verkeerde prikkel. In de praktijk bleek namelijk de eigen bijdrage voor de conventionele gebitsprothese vaak hoger te zijn dan die voor de implantaatgedragen prothese. Het Zorginstituut adviseerde om voor vrijwel alle gebitsprothetische zorg een eigen bijdrage van 10% in rekening te brengen; alleen voor de implantaatgedragen prothese in de bovenkaak moest dit 8% worden.

De minister van VWS heeft dit advies gedeeltelijk overgenomen. Vanaf 1 januari 2017 geldt voor een implantaatgedragen volledige gebitsprothese een eigen bijdrage van 10% in de onderkaak en 8% in de bovenkaak, waarbij de kosten van de implantaten zelf (honorarium, materiaal- en techniekkosten) buiten beschouwing worden gelaten. Deze eigen bijdrage was tot 2017 € 125 per kaak. De eigen bijdrage voor reparatie of overzetting van een uitneembare volledige prothetische voorziening bedraagt 10% van de kosten (was: nihil). De eigen bijdrage voor de conventionele volledige gebitsprothese blijft onveranderd op 25% van de kosten. Voorts heeft de Nederlandse Zorgautoriteit bepaald dat voor prestatiecode J50 (honorarium voor implantaatgedragen prothese in de ene kaak en conventionele prothese in de andere kaak) de eigen bijdrage 17% bedraagt.

In deze quickscan komt eerst de vraag van de minister aan de orde, en de aanpak van het Zorginstituut bij de beantwoording daarvan (hoofdstuk 1). Vervolgens wordt

verslag gedaan van de schriftelijke (hoofdstuk 2) en de mondelinge consultatie (hoofdstuk 3). De uitkomsten worden besproken in hoofdstuk 4 en de conclusie wordt getrokken in hoofdstuk 5.

## 1 Verzoek tot quickscan

Bij brief van 8 februari 2017 heeft de minister van VWS aan Zorginstituut Nederland gevraagd een quickscan uit te voeren naar de manier waarop de gewijzigde eigen bijdragenstructuur is ingevoerd en welke neveneffecten zich mogelijk voordoen die een succesvolle uitvoering in de weg kunnen staan. De minister verzocht tevens om deze quickscan uiterlijk per 1 april 2017 uit te brengen.

Daarop heeft het Zorginstituut alle organisaties die betrokken waren bij de coördinatiegroep (inclusief de waarnemers IGZ, NZa en VWS) benaderd en de volgende vragen voorgelegd.

- 1 Wat zijn, op basis van in het eerste kwartaal ingezonden aanvragen en begrotingen, de eigen bijdragen voor respectievelijk conventionele gebitsprothesen, implantaatgedragen gebitsprothesen in de onderkaak en implantaatgedragen prothesen in de bovenkaak?
- 2 Hoe verhouden deze eigen bijdragen zich tot elkaar?
- 3 Zijn er in de praktijk problemen bij de uitvoering van de regeling voor eigen bijdragen? Zo ja, welke problemen?
- 4 Hoe hoog zijn de eigen bijdragen voor reparatie en rebasing in de praktijk?
- 5 Hoe hoog zijn de uitvoeringskosten van de regeling voor reparatie en rebasing? In hoeverre wegen de eigen bijdragen voor reparatie en rebasing op tegen deze uitvoeringskosten?

Het Zorginstituut heeft partijen gevraagd om hun reactie zo mogelijk kwantitatief te onderbouwen, en uiterlijk vrijdag 3 maart in te zenden. Vervolgens heeft op maandag 6 maart een bijeenkomst plaatsgehad waarin alle betrokkenen werden uitgenodigd om te inventariseren welke bevindingen breed worden gedragen, waar knelpunten worden benoemd die om een oplossing vragen en welke oplossingsrichting als gewenst wordt gezien.



## 2 Schriftelijke consultatie

Schriftelijke reacties zijn ontvangen van het Centraal overleg bijzondere tandheelkunde (Cobijt), de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT), de Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie (NVMKA), de Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI), de Organisatie van Nederlandse Tandprotheticici (ONT) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

*Cobijt* geeft aan dat de toelichting met uitvoeringsregels voor de nieuwe regeling, specifiek voor de situatie van de bijzondere tandheelkunde, laat is verstrekt. *Cobijt* is nog niet in staat om eenduidige bevindingen te rapporteren. Het uitvoeren van de nieuwe regeling is een ondoenlijke opgave voor de bijzondere tandheelkunde. Voordien gold voor de (implantaatgedragen) prothetiek een vaste eigen bijdrage. Een eigen bijdrage als percentage van verrichtingentarieven en techniekkosten was onbekend. De patiënten in de centra voor bijzondere tandheelkunde hebben naast ernstig geslonken kaken andere handicaps. Dit leidt tot gecompliceerde behandelvragen. Een onevenredig hoge eigen bijdrage bedreigt voor deze categorie de toegankelijkheid van de zorg. Het maatmanbeginsel brengt met zich mee dat deze mensen geen grotere financiële last mogen dragen dan een vergelijkbaar persoon zonder de betreffende aandoening.

*Cobijt* presenteert onderstaande gegevens over de eigen bijdragen als zeer voorlopig, onvolledig en niet representatief.

- Conventionele gebitsprothese onderkaak: ca. € 190
- Conventionele gebitsprothese bovenkaak: ca. € 180
- Conventionele gebitsprothese onder- en bovenkaak: ca. € 320
- Implantaatgedragen prothese onderkaak: ca. € 155 - € 350
- Implantaatgedragen prothese bovenkaak: ca. € 175 - € 300
- Implantaatgedragen prothese onder en conventionele prothese boven: ca. € 340 - € 530.
- Reparaties: ca. € 5.
- Rebasing: ca. € 17.

Wat betreft de uitvoeringskosten wijst *Cobijt* erop dat bespreking van de ingewikkelde regeling van eigen bijdragen met de patiënt extra tijd kost. In de centra wordt de verleende zorg niet per verrichting, maar per tijdseenheid vergoed (uurhonorarium).

De *KNMT* beschikt niet over actuele praktijkgegevens, en is niet bekend met concrete praktische problemen bij de uitvoering van de nieuwe regelgeving. De *KNMT* is er niet gerust op dat de doelstelling van het in verhouding brengen van de eigen bijdrage voor de implantaatgedragen prothese en de conventionele prothese zal worden gerealiseerd. De *KNMT* vreest dat de eigen bijdrage voor de implantaatgedragen prothese te hoog wordt.

De *NVMKA* beschikt als wetenschappelijke vereniging niet over de gevraagde praktijkgegevens, en sluit zich aan bij de reactie van de *KNMT*.

De *NVOI* benoemt enkele inmiddels gesignaleerde problemen. Iedere zorgverzekeraar heeft een andere aanpak, bijvoorbeeld ten aanzien van het splitsen van technieknota's, het toedelen van kosten aan de mesostructuur en het splitsen van nota's voor reparatie in verband met de eigen bijdrage voor de patiënt.

Samenwerking tussen implantoloog en tandprotheticus is omslachtig en vereist een hoge administratieve last.

De ONT constateert dat het nog te vroeg is om aan te geven hoe hoog de eigen bijdragen feitelijk zijn. Op basis van de tariefcodes van de NZa en de tariefplafonds voor techniekkosten van de verschillende zorgverzekeraars heeft de ONT wel een lijst opgesteld met bandbreedten van te verwachten eigen bijdragen. De verschillen worden deels veroorzaakt door de verschillende maxima bij zorgverzekeraars, deels door verschillen in technische uitvoering (drukknop- of staafverankering).

- Conventionele gebitsprothese bovenkaak: € 142 - 175
- Conventionele gebitsprothese onderkaak: € 147 - 174
- Conventionele gebitsprothese boven- en onderkaak: € 275 - 350
- Reparatie volledige prothese: € 6 - 18
- Reparatie implantaatgedragen prothese: € 9 - 45
- Rebasings implantaatgedragen prothese: € 28 - 70
- Gebitsprothese op 2 implantaten, gecombineerd met conventionele prothese in andere kaak: € 284 - 380
- Gebitsprothese op 4 implantaten, gecombineerd met conventionele prothese in andere kaak: € 366 - 528
- Alleen nieuwe implantaatgedragen prothese onderkaak (2 implantaten): € 141 - 206
- Alleen nieuwe implantaatgedragen prothese onderkaak (4 implantaten): € 200 - 314
- Alleen nieuwe implantaatgedragen prothese bovenkaak (4 implantaten): € 160 - 254
- Alleen vervangingsprothese onderkaak (op 2 implantaten): € 87 - 145
- Alleen vervangingsprothese onderkaak (op 4 implantaten): € 117 - 198
- Alleen vervangingsprothese bovenkaak (op 4 implantaten): € 276 - 394.

