

Marktscan

Mondzorg-juni

Weergave van de markt tot
en met maart 2012

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
Inleiding	11
1.1 Aanleiding	11
1.2 Totstandkoming marktscans	11
1.3 Bronnen	12
1.4 Leeswijzer	12
2. Omschrijving van de markt	13
2.1 Wat is mondzorg	13
2.2 Wie leveren mondzorg	13
2.3 Waar wordt mondzorg geleverd	14
2.4 Wie maken gebruik van mondzorg	15
2.5 Bekostiging van mondzorg	15
3. Marktstructuur	17
3.1 Aantal mondzorgaanbieders	17
3.2 Spreiding mondzorgaanbieders	17
3.2.1 Aantal inwoners per mondzorgaanbieder	19
3.2.1.1 Tandarts	19
3.2.1.2 Mondhygiënist	20
3.2.1.3 Orthodontist	21
3.2.1.4 Tandprotheticus	22
3.2.2 Reistijd van patiënt tot aanbieder	22
3.3 Toetreding en uittreding	24
3.4 Praktijksamenstelling	25
4. Marktgedrag	29
4.1 Zorginkoop en contractering	29
4.2 Overstappedrag	32
5. Kwaliteit	35
5.1 Kwaliteit van zorg	35
5.1.1 Ontwikkeling kwaliteitsindicatoren	35
5.1.2 Aantal gecertificeerde mondzorgaanbieders	37
5.1.3 Aantal praktijkrichtlijnen	38
5.1.4 Patiënttevredenheid	38
5.2 Transparantie van informatie	40
6. Toegankelijkheid	43
6.1 Mogelijkheid om over te stappen	43
6.1.1 Beschikbare informatie	43
6.1.2 Voorwaarden aannemen nieuwe patiënt	44
6.2 Wachttijden	48
6.2.1 Wachttijden vanuit zorgaanbieders	48
6.2.2 Wachttijden vanuit patiënten	49
6.2.3 Financiële toegankelijkheid	51
7. Betaalbaarheid	53
7.1 Methode	53
7.1.1 Eén op één vergelijkbare prestaties	53
7.1.2 Samengevoegde prestaties	53
7.1.3 Prestaties die bestonden uit hoofd- en bijcodes	54
7.1.4 Samengevoegde prestaties inclusief hoofd- en bijcodes	54

7.1.5	Nieuwe prestaties	55
7.2	Data	55
7.3	Leeswijzer	55
7.4	Verklaring verschil in tarieven	57
7.5	Consultatie en diagnostiek	58
7.6	Preventieve mondzorg	59
7.7	Vullingen, kronen en bruggen	60
7.8	Kunstgebitten	63
7.9	Chirurgie	64
7.10	Wortelkanaalbehandelingen	65
7.11	Tandvlesbehandelingen	67
7.12	Beugels (orthodontie)	68
7.13	Vergelijking over alle prestaties	69
Bijlage 1: Gebruikte bronnen		71
Bijlage 2: Richtlijnen		75
Bijlage 3: Totaaloverzicht		77
Bijlage 4: Orthodontiebehandelingen		81
Bijlage: Beleidsbrief		84

Vooraf

Voor u ligt de Marktscan Mondzorg 2012 die de stand van zaken weergeeft op deze markt. Voor de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn marktscans een middel om zorgmarkten te maken (reguleren) en te bewaken (toezicht). Immers door de stand van zaken op een bepaalde markt regelmatig in beeld te brengen, kan de NZa op een gestructureerde manier invulling geven aan het markttoezicht en haar reguleringsstaken.

Voor deze marktscan heeft de NZa gegevens verzameld en geanalyseerd. De analyses zijn zoveel mogelijk weergegeven in figuren en tabellen met daarbij een feitelijke toelichting. De analyses hebben betrekking op de marktstructuur en marktgedrag en het effect daarvan op de publieke belangen.

Een marktscan bevat niet de interpretaties van de uitkomsten en de acties die de NZa daaraan verbindt. Daarvoor is de beleidsbrief Marktscan Mondzorg opgesteld. In deze brief geeft de NZa een interpretatie van de belangrijkste uitkomsten van deze marktscan en de mogelijke acties die hieruit voortvloeien.

Tot slot bedankt de NZa allen die een bijdrage hebben geleverd aan de totstandkoming van deze marktscan.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T.W. Langejan
voorzitter Raad van Bestuur

Managementsamenvatting

Deze marktscan mondzorg wordt om een tweetal redenen door de NZa gepubliceerd. In de eerste plaats omdat de NZa de opdracht heeft om goed werkende zorgmarkten te maken (reguleren) en te bewaken (toezicht). Ten tweede omdat de NZa van de minister de opdracht heeft gekregen om toezicht te houden op de kwaliteit, toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de mondzorg omdat per 1 januari 2012 de prijzen voor de mondzorg door middel van een driejarig experiment zijn vrijgegeven. De minister gebruikt deze marktscan als input voor besluitvorming inzake het experiment vrije prijzen in de mondzorg.

De NZa zal, ten tijde van het experiment vrije prijzen mondzorg, de ontwikkelingen op een aantal momenten in beeld brengen.

Wat is mondzorg

Mondzorg is gericht op het gezond houden van de mond en de omliggende weefsels. De regelgeving van de NZa¹ met betrekking tot het experiment 'vrije prijzen mondzorg' ziet op handelingen en werkzaamheden op het terrein van mondzorg geleverd door of onder verantwoordelijkheid van beroepsbeoefenaren als bedoeld in artikel 3 (in dit geval tandartsen en orthodontisten), dan wel 34 (in dit geval mondhygiënist en tandprotheticus) van de Wet op Beroepen in de individuele gezondheidszorg. De marktscan richt zich op deze vier groepen mondzorgaanbieders.² Samen met de invoering van vrije tarieven in de mondzorg zijn ook de prestatiebeschrijvingen aangepast.

Marktstructuur

De uitgaven aan mondzorg geleverd in tandartspraktijken³ was in 2009 2,6 miljard euro. Consumenten kunnen de kosten die zij hebben gemaakt voor mondzorg vergoed krijgen via de basisverzekering of de aanvullende verzekering. Voor jongeren tot 18 jaar valt bijna alle mondzorg onder de basisverzekering. Voor volwassenen valt het merendeel van de mondzorg niet onder de basisverzekering.

Totaal aantal werkzame mondzorgaanbieders

Aanbieder	2006	2007	2008	2009	2010	2011*	2012*
Tandarts	8.245	8.443	8.600	8.572	8.881	8.827	8.775
Mondhygiënist	1.882	1.940	2.082	2.187	2.288	2.538	2.650
Orthodontist	270	273	274	274	275	276	277
Tandprotheticus	281	294	300	317	319	322	334

Bron: Aantallen tandartsen, mondhygiënist en orthodontisten 2006-2020, Capaciteitsorgaan (tandarts, mondhygiënist, orthodontist) en ledenbestand Organisatie van Nederlandse Tandprotheticus (ONT) (tandprotheticus).

Uit een reistijdanalyse blijkt dat de gemiddelde reistijd naar de dichtstbijzijnde tandarts min of meer gelijk blijft en de gemiddelde

¹ NZa, (2012). Beleidsregel 'Experiment vrije prijsvorming mondzorg' (BR/CU-7044)

² Kaakchirurgen kennen een eigen beleidsregel en vallen buiten het experiment vrije prijzen mondzorg. Zij worden om deze reden in deze marktscan buiten beschouwing gelaten.

³ Deze zorg omvat: preventie; diagnostiek; restauratieve hulp; prothetische hulp; orthodontische hulp en chirurgische hulp in de eerste lijn.

reistijd naar de dichtstbijzijnde mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus afneemt.

In 2011 waren er meer toetredende dan uittredende tandartsen. Het Capaciteitsorgaan verwacht dat het aantal toetredende tandartsen vanaf 2012 kleiner zal zijn dan het aantal uittredende tandartsen. Het aantal mondhygiënisten, orthodontisten en tandprotheticen neemt tot op heden jaarlijks toe.

De praktijksamenstelling van een tandarts verandert door de jaren heen. Er is een toename van het aantal tandartspraktijken met een tandartspraktijkmedewerker (collega tandarts) in loondienst. Voor mondhygiënisten geldt dat ongeveer 3/5 in loondienst is. Ongeveer 70% van de orthodontist-praktijkhouders werkt zelfstandig. Voor tandprotheticen beschikt de NZa momenteel niet over informatie over de praktijksamenstelling.

Marktgedrag

Het aantal overeenkomsten dat is gesloten in 2012 ligt voor alle categorieën mondzorgaanbieders lager dan in voorgaande jaren. Hierbij moet worden opgemerkt dat het in deze vergelijking gaat om de tot 1 maart 2012 gesloten overeenkomsten. Lopende het jaar worden er nog overeenkomsten gesloten waardoor het totaal aantal overeenkomsten voor 2012 hoger zal uitvallen. Het aandeel overeenkomsten met kwaliteitsafspraken stijgt ten opzichte van voorgaande jaren. Het aantal overeenkomsten per zorgverzekeraar verschilt sterk. Een aantal verzekeraars heeft op 1 maart 2012 al veel meer contracten afgesloten dan in 2011.

De NZa heeft onderzoeksbureau Motivaction gevraagd door middel van haar consumentenpanel onderzoek te doen naar de overwegingen om over te stappen van mondzorgaanbieder. Dit onderzoek is uitgevoerd in 2011. Acht tot elf procent van de respondenten heeft overwogen om over te stappen, twee tot zes procent is daadwerkelijk overgestapt. Belangrijkste overweging hierbij was ontevredenheid over de behandeling.

Kwaliteit

De stuurgroep Zichtbare Zorg Mondzorg is in 2008 opgericht om de kwaliteit van mondzorg inzichtelijk te maken. Deze informatie wordt op drie op het niveau:

- zorginhoudelijke informatie: de stuurgroep heeft in april 2012 een set van overwegend procesindicatoren vastgesteld die per beroepsgroep (tandartsen, tandprotheticen en mondhygiënisten) waar nodig gespecificeerd zijn. De eerste landelijke meting van deze indicatoren is in mei 2012 gestart.
- etalage-informatie: Er is een vragenlijst opgesteld aan de hand waarvan keuzeaspecten inzichtelijk worden gemaakt. Deze informatie (zogenoemde etalage+informatie) maakt het op basis van structuurinformatie mogelijk voor de patiënt zijn zorgverlener te kiezen.
- cliëntervaringindicatoren: deze indicatoren zijn momenteel onderdeel van bovengenoemde set.

Er zijn meerdere certificeringen voor mondzorgaanbieders.

- Het kwaliteitsregister voor tandartsen en mondhygiënisten.
- Het VvO Branche-certificaat dat wordt afgegeven door de VvO aan orthodontistenpraktijken die aan HKZ-normen voldoen.
- Het ONT keurmerk dat wordt afgegeven door de ONT aan tandprotheticen die volgens de ONT voldoen aan HKZ-normen.

Het aantal certificeringen neemt toe.

Zorgaanbieders stellen richtlijnen op waaraan men als beroepsgroep moet voldoen. Deze richtlijnen dienen om te borgen dat er kwalitatief goede zorg wordt geleverd. Het aantal richtlijnen per beroepsgroep neemt toe.

De NZa heeft onderzoeksbureau Motivaction gevraagd via haar consumentenpanel onderzoek te doen naar de tevredenheid van patiënten over hun mondzorgaanbieder en de transparantie van informatie. Dit onderzoek is uitgevoerd in 2011. Het merendeel van de patiënten is tevreden of zeer tevreden is over de aspecten waarop zij hun mondzorgaanbieder konden beoordelen. Het merendeel van de patiënten is van mening dat zij voldoende of ruim voldoende informatie voor handen hadden om een goede keuze te kunnen maken voor een mondzorgaanbieder.

Toegankelijkheid

Uit de gegevens blijkt dat verspreid over het land 64 tot 87% van de tandartsen, al dan niet voorwaardelijk, nieuwe patiënten aannemen. Het aantal dat onvoorwaardelijk patiënten aanneemt groeit. Ongeveer 60% stelt wel voorwaarden zoals een gezin of familierelatie met een al ingeschreven patiënt.

Tandartsen geven aan dat 99% van de patiënten met een spoedeisende behandeling dezelfde dag geholpen kan worden. Een groeiend aantal patiënten kan binnen één of twee weken terecht voor een periodieke controle. De NZa heeft onderzoeksbureau Motivaction gevraagd door middel van haar consumentenpanel onderzoek te doen naar de wachttijd voor patiënten. Dit onderzoek is uitgevoerd in 2011. De werkelijke wachttijd blijkt gemiddeld langer dan de acceptabel geachte wachttijd voor een behandeling, de werkelijke wachttijd voor een controle ligt dicht bij de acceptabel geachte wachttijd voor een controle.

Betaalbaarheid

Per 1 januari 2012 zijn er nieuwe prestaties vastgesteld voor de mondzorg. Tot en met 2011 waren er andere prestatiebeschrijvingen met maximumtarieven. De NZa gebruikt in haar vergelijking de maximumtarieven van 2011. De NZa maakt, om een vergelijking te kunnen maken tussen de prestaties 2011 en 2012, voor iedere prestatie een conversie.

De prijsontwikkeling verschilt sterk per prestatiehoofdstuk. Er zijn hoofdstukken waarvan enkele tarieven dalen (zoals de hoofdstukken 'consultatie en diagnostiek' en 'tandvlesbehandelingen') maar ook hoofdstukken waarvan de tarieven stijgen (zoals 'vullingen en kronen' en 'wortelkanaalbehandelingen').

De gewogen gemiddelde prijsverandering over alle hiervoor genoemde prestaties waarvan geldt dat er een vergelijking gemaakt kan worden met 2011 is 9,6% (reëel 6,1%).

In hoofdstuk 7 worden de prijsverandering per prestatie en per hoofdstuk weergegeven.

Inleiding

1.1 Aanleiding

Er zijn twee aanleidingen voor de NZa voor het uitbrengen van deze marktscan. Ten eerste heeft de NZa de opdracht goed werkende zorgmarkten te maken (reguleren) en te bewaken (toezicht). Om op een gestructureerde manier invulling te geven aan deze opdracht, maakt de NZa onder meer gebruik van marktscans. Een marktscan geeft op systematische wijze een beeld van de stand van zaken op een bepaalde markt of een gedeelte van de markt: zij geeft een beschrijving van de marktstructuur en het marktgedrag en geeft de stand van zaken weer voor de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

Om de verschillende zorgmarkten te kunnen vergelijken, worden van alle door de NZa onderscheiden zorgmarkten marktscans gemaakt. Op basis van een vergelijking van de uitkomsten van de diverse marktscans kan de NZa beslissen waar en hoe zij haar (markt)toezicht- en reguleringstaken inzet⁴.

De tweede aanleiding voor deze marktscan is het experiment vrije prijzen mondzorg. Per 1 januari 2012 zijn de prijzen voor de mondzorg door middel van een driejarig experiment vrijgegeven. De minister heeft de NZa hierbij de opdracht gegeven om toezicht te houden op de kwaliteit, toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de mondzorg als input voor besluitvorming inzake het experiment vrije prijzen in de mondzorg.

De NZa zal, ten tijde van het experiment vrije prijzen mondzorg, de ontwikkelingen in de mondzorg op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid op een aantal momenten in beeld brengen. De NZa heeft dit jaar reeds gepubliceerd over de prijsontwikkeling.⁵

1.2 Totstandkoming marktscans

Om te komen tot een marktscan, maakt de NZa bepaalde keuzen: welke productgroepen zij samen neemt in een scan, welke geografische gebieden zij bekijkt, welke informatie zij over die markten nodig heeft en waar en hoe zij die informatie gaat verzamelen. Op basis van deze keuzen is het vervolgens mogelijk om een beeld van een markt te schetsen.

Aan de hand van diverse indicatoren schetst de NZa een globaal beeld van de markt. Deze indicatoren betreffen de marktstructuur, het marktgedrag, de marktuitskomsten en de mate van transparantie.

De gemaakte keuzen betreffen een momentopname, wat betekent dat met een zekere regelmaat (bijvoorbeeld (half)jaarlijks) een nieuw beeld moet worden gecreëerd.

⁴ In het visiedocument 'Zicht op Zorgmarkten' staat een nadere toelichting op de wijze waarop de NZa markten monitort. Dit document is te vinden op de website van de NZa.

⁵ Marktscan Mondzorg, publicatie prijsontwikkeling januari, NZa en Marktscan Mondzorg, publicatie prijsontwikkeling februari, NZa.

Focus

Een marktscan levert, zoals hiervoor aangegeven, een globaal beeld op van de situatie in een markt op dat moment. Dit betekent dat indien een markt niet naar wens werkt, nader onderzoek zal moeten worden verricht om te bepalen welke maatregelen nodig zijn.

De focus van deze marktscan ligt op de aanbieders van eerstelijns mondzorg. De NZa maakt hierbij onderscheid naar vier verschillende mondzorgaanbieders, te weten tandartsen, mondhygiënisten, orthodontisten en tandprotheticen. Dit onderscheid wordt nader toegelicht in hoofdstuk twee. De periode waar deze marktscan betrekking op heeft, betreft de jaren tot en met 2012, voor zover hiervoor de informatie beschikbaar is.

Een marktscan beperkt zich tot het weergeven van feiten, in de begeleidende beleidsbrief bij de marktscan geeft de NZa aan wat de geconstateerde ontwikkelingen betekenen voor het beleid van de NZa.

1.3 Bronnen

Voor haar marktscan gebruikt de NZa meerdere bronnen. Een overzicht van deze bronnen is opgenomen in bijlage 1. De NZa heeft tevens drie onderzoeken uit laten voeren speciaal voor de marktscan.

Aantallen tandartsen, mondhygiënisten en orthodontisten 2006-2020

De NZa heeft het Capaciteitsorgaan gevraagd om gegevens aan te leveren over historische en toekomstige ontwikkelingen in het aanbod van werkzame tandartsen, mondhygiënisten en orthodontisten. Het Capaciteitsorgaan heeft deze gegevens opgeleverd in een rapportage. Hierin zijn gegevens, zoals gebruikt in het Capaciteitsplan 2010, deelrapport 3, opgenomen.

Praktijksituatie en werkdruk van tandartsen in 2011

Naar aanleiding van de start van het experiment vrije prijsvorming in de mondzorg, hebben de NZa en de Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Tandheelkunde (NMT) besloten samen te werken in de onderzoeksactiviteiten rondom het onderzoek naar de werk- en praktijksituatie van tandartsen.

Dit onderzoek heeft onder andere geleid tot een 0-meting rond een aantal zaken met betrekking tot samenstelling van het tandheelkundig team in praktijken. Deze 0-meting is uitgevoerd eind 2011.

Consumentenpanel marktscan mondzorg

Voor haar marktscan heeft de NZa informatie nodig over het gedrag van consumenten met betrekking tot de mondzorg. De NZa heeft onderzoeksbureau Motivaction gevraagd door middel van haar consumentenpanel hiernaar onderzoek te doen. Dit onderzoek is uitgevoerd eind 2011.

1.4 Leeswijzer

Om een beeld van de markt te geven, wordt in hoofdstuk twee een omschrijving van de markt gegeven. Daarna wordt in hoofdstuk drie en vier ingegaan op de marktstructuur en het marktgedrag van relevante marktpartijen. Vervolgens wordt in de daarop volgende drie hoofdstukken ingegaan op de stand van zaken met betrekking tot de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

2. Omschrijving van de markt

2.1 Wat is mondzorg?

Mondzorg is gericht op het gezond houden van de mond en de omliggende weefsels. Waarbij aandacht is voor het niveau van individuele functioneren en het niveau van het sociaal en maatschappelijk participeren.⁶ Mondzorg bestaat uit zowel preventieve als curatieve handelingen.

Welke zorgprestaties een zorgverlener in rekening mag brengen bij de consument dan wel diens verzekeraar staat omschreven in de regelgeving van de NZa.⁷

2.2 Wie leveren mondzorg?

Mondzorg wordt geleverd door tandartsen algemeen practici⁸, mondhygiënisten, tandprotheticen, orthodontisten (tandartsspecialisten in de dentomaxillaire orthopaedie) en kaakchirurgen (tandartsspecialisten in de mondziekten en kaakchirurgie)⁹. Deze aanbieders worden geassisteerd door meerdere typen assistenten, zoals tandartsassistenten en preventieassistenten.