De ONT wijst erop, dat een implantaatgedragen prothese nu een hogere eigen bijdrage kent dan een conventionele gebitsprothese. De eigen bijdrage wordt hoger naarmate meer implantaten geplaatst zijn. Het berekenen van een percentage als eigen bijdrage kost meer tijd dan het hanteren van een vast geldbedrag, zoals in het verleden.

Er zijn verschillende mogelijkheden om de nota in te zenden: volledig aan de patiënt, alleen de eigen bijdrage aan de patiënt, volledig bij de zorgverzekeraar of via een factureringsbedrijf. Verzekeraars voeren op dit punt een verschillend beleid, wat complicerend werkt. Dit resulteert in een toename van de uitvoeringskosten; de hoogte daarvan is niet nauwkeurig vast te stellen.

ZN deelt mee dat de zorgverzekeraars de gevraagde gegevens niet kunnen leveren. Er bestaat bij zorgverzekeraars onduidelijkheid over de splitsing van techniekkosten bij combinaties van conventionele en implantaatgedragen prothesen. Sommige zorgverzekeraars innen de eigen bijdrage zelf, andere leggen die taak bij de zorgaanbieder. Rond september 2017 kan meer informatie beschikbaar zijn.

### 3 Mondelinge consultatie

Aan de mondelinge consultatie is deelgenomen door vertegenwoordigers van de Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT), het Centraal overleg bijzondere tandheelkunde (Cobijt), de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT), de Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI), de Organisatie van Nederlandse Tandprotheticici (ONT), de Patiëntenfederatie Nederland en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

De ONT wijst erop dat elke zorgverzekeraar een eigen rekenmethode hanteert. Het is vooraf moeilijk de exacte eigen bijdrage te bepalen. De verschillen in eigen bijdragen tussen zorgverzekeraars is moeilijk uit te leggen. De ANT noemt de lagere vergoeding die verzekeraars toepassen bij niet gecontracteerde zorgverleners als extra complicerende factor. De KNMT vraagt zich af of het de taak van de zorgverlener is om de hoogte van de eigen bijdrage vast te stellen.

Meer partijen menen dat de regeling voor eigen bijdragen wel erg ingewikkeld is geworden met 0 % (implantaten), 8 % (bovenkaak), 10 % (onderkaak en reparatie/rebasing) en 25 % (conventionele gebitsprothese). De NZa heeft daaraan nog 17 % toegevoegd voor een combinatiebehandeling. Het zou gewenst zijn om het aantal percentages omlaag te brengen. ANT en KNMT zien daarnaast dat het aantal implantaten, en daarmee de ernst van de aandoening, in sterke mate de hoogte van de eigen bijdrage bepaalt.

Het veld is het ermee eens dat de eigen bijdrage alleen voor de gebitsprothese geldt en dat de eigen bijdrage voor de implantaatgedragen prothese hoger is dan voor de conventionele gebitsprothese. Wel moet duidelijker worden wat precies onder de prothese valt. Het onderscheid in techniekkosten voor de mesostructuur en de gebitsprothese moet beter worden uitgelegd. Daarbij moet de NZa worden betrokken, vanwege het mededingingsaspect.

In dit verband noemt Cobijt een speciale categorie patiënten met extra handicaps (bijvoorbeeld spastische patiënten). Deze patiënten worden in centra behandeld volgens een uurhonorarium, wat kan leiden tot een veel hogere eigen bijdrage. Het maatmanbeginsel, dat krachtens artikel 2.7 lid 1 Besluit zorgverzekering van toepassing is op de bijzondere tandheelkunde, verzet zich hiertegen. De KNMT suggereert om voor deze kleine categorie patiënten weer een vaste eigen bijdrage in te voeren.

De KNMT signaleert voorts een stapeling van eigen bijdrage en eigen risico. Hierdoor loopt de toegankelijkheid van de implantaatgedragen prothese gevaar: het wordt voor mensen gewoon te duur. ZN stelt daartegenover dat het aantal aanvragen in 2017 vooralsnog gelijk is gebleven. Wellicht is het besef over de veranderde eigen bijdrage nog niet overal doorgedrongen. Het is te vroeg om iets te zeggen over deze ontwikkeling.

De Patiëntenfederatie Nederland heeft tot dusver geen reactie van patiënten ontvangen over de eigen bijdragen. De uitleg aan patiënten hierover is gebrekkig geweest, en laat. Mogelijk zullen patiënten aan de bel trekken wanneer de eerste declaraties doorkomen. Ook ZN heeft nog geen informatie. Cijfermatige gegevens kunnen op zijn vroegst in september 2017 worden verwacht.

De eigen bijdrage voor reparaties betreft in het algemeen kleine bedragen. De

meerderheid van de partijen meent dat het innen daarvan meer kost dan het oplevert. Gesuggereerd wordt om de reparaties uit de regeling eigen bijdragen te halen, zodat de eigen bijdrage alleen geldt voor rebasings.



## 4 Discussie

Er zijn nog geen gegevens beschikbaar over in 2017 ingezonden aanvragen en begrotingen voor gebitsprothetische behandelingen. Daardoor kan geen uitspraak worden gedaan over de feitelijk in rekening gebrachte eigen bijdragen voor conventionele en implantaatgedragen gebitsprothesen. Op basis van zeer voorlopige ramingen kunnen wel bandbreedten worden geduïd waarbinnen de eigen bijdragen kunnen bewegen. De gemiddelden van deze cijfers bedragen circa € 310 voor een conventionele gebitsprothese in de boven- en onderkaak, circa € 330 voor een prothese op 2 implantaten in de ene kaak en een conventionele prothese in de andere, en circa € 440 bij 4 implantaten. Dit laatste komt het meeste voor bij implantaatbehandeling in de bovenkaak.

Deze voorlopige cijfers wijzen op een verhouding tussen de eigen bijdragen die past bij de complexiteit van de ingreep en de daarmee gemoede kosten. De eigen bijdrage voor de conventionele gebitsprothese is niet gewijzigd. De eigen bijdrage voor de implantaatgedragen prothese in de onderkaak is iets hoger dan die voor de conventionele prothese. De eigen bijdrage voor de implantaatgedragen bovenprothese, die technisch gecompliceerder is en verzekeringstechnisch minder vaak geïndiceerd, is nog wat hoger.

Er worden in de praktijk problemen ervaren bij de uitvoering van de regeling. De regels zijn gecompliceerd door de verschillende percentages. Later is daar nog een apart percentage voor de prestatiecode J50 bijgekomen. Dit percentage van 17% dat door de NZa is bepaald komt niet voor in de Regeling zorgverzekering. Daarnaast bestaat onduidelijkheid over de toedeling van kosten aan de mesostructuur op implantaten en de daarop geplaatste gebitsprothese. Nadere afstemming tussen partijen is hier gewenst.

Ook is het partijen niet altijd duidelijk wie de hoogte van de eigen bijdrage bepaalt. Zorginstituut Nederland heeft te kennen gegeven dat dit in de eerste plaats de taak is van de zorgverzekeraar. De zorgaanbieder dient wel de patiënt te kunnen voorlichten over de omvang van de te verzekeren prestatie en de wettelijk bepaalde eigen bijdrage. Maar de voorwaarden waaronder de aanspraak tot gelding gebracht wordt, kunnen verschillen tussen zorgverzekeraars. Van de zorgaanbieder kan niet verwacht worden dat hij de voorwaarden van alle verzekeraars en polissen, inclusief eventuele aanvullende particuliere verzekeringen, kent.

Voorts is er de (kleine) categorie patiënten die in de centra voor bijzondere tandheelkunde worden behandeld. Deze patiënten hebben naast een indicatie voor implantaten (sterk geslonken tandeloze kaak) andere handicaps, die specifieke aandacht en vaardigheden vragen dan mogelijk is in de perifere implantologiepraktijk. Zorginstituut Nederland heeft bepaald dat de extra inspanningen als gevolg van de specifieke handicap vallen onder de aanspraak op bijzondere tandheelkunde. Daardoor is de (maximale) eigen bijdrage voor deze categorie patiënten vergelijkbaar met die van patiënten zonder deze handicap. In de praktijk mag dit dus niet leiden tot een hogere eigen bijdrage.

Over de eigen bijdragen voor reparatie en rebasing zijn evenmin feitelijke gegevens beschikbaar uit de uitvoeringspraktijk van 2017. Op basis van voorlopige ramingen kan voorzichtig worden gesteld dat de eigen bijdragen voor reparaties lopen van € 5 tot € 45, en voor rebasings van € 20 tot € 70. De uitvoeringskosten van deze regeling zijn niet bekend. Zeker voor reparaties zal het veelal gaan om geringe

bedragen. Daarom wordt vanuit het veld de suggestie gedaan om alleen voor rebasings de eigen bijdrage te heffen, en niet meer voor reparaties.

## 5 Conclusie

Het is nog te vroeg om de in deze quickscan gestelde vragen te beantwoorden met behulp van feitelijke gegevens uit de uitvoeringspraktijk. Om die reden is gebruik gemaakt van een mondelinge en schriftelijke consultatie waarin betrokken partijen is gevraagd naar hun eerste indrukken. Op grond van deze eerste indrukken kan voorzichtig worden vastgesteld dat de hoogte van de eigen bijdragen voor de (implantaatgedragen) gebitsprothesen zich lijkt te ontwikkelen zoals beoogd. Hierbij is de eigen bijdrage hoger naarmate de prothese complexer en kostbaarder is.

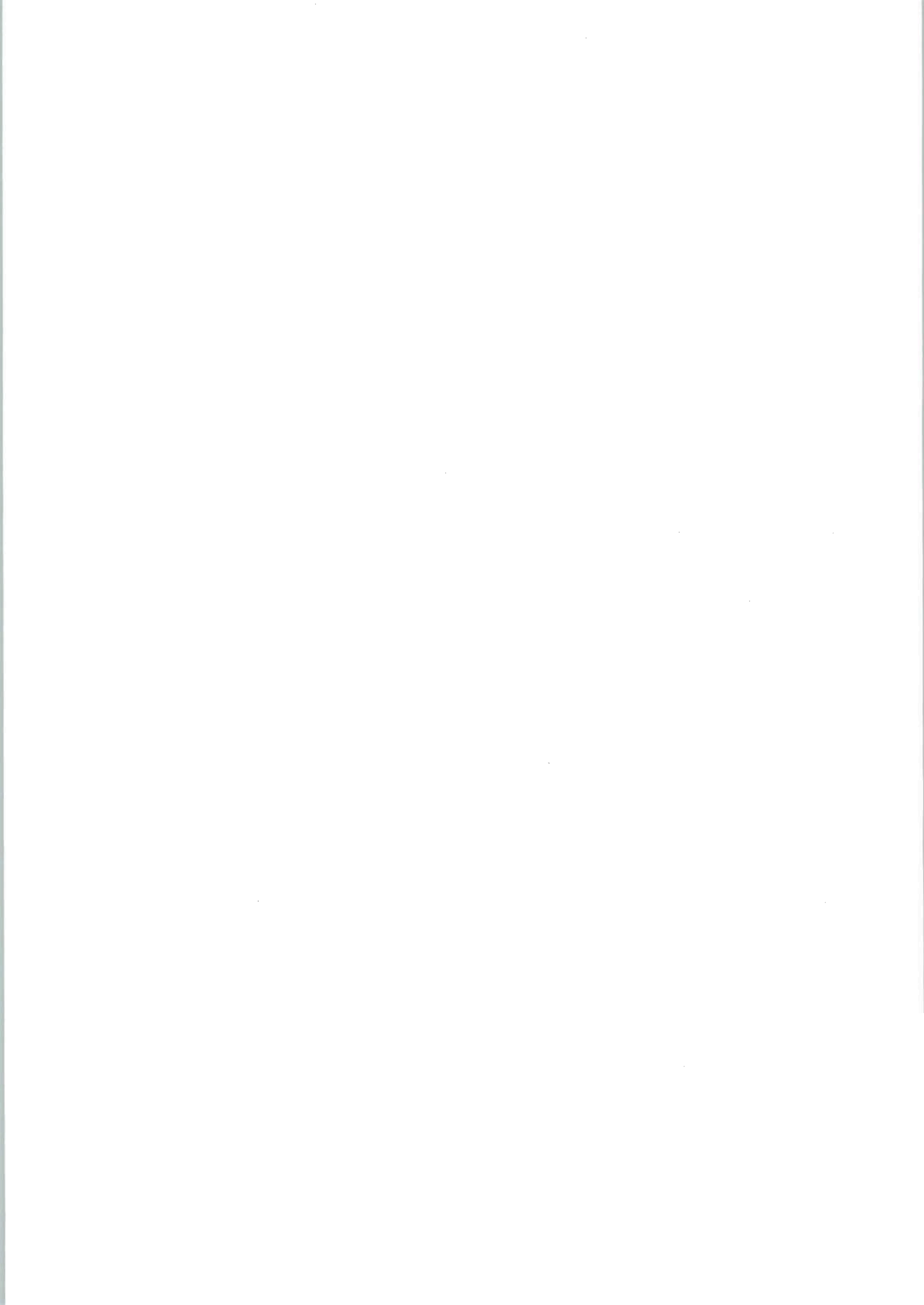
Het systeem van eigen bijdrage wordt in het veld ervaren als onnodig gecompliceerd, vooral vanwege de verschillende percentages die in rekening moeten worden gebracht. Er worden enkele suggesties gedaan om dit te verbeteren, zoals het verwijderen van de specifieke eigen bijdrage voor de prestatiecode J50, het verduidelijken van de taak van de zorgverzekeraar bij het bepalen van de hoogte en het innen van de eigen bijdrage, en verduidelijking van de bepaling van de hoogte van de eigen bijdrage in de centra voor bijzondere tandheelkunde.

Het Zorginstituut zal een grondiger evaluatie uitvoeren van de door diverse partijen uitgevoerde acties en maatregelen rond de implantaatgedragen gebitsprothesen, zodra meer zorginhoudelijke en financiële gegevens uit de praktijk beschikbaar komen. Naar verwachting zal dit zijn in de eerste helft van 2018.

### **Zorginstituut Nederland**

*Voorzitter Raad van Bestuur*

**Arnold Møerkamp**



Zorginstituut Nederland  
Geboortezorg, Mondzorg, Zintuigen  
t.a.v. mevrouw drs. L.J.M. de H  
Eekholt 4  
1112 XH Diemen



datum: 02-03-2017  
betreft: evaluatie maatregelen gebitsprothese

Geachte mevrouw De H

In uw schrijven van 9 februari jl. vraagt u te reageren over de eerste bevindingen uit de praktijk na de invoering van een nieuwe regeling eigen bijdrage van volledige gebitsprothesen, al dan niet implantaatgedragen, in de mondzorg. Namens Cobijt, als lid van de coördinatiegroep betrokken bij het opstellen van maatregelen om tot beperking van de kostenstijging in deze gebitsprothetische zorg te komen, kan ik u het volgende daarover meedelen.

Doordat noodzakelijke toelichting met uitvoeringsregels op deze nieuwe regeling met ernstige vertraging is afgegeven om tot uitvoering te kunnen komen, met name specifiek voor de situatie van de bijzondere tandheelkunde, mede gecompliceerd door implementatie van afwijkingen in de informatiesystemen, zijn we niet in staat om momenteel eenduidige bevindingen te rapporteren. Ook nu nog zijn niet alle uitvoeringsregelingen duidelijk om ze in pas te laten lopen met bestaande bepalingen in de bijzondere tandheelkunde.

Vanuit onze achterban merken we dat de invoering van de regeling in de systemen een aanzienlijke investering verelst in mens- en denkracht en dat de uitvoering een arbeidintensief proces is, zo niet in gevallen zelfs onuitvoerbaar zal blijken.

De reden dat de nieuwe regeling zo'n ondoenlijke opgave is voor de bijzondere tandheelkunde ligt bij de specifieke bekostigingsstructuur van deze sector. Deze is geënt op de bijzondere zorgvraag van haar patiëntpopulatie, ook genoemd bijzondere zorggroepen, samenhangend met de zorg omschreven in Bzw art 2.7 lid 1 en kent daarom een honorering op basis van bestede tijd in plaats van verrichtingen. Vandaar dat in de voorgaande regeling eigen bijdrage, waar deze een percentage van de kosten betrof, een uitzonderingspositie gold voor de bijzondere tandheelkunde: de gebitsprothesen, al dan niet implantaatgedragen, kende een vaste eigen bijdrage.

Zoals al gesteld is later in het jaar bekend gemaakt dat ook in de bijzondere tandheelkunde een eigen bijdrage ging gelden berekend als een percentage van het vastgestelde verrichtingentarief (en techniekkosten) zoals in de reguliere mondzorg; een systematiek waarmee instellingen voor bijzondere tandheelkunde weinig bekend was en apart moet worden geïmplementeerd in de informatiesystemen (want niet mondzorg specifiek) van het overkoepelende zorginstelling. Samengevat: de nieuwe regeling eigen bijdrage heeft in de bijzondere tandheelkunde geleid tot ongebruikelijke investeringen waarvan de kosten momenteel niet zijn te overzien en onzeker is of deze in de breedte van de bijzondere tandheelkunde uitvoerbaar is.