De regelgeving van de NZa¹⁰ met betrekking tot het experiment 'vrije prijzen mondzorg' ziet op handelingen en werkzaamheden op het terrein van mondzorg geleverd door of onder verantwoordelijkheid van beroepsbeoefenaren als bedoeld in artikel 3 (in dit geval tandartsen en orthodontisten), dan wel 34 (in dit geval mondhygiënisten en tandprotheticen) van de Wet op Beroepen in de individuele gezondheidszorg. De marktscan richt zich op deze vier groepen mondzorgaanbieders,¹¹ die hieronder nader worden omschreven¹².

Tandarts

De tandarts onderzoekt, stelt diagnoses, formuleert behandelplannen en behandelt gebitten en zorgt ervoor dat ziekten en afwijkingen aan het gebit zoveel mogelijk worden voorkomen. Tandartsen hebben een universitaire studie Tandheekunde afgerond.

Mondhygiënist

De taken van de mondhygiënist zijn bij Algemene Maatregel van Bestuur van februari 2006 uitgebreid, daarmee is ook de opleiding tot mondhygiënist uitgebreid tot een vierjarige opleiding Mondzorgkunde. Een mondhygiënist richt zich op preventie en mondverzorging, om zo tandbederf en tandvleesaandoeningen te voorkomen én te bestrijden.

⁶ Gezondheidsraad, (2012). Advies: 'De mondzorg van morgen'

⁷ voor 2012 TB/CU-7019-02

⁸ De tandarts kan zich differentiëren op het gebied van de implantologie, parodontologie, endodontologie, pedodontologie en gnathologie. Verder kunnen aanbieders zich bijvoorbeeld verdiepen in de gebieden maxillo-faciale prothetiek, angstbegeleiding en geriatrische tandheekunde.

⁹ KPMG. (2002). De markt voor mondzorg.

¹⁰ NZa, (2012). Beleidsregel 'Experiment vrije prijsvorming mondzorg' (BR/CU-7044)

¹¹ Kaakchirurgen kennen een eigen beleidsregel en vallen buiten het experiment vrije prijzen mondzorg. Zij worden om deze reden in deze marktscan buiten beschouwing gelaten.

¹² <http://www.allesoverhetgebit.nl/tandartspraktijk/taakverdeling-binnen-de-tandheekunde> (d.d. 18-04-2012)

Een mondhygiënist is vaak in dienst bij een tandarts maar kan ook werkzaam zijn in een eigen praktijk.

Orthodontist

De orthodontist is een tandarts-specialist die is gespecialiseerd om de vele afwijkingen in kaken, standen van kaken en onregelmatigheden in gebitten op een goede manier te onderzoeken en behandelen. Orthodontisten zijn tandartsen die na de reguliere universitaire tandartsopleiding een vierjarige specialistenopleiding aan de universiteit hebben gevolgd.

Tandprotheticus

Een tandprotheticus kan partiële protheses en overkappingsprothese op wortels of implantaten aanmeten en vervaardigen. Een tandprotheticus heeft de (vierjarige) opleiding Tandprothetiek afgerond.

Organisatie

De mondzorg prestaties zijn functioneel beschreven omdat verschillende mondzorgaanbieders dezelfde zorg kunnen leveren. Zo zijn er bijvoorbeeld tandartsen die ook orthodontische zorg leveren, kunnen mondhygiënisten ook periodieke controles uitvoeren en kan een tandarts mondhygiëne of prothetiek bedrijven. Bovendien kan het voorkomen dat een mondhygiëniste werkzaam is bij een tandartspraktijk of dat er een combinatie van alle disciplines in een praktijk te vinden is.

De NZa kiest er in deze marktscan voor om onderscheid te maken op basis van mondzorgaanbieder. Dit is niet de optimale rapportage wijze aangezien in de praktijk de werkzaamheden van de verschillende mondzorgaanbieders niet scherp afgebakend zijn. Het is echter zo dat de beschikbare informatie over het algemeen beschikbaar is op het niveau van de zorgaanbieder en niet op het niveau van de zorgvraag.

2.3 Waar wordt mondzorg geleverd

Mondzorg wordt ten dele geleverd in instellingen voor jeugd tandverzorging, centra bijzondere tandheelkunde, AWBZ-instellingen en instellingen voor medisch specialistische zorg. De meeste mondzorg wordt echter geleverd vanuit solopraktijken of groepspraktijken. Samenwerking tussen tandartsen onderling en tandartsen en andere beroepsbeoefenaren, zoals mondhygiënisten, is een steeds vaker voorkomende organisatievorm van de mondzorg. Het gaat dan om zorginhoudelijke samenwerking. Hiervoor zijn twee redenen te benoemen:

- samenwerking gericht op het overdragen van (met name routine-) taken van tandartsen aan anderen. Dit is in lijn met overheidsbeleid waarbij het beheersen van schommelingen in menskracht en van kosten centraal staan.
- samenwerking om redenen als verhoging van de kwaliteit (verschillende differentiaties in een praktijk), commerciële doelen (bijvoorbeeld privé-klinieken gericht op specifieke aspecten zoals esthetiek) en bedrijfsmatige doelen (vermindering werkdruk).

2.4 Wie maken gebruik van mondzorg

In 2010 gaf 78,4% van de Nederlandse bevolking minimaal 1 keer contact te hebben gehad met zijn tandarts¹³. Hiervan betrof 5,8% acute pijnklachten en 61,5% controles door de tandarts. De meest voorkomende soort behandeling was 'controle' (42,5%) gevolgd door verwijderen tandsteen (20,3%) en het vullen van een kies (12,7%)¹⁴.

Bij de jeugd zijn behandelingen vooral preventief van aard, bijvoorbeeld het uitvoeren van fluoride-applicaties en sealants¹⁵.

Gemiddeld hebben Nederlanders 2,3 contacten met de tandarts per jaar. Ter vergelijking: Nederlanders hebben gemiddeld 4,2 contacten met de huisarts per jaar.

2.5 Bekostiging van mondzorg

Kosten

De uitgaven aan mondzorg geleverd in tandartspraktijken¹⁶ waren in 2007 2,2 miljard euro. In 2009 bedroeg dit 2,6 miljard euro¹⁷. De totale uitgaven aan gezondheidszorg bedroegen in 2009 83,9 miljard euro.

Prestaties en tarieven

Tot 2012 waren er voor mondzorg prestatie met gereguleerde maximum tarieven die werden vastgesteld door de NZa. Er waren prestatielijsten met maximum tarieven voor:

- Tandheelkunde, van toepassing op tandartsen, mondhygiënist en tandprothetici
- Orthodontische zorg (vanaf juli 2011 funtioneel omschreven voor zowel tandartsen als orthodontisten)
- AWBZ mondzorg
- Centra voor Bijzondere Tandheelkunde

Daarnaast was er een aparte toeslag voor Instelling voor Jeugd tandverzorging.

Per 1 januari 2012 zijn de prijzen voor de mondzorg door middel van een driejarig experiment vrijgegeven. Voor al deze categorieën gelden dus vrije tarieven vanaf 1 januari 2012. De hierboven genoemde verschillende prestatielijsten zijn tegelijkertijd komen te vervallen en zijn samengevoegd in één nieuwe prestatiebeschrijvingbeschikking. Voor deze beschikking zijn nieuwe prestatiebeschrijvingen geformuleerd. De prestaties 2011 en 2012 zijn daarom niet één op één vergelijkbaar.

Verzekering

Consumenten kunnen de kosten die zij hebben gemaakt voor mondzorg vergoed krijgen via de basisverzekering of de aanvullende verzekering.

¹³ Contacten met de mondhygiënist, orthodontist en kaakchirurg tellen niet mee.

¹⁴ <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=81027NED&D1=a&D2=0-2&D3=0&D4=I&HD=110912-1014&HDR=G3,G2,G1&STB=T>

¹⁵ <http://www.nationaalkompas.nl/zorg/eerstelijnszorg/mondzorg/hoe-groot-is-het-gebruik-en-waaruit-bestaat-het/> (d.d. 04-05-2012)

¹⁶ Deze zorg omvat: preventie; diagnostiek; restauratieve hulp; prothetische hulp; orthodontische hulp en chirurgische hulp in de eerste lijn.

¹⁷ <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=71914NED&D1=0-23,37-45&D2=9-I&HD=101210-0925&HDR=G1&STB=T>

Voor jongeren tot 18 jaar valt bijna alle mondzorg onder de basisverzekering. Een uitzondering hierop is bijvoorbeeld orthodontie. Voor volwassenen valt het merendeel van de mondzorg niet onder de basisverzekering. Voor volwassenen zijn er een aantal behandelingen die wel (gedeeltelijk) wel onder de basisverzekering vallen:

- Bijzondere tandheelkunde; Hieronder wordt verstaan mondzorg die noodzakelijk is om een tandheelkundige functie te behouden of verkrijgen die gelijkwaardig is aan de functie die er zou zijn als de stoornis, afwijking of aandoening zich niet had voorgedaan. Daarnaast is er sprake van bijzondere tandheelkunde wanneer iemand een soms niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft waardoor de uitoefening van de normale tandheelkunde onder bijzondere omstandigheden plaatsvindt.
- Uitneembare kunstgebitten voor de boven- en/of onderkaak.¹⁸

Voor de kosten van mondzorg die niet onder de basisverzekering vallen kan een consument zich aanvullend verzekeren. Een aanvullende verzekering dekt (een deel van) de kosten die volwassenen maken voor mondzorg.

¹⁸ <http://www.cvz.nl/zorgpakket/zvw-kompas/mondzorg/mondzorg.html> (d.d. 18-04-2012)

3. Marktstructuur

Dit hoofdstuk beschrijft de structuur van de markt. Het geeft een beschrijving van de (ontwikkeling in) aantallen zorgaanbieders, hun spreiding en de praktijksamenstelling.¹⁹

3.1 Aantal mondzorgaanbieders

Onderstaande tabel geeft het aantal werkzame mondzorgaanbieders in de jaren 2006 tot en met 2012 op basis van de informatie van het Capaciteitsorgaan en de Organisatie van Nederlandse Tandprothetici (ONT). Het Capaciteitsorgaan is een stichting die ramingen opstelt voor de opleidingscapaciteit van de medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen, uitgaande van de te verwachten zorgbehoefte. Zij adviseert hierover richting de zorgsector en de overheid.

Tabel 3.1. Totaal aantal werkzame mondzorgaanbieders

Aanbieder	2006	2007	2008	2009	2010	2011 *	2012 *
Tandarts	8.245	8.443	8.600	8.572	8.881	8.827	8.775
Mondhygiënist	1.882	1.940	2.082	2.187	2.288	2.538	2.650
Orthodontist**	270	273	274	274	275	276	277
Tandprotheticus	281	294	300	317	319	322	334

Bron: Aantallen tandartsen, mondhygiënisten en orthodontisten 2006-2020, Capaciteitsorgaan (tandarts, mondhygiënist, orthodontist) en ledenbestand Organisatie van Nederlandse Tandprothetici (ONT) (tandprotheticus).

* Het aantal tandartsen, orthodontisten en mondhygiënisten in 2011 en 2012 is gebaseerd op een raming van het Capaciteitsorgaan.

** Het Capaciteitsorgaan heeft een correctie toegepast voor tijdelijke in- en uitschrijvingen vanwege tariefsverlagingen orthodontisten.

Uit de bovenstaande tabel blijkt dat het aantal tandartsen tot 2011 is toegenomen. Het Capaciteitsorgaan verwacht dat vanaf 2011 het aantal werkzame tandartsen zal dalen. Dit komt omdat een relatief groot deel van de werkzame tandartsen de komende periode de pensioengerechtigde leeftijd zal bereiken. Het aantal mondhygiënisten en tandprothetici neemt tot op heden ieder jaar toe. Het aantal werkzame orthodontisten is de laatste jaren licht gestegen.

3.2 Spreiding mondzorgaanbieders

De NZa heeft twee bronnen om het aantal werkzame mondzorgaanbieders in Nederland in kaart te brengen. Ten eerste beschikt zij over gegevens van het Capaciteitsorgaan. Het Capaciteitsorgaan doet haar ramingen op basis van het aantal inschrijvingen in het BIG-register. Ten tweede beschikt de NZa over het aantal inschrijvingen bij de brancheverenigingen.²⁰ Beide bronnen geven een benadering van het aantal werkzame mondzorgaanbieders in Nederland.

¹⁹ In dit hoofdstuk wordt enkel gerapporteerd over de in Nederland gevestigde mondzorgaanbieders.

²⁰ Dit betreft de volgende organisaties: Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT), de Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT), de Organisatie van Nederlandse Tandprothetici (ONT) en de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten (NVM).

Om de spreiding van mondzorgaanbieders in Nederland in kaart te kunnen brengen, zijn locatiegegevens van mondzorgaanbieders nodig. De NZa beschikt niet over de locatiegegevens van mondzorgaanbieders van het Capaciteitsorgaan. De NZa beschikt wel over de locatiegegevens van mondzorgaanbieders van branchepartijen. Onderstaand overzicht geeft een vergelijking tussen de gegevens van de koepelorganisaties en de gegevens van het Capaciteitsorgaan.

Tabel 3.2. Vergelijking aantal werkzame mondzorgaanbieders

Aanbieder	Bron	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Tandarts	Capaciteitsorgaan	8.245	8.443	8.600	8.572	8.881	8.827	8.775
	NMT*	7.982		8.238			8.587	
Mondhygiënist	Capaciteitsorgaan	1.882	1.940	2.082	2.187	2.288	2.538	2.650
	NVM		1.769	1.804	1.882	1.976	2.060	2.163
Orthodontist	Capaciteitsorgaan	270	273	274	274	275	276	277
	NMT**		284	273	254	265	264	276
Tandprotheticus	ONT	281	294	300	317	319	322	334

Bron: Aantallen tandartsen, mondhygiënisten en orthodontisten 2006-2020, Capaciteitsorgaan, NMT-tandartsenbestand, ledenbestand NVM, Orthodontistenregister (NMT), ledenbestand ONT en ledenbestand ANT.

* Het NMT-tandartsenbestand wordt niet jaarlijks aangepast. De NZa beschikt enkel over gegevens 2006, 2008 en 2011.

** De NZa heeft een correctie toegepast voor tijdelijke uitschrijvingen vanwege tariefsverlagingen voor orthodontisten.

Uit bovenstaande tabel blijkt dat het aantal tandartsen en mondhygiënisten dat is ingeschreven bij de branchevereniging lager ligt dan het aantal werkzame tandartsen en mondhygiënisten volgens het Capaciteitsorgaan. De NZa geeft op basis van de locatiegegevens van brancheverenigingen de spreiding van alle mondzorgaanbieders weer. Dit betekent mogelijk dat het aantal werkzame tandartsen en mondhygiënisten wordt onderschat.

Het aantal orthodontisten dat is weergegeven in de tabel is gecorrigeerd voor orthodontisten die zich tijdelijk hebben uitgeschreven uit het orthodontistenregister. Vanwege tariefverlagingen lieten orthodontisten zich uitschrijven uit het orthodontistenregister. Zij kregen hierdoor de titel 'tandarts'. Hierdoor kregen zij niet te maken met tariefsverlagingen. In de loop van 2011 en in 2012 hebben zij zich weer ingeschreven omdat functionele tarieven voor orthodontie en vervolgens vrije tarieven werden ingevoerd.

De NZa geeft op basis van de locatiegegevens van brancheverenigingen de spreiding van alle mondzorgaanbieders weer. Dit wordt per type mondzorgaanbieder op twee manieren in kaart gebracht:

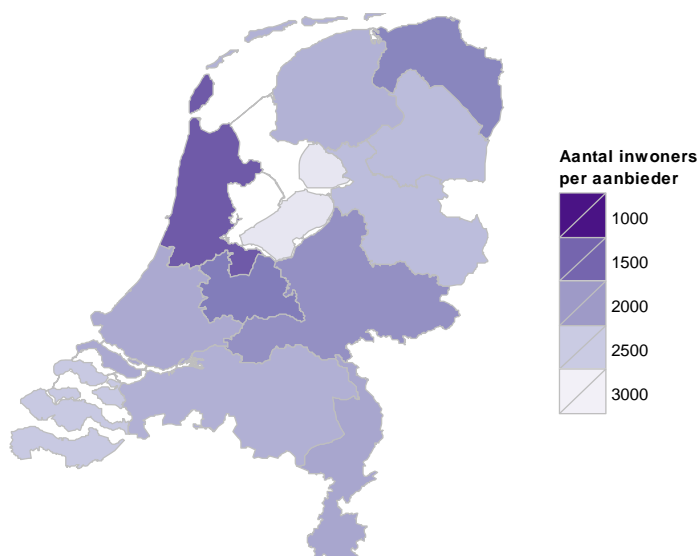
- Het gemiddelde aantal inwoners per mondzorgaanbieder per provincie (paragraaf 3.2.1).
- Het percentage van de Nederlandse bevolking dat binnen een bepaald aantal minuten een mondzorgaanbieder kan bereiken (paragraaf 3.2.2).

3.2.1 Aantal inwoners per mondzorgaanbieder

Het aantal inwoners per mondzorgaanbieder is een indicator in hoeverre er voldoende aanbod van mondzorg is. In provincies waar relatief weinig mondzorgaanbieders werkzaam zijn, is er minder keuze voor een patiënt. Daarnaast kan een beperkt aanbod leiden tot wachtlijsten. Aan de andere kant zijn provincies met relatief weinig mondzorgaanbieders per aantal inwoners juist interessant voor toetreders.

3.2.1.1 Tandarts

Figuur 3.1. Aantal inwoners per tandarts in 2011



Bron: NMT-tandartsenbestand, peildatum: 15 januari 2011; CBS bevolkingsgegevens per postcode, peildatum: 1 januari 2011.

Tabel 3.3. Aantal inwoners per tandarts

Regio	2006	2008	2011
Groningen	1.772	1.722	1.776
Friesland	2.433	2.356	2.232
Drenthe	2.633	2.542	2.329
Overijssel	2.486	2.511	2.339
Flevoland	2.942	2.936	2.861
Gelderland	1.916	1.932	1.888
Utrecht	1.693	1.662	1.683
Noord-Holland	1.419	1.407	1.408
Zuid-Holland	2.361	2.246	2.149
Zeeland	2.640	2.409	2.477
Noord-Brabant	2.455	2.292	2.215
Limburg	2.368	2.284	2.114
Nederland	2.046	1.991	1.940

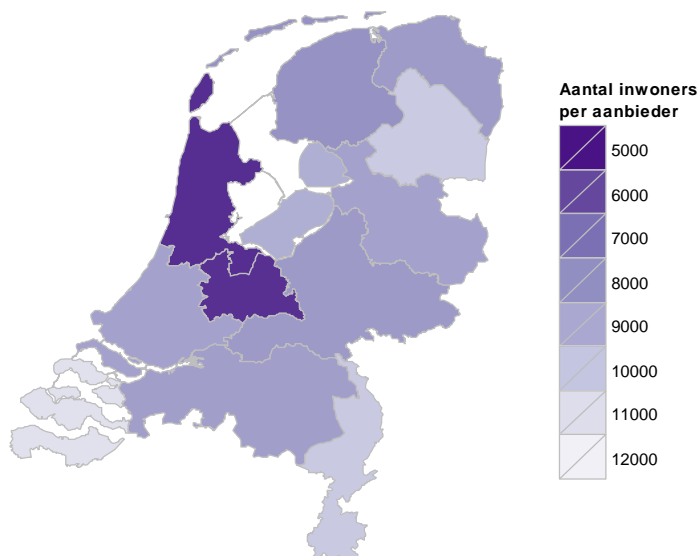
Bron: NMT-tandartsenbestand, peildatum: elk jaar 15 januari; CBS bevolkingsgegevens per postcode, peildatum: elk jaar 1 januari

Uit bovenstaande figuur en tabel volgt dat inwoners van Noord-Holland de meeste tandartsen tot hun beschikking hebben. Daarnaast zijn ook in de provincies Utrecht, Gelderland en Groningen relatief veel tandartsen werkzaam. Dit wordt mogelijkwijs voor een deel verklaard omdat opleidingen voor tandheelkunde zijn gevestigd in Amsterdam, Groningen

en Nijmegen. In de provincie Flevoland zijn relatief weinig tandartsen werkzaam.