De specifieke positie van de bijzondere tandheelkunde binnen de sector compliceert ook nog op andere aspecten de uitvoering van de regeling eigen bijdrage. Ten eerste: binnen bijzondere tandheelkunde zijn enkel gecompliceerde behandelvragen, niet zelden als eerdere implantologische zorg gefaald heeft. De patiënt/verzekerde worden dan geconfronteerd met de noodzaak tot een complexere c.q. uitvoerige behandeling met een onevenredig hogere eigen bijdrage. Daarnaast is onze populatie op basis van hun indicatie en aanspraak op bijzondere tandheelkundige zorg bekend met een beperking, ernstige aandoening of ziekte en het is niet ondenkbaar dat juist daardoor deze patiënt/verzekerde verminderde financiële draagkracht kent waardoor de stijging in de eigen bijdrage een probleem vormt. De eerste signalen dat men afziet van een prothetische voorziening zijn inmiddels vernomen. En met name de patiëntenvereniging Hoofd-Hals, behorende tot de Nederlandse Federatie van Kankerpatiënten Organisaties, heeft haar verontrusting hierover kenbaar gemaakt. Cobijt deelt die gevoelens en maakt zich door deze aspecten zorgen over de toegankelijkheid van de zorg.

Tot slot verdient de implicaties van de nieuwe regeling op een ander punt, gerelateerd aan andere bestaande bepalingen van de bijzondere tandheelkunde aandacht ten behoeve van de uitvoerbaarheid. Indien een afwijking cq. aandoening, die aanleiding biedt tot de indicatie bijzondere tandheelkunde ertoe leidt dat er aanvullende eisen zijn te stellen aan de retentie van de prothese of op nadere wijze gecompenseerd dient te worden bij die afwijking/aandoening (bv. spasticiteit) door een complexere voorziening, opdat eenzelfde niveau van functioneren te bewerkstelligen in geval de aandoening of afwijking zich niet had voorgedaan, dient de patiënt geen grotere financiële last te dragen dan iemand zonder die aandoening/afwijking die met een eenvoudige voorziening uitkomt (minder implantaten/eenvoudigere mesostructuur). Dergelijke situatie doet zich ook voor bij hoofd-hals-oncologie patiënten, waaraan eerder werd gerefereerd. Immers, de indicatie/noodzaak van toepassing van implantaten vloeit hier voort uit een ernstige handicap t.g.v. een medisch noodzakelijke behandeling waarvoor bijzondere tandheelkundige hulp is aangewezen. Deze twee voorbeelden zijn kenmerkend voor de zorg die verband houdt met zgn. maatman-principe waarin gesteld wordt dat er geen financieel voordeel of nadeel gekoppeld mag worden aan de levering van bijzondere tandheelkundige hulp. Daarin is verduidelijking noodzakelijk.

In een uiteindelijke poging om uw vragen ten behoeve van de quickscan optimaal te beantwoorden, hierbij de antwoorden. Vanwege onvolledigheid van de beschikbare informatie zijn de antwoorden niet representatief te noemen en niet feitelijk te gebruiken:

*Wat zijn, op basis van in het eerste kwartaal ingezonden aanvragen en begrotingen, de eigen bijdrage voor respectievelijk conventionele gebitsprothesen, implantaatgedragen prothesen in de onderkaak en implantaat gedragen prothesen in de bovenkaak?*

Conventionele prothese in de onderkaak ca. €190

Conventionele prothese in de bovenkaak ca. €180

Conventionele prothese onder- en bovenkaak ca. €320

In geval van de implantaatgedragen gebitsprothesen is, vanwege de grote aantal aan uitvoeringsvarianten, geen vast bedrag te benoemen maar enkel weer te geven in een bereik:

Implantaat gedragen prothese onderkaak ca. €155 - €350

Implantaat gedragen prothese bovenkaak ca. €175 - €390

(Het veelvoorkomende cluster van implantaatgedragen prothese in de onderkaak tegenover een conventionele prothese in de bovenkaak kent een bereik van €340 - €530.)

*Hoe verhouden deze eigen bijdragen zich tot elkaar?*

De verschillen binnen het bereik van een voorziening met de diverse uitvoeringvarianten is opmerkelijk, mede in het kader van de complexere problematiek van de patiëntenpopulatie, specifiek voor bijzondere tandheelkunde. Rechtvaardiging hiervan vormt een uitdaging.

Daarnaast is opmerkelijk dat de eigen bijdrage voor een conventionele prothese mogelijk hoger uitkomt dan van een implantaatgedragen prothese. Dit kan verklaart worden voor diverse toeslagen in gebruik bij de conventionele prothese.

*Zijn er in de praktijk problemen bij de uitvoering van de regeling voor eigen bijdragen? Zo ja, welke problemen?*

Zie hierboven. Men kan stellen dat de problemen zo omvangrijk zijn dat uitvoerbaarheid niet gegarandeerd is.

*Hoe hoog zijn de eigen bijdragen voor reparatie en rebasing in de praktijk?*

Reparaties ca. €5

Rebasing ca. €17

*Hoe hoog zijn de uitvoeringskosten van de regeling voor reparatie en rebasing? In hoeverre wegen de eigen bijdragen voor reparatie en rebasing op tegen deze uitvoeringskosten?*

In de bijzondere tandheelkunde is deze vraag te rechtvaardigen voor de gehele regeling, niet alleen voor de rebasing en reparaties. Bespreking van de eigen bijdrage regeling inclusief begroting als onderdeel van het te verkrijgen informed consent kan, voornamelijk binnen de bijzondere tandheelkunde, een tijdrovende aangelegenheid zijn van wellicht 10 minuten. In een zorgverlening die bekostigd wordt naar werkelijke bestede (patiëntgebonden) tijd kan dat als onwenselijk benoemd worden.

Voor reparaties en rebasing kan gesteld worden dat de eigen bijdrage binnen de uitvoering in het gehele verkeer een onbedoeld effect op het eindresultaat geeft.

Cobijt kijkt uit naar de verdere bespreking hiervan op 6 maart aanstaande. Binnen Cobijt leeft namelijk de indruk dat het onderdeel van de bijzondere tandheelkunde binnen de mondzorgsector onevenredig hard wordt getroffen door deze maatregelen ten gevolge van een ontwikkeling waarin de bijzondere tandheelkunde naam noch blaam heeft; met name wordt daarbij gedacht aan de mate waarin het de patiënt treft die is aangewezen op de bijzondere tandheelkundige hulp.

Namens Cobijt zal ondergetekende aan die bijeenkomst deelnemen.

Met vriendelijke groet,

Rick van der Pas, voorzitter.

---

**Van:**

**Verzonden:** vrijdag 3 maart 2017 11:27

**Aan:** Zakelijkzorg

**Onderwerp:** eigen bijdrage implantaatgedragen gebitsprothesen

Geachte mevrouw De H

Naar aanleiding van uw brief inzake de evaluatie maatregelen gebitsprothesen willen wij graag het volgende opmerken. De KNMT heeft meerdere malen aangegeven niet gelukkig te zijn met de wijze waarop de regelgeving ten aanzien van de eigenbijdrage voor de (implantaatgedragen) gebitsprothesen is vormgegeven. Met name wat betreft de uitvoering hebben wij gewezen op problemen, hetgeen zich ook heeft vertaald in de "noodoplossing" van de NZa om een nieuw percentage te introduceren, buiten de regeling om, alleen maar om de regeling "op papier" uitvoerbaar te maken. Tevens zijn wij er niet gerust op dat het ook door de KNMT onderschreven doel van de wijzigingen, het meer in verhouding brengen van de eigen bijdrage voor de implantaatgedragen en conventionele gebitsprothese, niet zal worden gerealiseerd. Dit vanwege onze verwachting dat de eigen bijdrage voor de implantaatgedragen prothese te hoog wordt en daarmee voor vele zorgbehoevenden een onoverkomelijke financiële drempel zal worden.

Omdat wij als KNMT niet beschikken over (recente) praktijkgegevens, is bij ons niet bekend welke concrete praktische problemen zich momenteel voordoen. Helaas kunnen wij dus geen antwoord geven op uw vragen. Het aantal vragen in de aanloop naar 1 januari 2017 en de overleggen op het ministerie van VWS nog in december 2016 over deze kwestie doen helaas het ergste vermoeden. Daarnaast wordt door het selectieve vergoedingen beleid van zorgverzekeraars het beoordelen van eventuele effecten er niet eenvoudiger op. Het in een aantal gevallen nog maar voor 80% vergoeden van een implantaatgedragen prothese, gecombineerd met de verhoging van de eigen bijdrage hiervoor, zal zoals eerder al gezegd zeker leiden tot "afvallers" vanwege financiële redenen.