3.2.1.2 Mondhygiënist

Figuur 3.2. Aantal inwoners per mondhygiënist in 2012



Bron: ledenbestand NVM, peildatum: 1 januari 2012; CBS bevolkingsgegevens per postcode, peildatum: 1 januari 2012.

Tabel 3.4. Aantal inwoners per mondhygiënist

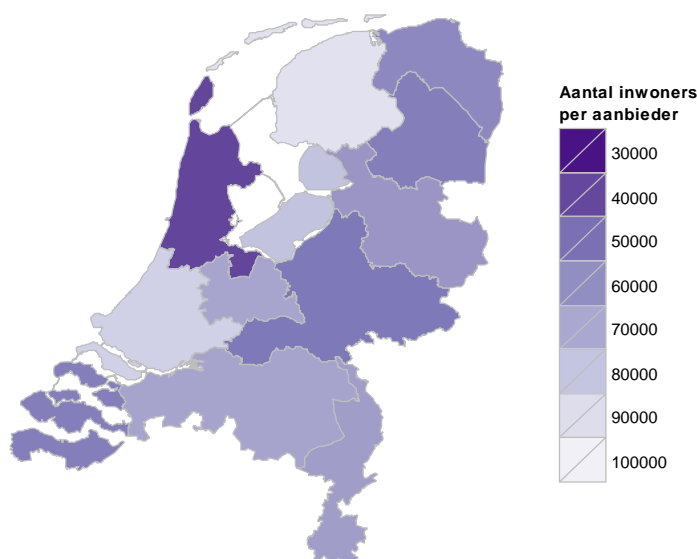
Regio	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Groningen	9.722	9.887	9.568	9.153	9.047	8.540
Friesland	9.730	9.188	9.345	9.646	9.117	8.193
Drenthe	11.050	10.847	10.887	10.446	10.456	10.223
Overijssel	11.751	11.429	10.518	10.003	9.076	8.751
Flevoland	13.372	12.623	11.278	11.754	10.594	9.197
Gelderland	9.607	9.402	9.175	9.128	8.990	8.481
Utrecht	5.752	5.640	5.658	5.524	5.461	5.498
Noord-Holland	6.266	6.253	6.084	5.667	5.631	5.428
Zuid-Holland	10.865	10.750	10.150	9.578	9.188	8.746
Zeeland	16.543	16.547	14.653	11.919	11.562	11.217
Noord-Brabant	11.411	11.123	10.404	10.100	9.261	8.674
Limburg	12.127	11.828	11.573	11.227	10.492	10.209
Nederland	9.252	9.099	8.764	8.397	8.089	7.733

Bron: ledenbestand NVM, peildatum: elk jaar 1 januari; CBS bevolkingsgegevens per postcode, peildatum: elk jaar 1 januari.

Uit bovenstaande figuur en tabel volgt dat inwoners van de provincies Noord-Holland en Utrecht de meeste mondhygiënisten tot hun beschikking hebben. In de provincies Zeeland, Limburg en Drenthe zijn relatief weinig mondhygiënisten werkzaam.

3.2.1.3 Orthodontist

Figuur 3.3. Aantal inwoners per orthodontist in 2012



Bron: Orthodontistenregister (NMT), peildatum: 15 januari 2012; CBS bevolkingsgegevens per postcode, peildatum: 1 januari 2012

Tabel 3.5. Aantal inwoners per orthodontist

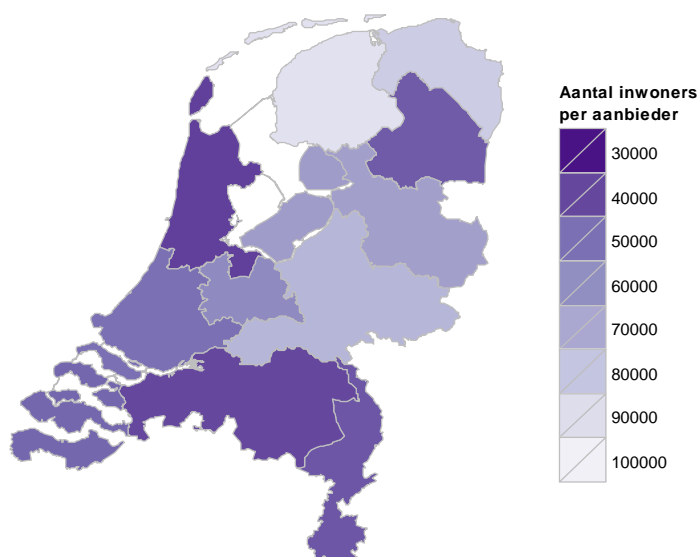
Regio	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Groningen	63.735	71.682	71.762	64.074	82.719	58.075
Friesland	91.744	91.884	107.469	80.788	92.469	92.468
Drenthe	54.022	48.814	54.435	61.373	61.426	54.522
Overijssel	48.538	56.000	75.029	66.491	63.026	63.199
Flevoland	93.606	94.672	95.862	77.576	78.393	79.093
Gelderland	58.208	55.107	56.887	52.604	57.276	52.892
Utrecht	51.765	60.068	67.271	64.258	68.266	68.721
Noord-Holland	39.592	41.685	43.384	43.050	40.171	39.253
Zuid-Holland	70.512	84.425	91.620	87.640	88.208	84.545
Zeeland	54.357	47.573	54.426	54.487	54.504	54.480
Noord-Brabant	69.115	65.536	67.627	69.833	70.120	68.432
Limburg	62.656	59.142	66.036	66.041	66.037	66.058
Nederland	57.599	60.093	64.905	62.547	63.090	60.601

Bron: Orthodontistenregister (NMT), peildatum: elk jaar 15 januari; CBS bevolkingsgegevens per postcode, peildatum: elk jaar 1 januari

Uit bovenstaande figuur en tabel volgt dat inwoners van Noord-Holland momenteel de meeste orthodontisten tot hun beschikking hebben. Ook in de provincies Gelderland, Drenthe en Zeeland zijn relatief veel orthodontisten werkzaam. In de provincies Friesland, Zuid-Holland en Flevoland zijn relatief weinig orthodontisten werkzaam.

3.2.1.4 Tandprotheticus

Figuur 3.4. Aantal inwoners per tandprotheticus in 2012



Bron: Ledenbestand van ONT, peildatum: 1 januari 2011; CBS bevolkingsgegevens per postcode, peildatum: 1 januari 2011.

Tabel 3.6. Aantal inwoners per tandprotheticus

Regio	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Groningen	114.808	114.723	114.692	82.013	82.381	82.719	82.964
Friesland	80.279	80.276	91.884	92.116	92.329	92.469	92.468
Drenthe	80.747	54022	54.237	44.538	49.098	49.141	44.609
Overijssel	65.502	65.669	65.882	70.340	70.647	66.733	66.916
Flevoland	61.776	62.404	63.115	63.908	64.647	65.328	65.911
Gelderland	89.805	86.046	86.255	86.568	83.289	83.528	74.441
Utrecht	65.558	62.663	60.068	52.646	55.496	53.426	58.904
Noord-Holland	42.731	41.477	40.403	40.098	40.441	40.780	38.147
Zuid-Holland	54.903	53.155	53.253	50.457	50.080	50.405	50.012
Zeeland	42.243	42.277	42.287	42.332	42.379	42.392	47.670
Noord-Brabant	49.305	48.381	45.751	41.975	41.426	42.314	39.735
Limburg	66.585	56.390	53.510	51.027	48.813	44.905	43.192
Nederland	58.129	55.639	54.685	52.006	51.959	51.726	50.078

Bron: Ledenbestand van ONT, peildatum: 1 januari van het betreffende jaar; CBS bevolkingsgegevens per postcode, peildatum: 1 januari van het betreffende jaar.

Uit bovenstaande figuur en tabel volgt dat er relatief veel tandprotheticici werkzaam zijn in Noord-Holland en Noord-Brabant. In de provincies Friesland en Groningen zijn relatief weinig tandprotheticici werkzaam.

3.2.2 Reistijd van patiënt tot aanbieder

De reistijd van patiënt tot aanbieder is een indicator om te bepalen in hoeverre er voldoende aanbod van mondzorg is. Daarnaast is het ook een indicator voor de spreiding van het aanbod. In regio's met een relatief grote reistijd, is er minder keuze voor een patiënt. Aan de andere kant kunnen deze regio's juist interessant zijn voor toetreders. In de paragraaf maakt de NZa reistijd naar de dichtstbijzijnde mondzorgaanbieder inzichtelijk. Zij gebruikt hiervoor postcodegegevens

van zowel mondzorgaanbieders als potentiële patiënten. De reistijd wordt uitgedrukt in het aantal minuten dat men per auto zou moeten reizen.

Tabel 3.7. Reistijd patiënt naar dichtstbijzijnde tandarts

	Jaar	2 min	5 min	10 min	15 min	20 min	25 min	30 min
Percentage bevolking dat binnen deze reistijd een tandarts kan bereiken	2006	58,0%	89,4%	98,3%	99,8%	100,0%	100,0%	100,0%
	2008	57,6%	89,4%	98,4%	99,9%	100,0%	100,0%	100,0%
	2011	57,1%	88,9%	98,1%	99,8%	100,0%	100,0%	100,0%

Bron: NMT-tandartsenbestand, peildatum: elk jaar 15 januari; CBS bevolkingsgegevens per postcode, peildatum: elk jaar 1 januari.

Uit bovenstaande tabel blijkt dat de gemiddelde reistijd naar de dichtstbijzijnde tandarts min of meer gelijk blijft.

Tabel 3.8. Reistijd patiënt naar dichtstbijzijnde mondhygiënist

	Jaar	2 min	5 min	10 min	15 min	20 min	25 min	30 min
Percentage bevolking dat binnen deze reistijd een mondhygiënist kan bereiken	2007	26,0%	64,5%	89,1%	96,7%	99,1%	99,6%	99,8%
	2008	26,3%	65,0%	89,3%	96,8%	99,2%	99,7%	99,9%
	2009	27,3%	66,2%	89,6%	97,0%	99,3%	99,8%	99,9%
	2010	27,7%	66,4%	89,5%	96,9%	99,3%	99,9%	100,0%
	2011	28,6%	67,8%	89,6%	97,0%	99,3%	99,9%	100,0%
	2012	30,2%	69,4%	90,5%	97,3%	99,4%	99,9%	100,0%

Bron: NVM-ledenbestand, peildatum elk jaar 1 januari, CBS bevolkingsgegevens per postcode, peildatum: elk jaar 1 januari.

Uit bovenstaande tabel blijkt dat de gemiddelde reistijd naar de dichtstbijzijnde mondhygiënist afneemt. Dit wordt vermoedelijk veroorzaakt door de groei van het aantal mondhygiënisten.

Tabel 3.9. Reistijd patiënt naar dichtstbijzijnde orthodontist

	Jaar	2 min	5 min	10 min	15 min	20 min	25 min	30 min
Percentage bevolking dat binnen deze reistijd een orthodontist kan bereiken	2007	6,0%	26,1%	57,0%	78,2%	90,6%	96,5%	98,7%
	2008	6,0%	26,0%	56,7%	77,7%	90,4%	96,3%	98,5%
	2009	6,2%	27,3%	59,7%	79,7%	91,2%	96,6%	98,7%
	2010	6,4%	27,9%	59,7%	79,5%	91,1%	96,9%	98,9%
	2011	6,5%	28,0%	60,6%	80,7%	91,8%	97,0%	98,9%
	2012	7,1%	29,2%	61,1%	80,8%	92,0%	97,2%	99,1%

Bron: Orthodontistenregister (NMT), peildatum: elk jaar 15 januari; CBS bevolkingsgegevens per postcode, peildatum: elk jaar 1 januari.

In de bovenstaande tabel is evenals in de eerdere tabellen gecorrigeerd voor de tijdelijke uitschrijving van orthodontisten. Uit bovenstaande tabel blijkt dat de gemiddelde reistijd naar de dichtstbijzijnde orthodontist afneemt. Dit wordt vermoedelijk veroorzaakt door de groei van het aantal orthodontisten.

Tabel 3.10. Reistijd patiënt naar dichtstbijzijnde tandprotheticus

	Jaar	2 min	5 min	10 min	15 min	20 min	25 min	30 min
Percentage bevolking dat binnen deze reistijd een tandprotheticus kan bereiken	2006	6,6%	27,5%	60,7%	78,9%	90,2%	96,3%	98,7%
	2007	6,9%	28,8%	61,4%	79,4%	90,6%	96,5%	98,8%
	2008	7,1%	29,3%	61,9%	79,8%	90,7%	96,5%	98,8%
	2009	7,5%	30,3%	62,9%	80,3%	90,9%	96,6%	98,8%
	2010	7,5%	30,5%	62,8%	80,1%	91,0%	96,8%	99,1%
	2011	7,6%	30,5%	62,7%	80,1%	91,0%	96,8%	99,1%
	2012	7,7%	31,3%	64,3%	81,1%	91,4%	96,7%	98,9%

Bron: Ledenbestand van ONT, peildatum: elk jaar 1 januari; CBS bevolkingsgegevens per postcode, peildatum: elk jaar 1 januari.

Uit bovenstaande tabel blijkt dat de gemiddelde reistijd naar de dichtstbijzijnde tandprotheticus afneemt. Dit wordt vermoedelijk veroorzaakt door de groei van het aantal tandprothetici.

3.3 Toetreding en uittreding

In paragraaf 3.1 en 3.2 is het aantal werkzame mondzorgaanbieders vermeld. Hieruit is nog niet het aantal toe- en uitreders af te leiden. De NZa heeft het Capaciteitsorgaan verzocht toe- en uittreding inzichtelijk te maken. Toetreding bestaat uit toetreding vanuit de opleiding en toetreding vanuit het buitenland. Uittreding bestaat uit het aantal actieve mondzorgaanbieders dat niet langer actief is.

Tabel 3.11. Aantal toe- en uitreders

		2006	2007	2008	2009	2010	2011
Tandartsen*	Toetreders	297	297	297	297	297	287
	Uitreders	181	181	181	181	181	284
Mondhygiënist	Toetreders	116	146	180	208	180	180
	Uitreders	58	4	75	107	67	68
Orthodontisten**	Toetreders	19	18	6	18	14	9
	Uitreders	16	17	6	17	13	8
Tandprothetici	Toetreders	16	8	18	9	5	22
	Uitreders	3	2	1	7	2	10

Bron: Aantallen tandartsen, mondhygiënist en orthodontisten 2006-2020, Capaciteitsorgaan (tandarts, mondhygiënist, orthodontist) en ledenbestand ONT (tandprotheticus).

* Het betreft hier de geëxtrapoleerde gemiddelden van de totale in- en uitstroom voor 2006 t/m 2010 inclusief een waarschijnlijk bevonden deel van de buitenlandse instroom. Voor 2011 betreft het een raming waarbij rekening wordt gehouden met een buitenlandse instroom van 90 tandartsen.

** Het Capaciteitsorgaan heeft een correctie toegepast voor tijdelijke in- en uitschrijvingen vanwege tariefsverlagingen voor orthodontisten.

Uit de bovenstaande tabel blijkt dat op basis van de geëxtrapoleerde gemiddelden er meer toetredende dan uittredende tandartsen zijn. Uit tabel 3.1 bleek echter dat het aantal werkzame tandartsen aan het dalen is. Het Capaciteitsorgaan verwacht dat het aantal toetredende tandartsen vanaf 2012 kleiner zal zijn dan het aantal uittredende tandartsen. Het aantal mondhygiënist, orthodontisten en tandprothetici neemt tot op heden jaarlijks toe.

3.4 Praktijksamenstelling

Naar aanleiding van de start van het experiment vrije prijsvorming in de mondzorg, hebben de NZa en de NMT besloten samen te werken in de onderzoeksactiviteiten rondom het onderzoek naar de werk- en praktijksituatie van tandartsen.

Dit onderzoek heeft onder andere geleid tot een 0-meting rond een aantal zaken met betrekking tot samenstelling van het tandheelkundig team in praktijken. Op basis hiervan heeft de NMT een indeling gemaakt naar typologie van de tandartspraktijk.

Tabel 3.12. Typologie tandartsenpraktijk

Praktijktype	Omschrijving
I: 1 praktijkhouder, 0 tandarts-praktijkmedewerkers	1 praktijkhouder zonder tandarts-praktijkmedewerkers in loondienst
II: 1 praktijkhouder, 1+ tandarts-praktijkmedewerkers	1 praktijkhouder met 1 of meerdere tandarts-praktijkmedewerkers in loondienst
III: 2+ praktijkhouders, 0 tandarts_praktijkmedewerkers	2 of meerdere praktijkhouders zonder tandarts-praktijkmedewerkers in loondienst
IV: 2+ praktijkhouders, 1+ tandarts-praktijkmedewerkers	2 of meerdere praktijkhouders met 1 of meerdere tandarts-praktijkmedewerkers in loondienst

Bron: Praktijksituatie en werkdruk van tandartsen in 2011, NMT/NZa

Een tandheelkundig team kan bestaan uit praktijkhouders, tandarts-praktijkmedewerkers, praktijkmedewerkers en ondersteunende medewerkers. Een praktijkhouder is een eigenaar van een tandartspraktijk. Dit is in de meeste gevallen een tandarts. Er zijn meerdere organisatievormen waarbij een tandartspraktijk meerdere praktijkhouders kent. Dit varieert van het volledig samenwerken en delen van het bedrijfsresultaat tot het enkel delen van de huisvestingskosten. Iedere tandartspraktijk heeft één of meerdere praktijkhouder(s).

Een praktijkhouder kan er ook voor kiezen om een collega tandarts in loondienst te nemen. In dat geval is er sprake van een tandarts-praktijkmedewerker.

Daarnaast kan een praktijkhouder ook praktijkmedewerkers in dienst nemen. Praktijkmedewerkers zijn medewerkers die de tandarts assisteren bij het uitvoeren van mondzorg of een deel van de behandeling van de tandarts overnemen. Er zijn verschillende soorten praktijkmedewerkers zoals bijvoorbeeld tandartsassistenten, preventieassistenten, mondhygiënisten, orthodontisten, kindertandverzorgenden, tandtechnici en tandprothetic.

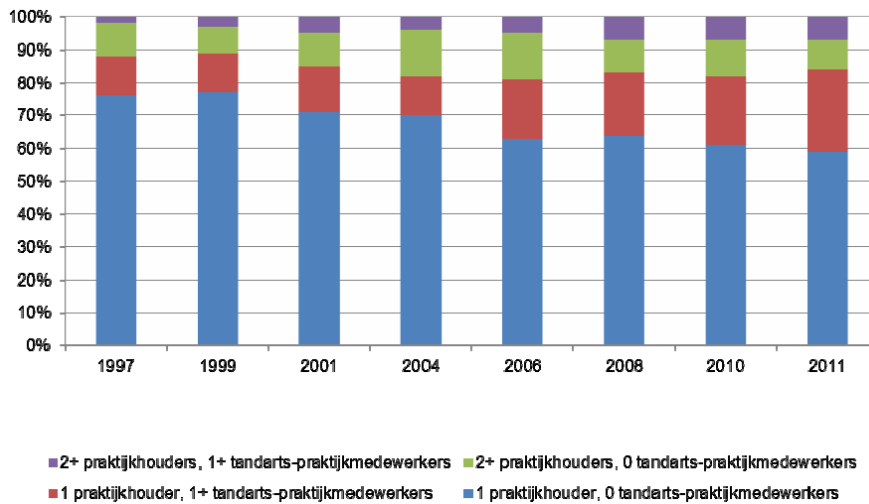
Daarnaast kan een praktijkhouder ook een aantal ondersteunende medewerkers in dienst nemen. Dit zijn medewerkers die niet direct betrokken zijn bij het leveren van mondzorg zoals bijvoorbeeld praktijkmanagers, secretaresses en schoonmakers.

Tabel 3.13. Praktijktype van tandartsen, op basis van samenwerking met collega's

Praktijktype	1997	1999	2001	2004	2006	2008	2010	2011
I: 1 praktijkhouder, 0 tandarts-praktijkmedewerkers	76%	77%	71%	70%	63%	64%	61%	59%
II: 1 praktijkhouder, 1+ tandarts-praktijkmedewerkers	12%	12%	14%	12%	18%	19%	21%	25%
III: 2+ praktijkhouders, 0 tandarts-praktijkmedewerkers	10%	8%	10%	14%	14%	10%	11%	9%
IV: 2+ praktijkhouders, 1+ tandarts-praktijkmedewerkers	2%	3%	5%	4%	5%	7%	7%	7%
n	555	526	404	373	424	436	474	487

Bron: Praktijksituatie en werkdruk van tandartsen in 2011, NMT/NZa

Figuur 3.5. Praktijktype van tandartsen, op basis van samenwerking met collega's



Bron: Praktijksituatie en werkdruk van tandartsen in 2011, NMT/NZa

Uit bovenstaande tabel en figuur blijkt dat de praktijksamenstelling verandert door de jaren heen. Er is een toename van het aantal tandartspraktijken met een tandarts-praktijkmedewerker in loondienst.

Een tandarts kan zowel tandarts-praktijkmedewerkers als praktijkmedewerkers in dienst nemen. Onderstaande tabel laat zien in welke mate beiden worden ingezet in 2011.

Tabel 3.14. Inzet tandarts-praktijkmedewerkers en praktijkmedewerkers naar praktijktype van tandartsen op basis van 'samenwerking met collega's' in 2011

	I	II	III	IV	gemiddeld	n
aantal tandarts praktijkhouders *	1,0	1,0	2,1	2,5	1,2	487
aantal uren per week van alle tandarts-praktijkhouders in een praktijk *	40,3	40,7	73,3	81,6	46,2	468
aantal uren per week per tandarts-praktijkhouder *	40,3	40,7	35,2	33,7	39,5	468
aantal tandarts-praktijkmedewerkers *		1,5		2,5	0,6	487
aantal uren per week van alle tandarts-praktijkmedewerkers in een praktijk *		29,2		46,6	10,3	482
aantal uren per week per tandarts-praktijkmedewerker		19,6		17,7	19,2	150
aantal tandartsen (totaal) *	1,0	2,5	2,1	5,1	1,8	487
aantal uren per week tandartsen (totaal) *	40,3	69,4	73,3	131,5	56,5	463
aantal uren per week per tandarts (totaal) *	40,3	28,2	35,2	26,2	35,9	463
aantal tandarts- en/of preventieassistenten *	2,4	4,3	4,2	7,1	3,4	478
aantal uren per week van alle tandarts-en/of preventieassistenten in een praktijk *	50,6	98,3	99,5	170,7	75,2	466
aantal uren per week per tandarts- en/of preventieassistent	22,5	23,3	23,9	23,2	22,9	455
aantal mondhygiënisten *	0,3	0,9	0,5	1,4	0,6	478
aantal uren per week van alle mondhygiënisten in een praktijk *	4,6	17,7	8,9	24,5	9,6	475
aantal uren per week per mondhygiënist *	14,2	20,0	17,3	16,6	17,2	172
I	1 praktijkhouder, 0 tandarts-praktijkmedewerkers					
II	1 praktijkhouder, 1+ tandarts-praktijkmedewerkers					
III	2+ praktijkhouders, 0 tandarts-praktijkmedewerkers					
IV	2+ praktijkhouders, 1+ tandarts-praktijkmedewerkers					
*	verschillen zijn statistisch significant (p < 0,05)					

Bron: Praktijksituatie en werkdruk van tandartsen in 2011, NMT/NZa

Uit bovenstaande tabel blijkt dat tandarts praktijkhouders gemiddeld minder uren per week werken als zij een tandartspraktijk hebben met minimaal één andere tandarts praktijkhouder. Tandarts-praktijkmedewerkers werken gemiddeld 19,2 uur per week. Dit is ongeveer de helft van het aantal uren dat een tandarts praktijkhouder werkt.

Tandarts- en preventieassistenten werken gemiddeld 22 tot 24 uur per week. Mondhygiënisten werken gemiddeld 14 tot 20 uur per week.

Naast de inzet van praktijkmedewerkers is tevens een aantal algemene praktijkkenmerken per praktijktype van tandartsen inzichtelijk gemaakt.

Tabel 3.15. Algemene praktijkkenmerken naar praktijktype van tandartsen op basis van 'samenwerking met collega's' in 2011

	I	II	III	IV	gemiddeld
aantal patiënten in de praktijk *	2.133	3.751	3.554	6.053	2.920
aantal patiënten per tandarts in de praktijk *	2.133	1.514	1.689	1.283	1.887
aantal patiënten per week in de praktijk *	107	191	197	309	149
aantal behandelstoelen in de praktijk *	1,8	3,3	3,1	4,9	2,5
oppervlakte (in m ²) van de praktijkruimte *	104	190	173	281	144
aantal patiënten aangemeld in 4 weken voor enquête *	10,8	18,5	14,6	33,3	15,0
aantal patiënten aangenomen in 4 weken voor enquête *	5,8	15,2	9,7	25,7	9,9
percentage van de aangemelde patiënten dat is aangenomen *	55,7	74,2	71,3	74,9	63,2
n = 437 - 480					
I 1 praktijkhouder, 0 tandarts-praktijkmedewerkers					
II 1 praktijkhouder, 1+ tandarts-praktijkmedewerkers					
III 2+ praktijkhouders, 0 tandarts-praktijkmedewerkers					
IV 2+ praktijkhouders, 1+ tandarts-praktijkmedewerkers					
* verschillen zijn statistisch significant (p < 0,05)					

Bron: Praktijksituatie en werkdruk van tandartsen in 2011, NMT/NZa

Uit bovenstaande tabel blijkt dat er meer patiënten en behandelstoelen zijn in een praktijk wanneer er meer tandarts praktijkhouders of tandarts-praktijkmedewerkers aanwezig zijn. Het is tevens zo dat de zelfstandige praktijkhouder zonder tandarts-praktijkmedewerkers meer patiënten in zijn praktijk heeft dan een tandarts die werkt in één van de drie andere organisatievormen.

Het onderzoek heeft zicht gericht op de tandarts. Eenzelfde uitgebreid onderzoek voor mondhygiënist, orthodontisten en tandprotheticici is momenteel niet voor handen. Er is echter wel enige informatie bekend.

Voor mondhygiënisten geldt dat ongeveer 3/5 in loondienst is. Dit zijn de mondhygiënisten die in het NMT-onderzoek als praktijkmedewerker worden genoemd. Voor ongeveer 2/5 van de mondhygiënisten geldt dat zij als vrijgevestigde actief zijn. Voor deze groep is niet onderzocht hoe de praktijksamenstelling eruit ziet.

Voor orthodontisten werkt de NMT aan eenzelfde onderzoek als dat zij voor de tandartsen hebben uitgevoerd. Uit de eerste resultaten blijkt dat ook voor orthodontisten een indeling kan worden gemaakt op basis van het aantal praktijkhouders en het aantal orthodontist-praktijkmedewerkers. Hieruit blijkt dat ongeveer 70% van de orthodontist-praktijkhouders zelfstandig werkt zonder mede-praktijkhouder of orthodontist-praktijkmedewerkers.

Voor tandprotheticici beschikt de NZa momenteel niet over informatie over de praktijksamenstelling.

4. Marktgedrag

Dit hoofdstuk beschrijft het gedrag van zorgverzekeraars bij de zorginkoop en het overstapgedrag van consumenten. De NZa brengt in kaart in hoeverre verzekeraars contracten afsluiten met mondzorgaanbieders. Daarnaast heeft Motivaction in opdracht van de NZa onderzocht welke motieven consumenten hebben om over te stappen naar een andere mondzorgaanbieder.

4.1 Zorginkoop en contractering

Zorgverzekeraars maken contractafspraken met mondzorgaanbieders. De wijze waarop zorgverzekeraars contracteren verschilt. Sommige zorgverzekeraars contracteren (voornamelijk) op zorgverlenerniveau, andere verzekeraars sluiten overeenkomsten met (vooral) praktijken. In het laatste geval vallen onder één overeenkomst meerdere zorgverleners.

In de tabel hieronder is het totaal aantal overeenkomsten over de zorgverzekeraars per categorie weergegeven²¹. Onder de tandheilkundige centra vallen centra voor mondzorg, instellingen voor jeugd tandverzorging en instellingen voor bijzondere tandheilkunde.

In tabel 4.1 is het aantal overeenkomsten genoemd. Dat betekent dat de verzekeraar een prijsafpraak met een mondzorgaanbieder heeft gemaakt. Een zorgverzekeraar kan daarnaast ook afspraken maken over de kwaliteit. In tabel 4.1 is tussen haakjes weergegeven bij hoeveel van de overeenkomsten ook kwaliteitsafspraken zijn gemaakt.

Tabel 4.1. Totaal aantal overeenkomsten afgesloten door zorgverzekeraars met mondzorgaanbieders

	2009	2010	2011	2012*
Tandartsen	5.769 (2.176)	4.662 (721)	4.305 (796)	2.539 (1.595)
Mondhygiënisten	1.054 (513)	1.249 (837)	790 (416)	564 (449)
Orthodontisten	181 (28)	35 (5)	35 (6)	14 (8)
Tandprotheticen	1.134 (434)	1.727 (951)	1.754 (966)	1.413 (1.090)
Tandheilkundige centra	324 (92)	502 (121)	507 (137)	183 (151)

Bron: Contracteergegevens van zorgverzekeraars Achmea, Agis, ASR, CZ, De Friesland, DSW, Eno, Menzis, ONVZ, VGZ en Z&Z (2009 tot en met 2012)

* Op 1 maart 2012

Uit bovenstaande tabel blijkt dat het aantal overeenkomsten dat is gesloten in 2012 voor alle categorieën mondzorgaanbieders lager ligt dan in voorgaande jaren. Hierbij moet worden opgemerkt dat het hier gaat om de op 1 maart 2012 gesloten overeenkomsten. Lopende het jaar worden er nog overeenkomsten gesloten waardoor het totaal aantal overeenkomsten voor 2012 hoger zal uitvallen. Wat reeds wel te zien is bij de in 2012 gesloten overeenkomsten is dat het aandeel

²¹ Overeenkomsten waarbij uitsluitend afspraken zijn gemaakt over de wijze van declareren ('declaratieovereenkomsten'), zijn buiten beschouwing gelaten.

overeenkomsten met kwaliteitsafspraken stijgt ten opzichte van voorgaande jaren.

Voor de periode 2009-2011 is het aantal overeenkomsten met tandartsen, mondhygiënisten en orthodontisten gedaald. Voor diezelfde periode is het aantal overeenkomsten met tandprothetici en tandheelkundige centra gestegen.

Het aantal overeenkomsten per zorgverzekeraar verschilt sterk. Om dit toe te lichten maakt de NZa per verzekeraar inzichtelijk of deze verzekeraar meer of minder dan 10% van de verzekerdenpopulatie in Nederland vertegenwoordigt. Daarnaast wordt per verzekeraar het aantal contracten en de stijging of daling van het aantal contracten in 2012 ten opzichte van 2011 weergegeven. Het gaat hier om een optelling van de alle contracten van de vijf verschillende categorieën in tabel 4.1. In onderstaande tabel zijn alle verzekeraars geanonimiseerd.

Tabel 4.2. Aantal contracten per verzekeraar

Verzekeraar*	Marktaandeel	Aantal contracten **	Stijging / Daling aantal contracten 2012 t.o.v. 2011
A	Meer dan 10%	1117	- (50 - 75%)
B	Meer dan 10%	957	+ (50 - 75%)
C	Meer dan 10%	916	- (25 - 50%)
D	Meer dan 10%	877	+ (0 - 25%)
E	Minder dan 10%	359	2012 begonnen met contracteren
F	Minder dan 10%	278	- (0 - 25%)
G	Minder dan 10%	107	+ (100 - 150%)
H	Minder dan 10%	96	- (25 - 50%)
I	Minder dan 10%	6	2012 begonnen met contracteren
J	Minder dan 10%	0	2012 begonnen met contracteren

Bron: Contracteergegevens van zorgverzekeraars Achmea, Agis, ASR, CZ, De Friesland, DSW, Eno, Menzis, ONVZ, VGZ en Z&Z (2009 tot en met 2012)

* Elke letter staat voor één van de aanbieders waarvan de NZa contracteergegevens heeft ontvangen.

** Op 1 maart 2012

Er zijn in Nederland vier verzekeraars met een marktaandeel van meer dan 10%. Zij hadden allen tussen de 877 en 1117 contracten afgesloten op 1 maart 2012. Het aantal afgesloten contracten in vergelijking met 2011 verschilt echter tussen de verschillende verzekeraars. Verzekeraar A heeft een afname van 50 tot 75% in het aantal afgesloten contracten ten opzichte van 2011. Verzekeraar B heeft in 2012 minder contracten afgesloten dan verzekeraar A, maar verzekeraar B heeft in 2012 50 tot 75% meer contracten afgesloten dan in 2011.

Er zijn in Nederland zes verzekeraars met een marktaandeel van minder dan 10%. Van deze zes verzekeraars sloten er drie in 2011 nog geen inhoudelijke contracten. Verzekeraar E is in 2012 begonnen met contracteren. Zij heeft 359 contracten afgesloten op 1 maart 2012. Van de verzekeraars die in 2011 nog geen contracten hadden afgesloten had verzekeraar I op 1 maart 2012 6 contracten afgesloten en had verzekeraar J op 1 maart 2012 nog geen enkel contract afgesloten.

De drie verzekeraars met een marktaandeel van minder dan 10% die in 2011 reeds contracten afsloten verschillen ook van elkaar. Verzekeraar G

ziet het aantal afgesloten contracten toenemen met 100 tot 150% terwijl verzekeraars F en H het aantal afgesloten contracten juist zien dalen.

De NZa heeft niet gevraagd waarom de ene verzekeraar meer contracten afsluit in 2012 ten opzichte van 2011 daar waar de andere verzekeraar juist minder contracten afsluit. Het is op basis van deze tabel echter wel duidelijk dat een aantal verzekeraars op 1 maart 2012 reeds veel meer contracten heeft afgesloten dan in 2011. Dit betreft zowel verzekeraars met een marktaandeel van meer dan 10% als verzekeraars met een marktaandeel van minder dan 10%.

De mate van contractering kan gerelateerd zijn aan het soort polis dat een verzekeraar heeft afgesloten. Zorgverzekeraars kunnen verschillende soorten polissen aanbieden: een naturapolis of een restitutiepolis (al dan niet met gecontracteerd aanbod) of een combinatie van natura en restitutie. Een verzekerde met een naturapolis heeft recht op zorg. Het is aan de verzekeraar om voldoende zorg te contracteren voor haar naturaverzekerden. Een verzekerde met een restitutiepolis heeft recht op een vergoeding van de gemaakte kosten van zorg. Een verzekeraar bepaalt in dit geval enkel de hoogte van de vergoeding en heeft minder belang bij het voldoende contracteren van zorg. De verhouding tussen het aantal natura- en restitutiepolissen kan hiermee van invloed zijn op de noodzaak om een contract af te sluiten voor een verzekeraar en daarmee ook indirect op het aantal afgesloten contracten.

In de vorige tabellen is het aantal overeenkomsten vanuit de zorgverzekeraar gezien. Mondzorgaanbieders kunnen echter met meerdere zorgverzekeraars een overeenkomst sluiten. In tabel 4.3 wordt daarom het aantal mondzorgaanbieders weergegeven dat minimaal één overeenkomst heeft. De aantallen in tabel 4.3 liggen lager dan de aantallen in tabel 4.1. Dit wordt verklaard om dat één aanbieder met meerdere verzekeraars een contract af kan sluiten. In tabel 4.3 is tussen haakjes weergegeven bij hoeveel van de overeenkomsten ook kwaliteitsafspraken zijn gemaakt.

Tabel 4.3. Aantal mondzorgaanbieders met minimaal één overeenkomst

Aantal inhoudelijke contracten	2009	2010	2011	2012*
Tandartsen	3.709 (2.128)	3.278 (588)	2.862 (738)	1.595 (1.111)
Mondhygiënisten	564 (468)	653 (613)	420 (388)	330 (307)
Orthodontisten	149 (30)	23 (5)	20 (6)	13 (9)
Tandprotheticici	466 (321)	500 (469)	507 (495)	494 (475)
Tandheelkundige centra	268 (102)	413 (105)	433 (137)	152 (141)

Bron: Contracteergegevens van zorgverzekeraars Achmea, Agis, ASR, CZ, De Friesland, DSW, Eno, Menzis, ONVZ, VGZ en Z&Z (2009 tot en met 2012)

*Op 1 maart 2012

Uit bovenstaande tabel blijkt dat het aantal overeenkomsten dat is gesloten in 2012 voor alle categorieën mondzorgaanbieders lager ligt dan in voorgaande jaren. Hierbij moet worden opgemerkt dat het hier gaat om de stand van zaken per 1 maart 2012. Lopende het jaar kunnen er nog overeenkomsten gesloten worden waardoor het totaal aantal overeenkomsten voor 2012 hoger uit kan vallen. Wat reeds wel te zien is

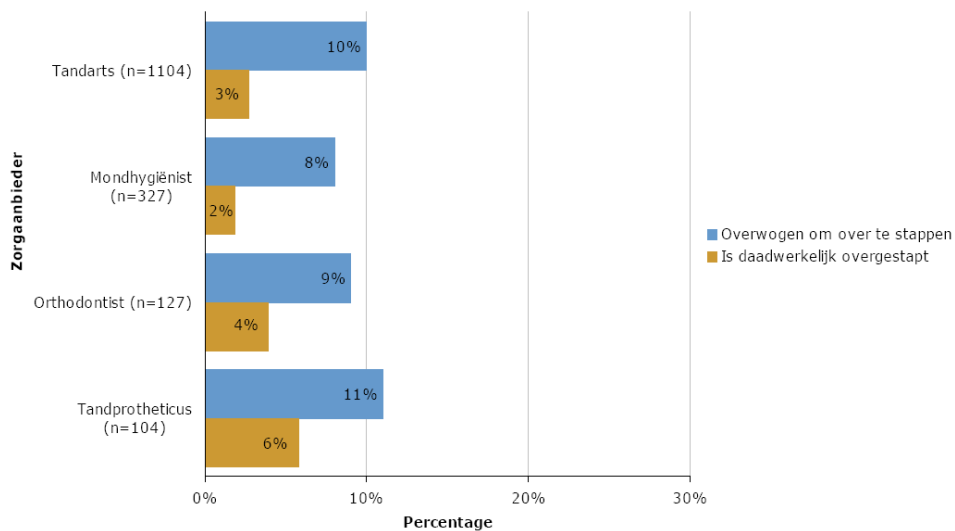
bij de in 2012 gesloten overeenkomsten is dat het aandeel overeenkomsten met kwaliteitsafspraken hoger is. Indien er voor 2012 een overeenkomst werd gesloten met een mondzorgaanbieder betrof dit in 70% van de gevallen of meer een overeenkomst waarin ook afspraken over kwaliteit waren opgenomen.

De aantallen in tabel 4.3 zijn lager dan de aantallen in tabel 4.1. Dit wordt verklaard doordat een mondzorgaanbieder met meer dan één verzekeraar een overeenkomst kan sluiten.

4.2 Overstapgedrag

De NZa heeft onderzoeksbureau Motivaction gevraagd via haar consumentenpanel onderzoek te doen naar de overwegingen om over te stappen van mondzorgaanbieder.

Figuur 4.1. Overstapgedrag



Bron: Consumentenpanel marktscan mondzorg, Motivaction

Uit het bovenstaande figuur blijkt dat 8 tot 11% van de respondenten heeft overwogen om over te stappen. 2 tot 6% is daadwerkelijk overgestapt. De informatie is opgevraagd eind 2011, toen er nog geen vrije tarieven voor de mondzorg waren.

Respondenten konden tevens aangeven waarom zij behoefte hadden om over te stappen en welke van de overwegingen voor hen het zwaarste wogen ('de top 3 vormen'). In onderstaande tabel is de top 3 van overwegingen om over te stappen aangegeven.