Graag werken wij mee aan oplossingen voor problemen in de praktijk. Daarom zal ik op 6 maart aanstaande bij het overleg aanwezig zijn.

Met vriendelijke groet,

Albert Jan Rijnsburger  
plv. secretaris

Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT)  
Postbus 2000, 3430 CA Nieuwegein  
T 030 6076202  
F 030 6048994  
M 06 22195607  
E a.j.rijnsburger@knmt.nl  
I www.knmt.nl

Kom naar de KNMT Academy - bij- en nascholing op maat voor tandartsen - [www.knmt.nl/academy](http://www.knmt.nl/academy).





Nederlandse Vereniging voor  
Mondrieken, Kaak en Aangezichtschirurgie

ZorgInstituut Nederland  
t.a.v. weledelgeleerde vrouwe drs. L.J.M. de H.  
manager Geboortezorg, Mondzorg, Zintuigen  
Postbus 320  
1110 AH DIEMEN  
Per e-mail: [zakelijkzorg@zin.nl](mailto:zakelijkzorg@zin.nl)

Betreft: evaluatie maatregelen gebitsprothesen  
Ons kenmerk: 2017-03-33  
Datum: 3 maart 2017

Geachte mevrouw De H

Zoals u terecht opmerkt is het nog aan de vroege kant om het effect van de op 1 januari 2017 ingevoerde regelgeving op basis van concrete cijfers te evalueren. Echter, de NVMKA stelt het wel op prijs dat de minister stuurt op een vroegtijdige evaluatie, zodat ongewenste effecten van de veranderde regelgeving op tijd gesignaleerd en bijgestuurd kunnen worden.

De NVMKA beschikt als wetenschappelijke vereniging niet over de door u gevraagde praktijkgegevens. Het bestuur van de NVMKA sluit zich derhalve aan bij de reactie die u namens de KNMT, waarbij ook leden van onze vereniging betrokken zijn, heeft ontvangen.

Hoogachtend,  
namens het bestuur NVMKA,

Dr. R.H. Groot,  
secretaris

*Correspondentieadres*

Sint Antonieweg 3, Postbus 369, 8160 AJ Epe, telefoon (0578) 629740, e-mail: [secretaris@nvmka.nl](mailto:secretaris@nvmka.nl), [www.nvmka.nl](http://www.nvmka.nl)

W:

---

**Van:**  
**Verzonden:** maandag 27 februari 2017 16:38  
**Aan:** W:  
**Onderwerp:** gevraagde input  
**Opvolgingsmarkering:** Opvolgen  
**Markeringsstatus:** Geel

Problemen leden NVOI met de eigen bijdrage regeling

1. Voor elke reparatie nota met name bij een cbt maar ook in algemene praktijk is dit een extra belasting, vaak twee nota's, één voor de eigen bijdrage aan de verzekerde en één voor de zorgverzekeraar.
2. Iedere zorgverzekeraar heeft een andere aanpak. Op de betreffende sites blijkt het onduidelijk voor de patiënten. Die weten niet voor de ingreep waar ze aan toe zijn.
3. Splitsing van techniek nota's blijkt in de praktijk lastig. Verzekeraars gaan hier anders mee om. Welk deel hoort nu precies bij de mesostructuur. Graag één beleid.
4. Samenwerking met een tandprothetist is zeer omslachtig en zeer hoge administratieve last. Vergoeding weegt op geen enkele manier meer op tegen alle tijd en verantwoordelijkheid. Dit met name bij VGZ.

Met vriendelijke groet,  
Inez van de Pol



Organisatie van  
Nederlandse  
Tandprothetici

Secretariaat  
Postbus 1312  
2130 EK Hoofddorp

Telefoon : 023 - 7200444  
E-mail : info@ont.nl  
Internet : www.ont.nl  
www.kunstgebit.nl

Robobank : NL04 RABO 0350 7313 22  
KvK : 40476046

Zorginstituut Nederland  
Geboortezorg, Mondzorg & Zintuigen  
T.a.v. mevrouw drs. L.J.M. de H  
Eekholt 4  
1112 XH DIEMEN

Hoofddorp, 3 maart 2017

**Betreft: evaluatie maatregelen gebitsprothese**

Geachte mevrouw De H

De ONT is gaarne bereid om mee te werken aan de evaluatie maatregelen gebitsprothesen. In de aanloop van de invoering van de nieuwe regeling heeft de ONT al haar bedenkingen geuit. Mede daarom heeft de ONT een meldpunt ingericht waar patiënten en zorgverleners hun klachten over de nieuwe regeling kunnen melden. Tot op heden zijn daar 260 klachten binnengekomen. Een aantal opmerkingen zijn als bijlage toegevoegd.

Onderstaand treft u onze antwoorden inclusief onderbouwingen aan op de vragen uit de quickscan;

**1. Wat zijn, op basis van in het eerste kwartaal ingezonden aanvragen en begrotingen, de eigen bijdragen voor respectievelijk conventionele gebitsprothesen, implantaatgedragen prothesen in de onderkaak en implantaatgedragen prothesen in de bovenkaak?**

Zoals bekend zijn de totale tarieven voor een prothese, al dan niet implantaat gedragen, en reparaties en rebasingen samengesteld uit een honorarium deel en een techniek deel. Eigenlijk stellen alle verzekeraars middels hun polisvoorwaarden of via tariefafspraken in de overeenkomsten ieder een eigen maximum tarief vast voor de techniekkosten. Complicerende factor daarbij is dat ledere verzekeraar ook nog eens een eigen verdeling heeft van de techniekkosten over de verschillende honorarium codes. Daar de regeling nu feitelijk pas twee maanden werkzaam is moeten we constateren dat het nu nog te vroeg is om zeer exact aan te geven wat nu werkelijk de eigen bijdragen zijn. De ONT heeft nu op basis van deze diverse maximale technieklijsten van verzekeraars een overzicht gemaakt van wat de eigen bijdrage zal zijn. (Bijlage: eigen bijdrage percentage evaluatie ZIN.pdf)

**2. Hoe verhouden deze eigen bijdragen zich tot elkaar?**

Uit het overzicht blijkt dat nieuwe prothesen op implantaten nu een hogere eigen bijdrage hebben dan de conventionele prothese. Daarnaast valt op dat hoe meer implantaten hoe hoger de eigen bijdrage is. De ONT heeft al eerder haar bezwaar geuit tegen het feit dat patiënten die zijn aangewezen op complexere zorg door middel van een prothese op meer dan twee implantaten deze een zeer forse eigen bijdrage moeten betalen. Dit terwijl er een zorginhoudelijke indicatie is.



Organisatie van  
Nederlandse  
Tandprothetici

De hoogte van de eigen bijdrage is volkomen afhankelijk van de samenstelling van het honorarium en de maximale techniekkosten die de betreffende verzekeraar hanteert.

De vraag kan dan ook gesteld worden; is het terecht dat een patiënt voor een verstrekking vergoed vanuit de basisverzekering bij de ene verzekeraar een veel hogere eigen bijdrage betaald dan bij een andere verzekeraar? Wat opvalt is dat vervangende protheses op implantaten bij sommige verzekeraars nu soms zelf een lagere eigen bijdrage kennen dan in de oude regeling.

**3. Zijn er in de praktijk problemen bij de uitvoering van de regeling voor de eigen bijdrage? Zo ja, welke problemen?**

Uit het meldpunt blijkt dat patiënten er op voorhand niet mee eens zijn dat de regeling is veranderd. Ook tandprothetici zijn niet gelukkig met de nieuwe regeling. Waar in het verleden gemeld kon worden dat de eigen bijdrage €125,- of €250,- bedroeg moet er nu een berekening gemaakt worden. De software bedrijven hebben er een "hell of a job" aan gehad om alle verschillende maximale tarieven per verzekeraar ingevoerd te krijgen.

Er zijn voor zorgverleners een aantal mogelijkheden om de nota in te dienen:

**1<sup>e</sup> mogelijkheid**

De nota wordt voor 100% bij de patiënt ingediend. Deze moet de nota dan zelf indienen bij de verzekeraar en de patiënt krijgt dan van de verzekeraar de nota voor de eigen bijdrage. De patiënt ziet dan pas definitief de hoogte van de eigen bijdrage.

**2<sup>e</sup> mogelijkheid**

De zorgverlener dient alleen het deel uit de basisverzekering in bij de verzekeraar en de eigen bijdrage bij de patiënt. Hiervoor is het nodig dat de zorgverlener een juiste berekening maakt van de eigen bijdrage. De patiënt weet dan direct de hoogte van de eigen bijdrage.