Tabel 4.4. Top 3 overwegingen om over te stappen

	Tandarts	Mondhygiënist	Orthodontist	Tandprotheticus
Nummer 1	Ontevredenheid behandeling	Prijzen	Ontevredenheid behandeling	Ontevredenheid behandeling
Nummer 2	Prijzen	Beter/passender alternatief	Ontevredenheid service	Prijzen en Verhuizing
Nummer 3	Verhuizing	Ontevredenheid service	Prijzen	
n	112	26	11	12

Bron: Consumentenpanel marktscan mondzorg, Motivaction

Uit de bovenstaande tabel blijkt dat ontevredenheid over de behandeling bij drie van de vier typen mondzorgaanbieders het zwaarst weegt om te overwegen om over te stappen.

Van de respondenten die hebben overwogen om over te stappen is slechts een deel daadwerkelijk overgestapt. Er zijn een aantal redenen waarom uiteindelijk toch niet tot een overstap is besloten.

Tabel 4.5. Redenen waarom consumenten toch niet zijn overgestapt*

	Tandarts	Mondhygiënist	Orthodontist	Tandprotheticus
Geen geschikt/ passend alternatief	34%	4	2	-
Te veel gedoe	23%	4	2	1
Was tevreden over zorgverlener	14%	6	2	1
Kon niet tijdig terecht bij geschikt/passend alternatief	7%	-	-	-
Wist niet dat het kon/mocht	2%	5	-	1
Anders	26%	5	3	1
Weet niet	7%	1	-	2
n	81	20	6	5

Bron: Consumentenpanel marktscan mondzorg, Motivaction

* Antwoorden van respondenten die overwogen hebben om over te stappen (meerdere antwoorden mogelijk). Vanwege de lage n zijn in de laatste 3 kolommen het aantal antwoorden weergegeven in plaats van percentages.

Uit de bovenstaande tabel blijkt dat het niet kunnen vinden van een geschikt/passend alternatief voor 34% van de respondenten de reden is om uiteindelijk niet over te stappen. Daarnaast geeft 23% aan dat zij het te veel gedoe vindt.

In het hoofdstuk over toegankelijkheid zal nader worden ingegaan op mogelijkheden die er zijn om daadwerkelijk over te stappen.

5. Kwaliteit

In de vorige twee hoofdstukken is de marktstructuur en het marktgedrag beschreven. Marktstructuur en –gedrag zijn van invloed op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van een markt.

Dit hoofdstuk geeft inzicht in het publieke belang kwaliteit. Kwaliteit van zorg is een breed begrip. In dit hoofdstuk worden de volgende twee aspecten onderscheiden:

- de kwaliteit van zorg op basis van indicatoren, certificeringen, richtlijnen en patiënttevredenheid;
- de transparantie van informatie op basis waarvan consumenten een keuze kunnen maken voor een zorgaanbieder.

5.1 Kwaliteit van zorg

5.1.1 Ontwikkeling kwaliteitsindicatoren

De stuurgroep Zichtbare Zorg Mondzorg is in 2008 opgericht om de kwaliteit van mondzorg inzichtelijk te maken. De stuurgroep, bestaande uit ANT, Consumentenbond, IGZ, NMT, NVIJ, NPCF, NVM, ONT, SRI en ZN²² heeft als doel het ontwikkelen, implementeren en borgen van kwaliteitsinformatie over mondzorg zodat deze inzichtelijk is voor cliënten, zorgaanbieders, toezichthouders en zorgverzekeraars. In 2009 hebben zij, op basis van onderzoek van TNO naar kwaliteitsaspecten binnen de mondzorg, een visiedocument²³ opgesteld waarin zij de volgende vijf kwaliteitsdomeinen voor mondzorg hebben geformuleerd:

- doeltreffendheid en doelmatigheid van curatieve en preventieve zorg;
- deskundigheid;
- patiëntgerichtheid;
- communicatie;
- organisatie.

Deze informatie wordt op volgende drie niveaus ontwikkeld:

- *Niveau 1: zorginhoudelijke informatie*

Hierbij gaat het om veiligheid, effectiviteit, cliëntgerichtheid en doelmatigheid van de zorg.

- *Niveau 2: etalage-informatie*

Hierbij gaat het om informatie die de patiënt nodig heeft om te kunnen kiezen tussen zorgverleners.

- *Niveau 3: cliëntervaringindicatoren*

Hierbij gaat het over hoe de patiënt de zorg ervaren heeft

²² Associatie Nederlandse Tandartsen Consumentenbond (ANT), Consumentenbond, Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT), Nederlandse Vereniging van Instellingen voor Jeugd tandverzorging (NVIJ), Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF), Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist (NVM), Organisatie van Nederlandse Tandprothetici (ONT), Samenwerkende Regionale Instellingen voor Jeugd tandverzorging (SRI), Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is toevoerder.

²³ 'Laten zien wat je doet!' Visiedocument Zichtbare Zorg Mondzorg opgesteld door TNO 'kwaliteit van Leven' 7 juli 2009

Ad niveau 1: zorginhoudelijke informatie

In het voorjaar van 2011 heeft de stuurgroep een set met 18 zorginhoudelijke informatie indicatoren op hoofdlijnen vastgesteld. Deze indicatoren zijn vervolgens door Regioplan Beleidsonderzoek in opdracht van de stuurgroep, verder uitgewerkt in meetbare en bruikbare indicatoren en door middel van een pilot getoetst op validiteit, betrouwbaarheid en haalbaarheid.

Dit heeft geleid tot een aangepaste set indicatoren²⁴ die in april 2012 is vastgesteld. De indicatoren zijn per beroepsgroep (tandartsen, tandprotheticen en mondhygiënist) waar nodig gespecificeerd. Voor de mondzorgverleners zijn de volgende (overwegend proces) indicatoren vastgesteld:

- Wijze oproepen voor periodieke controle/mondonderzoek.
- Gemiddeld aantal röntgenfoto's per periodieke controle per jaar.
- Vastleggen reden voor restauratie vastgelegd.
- DPSI-score vastleggen, actualiseren en opvolgen.
- Hygiene: Aantal in de praktijk aanwezige hand en hoekstukken etc.
- Garantie op eigen restauraties.
- Inschrijving in KRT/KRM/KRTp, aangesloten bij Stichting Garantiefonds Mondzorg.
- Taakdelegatie t.a.v. voorbehouden handelingen.
- Implantologie: eisen NVOI, aantal protheses gedurende meetperiode.
- Opleidingsniveau tandartsassistenten en preventieassistenten.
- Vastleggen en actualiseren gegevens in patiëntendossier.
- Patiëntervaringen met betrekking tot de geleverde zorg.

De eerste landelijke meting van deze indicatoren is in mei 2012 gestart. De eerste openbare kwaliteitsinformatie wordt september 2012 verwacht.

Met betrekking tot de doorontwikkelagenda 2013-2014 heeft Regioplan de stuurgroep het volgende geadviseerd:

- verbeter de registratie;
- automatiseer de aanvraag;
- opnemen van meer uitkomst gerelateerde indicatoren;
- ontwikkeling van kwaliteitsnormen;
- ontwikkeling indicatorensets voor specifieke beroepsgroepen.

Ad niveau 2: etalage-informatie

In september 2010 heeft de Consumentenbond in samenwerking met UMC st. Radboud, in opdracht van de projectgroep Zichtbare Zorg Mondzorg, een vragenlijst opgesteld aan de hand waarvan keuzeaspecten inzichtelijk worden gemaakt. Deze informatie (zogenoemde etalage+informatie) maakt het op basis van structuurinformatie mogelijk voor de patiënt zijn zorgverlener te kiezen. Deze informatie betreft geen zorginhoudelijke kwaliteitsinformatie.

²⁴ 'Indicatorenset Zichtbare Mondzorg voor uitvraag 2012' en 'Operationalisatie kwaliteitsindicatoren mondzorg' opgesteld door Regioplan Beleidsonderzoek.

Ad niveau 3: cliëntervaringindicatoren

Deze indicatoren zijn momenteel onderdeel van bovengenoemde set.

De NZa zal in haar toekomstige marktscans mondzorg aansluiten op de uitkomsten van de inmiddels vastgestelde indicatoren en op de indicatoren die nog ontwikkeld worden.

5.1.2 Aantal gecertificeerde mondzorgaanbieders

Er zijn meerdere certificeringen voor mondzorgaanbieders.

Kwaliteitsregister

Voor tandartsen en mondhygiënisten bestaat er een kwaliteitsregister. In het kwaliteitsregister staan mondzorgaanbieders geregistreerd van wie zeker is dat zij de juiste opleiding met goed gevolg hebben afgerond, een klachtenregeling hebben, adequaat kunnen communiceren in de Nederlandse taal en hun vakkennis op peil houden door het volgen van bij- en nascholing.

VvO Branche-certificaat

Het VvO-branchecertificaat wordt door de VvO afgegeven aan orthodontistenpraktijken die aan HKZ-normen voldoen. Daarnaast geldt dat deze orthodontisten de juiste opleiding met goed gevolg hebben afgerond, een klachtenregeling hebben, adequaat kunnen communiceren in de Nederlandse taal, hun vakkennis op peil houden door het volgen van bij- en nascholing en deelnemen aan een visitatieprogramma.

ONT keurmerk

Het ONT keurmerk wordt afgegeven door de ONT aan tandprotheticidi die volgens de ONT voldoen aan HKZ-normen. Deze toetsing wordt echter niet uitgevoerd onder toezicht van de Raad voor Accreditatie. Er is dus geen specifiek toezicht op de kwaliteit van de uitvoering of de naleving van de afspraken via de Raad voor Accreditatie en daarom betreft het hier een keurmerk van de brancheorganisatie zelf in plaats van een HKZ certificering. De toetsing kan door de brancheorganisatie zelf worden uitgevoerd of worden uitbesteed aan een derde.

Het is voor mondzorgaanbieders tevens mogelijk een HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector) certificering aan te vragen. Een HKZ certificaat mag worden afgegeven door een onafhankelijke certificerende instelling die een overeenkomst heeft met HKZ en geaccrediteerd is door de Raad voor Accreditatie. Er is slechts een beperkt aantal mondzorgaanbieders met een HKZ certificering. Het kunnen voldoen aan de eisen voor een HKZ certificering kost de nodige inspanning. Dit kan een belangrijke afweging zijn voor een mondzorgaanbieder.

In onderstaande tabel is naast het aantal gecertificeerde mondzorgaanbieders ook het percentage gecertificeerde mondzorgaanbieders genoemd. Voor het berekenen van dit percentage is gebruik gemaakt van de gegevens uit tabel 3.1.

Tabel 5.1. Aantal gecertificeerde mondzorgaanbieders per segment voor de jaren 2006-2011

Aanbieder	Keurmerk	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Tandartsen	Kwaliteitsregister	0	2.549 (30%)	2.826 (33%)	3.145 (37%)	3.456 (39%)	4.174 (47%)
Mondhygiënisten	Kwaliteitsregister	0	0	0	564 (26%)	917 (40%)	1.097 (43%)
Orthodontisten	Branche-certificaat	0	0	0	0	13 (5%)	58 (21%)
Tandprothetici	ONT keurmerk	0	0	2 (1%)	107 (34%)	145 (45%)	190 (59%)

Bron: Kwaliteitsregister tandartsen: Kwaliteitsregister Tandartsen (KRT).

Kwaliteitsregister mondhygiënisten: Kwaliteitsregister Mondhygiënisten (KRM).

Branche-certificaat orthodontisten: Vereniging van orthodontisten (VvO). ONT

Keurmerk: registratie ONT.

Uit de bovenstaande tabel blijkt dat het aantal certificeringen voor alle type zorgaanbieders in de tijd toeneemt.

5.1.3 Aantal praktijkrichtlijnen

Zorgaanbieders stellen richtlijnen op waaraan men als beroepsgroep aan moet voldoen. Deze richtlijnen dienen om te borgen dat er kwalitatief goede zorg wordt geleverd. In onderstaande tabel worden per categorie mondzorgaanbieder het aantal richtlijnen genoemd. Een uitleg van deze richtlijnen is weergegeven in bijlage 2.

Tabel 5.2. Aantal praktijkrichtlijnen per segment voor de jaren 2006-2011

Marktsegmenten	Categorie	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Tandartsen en orthodontisten	Klinisch tandheeskundige richtlijnen	0	4	4	4	5	6
	Geneeskundige richtlijnen met raakvlakken aan de tandheeskunde	3	5	5	7	8	8
	Algemene richtlijnen	5	9	10	10	12	12
Mondhygiënisten		0	1	2	2	2	2
Tandprothetici		0	0	0	2	2	2

Bron: Richtlijnen tandartsen en orthodontisten: NMT, Richtlijnen mondhygiënisten:

NVM, Richtlijnen tandprothetici: ONT.

Uit de bovenstaande tabel blijkt dat mondzorgaanbieders een aantal richtlijnen hebben opgesteld. Bij tandartsen en orthodontisten komt er gemiddeld per categorie één richtlijn per jaar bij. Voor mondhygiënisten en tandprothetici staat het aantal richtlijnen sinds 2009 op twee.

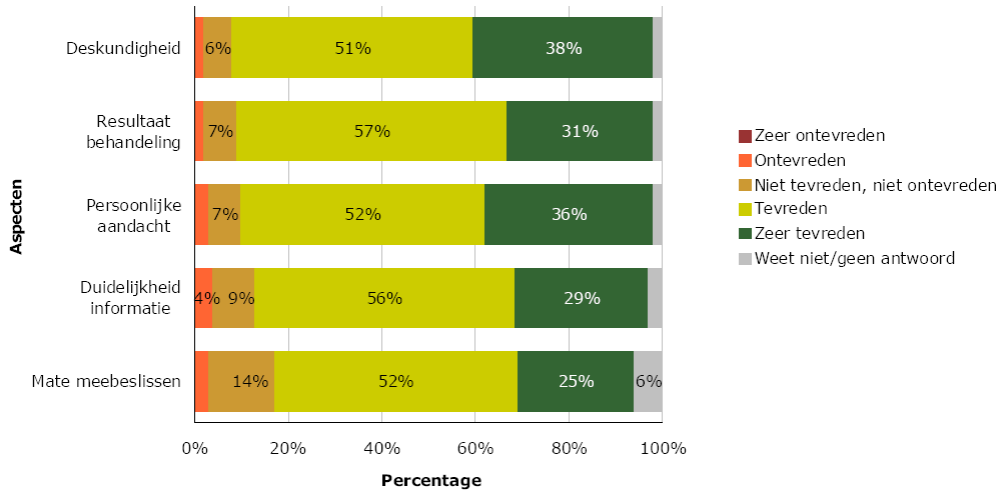
5.1.4 Patiënttevredenheid

De NZa heeft onderzoeksbureau Motivaction gevraagd door middel van haar consumentenpanel onderzoek te doen naar de tevredenheid van patiënten over hun mondzorgaanbieder.

Patiënten hebben eind 2011 de mondzorgaanbieder beoordeeld op deskundigheid, resultaat behandeling, persoonlijke aandacht,

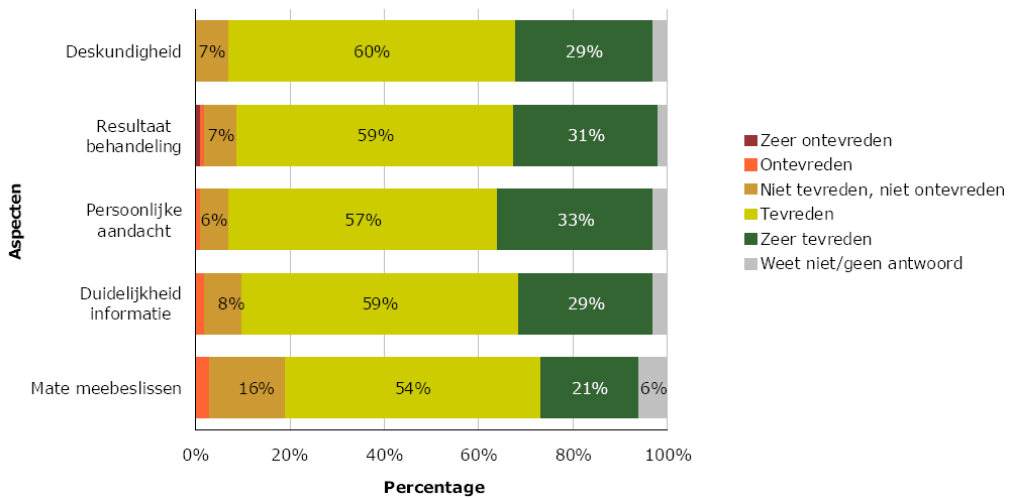
duidelijkheid informatie en mate meebeslissen. Patiënten konden in hun beoordeling kiezen voor de volgende opties: zeer ontevreden, ontevreden, niet tevreden/niet ontevreden, tevreden, zeer tevreden en weet niet/geen antwoord.

Figuur 5.1. Tevredenheid klanten over tandarts



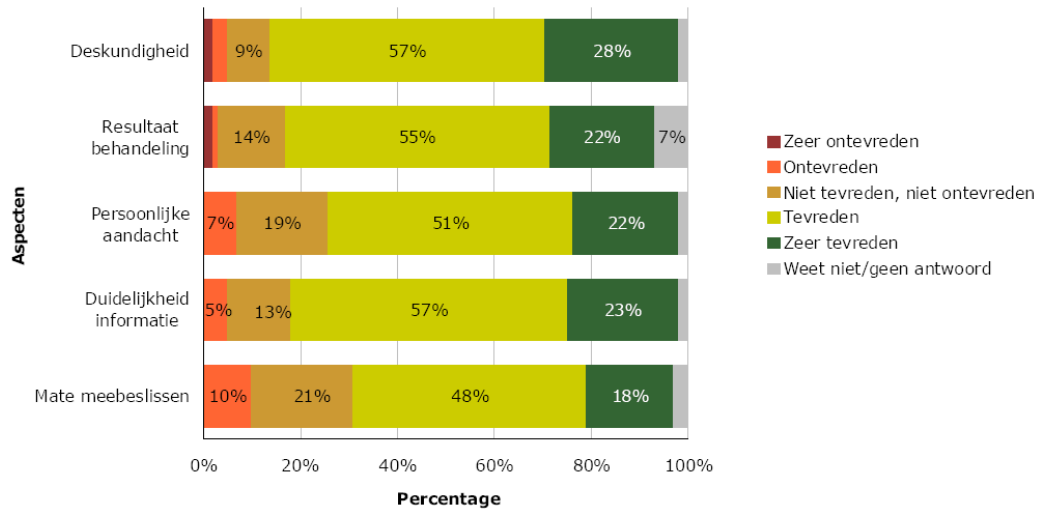
Bron: Consumentenpanel marktscan mondzorg, Motivaction

Figuur 5.2. Tevredenheid klanten over mondhygiënist



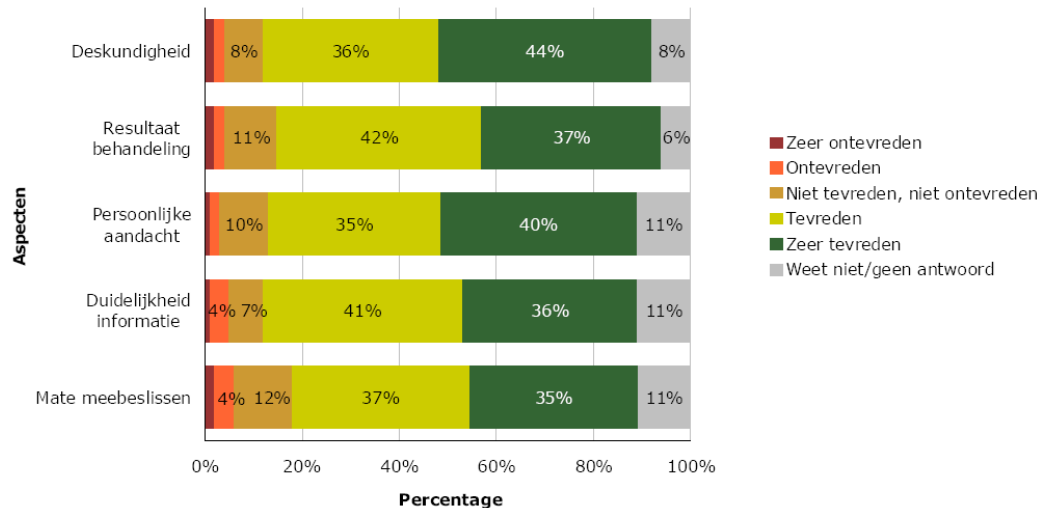
Bron: Consumentenpanel marktscan mondzorg, Motivaction

Figuur 5.3. Tevredenheid klanten over orthodontist



Bron: Consumentenpanel marktscan mondzorg, Motivaction

Figuur 5.4. Tevredenheid klanten over tandprotheticus



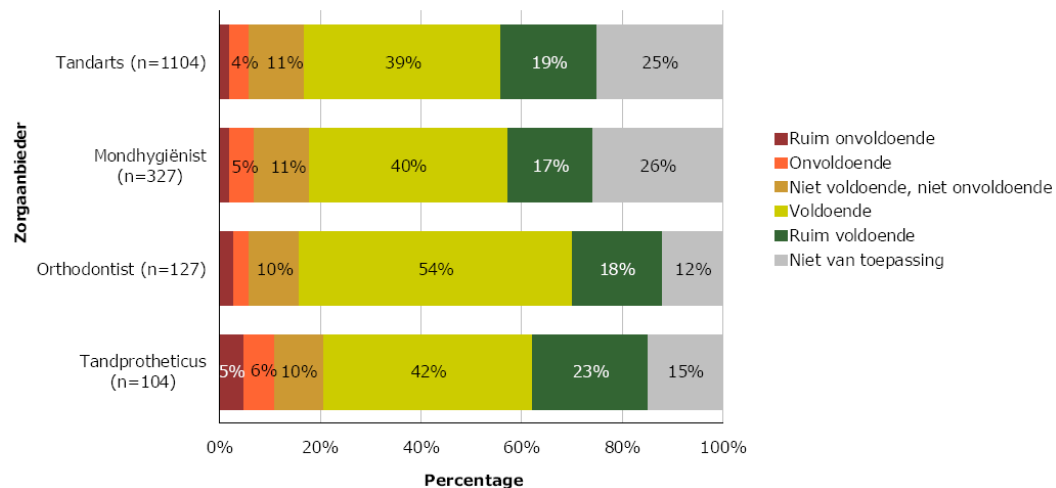
Bron: Consumentenpanel marktscan mondzorg, Motivaction

Uit de bovenstaande figuren blijkt dat het merendeel van de patiënten tevreden of zeer tevreden is over de aspecten waarop zij hun mondzorgaanbieder konden beoordelen. Wat daarnaast opvalt is dat van de verschillende aspecten waarop patiënten de mondzorgaanbieder konden beoordelen, bij alle vier de mondzorgaanbieders geldt dat patiënten het meest ontevreden zijn over de mate van meebeslissen. Een deel van de patiënten heeft blijkbaar de ervaring dat zij onvoldoende mee kan beslissen.