**3<sup>e</sup> mogelijkheid**

De zorgverlener dient, via Vecozo, de volledige nota in bij de verzekeraar. Afhankelijk of er wel of geen overeenkomst is zal de verzekeraar de eigen bijdrage innen bij de patiënt (en neemt dan soms wel of soms niet het debiteurenrisico over). Of de zorgverlener declareert 100% en wacht op de retourinformatie. Uit deze retourinformatie blijkt dan wat de niet aan de zorgverlener uitbetaalde eigen bijdrage is. De zorgverlener zal dan alsnog een restnota naar de patiënt sturen met de eigen bijdrage.

**4<sup>e</sup> mogelijkheid**

De zorgverlener maakt gebruik van een factoringmaatschappij. Hierbij declareert de zorgverlener 100% aan de factoringmaatschappij. De factoringmaatschappij zoekt samen met de zorgverzekeraar uit wat de totale vergoeding is. Dat wil zeggen basis verzekering en eventuele aanvullende verzekering en stuurt vervolgens de restnota naar de patiënt. Veelal is met factoring ook het debiteurenrisico afgekocht.





Hoewel de eerste nota's meestal pas eind januari ingediend worden, en verwerking bij de verzekeraar en factoring meestal ook een tweetal weken duurt, zijn al wel een aantal problemen door collega's gemeld;

#### **Problemen bij methode 2**

Sommige verzekeraars hebben problemen met het aanleveren van al gesplitste nota's. Hierdoor wordt het ingediende bedrag gezien als 100% en gaat de verzekeraar nog een keer een eigen bijdrage innen, of stuurt dus in felte foute retourinformatie naar de zorgverlener.

#### **Probleem bij methode 3**

Er zijn verzekeraars die, ongeacht of er wel of geen overeenkomst is met de zorgverlener, eisen dat er 100% wordt ingediend. Dit omdat hun software niet ingeregeld is op de verschillende eigen bijdragen! Door deze eis moet er eerst gewacht worden op de retourinformatie waarna een nota voor de eigen bijdrage naar de patiënt gestuurd kan worden.

#### **4. Hoe hoog zijn de eigen bijdragen voor reparatie en rebasing in de praktijk?**

De kosten van reparatie en rebasing van conventionele protheses variëren tussen de €40,- tot €180,-, zodat de eigen bijdrage zal variëren tussen de €4,- tot €18,-.

De kosten van reparatie en rebasing van implantaat gedragen protheses variëren tussen de €35,- tot €500,-, zodat de eigen bijdrage zal variëren tussen de €3,50 tot € 50,-. Zie schema.

#### **5. Hoe hoog zijn de uitvoeringskosten van de regeling voor reparatie en rebasing? In hoeverre wegen de eigen bijdragen voor reparatie en rebasing op tegen deze uitvoeringskosten?**

Hoe hoog de kosten exact zijn is niet vast te stellen.

Kon er eerder 100% gedeclareerd worden nu zal de tandprotheticus die zelf zijn facturatie verzorgt in ieder geval meer tijd kwijt zijn aan de gesplitste facturatie. Dit omdat 90% via Vecozo gedeclareerd kan worden, en omdat de 10% eigen bijdrage direct afgerekend moet worden middels pinbetaling of contant. Of er wordt een nota verstuurd voor de eigen bijdrage. Alle nota's die verstuurd worden geven uiteraard ook een groter debiteurenrisico. De kosten voor het vervaardigen van een gesplitste nota, verwerking in boekhouding ed. brengen kosten met zich mee, en dat alles voor relatief lage bedragen.

Er is een duidelijke toename in tandprotheticici die gebruik maken van factoring. Een veel gehoorde reden van overstap is dat men geen zin meer heeft om meer en meer tijd te moeten steken in de administratie. Tijd die men liever besteed aan zorgverlening. Een korte inventarisatie van Famed geeft aan dat er meer rest nota's verstuurd worden. Uiteindelijk zal dat resulteren in een hogere bijdrage in de factoring kosten welke voor rekening komen van de zorgverlener. Wat de werkelijke hogere bijdrage zal zijn is pas op te maken na een langere periode.





Organisatie van  
Nederlandse  
Tandprothetici

Hoogachtend,

B.G. Kerdijk,  
Voorzitter ONT

Bijlagen;

- Eigen bijdrage percentage evaluatie ZIN.pdf
- Famed Evaluatie ZIN
- Enkele reacties meldpunt



Accountmanager

/ [famed.nl](http://famed.nl)

---

 **Famed**



Naar aanleiding van de vraag vanuit de ONT hebben we een beknopt onderzoek uitgevoerd aan de hand van declaraties van via Famed declarerende tandprotheticici.

Hierin zijn declaratiegegevens uit de eerste twee maanden van 2016 vergeleken met declaratiegegevens uit de eerste twee maanden van 2017.

***Percentage behandelingen resulterend in restnota***

Het percentage van het aantal bij de verzekeraar ingediende behandelingen welke niet volledig vergoed wordt en waar dus een restnota voor uitgestuurd wordt.

***Gemiddeld restnotabedrag*** Gemiddeld bedrag op door Famed uitgestuurde restnota.

## Overzicht eigen bijdragen

Naam van eigen bijdrager  
 Naam van eigen bijdrager

Eigen Eigen  
 Bijdrage Bijdrage  
 patient patient

2017

Verdachte procedure BZ/DZ				
P21/P14	25%	€ 142,04	€ 117,63	
P21/P14	25%	€ 142,04	€ 117,63	
Carrière van de patiënt BZ	25%	€ 275,04	€ 302,54	
Carrière van de patiënt DZ	25%	€ 275,04	€ 302,54	
Carrière van de patiënt BZ-DZ (totaal P17)				
Carrière van de patiënt BZ-DZ				
<b>Totaal/overige verdachte procedure</b>	<b>P17</b>	<b>50%</b>	<b>€ 1.125</b>	<b>€ 110,00</b>
Verzekering met zelfbetaling	P17	10%	€ 5,17	€ 5,17
Verzekering met zelfbetaling	P17	10%	€ 5,17	€ 5,17
Bijdrage van de patiënt (BZ)	P17	10%	€ 7,99	€ 8,42
Bijdrage van de patiënt (DZ)	P17	10%	€ 8,20	€ 8,58
Bijdrage van de patiënt (totaal)				
Bijdrage van de patiënt (BZ-DZ)				
Bijdrage van de patiënt (totaal)				



**Egen Egen  
Bidrag Bidrag  
patient patient**

Behandling/Operativt indfaldte præstation og besøgskategori	ICD	ICD	ICD	ICD
Indførelse af implantat	110	12%	€ 11.211	€ 11.211
Indførelse af implantat	110	12%	€ 11.211	€ 11.211
Indførelse af implantat	111	12%	€ 11.211	€ 11.211
Indførelse af implantat	112	12%	€ 11.211	€ 11.211
Indførelse af implantat	113	12%	€ 11.211	€ 11.211
Indførelse af implantat	114	12%	€ 11.211	€ 11.211
Indførelse af implantat	115	12%	€ 11.211	€ 11.211
Indførelse af implantat	116	12%	€ 11.211	€ 11.211
Indførelse af implantat	117	12%	€ 11.211	€ 11.211
Indførelse af implantat	118	12%	€ 11.211	€ 11.211
Indførelse af implantat	119	12%	€ 11.211	€ 11.211
Indførelse af implantat	120	12%	€ 11.211	€ 11.211

**Egen Egen  
Bidrag Bidrag  
patient patient**

Behandling/Operativt indfaldte præstation og besøgskategori	ICD	ICD	ICD	ICD
Indførelse af implantat	121	12%	€ 11.211	€ 11.211
Indførelse af implantat	122	12%	€ 11.211	€ 11.211
Indførelse af implantat	123	12%	€ 11.211	€ 11.211
Indførelse af implantat	124	12%	€ 11.211	€ 11.211
Indførelse af implantat	125	12%	€ 11.211	€ 11.211
Indførelse af implantat	126	12%	€ 11.211	€ 11.211
Indførelse af implantat	127	12%	€ 11.211	€ 11.211
Indførelse af implantat	128	12%	€ 11.211	€ 11.211
Indførelse af implantat	129	12%	€ 11.211	€ 11.211
Indførelse af implantat	130	12%	€ 11.211	€ 11.211
Indførelse af implantat	131	12%	€ 11.211	€ 11.211
Indførelse af implantat	132	12%	€ 11.211	€ 11.211
Indførelse af implantat	133	12%	€ 11.211	€ 11.211
Indførelse af implantat	134	12%	€ 11.211	€ 11.211
Indførelse af implantat	135	12%	€ 11.211	€ 11.211
Indførelse af implantat	136	12%	€ 11.211	€ 11.211
Indførelse af implantat	137	12%	€ 11.211	€ 11.211
Indførelse af implantat	138	12%	€ 11.211	€ 11.211
Indførelse af implantat	139	12%	€ 11.211	€ 11.211
Indførelse af implantat	140	12%	€ 11.211	€ 11.211

Eigen Eigen  
 Bidrag Bidrag  
 patient patient

Vollständige Zahnprothetik III bei Implantation			
	03.0	00%	
	03.1	00%	
Vollständige Zahnprothetik III bei 2 Zahnen	03.01	00%	€ 141,00 € 141,00
Strukturkosten III	03.1	00%	
	03.2	00%	
Vollständige Zahnprothetik III bei 3 Zahnen	03.02	00%	€ 186,00 € 186,00
Strukturkosten III	03.1	00%	
	03.2	00%	
Vollständige Zahnprothetik III bei 4 Zahnen	03.03	00%	€ 202,00 € 202,00
Strukturkosten III	03.1	00%	
	03.2	00%	
Vollständige Zahnprothetik III bei 5 Zahnen	03.04	00%	€ 217,00 € 217,00
Strukturkosten III	03.1	00%	
	03.2	00%	

Eigen Eigen  
 Bidrag Bidrag  
 patient patient

Vollständige Zahnprothetik III bei Implantation			
	03.0	00%	
	03.1	00%	
Vollständige Zahnprothetik III bei 2 Zahnen	03.01	00%	€ 117,00 € 117,00
Strukturkosten III	03.1	00%	
	03.2	00%	
Vollständige Zahnprothetik III bei 3 Zahnen	03.02	00%	€ 156,00 € 156,00
Strukturkosten III	03.1	00%	
	03.2	00%	
Vollständige Zahnprothetik III bei 4 Zahnen	03.03	00%	€ 171,00 € 171,00
Strukturkosten III	03.1	00%	
	03.2	00%	

Eigen Eigen  
 Bidrag Bidrag  
 patient patient

Vollständige Zahnprothetik III bei Implantation			
	03.0	00%	€ 141,00 € 141,00
	03.1	00%	
Vollständige Zahnprothetik III bei 2 Zahnen	03.01	00%	€ 94,10 € 94,10
Strukturkosten III	03.1	00%	
	03.2	00%	
Vollständige Zahnprothetik III bei 3 Zahnen	03.02	00%	€ 125,20 € 125,20
Strukturkosten III	03.1	00%	
	03.2	00%	
Vollständige Zahnprothetik III bei 4 Zahnen	03.03	00%	€ 156,30 € 156,30
Strukturkosten III	03.1	00%	
	03.2	00%	

Eigen Eigen  
 Bidsrage Bidsrage  
 patient patient

Vollständige Versorgungspersonal-BE auf Inpatienten	7.1	30%	€ 27,30	€ 116,10
Vollständige Pflegekraft (EL) auf 1. und 2. Station	7.1	30%		
Vollständige Pflegekraft (EL) auf 3. Station	7.7	30%	€ 54,71	€ 147,26
Einzelplatz-Verwaltung	7.1	30%	€ 117,42	€ 165,97
Vollständige Pflegekraft (EL) auf 3. Station	7.1	30%		
Vollständige Pflegekraft (EL) auf 4. Station	7.8	30%		
Einzelplatz-Verwaltung	7.8	30%	€ 176,84	€ 198,17

Eigen Eigen  
 Bidsrage Bidsrage  
 patient patient

Vollständige Versorgungspersonal-BE auf Inpatienten	7.6	17%	€ 215,87	€ 177,27
Einzelplatz-Verwaltung	7.6	17%	€ 276,27	€ 291,56
Einzelplatz-Verwaltung	7.6	17%		
Einzelplatz-Verwaltung	7.7	17%		
Einzelplatz-Verwaltung	7.7	17%	€ 272,86	€ 125,84
Einzelplatz-Verwaltung	7.8	17%		
Einzelplatz-Verwaltung	7.8	17%		
Einzelplatz-Verwaltung	7.8	17%	€ 272,86	€ 294,28

Na alle bezuinigingen in de gezondheid-en welzijnzorg die buitenproportionele gaten in onze pensioenbegroting heeft geslagen, tekenen wij bezwaar aan tegen nog meer aanslagen op ons huishoudbudget. Verhoging van het eigen risico, verhogen van eigen bijdragen en verarmingen van het verzekerdenpakket hebben hun schadelijke werk drastisch gedaan en het is onderhand wel genoeg geweest. Nu is kennelijk de tandartszorg aan de beurt met een geneesmiddel dat erger is dan de kwaal. De beprijzing van de tandartszorg wordt er alleen maar ingewikkelder door. De oplossing lijkt problematischer dan het probleem dat ermee opgelost moet worden. Wij maken tegen deze negatieve wijze van probleem oplossen bezwaar en sluiten ons aan bij anderen die hiertegen ook bezwaar maken.

Van Dijk.

Beste heer/mevrouw,

De eigenbijdrage is erg slecht geregeld bij aanschaf kunstgebit. Het wordt voor veel mensen nog moeilijker gemaakt om een gebit aan te schaffen. En wat mij erg tegenvalt, er wordt zo hard geschreeuwd van minder administratie maar hier is het weer enorm uitgebreid en moeten de specialisten nota's enzovoorts voor een klein bedrag maken en proberen het geld binnen te krijgen. Maar het is tegenwoordig zo naar de mensen moet je niet luisteren want wij weten alles zelf heel goed ik hoop dat jullie het zelf eens ondervinden hoe zo iets voelt.

Groeten Jan.

Het is een zeer oneerlijk systeem wat ze nu invoeren. Ik moet met mijn vijftig jaar jongacht implantaten laten zetten om de rest van mijn leven pijnloos te kunnen eten. Iemand die een handprothese vergoed krijgt betaald een vast bedrag bij. Er is dus een vorm van discriminatie richting personen die omwille van hun medische toestand meer hulpmiddelen nodig hebben ten opzichte van hen die minder nodig hebben.

Mvg Anoniem.

Juist voor de mensen die het het slechtst kunnen missen wordt een eigen bijdrage verlangd voor het kunstgebit. De ouderen zijn toch de personen die het meest een kunstgebit dragen. Ze blijven maar plukken van de verkeerden.

Cor

Snap U het nu wel? Hopelijk.

Ik wil graag als zorgvrager mijn bezwaar/ stem laten horen. Waarom wil de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport niet luisteren, naar de zorgverzekeraar en tandartsen? Waarom is 't ene duurder dan het andere? Waarom brengt het ene meer administratie met zich mee dan het andere? Waarom zo'n verschil in eigen bijdrage? Een slecht gebit, ontbrekende tanden of kiezen, of een aangeboren afwijking. Niet alleen op praktisch gebied, maar vooral ook op sociaal vlak kunnen gebitsproblemen het zelfvertrouwen en geluksgevoel flink aantasten. Praten, eten, lachen. Jaren heb ik persoonlijk gelopen met een slecht gebit, wat elke keer maar weer "opgelapt" werd. En nog steeds liep ik daarna met mijn hand voor mijn mond in gezelschap, waar gelachen werd. Ik voelde mij er onprettig bij ...Eindelijk krijg ik een mooie prothese, en ik durf weer te lachen, zonder mijn hand voor mijn mond. Dat er een eigen bijdragen gevraagd wordt dat snap ik. Maar wat ik niet snap is het verschil in eigen bijdragen. Wel of geen zus behandeling, wel of geen implantaten, wel of geen protese, wel of niet vaak terug naar de tandarts, omdat de protese niet past. Nu ik ouder ben/wordt, slinken mijn kaken. Door medicijngebruik, kan voor veel ongemak zorgen voor mensen met een kunstgebit. Of je verliest je tanden door een ongeluk. (is toch geen keuze)

Hopelijk door dit bezwaar wat ik deel met de tandartsen en zorgverzekeraar, Komt er een eenvoudiger regeling, en minder administratieve lasten.