5.2 Transparantie van informatie

De NZa heeft onderzoeksbureau Motivaction gevraagd door middel van haar consumentenpanel te onderzoeken of er voldoende informatie aanwezig is om een goede keuze te kunnen maken.

Figuur 5.5. Was voldoende informatie aanwezig om een goede keuze te kunnen maken?



Bron: Consumentenpanel marktscan mondzorg, Motivacion

Uit de bovenstaande figuur blijkt dat het merendeel van de patiënten eind 2011 van mening was dat zij voldoende of ruim voldoende informatie voor handen hadden om een goede keuze te kunnen maken voor een mondzorgaanbieder. De mondzorgaanbieder die in dit rijtje opvalt is de orthodontist. In totaal geeft 72% van de patiënten aan dat zij voldoende informatie heeft om een goede keuze te maken. Daarnaast is er een kleiner aantal patiënten dat niet van toepassing heeft geantwoord. Dit heeft mogelijk te maken dat de orthodontist een mondzorgaanbieder is waarnaar een patiënt veelal wordt doorverwezen. In dat geval is het nodig een keuze te maken en zal er waarschijnlijk ook een grotere behoefte zijn aan informatie dan wanneer een patiënt enkel bij de tandarts in behandeling blijft, waar hij/zij reeds in behandeling was.

De NZa ziet zelf ook toe op transparantie. De NZa stelt in haar regelgeving o.a. verplicht dat mondzorgaanbieders die over een website beschikken, hun standaardprijslijst op deze website bekend te maken.²⁵ De NZa heeft onderzocht in hoeverre mondzorgaanbieders aan deze regeling voldoen.

Tabel 5.3. Aantal websites met standaardprijslijst

Aanbieder	Aantal bekeken websites	Aantal websites met standaardprijslijst	Percentage
Tandartsen	775	743	96%
Mondhygiënisten	268	253	94%
Orthodontisten	149	138	93%
Tandprotheticici	150	99	66%
Totaal	1.342	1.233	92%

Bron: Transparantie-onderzoek NZa, peildatum 21 mei

Op 21 mei 2012 voldeed 92% van de bekeken websites van mondzorgaanbieders aan de verplichting om een standaardprijslijst op de website bekend te maken. Hierbij valt op dat de tandprotheticici slechter scoren dan de andere mondzorgaanbieders. Bij de praktijken waar op de website nog geen standaardprijslijst is opgenomen, zal de NZa handhavingmaatregelen treffen.

²⁵ Regeling mondzorg, NR/CU-708

6. Toegankelijkheid

Dit hoofdstuk gaat in op de toegankelijkheid tot mondzorg. In het hoofdstuk marktstructuur is reeds inzichtelijk gemaakt binnen hoeveel minuten patiënten toegang hebben tot een mondzorgaanbieder. Daarnaast is er in het hoofdstuk marktgedrag inzichtelijk gemaakt in hoeverre patiënten hebben overwogen om over te stappen. In dit hoofdstuk wordt nader ingaan op de mogelijkheden die er zijn om over te stappen naar een andere mondzorgaanbieder als nieuwe patiënt. Daarnaast wordt inzichtelijk gemaakt wat de gemiddelde wachttijd is voor een aantal verschillende behandelingen.

In juni 2012 heeft de Consumentenbond onderzoek gedaan naar de mogelijkheden voor patiënten om voor een behandeling éénmalig over te stappen naar een andere tandarts.²⁶ Uit dit onderzoek bleek dat 26,4% van de tandartsen kronen plaatsen bij niet-patiënten. In hetzelfde onderzoek bleek dat 32,4% van de tandartsen wel een kroon wilde plaatsen onder voorwaarde dat de patiënt voor alle behandelingen over zou stappen. De NZa heeft niet onderzocht in hoeverre het mogelijk is voor een éénmalige behandeling over te stappen naar een andere tandarts. In dit hoofdstuk staan enkel resultaten van het onderzoek naar de mogelijkheid om over te stappen naar een andere tandarts voor alle behandelingen.

6.1 Mogelijkheid om over te stappen

6.1.1 Beschikbare informatie

Mondzorgaanbieders kunnen online vermelden of zij nieuwe patiënten aannemen.²⁷ Patiënten kunnen vervolgens op plaatsnaam, postcode of naam van een tandarts zoeken bij welke tandartsen zij terecht kunnen indien zij over willen stappen naar een andere tandarts.

In onderstaande tabel is benoemd hoeveel tandartspraktijken per provincie zich online hebben geregistreerd en of zij nog patiënten aannemen. Het betreft hier praktijken wat betekent dat er meerdere tandartsen in één praktijk actief kunnen zijn.

²⁶ Consumentengids juni 2012

²⁷ www.allesoverhetgebit.nl

Tabel 6.1. Aandeel van tandartsen dat wel/niet nieuwe patiënten aanneemt in 2012

Provincie	Aantal tandartspraktijken	Neemt patiënten aan	%
Groningen	154	112	73%
Friesland	164	122	74%
Drenthe	103	66	64%
Overijssel	250	174	70%
Flevoland	59	48	81%
Gelderland	524	399	76%
Utrecht	312	255	82%
Noord-Holland	633	520	82%
Zuid-Holland	703	514	73%
Zeeland	68	53	78%
Noord-Brabant	605	473	78%
Limburg	281	245	87%
Totaal	3.856	2.981	77%

Bron: www.allesoverhetgebit.nl, 1 mei 2012.

Van het aantal tandartspraktijken dat zich heeft geregistreerd op de website neemt per provincie gemiddeld 64 tot 87% nieuwe patiënten aan. Er zijn echter ook tandartspraktijken die aanvullende eisen stellen aan het aannemen van een nieuwe patiënt. In de volgende paragraaf wordt dit toegelicht.

6.1.2 Voorwaarden aannemen nieuwe patiënt

Naar aanleiding van de start van het experiment vrije prijsvorming in de mondzorg, hebben de NZa en de NMT besloten samen te werken in de onderzoeksactiviteiten rondom het onderzoek naar voorwaarden voor het aannemen van nieuwe patiënten.

Tabel 6.2. Aannemen van nieuwe patiënten door tandartsen

	1997	1999	2001	2004	2006	2008	2010	2011
Ja, onvoorwaardelijk	33%	19%	9%	11%	20%	21%	24%	27%
Ja, 'onvoorwaardelijk' *								4%
Ja, onder voorwaarden	48%	51%	53%	59%	63%	60%	60%	59%
Nee, niet meer sinds:	19%	30%	38%	30%	17%	19%	16%	10%
- 1990 of daarvoor	6%	5%	5%	4%	1%	2%	1%	%
- 1991 - 1995	7%	7%	9%	8%	3%	4%	1%	%
- 1996 - 2000	6%	16%	17%	9%	6%	4%	5%	2%
- 2001 - 2005				8%	4%	5%	3%	3%
- 2006						1%		
- 2007							1%	%
- 2008							1%	%
- 2009								2%
- 2010								2%
- 2011								%
- onbekend		2%	1%	1%	1%	%	1%	
n	1.175	571	399	365	426	429	463	464

Bron: Praktijksituatie en werkdruk van tandartsen in 2011, NMT/NZa

* Een aantal tandartsen heeft aangegeven zonder voorwaarden patiënten aan te nemen. Uit de verdere beantwoording blijkt echter dat zij niet alle aangemelde patiënten hebben aangenomen.

Uit de bovenstaande tabel blijkt dat een groeiend aantal tandartsen onvoorwaardelijk nieuwe patiënten aanneemt. Het is echter wel zo dat ongeveer 60% van de tandartsen voorwaarden stelt aan het aannemen van nieuwe patiënten. Dit kan er toe leiden dat patiënten die zich bij deze praktijken aanmelden niet worden aangenomen.

Tandartsen hebben in het onderzoek aangegeven welke voorwaarden zij hanteren voor het aannemen van nieuwe patiënten.

Tabel 6.3. Voorwaarden waaronder tandartsen nieuwe patiënten aannemen*

	1997	1999	2001	2004	2006	2008	2010	2011
Gezinsrelatie met al ingeschreven patiënt	91%	89%	88%	88%	93%	92%	90%	90%
Familierelatie met al ingeschreven patiënt	62%	57%	47%	47%	61%	60%	59%	59%
Verwezen door collega	47%	41%	37%	37%	47%	42%	43%	42%
Vriendenrelatie met al ingeschreven patiënt	46%	41%	34%	29%	41%	43%	38%	36%
Woonachtig de buurt/plaats praktijk	22%	25%	21%	25%	29%	26%	31%	31%
Voldoende gemotiveerd om gebit goed te (laten) verzorgen	27%	20%	16%	20%	22%	26%	24%	21%
Gesaneerd	15%	11%	11%	11%	10%	8%	13%	11%
Gebitsproblemen niet door eigen schuld	9%	8%	3%	5%	4%	5%	8%	5%
Weer ruimte in de praktijk/patiëntenboek (via wachtlijst)			2%		1%	2%	1%	4%
(Nog) geen tandarts in de regio bijvoorbeeld door verhuizing			4%	3%	4%	2%	3%	3%
Bepaalde behandeling (implantologie, angst) nodig of bepaalde patiënten (kinderen)			3%		2%		2%	3%
Als er geen betalingsproblemen zijn (te verwachten)								2%
Verwezen door andere zorgverlener								1%
Familie, vrienden en/of kennissen van de tandartsen en medewerkers in de praktijk						2%	1%	1%
Particulier verzekerd	2%	1%	%**					
Andere voorwaarde	16%	18%	4%	8%	5%	4%	6%	5%
Onbekend			1%					
n	551	292	211	215	259	258	272	262

Bron: Praktijksituatie en werkdruk van tandartsen in 2011, NMT/NZa

* Meerdere antwoorden mogelijk

** een %-teken zonder getal betekent dat hier door afronding het getal 0 zou komen te staan terwijl er wel tandartsen zijn die dit als voorwaarde hebben genoemd.

Uit de bovenstaande tabel blijkt dat een gezinsrelatie en een familierelatie met een al ingeschreven patiënt de twee meest genoemde voorwaarden zijn waaronder tandartsen nieuwe patiënten aannemen.

In de praktijk kan het voorkomen dat alle patiënten die zich aanmelden bij een tandarts ook voldoen aan de voorwaarden die deze tandarts stelt. Anderzijds kan het ook zo zijn dat het tegenovergestelde waar is. Om te kijken wat het effect is van het stellen van voorwaarden op het daadwerkelijk aannemen van patiënten is in het onderzoek daarom ook gevraagd hoeveel patiënten zich in een periode van vier weken hebben aangemeld als nieuwe patiënt en hoeveel van deze patiënten ook daadwerkelijk zijn aangenomen als nieuwe patiënt.

Tabel 6.4. Aantal patiënten per praktijk dat zich in de vier weken voorafgaand aan de enquête heeft aangemeld

Aantal patiënten	Percentage van praktijken
0 patiënten	1%
1 - 5 patiënten	24%
6 - 10 patiënten	36%
11 - 15 patiënten	9%
16 - 20 patiënten	15%
21 - 25 patiënten	4%
26 of meer patiënten	11%
n	470

Bron: Praktijksituatie en werkdruk van tandartsen in 2011, NMT/NZa

Uit de bovenstaande tabel blijkt dat bij slechts 1% van de ondervraagde praktijken er geen enkele patiënt is die zich heeft aangemeld in de vier weken voorafgaand aan de enquête. Het is het vaakst voorgekomen (36% van de gevallen) dat zich in de vier weken voorafgaand aan de enquête 6 tot 10 nieuwe patiënten hebben aangemeld bij een praktijk.

Van alle patiënten die zich aanmelden bij een praktijk wordt een deel ook daadwerkelijk aangenomen in die praktijk.

Tabel 6.5. Aantal patiënten dat in de vier weken voorafgaand aan de enquête is aangenomen bij de praktijk

Aantal patiënten	Percentage van praktijken
0 patiënten	15%
1 - 5 patiënten	38%
6 - 10 patiënten	25%
11 - 15 patiënten	4%
16 - 20 patiënten	8%
21 - 25 patiënten	3%
26 of meer patiënten	7%
n	470

Bron: Praktijksituatie en werkdruk van tandartsen in 2011, NMT/NZa

Uit de bovenstaande tabel blijkt dat bij 15% van de ondervraagde praktijken er geen enkele patiënt is aangenomen in de vier weken voorafgaand aan de enquête. Dit betekent dat er bij deze praktijken ondanks dat er zich patiënten hebben aangemeld, geen patiënten worden aangenomen.

Het gemiddeld aantal patiënten dat zich heeft aangemeld in de vier weken voorafgaand aan de enquête is 14,7. In de vier weken voorafgaand aan de enquête zijn gemiddeld 9,9 patiënten aangenomen. In de vier weken voorafgaand aan de enquête werden dus gemiddeld 2 van de 3 aangemelde patiënten ook daadwerkelijk aangenomen.

6.2 Wachttijden

De wachttijden voor een aantal verschillende behandelingen zijn zowel uitgevraagd bij mondzorgaanbieders als bij patiënten.

6.2.1 Wachttijden vanuit zorgaanbieders

Naar aanleiding van de start van het experiment vrije prijsvorming in de mondzorg, hebben de NZa en de NMT besloten samen te werken in de onderzoeksactiviteiten rondom het onderzoek naar wachttijden voor een aantal verschillende behandelingen.

In het onderzoek hebben tandartsen aangegeven binnen welke termijn patiënten terecht kunnen voor een aantal verschillende behandelingen.

Tabel 6.6. Door tandartsen opgegeven termijn waarbinnen patiënten terecht kunnen voor een spoedeisende behandeling

	2004	2006	2008	2010	2011
Dezelfde dag	96%	94%	96%	97%	99%
Binnen 2 dagen	3%	6%	4%	3%	1%
Binnen 3 dagen	1%	%			
n	375	427	434	476	483

Bron: Praktijksituatie en werkdruk van tandartsen in 2011, NMT/NZa

Uit de bovenstaande tabel blijkt dat in 2011 bij 99% van de ondervraagde praktijken een patiënt nog dezelfde dag geholpen wordt bij een spoedeisende behandeling.

Tabel 6.7. Door tandartsen opgegeven termijn waarbinnen patiënten terecht kunnen voor een periodieke controle

	1997	1999	2001	2004	2006	2008	2010	2011
Binnen 1 week	10%	6%	5%	7%	10%	10%	12%	16%
Binnen 2 weken	24%	22%	21%	23%	24%	23%	27%	35%
Binnen 3 à 4 weken	39%	41%	41%	35%	40%	38%	40%	39%
Binnen 2 maanden	23%	25%	24%	29%	22%	23%	18%	10%
Binnen 3 à 4 maanden	4%	5%	9%	6%	4%	5%	3%	%
Binnen 5 à 6 maanden		1%		%	%	%	%	%
Na 6 maanden of langer				%	%	1%		
n	1.175	567	406	374	425	430	474	481

Bron: Praktijksituatie en werkdruk van tandartsen in 2011, NMT/NZa

Uit voorgaande tabel blijkt dat een groeiend aantal patiënten binnen één of twee weken terecht kan voor een periodieke controle.

Tabel 6.8. Door tandartsen opgegeven termijn waarbinnen patiënten terecht kunnen voor een niet-spoedeisende behandeling

	1997	1999	2001	2004	2006	2008	2010	2011
Binnen 1 week	3%	3%	2%	2%	3%	3%	3%	9%
Binnen 2 weken	23%	20%	18%	17%	15%	19%	21%	27%
Binnen 3 à 4 weken	41%	39%	40%	41%	46%	38%	45%	50%
Binnen 2 maanden	28%	29%	27%	30%	29%	31%	25%	13%
Binnen 3 à 4 maanden	5%	9%	12%	9%	6%	8%	6%	1%
Binnen 5 à 6 maanden	%		1%	1%	1%	1%	%	
Na 6 maanden of langer				%	%	%		
n	1.149	541	406	373	425	432	475	483

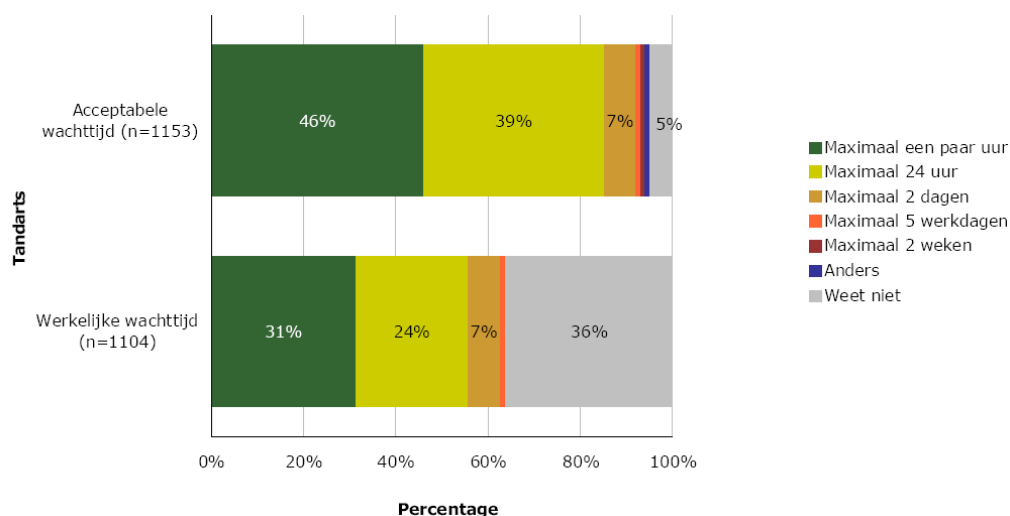
Bron: Praktijksituatie en werkdruk van tandartsen in 2011, NMT/NZa

Uit de bovenstaande tabel blijkt dat een groeiend aantal patiënten binnen één of twee weken terecht kan voor een niet-spoedeisende behandeling.