Verstuurd vanaf mijn iPad. Met vriendelijke groeten,

Truus

Vorig jaar intake, met de afspraak €125,00 per kaak, dus €250,-. Nu krijg ik kosten voor de kiezen die ik niet kan begroten. Nu moet ik een percentage betalen voor mijn klikgebit en mijn bovenprothese. Beide protheses zijn aan vervanging toe na 25 jaar. Help, AOW gestegen van 745,43 naar 751,69 met een stijging van bijna €10,- per maand voor de zorgverzekering! Waar blijft ik met mijn maandelijkse begroting? Ik vind dat de zorgverzekeraars /Ministerie VWS er alles aan doen om het ondoorzichtig te maken voor alle partijen, om nog maar te zwijgen over de administratieve rompslomp. Plan in de PRULLENBAK. Oude regeling is HELDER en DUIDELIJK.  
Met vriendelijke groet,  
Christine

Geachte,  
VGZ klantenservice weet niet goed aan patiënten uit te leggen, dat het debiteurenrisico /incasso risico, niet meer van toepassing is bij mensen met een volledige gebitsprothese, zonder aanvullende tandartsverzekering (Iza-cura budget polissen etc etc). Dit resulteert in onbegrip en boze patiënten aan de telefoon, nu al, 4 januari!!  
Ik hoop op beterschap met vr groet  
Rick

Geachte lezer,  
Hierbij wil ik jullie steunen in het bezwaar betreffende de nieuwe regeling 'eigen bijdrage klikgebit'. Ik ben mantelzorger van 2 ouderen mensen. De nieuwe regeling maakt het m.i. ingewikkelder voor alle partijen, het is omslachtig en lastig uit te leggen aan de ouderen, tijdsinvestering en druk op mantelzorger neemt (nog meer) toe, administratieve rompslomp etc. etc. Ook vind ik het haaks staan op het nieuwe zorgbeleid, volgens mij zouden de regels en bureaucratie afnemen.....  
Ik ga er vanuit dat minister Schippers tot inzicht komt en dit besluit, per direct, teruggedraait.  
Ik wens jullie succes en hoop op een, voor alle partijen, eenvoudigere regeling (of gewoon de oude regeling). Met vriendelijke groet, Ria

Geachte heer, mevrouw,  
Ik kan het mij vinden in de bezwaren van de ONT, de transparantie en administratieve afwikkeling wordt steeds lastiger. Ook wordt de keuzevrijheid in tandprotheticus/tandarts keuze beperkt door de invoering van 80% vergoedingen voor protheses vanuit de basisverzekering.  
Vriendelijke groet,  
Tandarts.

Hierbij teken ik bezwaar aan tegen de verwarrende en hoge eigen bijdrage die per 1-1-2017 werd ingevoerd voor protheses. Ik heb sinds kort een klikgebit maar vrees dat ik straks, als alleen mijn aow heb, de kosten hiervan niet meer kan opbrengen naast het steeds hoger wordende eigen risico. En dan? Moet ik me dan hiervoor in de schulden gaan steken? Die heb ik mijn leven lang nog nooit gehad maar ik vrees nu het ergste. De 125,00 per kaak was nog te overzien maar dit is een ramp. De extra hiervoor afgesloten tandverzekering vergoed maar tot een max. bedrag dus die verzekering heeft nog weinig zin. De premie ervan is hoog en niet meer kostendekkend. Ook zijn de percentages zo hoog dat dit een ramp gaat worden voor veel mensen. Ik begrijp bovendien niet dat u als minister de regeling zo ingewikkeld maakt dat niemand er nog wat van begrijpt en veel onnodige administratie met zich meebrengt (wat ook weer betaald moet gaan worden).  
De beroepsvereniging van tandartsen en tandprotheticici willen samen met de zorgverzekering een eenvoudigere regeling samenstellen maar daar hebt u geen boodschap aan. Mag ik vragen waarom niet? Waarschijnlijk legt u dus ook nu toch alle bezwaren naast u neer want voor u maakt het toch geen verschil. Het treft u niet de portemonnee omdat u voldoende inkomen hebt en houdt. Ons treft het wél, en hard ook! Ik hoop dan ook van harte dat deze vreemde maatregel wordt teruggedraaid.  
Boonman

L.S.,

Wij snappen niet dat er bij VWS kennelijk geen goede en bekwame ambtenaren zijn die een eenvoudiger regeling kunnen maken, die zowel bij de declaranten als de uitkeerders veel extra werk bespaart en daarnaast 100 % duidelijker zijn voor de gebruikers van deze regelingen. Of is men bij VWS van de gedachte uitgegaan dat er meer menskracht nodig zal zijn voor deze moeilijker regelingen om de werkloosheidsuitkeringen te bestrijden. Het maakt het allemaal nog duurder! Ziet men dat wel in? Ik denk het niet want de belastingbetaler is er wel goed voor. Uiteraard maken wij bezwaar.

Het is een chaos in tandheelkundig Nederland. Veel te veel regels, wetgeving en valkuilen. Niemand weet nog waar hij of zij aan toe is. De bureaucratie is ongekend en de A4 beroepen rijzen de pan uit. De voormalige Sovjet Unie zou er stinkend jaloers op zijn. Voor de zorgverleners is het al lang niet meer bij te houden en de patiënten begrijpen er helemaal niets meer van. Laten we er eens voor zorgen dat de tandheelkunde weer is wat het behoort te zijn: duidelijke en bereikbare eerstelijns zorg. Dat is voor iedereen beter. Vooral voor de patiënten. Daar gaat het om! Maar ik denk dat het monster der bureaucratie niet meer te stoppen is. Helaas.

Tandarts

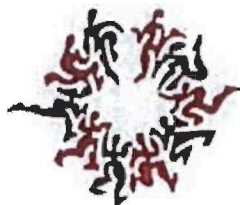
Hierbij wil ik protesteren tegen de nieuwe maatregel voor de eigen bijdrage op implantaatgedragen prothesen en reparaties en rebasingen. Het is onduidelijk voor de patiënten, onnodig kostbaar en ingewikkeld, en een verzwarende administratieve last. Patiënten die meer dan twee implantaten hebben, die daar niet voor gekozen hebben maar een medische noodzaak, worden extra gestraft met een hogere eigen bijdrage, naast de al forse wettelijk eigen risico.

Rico

Goedemorgen Mevrouw, Meneer,

Bij deze wil ik een klacht indienen om de onduidelijkheid van bijbetalingen in de mondzorg. Ik heb geen probleem met bijbetalen maar momenteel kunnen zorgverlener en zorgverzekeraar mij niet duidelijk vertellen wat mijn eigen bijdrage is. Zorg is gebaat bij duidelijkheid, financieel zijn een hoop gebruikers (in mijn geval m.b.t. een kunstgebit) ook gebaat bij duidelijkheid, voor wie al jaren afhankelijk is van een pensioen is het belangrijk of er een bijdrage is, hoe hoog deze is en of deze bij de zorgverlener voldaan moet worden ( het hele bedrag in één keer ) of bij de zorgverzekeraar ( daar kan het bedrag vaak over 12 maanden uitgesmeerd worden ). Ik ga ervanuit dat deze onduidelijkheid nooit de bedoeling is geweest en dat u bereid bent uw beleid in deze aan te passen.

Van Beek



Zorginstituut Nederland  
Mw. drs. L.M. de H  
Postbus 320  
1110 AH DIEMEN

Sparrenheuvel 16  
Postbus 520  
3700 AM ZEIST  
Telefoon (030) 698 89 11  
Telefax (030) 698 83 33  
E-mail info@zn.nl

Contactpersoon  
Doorkiesnummer  
Ons kenmerk B-17-4246-lvos1  
Uw kenmerk 2017002604  
Datum 28 februari 2017  
Onderwerp Evaluatie maatregelen gebitsprothesen

Geachte mevrouw De H

Naar aanleiding van uw brief van 9 februari jl. betreffende de evaluatie van de maatregelen gebitsprothesen, delen wij u mee dat de zorgverzekeraars de gevraagde gegevens niet konden leveren. Een van de oorzaken hiervan is dat de invoering pas recent heeft plaatsgevonden.

Er zijn nog veel onduidelijkheden voor zorgverzekeraars, onder andere de splitsing van de techniekkosten van de conventionele prothese in combinatie met de implantaatgedragen prothese. De verwachting was dat dit in 2016 bekend zou zijn, maar het eerste overleg met VWS hierover is op 9 maart 2017.

Daar komt bij dat sommige zorgverzekeraars ervoor kiezen om de eigen bijdrage zelf te innen. Er zijn ook zorgverzekeraars die inning van de eigen bijdrage bij de zorgaanbieder leggen. Dan verschilt ook nog het toestemmingsvereiste per zorgverzekeraar, waardoor administratieve processen langer duren. Ook duren behandelingen voor prothesen langer voordat het tot een declaratie komt. Gehoord de zorgverzekeraars zou september 2017 een meer realistische datum zijn om meer inzicht te krijgen in de gevolgen van deze pakketwijziging.

Wij begrijpen dat dit teleurstellend is. Hopelijk bent u met ons van mening dat, indien er gegevens worden aangeleverd, deze wel enige representativiteit behoeven.

Mocht er aanleiding zijn voor vragen, dan horen wij dat graag van u.

De heer Thielen zal deelnemen aan de coördinatiebijeenkomst op 6 maart as.

Met vriendelijke groet,  
Zorgverzekeraars Nederland

Mevrouw J.G.W. Lensink MSc  
directeur Zorg