6.2.2 Wachttijden vanuit patiënten

De NZa heeft onderzoeksbureau Motivaction gevraagd door middel van haar consumentenpanel onderzoek te doen naar de wachttijden voor patiënten. Hierbij is zowel gevraagd naar de daadwerkelijk wachttijden als de acceptabel geachte wachttijden.

Figuur 6.1. Acceptabele wachttijd versus werkelijke wachttijd bij tandarts voor spoedeisende hulp



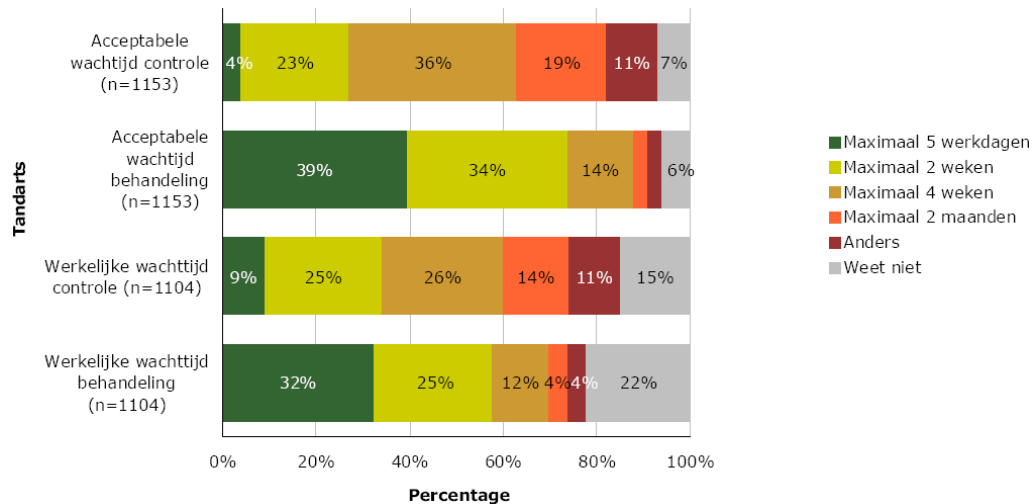
Bron: Consumentenpanel marktscan mondzorg, Motivaction

Uit tabel 6.6. blijkt dat in 2011 bij 99% van de ondervraagde praktijken een patiënt nog dezelfde dag geholpen wordt bij een spoedeisende

behandeling. Dit wijkt af van hetgeen de patiënt heeft geantwoord op de vraag wat de werkelijke wachttijd voor spoedeisende hulp is. Dit verschil wordt mogelijk verklaard door een verschillende interpretatie van het begrip spoedeisende hulp.

Uit de bovenstaande figuur blijkt dat de werkelijke wachttijd gemiddeld langer is dan de acceptabel geachte wachttijd voor spoedeisende hulp. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat het grote aantal respondenten dat 'weet niet' heeft geantwoord dit resultaat beïnvloedt.

Figuur 6.2. Acceptabele wachttijd versus werkelijke wachttijd bij tandarts voor controle en behandeling



Bron: Consumentenpanel marktscan mondzorg, Motivaction

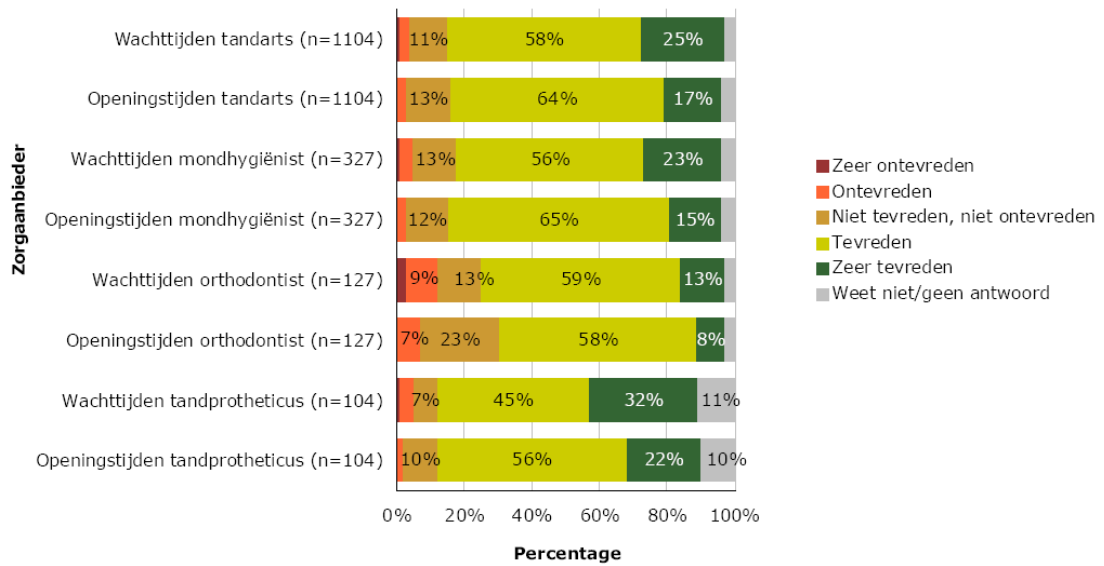
Uit de bovenstaande figuur blijkt dat de werkelijke wachttijd gemiddeld langer is dan de acceptabel geachte wachttijd voor een behandeling. Uit de bovenstaande figuur blijkt tevens dat de werkelijke wachttijd voor een controle dicht bij de acceptabel geachte wachttijd voor een controle ligt.

In vergelijking met tabel 6.7 is de werkelijke wachttijd die een patiënt heeft opgegeven voor een controle langer dan de wachttijd die door tandartsen is opgegeven voor een controle. In vergelijking met tabel 6.8 kunnen er voor een behandeling meer patiënten binnen een week terecht dan dat de tandartsen hebben opgegeven

Ook hierbij dient wel opgemerkt te worden dat het grote aantal respondenten dat 'weet niet' heeft geantwoord de resultaten beïnvloedt.

Motivaction heeft tevens onderzoek gedaan naar de tevredenheid over de wachttijd bij het maken van afspraken en over de tevredenheid over de openingstijden.

Figuur 6.3. Tevredenheid over de wachttijd bij het maken van afspraken + tevredenheid over openingstijden



Bron: Consumentenpanel marktscan mondzorg, Motivaction

Uit de bovenstaande figuur blijkt dat 72 tot 83% van de patiënten tevreden of zeer tevreden is over de wachttijd bij het maken van een afspraak met de mondzorgaanbieder. Uit de bovenstaande figuur blijkt tevens dat 66 tot 81% van de patiënten tevreden of zeer tevreden is over de openingstijden van de mondzorgaanbieder.

6.2.3 Financiële toegankelijkheid

De kosten voor mondzorg worden deels vergoed uit de basisverzekering en deels uit de aanvullende verzekering. Iedere inwoner van Nederland is verplicht om een basisverzekering af te sluiten. Het afsluiten van een aanvullende verzekering is echter vrijwillig. Consumenten sluiten een aanvullende verzekering af om de kosten van mondzorg te dekken. Het hebben van een aanvullende verzekering vergroot mogelijk de financiële toegankelijkheid tot mondzorg.

In de onderstaande tabel is het percentage verzekerden genoemd dat een aanvullende verzekering heeft gesloten waarin ook aanspraken op (vergoeding van) mondzorg is opgenomen.

Tabel 6.9. Percentage consumenten met een aanvullende verzekering voor mondzorg

% consumenten met een aanvullende verzekering voor mondzorg	2011	2012
Totaal	60%	68%

Bron: Zorgthermometer, verzekerden in beweging 2012, Vektis

Uit bovenstaande tabel blijkt dat het aantal voor mondzorg aanvullend verzekerden is toegenomen in 2012.

7. Betaalbaarheid

Dit hoofdstuk gaat in op de betaalbaarheid van de mondzorg. De NZa brengt voor een aantal veel voorkomende prestaties de prijsontwikkeling vanaf 2011 in beeld. Zij sluit hierbij aan op haar eerdere rapportages van januari en februari 2012.²⁸

7.1 Methode

In deze paragraaf licht de NZa toe via welke methode zij de prijzen van 2012 vergelijkt met de maximumtarieven in de periode daarvoor.²⁹

Per 1 januari 2012 zijn er nieuwe prestaties vastgesteld voor de mondzorg. Voor deze nieuwe prestaties gelden vrije prijzen op basis van het driejarig experiment vrije prijzen mondzorg. Tot en met 2011 waren er andere prestatiebeschrijvingen met maximumtarieven. De NZa gebruikt in haar vergelijking de maximumtarieven van 2011. Deze zijn mogelijk iets hoger dan de daadwerkelijk in rekening gebrachte tarieven. De NZa verwacht echter dat dit verschil minimaal is.

Het is niet mogelijk om alle nieuwe prestaties één op één te vergelijken met eenzelfde prestatie uit 2011 omdat de nieuwe prestatiebeschrijvingen substantieel anders zijn dan de oude. De NZa maakt, om toch een vergelijking te kunnen maken, voor iedere prestatie een conversie. In de volgende paragrafen worden de door de NZa gebruikte manieren om een conversie te maken tussen de prestatiebeschrijvingen 2012 en de prestatiebeschrijvingen 2011 beschreven.

Een alternatieve methode om de tarieven 2011 en 2012 te vergelijken is het vergelijken van zorgkosten per patiënt door middel van facturen. Hiervoor is echter niet gekozen omdat hier de aanname aan ten grondslag ligt dat de consumptie gelijk blijft over de jaren. Terwijl dat in de praktijk niet het geval hoeft te zijn en patiënten hun behandeling bijvoorbeeld uit kunnen stellen in tijden van economische onzekerheid. Bovendien is zo 'n methode pas bruikbaar als er volumes over een langere periode bekend zijn.

7.1.1 Eén op één vergelijkbare prestaties

Er is een aantal prestaties dat wel één op één vergelijkbaar is met voorgaande jaren. Een voorbeeld van een vergelijkbare prestatie is het "maken en beoordelen van een kleine röntgenfoto" (A311). Deze prestatie is vergelijkbaar met de "intra-orale foto" (X10) uit 2011. De NZa vergelijkt de gemiddelde prijs voor het maken en beoordelen van een kleine röntgenfoto (A311) met het maximumtarief van de intra-orale foto (X10).

7.1.2 Samengevoegde prestaties

Er is een aantal oude prestaties samengevoegd in één nieuwe prestatie. Een voorbeeld van een samengevoegde prestatie is de gebitsreiniging

²⁸ Zie bijlage 3

²⁹ De NZa hanteert in dit hoofdstuk de term 'tarief' voor het door de NZa geregleerde bedrag dat een mondzorgaanbieder in rekening mag brengen (2010-2011). De hanteert de term 'prijs' voor het door de mondzorgaanbieder bepaalde bedrag dat hij in rekening brengt (2012).

standaard (C212). Deze prestatie is een samenvoeging van de "gebitsreiniging beperkt" (M50) en de "gebitsreiniging gemiddeld" (M55) uit 2011. De NZa vergelijkt de gemiddelde prijs voor een gebitsreiniging standaard (C212) met het gewogen maximumtarief van de gebitsreiniging beperkt (M50) en de gebitsreiniging gemiddeld (M55). Dit gemiddelde wordt gewogen op basis van het aantal maal dat deze code in rekening is gebracht in 2011.

7.1.3 Prestaties die bestonden uit hoofd- en bijcodes

Er is een aantal oude prestaties waarbij sprake was van een hoofdcode met daarbij een aantal mogelijke bijcodes. Deze combinaties van hoofd- en bijcodes zijn vervangen door één nieuwe code waarbij alle mogelijke verrichtingen die vroeger werden gedeclareerd via een bijcode nu binnen de nieuwe prestatie vallen.

Een voorbeeld hiervan is de tweevlaksvulling (E112). In 2011 was de hoofdcode voor het uitvoeren van een tweevlaksvulling een tweevlaksrestauratie (V12). Wanneer een tandarts een tweevlaksrestauratie uitvoerde kon hij daar ook een aantal andere verrichtingen bij uitvoeren. Deze andere verrichtingen konden worden gedeclareerd via een bijcode. Bijcodes die bij een tweevlaksrestauratie werden gedeclareerd waren bijvoorbeeld etsen (V20 of V21), anesthesie (A10, A15 of A20³⁰), het gebruik van een cofferdam (V50), het gebruik van wortelstiften (V70) en pulpaoverkappingen (E40 of V60).

Om een vergelijking te kunnen maken tussen de tarieven in 2012 en de periode daarvoor is voor iedere bijcode uitgerekend in hoeveel procent van de gevallen deze in rekening werd gebracht bij de betreffende hoofdcode. De NZa heeft vervolgens op basis van het gemiddelde behandelprofiel een maximumtarief uitgerekend voor de hoofdcodes en bijcodes behorend bij de totale behandeling die door een mondzorgaanbieder is uitgevoerd. De NZa vergelijkt het maximumtarief op basis van het gemiddelde behandelprofiel van een tweevlaksrestauratie (V12) inclusief bijcodes met de gemiddelde prijs van de 2012-prestatie tweevlaksvulling (E112).

7.1.4 Samengevoegde prestaties inclusief hoofd- en bijcodes

Er is een aantal oude prestaties samengevoegd in één nieuwe prestatie waarbij voor de oude prestaties naast de hoofdcode ook een bijcode in rekening kon worden gebracht. Een voorbeeld hiervan is de periodieke controle (A111). Deze prestatie is een samenvoeging van een periodiek "preventief onderzoek, eerste in kalenderjaar" (C11) en een "periodiek preventief onderzoek, tweede en volgende in hetzelfde kalenderjaar" (C12) uit 2011. Bij zowel de oude C11 als de oude C12 was het mogelijk om als bijcode een schriftelijke medische anamnese (C22) in rekening te brengen.

De NZa bepaalt in dit geval eerst het maximumtarief van een periodiek een preventief onderzoek, eerste in kalenderjaar (C11) inclusief een schriftelijke medische anamnese (C22) als bijcode. Zij rekent hierbij uit in hoeveel procent van de gevallen deze bijcode in rekening wordt

³⁰ Voor A20 gold in 2011 geen maximumtarief. In plaats daarvan waren mondzorgaanbieders verplicht de kostprijs door te berekenen aan de patiënt. Omdat de NZa het maximumtarief gebruikt voor haar vergelijking kan zij A20 niet meenemen in haar vergelijking. Hierbij dient opgemerkt te worden dat A20 een zeer beperkt aandeel in het behandelprofiel heeft. Daar waar A20 tot het behandelprofiel behoort in dit hoofdstuk wordt dit wel benoemd.

gebracht bij de betreffende hoofdcode. Vervolgens doet zij dit ook voor een periodiek preventief onderzoek, tweede en volgende in hetzelfde kalenderjaar (C12).

De NZa vergelijkt vervolgens de gemiddelde prijs voor een periodieke controle (A111) met het gewogen gemiddelde maximumtarief van de oude C11-code inclusief bijcodes en de oude C12-code inclusief bijcodes. Dit gemiddelde wordt gewogen op basis van het aantal maal dat deze code in rekening is gebracht.

7.1.5 Nieuwe prestaties

Er is een aantal nieuwe prestaties vastgesteld waarvoor in de periode voor 2012 geen vergelijkbare prestatie bestond. Een voorbeeld van een nieuwe prestatie is het "intake consult" (A231). Dit is een nieuwe prestatie die niet vergelijkbaar is met prestaties uit het verleden. Voor deze prestaties kan de NZa geen vergelijking maken tussen 2012 en de periode daarvoor. De NZa laat wel de gemiddelde prijzen van deze nieuwe prestaties zien. In een volgende marktscan kunnen deze dienen als vergelijkingsmateriaal met de op dat moment in rekening gebrachte prijzen.

7.2 Data

De data die de NZa heeft gebruikt voor haar berekeningen zijn afkomstig van Vektis. Vektis ontvangt gegevens van verzekeraars. Het betreft hier declaratiegegevens uit 2011 en het eerste kwartaal van 2012. Bij het interpreteren van deze data moet rekening worden gehouden met de volgende aandachtspunten:

- De dataset bevat gegevens over bij de zorgverzekeraars ingediende declaraties. Zowel Vektis als de NZa heeft geen zicht op niet verzekerde declaraties, omdat deze niet (altijd) bij verzekeraars terecht komen. Er kunnen daarom geen uitspraken worden gedaan over de totale uitgaven in de mondzorg op basis van deze dataset.³¹
- De dataset bevat gegevens van een deel van de zorgverzekeraars. Zie bijlage 1 voor een nadere toelichting.

De NZa heeft een aantal bewerkingen gedaan op de dataset. Ter indicatie van de omvang van de dataset zal de NZa het aantal declaraties op basis waarvan de gemiddelde prijs 2012 is bepaald, vermelden in het totaaloverzicht in bijlage 3.

7.3 Leeswijzer

De NZa vergelijkt de tarieven van in totaal 36 prestaties. Dit zijn dezelfde prestaties als in haar eerdere rapportage van februari.³² De prestaties zijn in de prestatielijst onderverdeeld in verschillende hoofdstukken, afhankelijk van het type zorg dat geleverd wordt met deze prestaties.³³ Ieder hoofdstuk kenmerkt zich door een andere letter waarmee de prestatiecode begint.

De *eerste tabel* in paragraaf 7.5 tot en met 7.12 maakt per prestatie inzichtelijk in welke van de in paragraaf 7.1 genoemde categorieën deze

³¹ Aanvankelijk was de NZa voornemens om data uit te vragen bij de aanbieders zelf dan wel de factoringmaatschappijen. Mede gezien het korte tijdsbestek en de weerstand die deze uitvraag opriep bij de betreffende partijen is uiteindelijk gekozen voor een uitvraag bij Vektis.

³² Marktscan Mondzorg, Publicatie prijsontwikkeling februari 2012

³³ Prestatiebeschrijvingen mondzorg per 1 januari 2012 (TB/CU-7019-02)

prestatie valt en met welke codes uit 2010 en 2011 deze prestatie vergeleken wordt.

In de *tweede tabel* wordt in de kolomen achtereenvolgens het volgende getoond:

- De range waarbij ‘conversie minimaal’ staat voor het minimale tarief dat de NZa op basis van de conversie verwacht voor deze prestatie en ‘conversie maximaal’ voor het maximale tarief dat de NZa verwacht voor deze prestatie op basis van de maximumtarieven 2011. Deze bedragen zijn nominaal weergegeven met tussen haakjes het tarief inclusief de indexatie van 3,31% die zou zijn toegepast als de tarieven in 2012 nog gereguleerd waren (‘reëel’ genoemd).
- Per prestatie het gemiddelde tarief voor 2011 op basis van conversie. Het gaat hierbij om het werkelijke tarief van 2011. Tussen haakjes staat het tarief waarbij een correctie heeft plaatsgevonden door de indexatie van 3,31% toe te passen.
- Per prestatie de gemiddelde (gedeclareerde) prijs in het eerste kwartaal van 2012.
- De gemiddelde prijs februari 2012 zoals deze bleek uit de Marktscan Mondzorg, Publicatie prijsontwikkeling februari 2012. Dit is de gemiddelde prijs op basis van de prijslijsten van een a-selecte steekproef van aanbieders.
- De prijsontwikkeling als het procentuele verschil tussen het gemiddelde tarief 2011 en de gemiddelde prijs 2012 waarbij het gemiddelde tarief 2011 gelijk is aan 100%. De vergelijking wordt gemaakt met de twee weergegeven tarieven voor 2011: het werkelijke tarief van 2011 en het geïndexeerde tarief (tussen haakjes).

In bijlage 3 is de volledige tabel opgenomen. Hierbij is ook het aantal prestaties 2012 en de gemiddelde prijs februari 2012 opgenomen.

7.4 Verklaring verschil in tarieven

De tarieven in 2012 verschillen van de tarieven in 2011. Voorafgaand aan het inzichtelijk maken van de omvang van deze verschillen, benadrukt de NZa dat er een aantal algemene verklaringen zijn waarom de tarieven kunnen verschillen:

- Aanbieders kunnen voor het berekenen van hun prijzen in 2012 gebruik maken van een kostentoerekeningsmodel. Hierdoor worden kosten mogelijk op een andere wijze toegerekend in 2012 dan dat dit in 2011 werd gedaan. Hierdoor kunnen de prijzen in 2012 afwijken van de tarieven in 2011. Ook kunnen in 2012 meer kosten zijn gemaakt in verband met (gewijzigde) IGZ-richtlijnen. Deze kosten kunnen een (deel van de) prijsverandering verklaren.
- De tarieven voor 2011 en eerder werden jaarlijks geïndexeerd. Een kostenonderzoek ten behoeve van de tariefonderbouwing is al lange tijd niet uitgevoerd voor de mondzorg. Het is niet ondenkbaar dat tarieven en werkelijk kosten uiteen zijn gaan lopen waarvoor mondzorgaanbieders nu een correctie aanbrenge in tarieven. Hierover zijn ook signalen bekend bij de NZa, bijvoorbeeld over de prestatie ‘trekken kies’.
- Individuele aanbieders kunnen uitgaan van een ander gemiddeld behandelprofiel. Hierdoor worden kosten mogelijk op een andere wijze toegerekend in 2012 dan dat dit in 2011 werd gedaan. Hierdoor kunnen de prijzen in 2012 afwijken van de tarieven in 2011.
- Bij prestaties (in de tabellen aangegeven met een +) waarbij materiaal en techniekkosten separaat in rekening kunnen worden gebracht, kan het voorkomen dat de zorgaanbieders ervoor gekozen hebben om deze kosten wel op te nemen in het tarief en dit niet apart in rekening te brengen. Dit kan een vertekend beeld geven van het tarief (komt hoger uit). Om dit te voorkomen, en het separaat in

rekening brengen te verplichten, zijn de beleidsregel en regeling mondzorg hierop aangepast per 1 juli 2012.

Daarnaast is het is mogelijk dat aanbieders lopende het jaar hun prijzen naar boven of naar beneden aanpassen. Dit kan bijvoorbeeld voorkomen omdat een tandarts aanvankelijk nog onvoldoende bekend is met een marktconforme prijs en voor de zekerheid een bepaalde marge neemt op zijn tarieven. Het voorgaande betekent ook dat de prijsverschillen en ontwikkelingen zoals deze in dit hoofdstuk inzichtelijk worden gemaakt anders kunnen zijn als de NZa op een later moment dit jaar eenzelfde meting doet en dan een groter deel van de declaraties in 2012 kan meenemen. De gegevens kunnen nog wijzigen, omdat:

- De verhouding waarin hoofd- en bijcodes voorkwamen in 2011 kan veranderen door aanvullende data die wordt aangeleverd door zorgverzekeraars lopende 2012.
- De gemiddelde prijs 2012 kan veranderen door aanvullende data die wordt aangeleverd door zorgverzekeraars lopende 2012.
- De gemiddelde prijs 2012 kan veranderen omdat aanbieders lopende 2012 hun tarieven aanpassen.

7.5 Consultatie en diagnostiek

In de categorie consultatie en diagnostiek valt onder andere de periodieke controle. Daarnaast omvat deze categorie twee andere types consulten en twee prestaties waarbij er een foto wordt gemaakt.

Tabel 7.1. Prestaties consultatie en diagnostiek

Prestatie 2012	Categorie	Prestaties 2010/2011
A111 Periodieke controle	Samengevoegde prestaties inclusief hoofd- en bijcode	Periodiek preventief onderzoek, eerste in kalenderjaar (C11), Periodiek preventief onderzoek, tweede en volgende in hetzelfde kalenderjaar (C12) Schriftelijke medische anamnese (C22)
A211 Probleemgericht consult	Samengevoegde prestaties inclusief hoofd- en bijcode	Incidenteel consult (C13) Endodontisch consult (E01) Consult na dentaal trauma (E03) Gedocumenteerde verwijzing gnathologie (G03) Controlebezoek spalk kleine correcties (G64) Controlebezoek MRA (G72) Planmatig inslijpen van bestaande prothese (P65) Schriftelijke medische anamnese (C22)
A231 Intake consult	Nieuwe prestatie	Nvt
A311 Maken en beoordelen kleine röntgenfoto	Eén op één vergelijkbare prestatie	Intra-orale foto (X10)
A321 Maken en beoordelen kaakoverzichtsfoto	Samengevoegde prestaties	Orthopantomogram (X21) Orthopantomogram t.b.v. Implantologie in de edentate kaak (X22)

Bron: NZa

Op basis van de dataset leidt dit tot de volgende gemiddelde tarieven en prijsontwikkeling.

Tabel 7.2. Tarieven consultatie en diagnostiek

Prestatie 2012	Conversie minimaal	Conversie maximaal	Gemiddelde tarief 2011	Gemiddelde prijs 2012	Gemiddelde prijs februari 2012	Prijsontwikkeling 2012 *
A111 Periodieke controle	€ 19,63 (€ 20,28)	€ 39,26 (€ 40,56)	€ 19,75 (€ 20,40)	€ 20,36	€ 20,86	3,1% (-0,2%)
A211 Probleemgericht consult	€ 19,63 (€ 20,28)	€ 41,33 (€ 42,70)	€ 21,00 (€ 21,70)	€ 24,84	€ 25,13	18,3% (14,5%)
A231 Intake consult	nieuwe prestatie	nieuwe prestatie		€ 36,16	€ 37,71	Nvt
A311 Maken en beoordelen kleine röntgenfoto	€ 14,47 (€ 14,95)	€ 14,47 (€ 14,95)	€ 14,47 (€ 14,95)	€ 15,12	€ 15,12	4,5% (1,1%)
A321 Maken en beoordelen kaakoverzichtsfoto	€ 61,99 (€ 64,04)	€ 61,99 (€ 64,04)	€ 61,99 (€ 64,04)	€ 61,51	€ 61,82	-0,8% (-4,0%)

Bron: Vektis/NZa

* Het betreft hier de verandering van de gemiddelde prijs in het eerste kwartaal van 2012 ten opzichte van het gemiddelde tarief van 2011. Hierbij wordt uitgegaan van een gelijkblijvend gemiddeld behandelprofiel.

Uit de bovenstaande tabel blijkt dat de gemiddelde prijs in het eerste kwartaal van 2012 voor de periodieke controle is gestegen met 3,1% ten opzichte van het gemiddelde tarief van 2011.

Voor wat betreft de prestaties die in het onderdeel 'consultatie en diagnostiek' vergeleken kunnen worden met 2011, geldt dat de gemiddelde gewogen prijsverandering 4,4% is (reëel 1,0%). Deze prijsverandering is gebaseerd op het aandeel in het totale volume van deze prestaties in 2012.

7.6 Preventieve mondzorg

In de categorie preventieve mondzorg valt onder andere de preventieve voorlichting en de gebitsreiniging. Daarnaast behoren het sealen en de fluoridebehandeling tot deze categorie.

Tabel 7.3. Prestaties preventieve mondzorg

Prestatie 2012	Categorie	Prestaties 2011
C112 Preventieve voorlichting en/of instructie standaard	Nieuwe prestatie	nvt
C114 Preventieve voorlichting en/of instructie uitgebreid	Nieuwe prestatie	nvt
C212 Gebitsreiniging standaard	Samengevoegde prestaties	Gebitsreiniging beperkt (M50) Gebitsreiniging gemiddeld (M55)
C214 Gebitsreiniging uitgebreid	Eén op één vergelijkbare prestatie	Gebitsreiniging uitgebreid (M59)

Prestatie 2012	Categorie	Prestaties 2011
C511 Sealen per element	Samengevoegde prestaties inclusief hoofd- en bijcode	Sealing eerste element (V30) Sealing volgende element in zelfde zitting (V35) Droogleggen elementen door middel van een cofferdam (V50)
C811 Fluoridebehandeling boven- en ondergebit	Samengevoegde prestaties	Fluoride applicatie methode I (M10) Fluoride applicatie methode II (M20) Fluoride applicatie methode II, groepsgewijs (M21)

Bron: NZa

Op basis van de dataset leidt dit tot de volgende gemiddelde tarieven en prijsontwikkeling.

Tabel 7.4. Tarieven preventieve mondzorg

Prestatie 2012	Conversie minimaal	Conversie maximaal	Gemiddelde tarief 2011	Gemiddelde prijs 2012	Gemiddelde prijs februari 2012	Prijsontwikkeling 2012 *
C112 Preventieve voorlichting en/of instructie standaard	nieuwe prestatie	nieuwe prestatie	nieuwe prestatie	€ 22,71	€ 22,90	Nvt
C114 Preventieve voorlichting en/of instructie uitgebreid	nieuwe prestatie	nieuwe prestatie	nieuwe prestatie	€ 45,49	€ 45,62	Nvt
C212 Gebitsreiniging standaard	€ 12,95 (€ 13,38)	€ 23,25 (€ 24,02)	€ 18,95 (€ 19,58)	€ 21,81	€ 24,23	15,1% (11,4%)
C214 Gebitsreiniging uitgebreid	€ 46,50 (€ 48,04)	€ 46,50 (€ 48,04)	€ 46,50 (€ 48,04)	€ 48,24	€ 49,61	3,7% (0,4%)
C511 Sealen per element	€ 23,25 (€ 24,02)	€ 33,58 (€ 34,69)	€ 16,58 (€ 17,13)	€ 17,35	€ 17,56	4,6% (1,3%)
C811 Fluoridebehandeling boven- en ondergebit	€ 10,33 (€ 10,67)	€ 25,83 (€ 26,68)	€ 23,18 (€ 23,95)	€ 23,66	€ 24,09	2,1% (-1,2%)

Bron: Vektis/NZa

* Het betreft hier de verandering van de gemiddelde prijs in het eerste kwartaal van 2012 ten opzichte van het gemiddelde tarief van 2011. Hierbij wordt uitgegaan van een gelijkblijvend gemiddeld behandelprofiel.

Wanneer de prijsverandering voor het onderdeel preventieve mondzorg gewogen worden voor het volumeaandeel van deze prestaties, is de totale prijsverandering gelijk aan 8,9% (reëel 5,4%).

7.7 Vullingen, kronen en bruggen

In de categorie vullingen kronen en bruggen vergelijkt de NZa de tarieven van de verschillende vullingen en van een kroon. De NZa vergelijkt hierbij niet de techniekkosten.

Tabel 7.5. Prestaties vullingen, kronen en bruggen

Prestatie 2012	Categorie	Prestaties 2011
E111 Eénvlaksvulling	Samengevoegde prestaties inclusief hoofd- en bijcode	Pitvulling (V10) Eénvlakrestauration (V11) Oppervlakte-anesthesie (A15) Geleidings- en/of infiltratie-anesthesie (A10) Behandeling onder algehele narcose (A20) Etsen ten behoeve van composiet (V20) Etsen ten behoeve van onderlaag (V21) Droogleggen elementen door middel van een cofferdam (V50) Indirecte pulpa-overkapping (V60) Parapulpaire stift (V70) Directe pulpa-overkapping (E40)
E112 Tweevlaksvulling	Prestaties die bestonden uit hoofd- en bijcodes	Tweevlakrestauration (V12) Oppervlakte-anesthesie (A15) Geleidings- en/of infiltratie-anesthesie (A10) Behandeling onder algehele narcose (A20) Etsen ten behoeve van composiet (V20) Etsen ten behoeve van onderlaag (V21) Droogleggen elementen door middel van een cofferdam (V50) Indirecte pulpa-overkapping (V60) Parapulpaire stift (V70) Directe pulpa-overkapping (E40)
E113 Drievlaksvulling	Prestaties die bestonden uit hoofd- en bijcodes	Drievlakrestauration (V13) Oppervlakte-anesthesie (A15) Geleidings- en/of infiltratie-anesthesie (A10) Behandeling onder algehele narcose (A20) Etsen ten behoeve van composiet (V20) Etsen ten behoeve van onderlaag (V21) Droogleggen elementen door middel van een cofferdam (V50) Indirecte pulpa-overkapping (V60) Parapulpaire stift (V70) Directe pulpa-overkapping (E40)
E114 Vier- of vijfvlaksvulling	Samengevoegde prestaties inclusief hoofd- en bijcode	Drievlakrestauration (V13) Kroon van plastisch materiaal (V14) Oppervlakte-anesthesie (A15) Geleidings- en/of infiltratie-anesthesie (A10) Behandeling onder algehele narcose (A20) Etsen ten behoeve van composiet (V20) Etsen ten behoeve van onderlaag (V21) Droogleggen elementen door middel van een cofferdam (V50) Indirecte pulpa-overkapping (V60) Parapulpaire stift (V70) Directe pulpa-overkapping (E40)

Prestatie 2012	Categorie	Prestaties 2011
E321 Kroon (+)	Samengevoegde prestaties inclusief hoofd- en bijcode	Gegoten metalen kroon (R20) Gegoten metalen kroon met porseleinen, partiele omslijping of schouderbevelpreparatie, gegoten metalen kroon met kunstharsvenster (R25) Jacketkroon met schouderpreparatie (R26) Geleidings- en/of infiltratie-anesthesie (A10) Behandeling onder algehele narcose (A20) Etsen ten behoeve van composiet (V20) Extra voor aangegoten pin, per pin (R14) Kroon onder bestaand frame-anker (R70) Moeizaam verwijderen van oud kroon- en brugwerk per (pijler)element (R77) Extra voor telescoopkroon (P33)

Bron: NZa

+ Prestatie waarvoor ook techniekkosten in rekening kunnen worden gebracht

Op basis van de dataset leidt dit tot de volgende gemiddelde tarieven en prijsontwikkeling.

Tabel 7.6. Tarieven vullingen, kronen en bruggen

Prestatie 2012	Conversie minimaal	Conversie maximaal	Gemiddelde tarief 2011	Gemiddelde prijs 2012	Gemiddelde prijs februari 2012	Prijsontwikkeling 2012 *
E111 Eénvlaksvulling	€ 20,66 (€ 21,34)	€ 126,56 (€ 130,75)	€ 38,32 (€ 39,59)	€ 44,22	€ 48,42	15,4% (11,7%)
E112 Tweevlaksvulling	€ 33,58 (€ 34,69)	€ 139,48 (€ 144,10)	€ 55,54 (€ 57,38)	€ 63,05	€ 67,12	13,5% (9,9%)
E113 Drievlaksvulling	€ 43,91 (€ 45,36)	€ 149,81 (€ 154,77)	€ 67,39 (€ 69,62)	€ 77,86	€ 81,96	15,5% (11,8%)
E114 Vier- of vijfvlaksvulling	€ 61,99 (€ 64,04)	€ 167,89 (€ 173,45)	€ 87,14 (€ 90,02)	€ 98,73	€ 101,41	13,3% (9,7%)
E321 Kroon (+)	€ 206,65 (€ 213,49)	€ 400,38 (€ 413,63)	€ 229,97 (€ 237,58)	€ 272,58	€ 277,73	18,5% (14,7%)

Bron: Vektis/NZa

* Het betreft hier de verandering van de gemiddelde prijs in het eerste kwartaal van 2012 ten opzichte van het gemiddelde tarief van 2011. Hierbij wordt uitgegaan van een gelijkblijvend gemiddeld behandelprofiel.

Uit de bovenstaande tabel blijkt dat de gemiddelde prijs in het eerste kwartaal van 2012 voor zowel de kroon als voor drie van de vier vullingen met meer dan 10% is gestegen. Het betreft hier in alle gevallen (samengevoegde) prestaties inclusief hoofd- en bijcode.

De gewogen prijsverandering in 2012 ten opzichte van 2011 op basis van het aandeel dat deze prestaties in het totale volume van deze vijf prestaties hadden in 2012, is gelijk aan 14,8% (reëel 11,2%).

7.8 Kunstgebitten

In de categorie kunstgebitten vergelijkt de NZa de tarieven van vier verschillende prestaties. De NZa vergelijkt hierbij niet de techniekkosten.

Tabel 7.7. Prestaties kunstgebitten

Prestatie 2012	Categorie	Prestaties 2011
G111 Volledig kunstgebit boven- en onderkaak (+)	Prestaties die bestonden uit hoofd- en bijcodes	Boven- en onderprothese (P30) Extra voor beetregistratie met specifieke apparatuur (P17) Individuele randafdruk zonder opbouw (P36) Individuele afdruk met randopbouw (P14) Frontopstelling in aparte zitting (P37) Naregistratie en remounten (P28) Extra voor bepaling verticale beethoogte met specifieke apparatuur (P38) Extra voor bepaling neutrale zone (P39) Extra voor relinen van alginaatafdruk (P41) Extra voor specifieke A-zone-bepaling (P42) Extra voor extra beetbepaling met waswallen (P43) Overkappingsprothese, extra te berekenen per element (P29)
G112 Volledig kunstgebit onderkaak (+)	Prestaties die bestonden uit hoofd- en bijcodes	Onderprothese (P25) Extra voor beetregistratie met specifieke apparatuur (P17) Individuele randafdruk zonder opbouw (P36) Individuele afdruk met randopbouw (P14) Frontopstelling in aparte zitting (P37) Naregistratie en remounten (P28) Extra voor bepaling verticale beethoogte met specifieke apparatuur (P38) Extra voor bepaling neutrale zone (P39) Extra voor relinen van alginaatafdruk (P41) Extra voor specifieke A-zone-bepaling (P42) Extra voor extra beetbepaling met waswallen (P43) Overkappingsprothese, extra te berekenen per element (P29)
G113 Volledig kunstgebit bovenkaak (+)	Prestaties die bestonden uit hoofd- en bijcodes	Bovenprothese (P21) Extra voor beetregistratie met specifieke apparatuur (P17) Individuele randafdruk zonder opbouw (P36) Individuele afdruk met randopbouw (P14) Frontopstelling in aparte zitting (P37) Naregistratie en remounten (P28) Extra voor bepaling verticale beethoogte met specifieke apparatuur (P38) Extra voor bepaling neutrale zone (P39) Extra voor relinen van alginaatafdruk (P41) Extra voor specifieke A-zone-bepaling (P42) Extra voor extra beetbepaling met waswallen (P43) Overkappingsprothese, extra te berekenen per element (P29)
G211 Klikgebit per kaak (+)	Samengevoegde prestaties	Prothetische behandeling na implantologie in de edentate kaak onderprothese (J51) Prothetische behandeling na implantologie in de edentate kaak bovenprothese (J52)

Bron: NZa

+ Prestatie waarvoor ook techniekkosten in rekening kunnen worden gebracht

Op basis van de dataset leidt dit tot de volgende gemiddelde tarieven en prijsontwikkeling.

Tabel 7.8. Tarieven kunstgebitten

Prestatie 2012	Conversie minimaal	Conversie maximaal	Gemiddel de tarief 2011	Gemiddel de prijs 2012	Gemiddel de prijs februari 2012	Prijsontwikkeling 2012 *
G111 Volledig kunstgebit boven- en onderkaak (+)	€ 335,80 (€ 346,91)	€ 811,09 (€ 837,94)	€ 419,68 (€ 433,57)	€ 442,87	€ 523,32	5,5% (2,1%)
G112 Volledig kunstgebit onderkaak (+)	€ 206,65 (€ 213,49)	€ 681,94 (€ 704,51)	€ 251,41 (€ 259,73)	€ 243,71	€ 300,97	-3,1% (-6,2%)
G113 Volledig kunstgebit bovenkaak (+)	€ 154,98 (€ 160,11)	€ 630,27 (€ 651,13)	€ 213,36 (€ 220,42)	€ 231,22	€ 270,18	8,4% (4,9%)
G211 Klikgebit per kaak (+)	€ 346,13 (€ 357,59)	€ 346,13 (€ 357,59)	€ 372,75 (€ 385,09)	€ 531,12	€ 403,35	42,5% (37,9%)

Bron: Vektis/NZa

* Het betreft hier de verandering van de gemiddelde prijs in het eerste kwartaal van 2012 ten opzichte van het gemiddelde tarief van 2011. Hierbij wordt uitgegaan van een gelijkblijvend gemiddeld behandelprofiel.

De gewogen prijsverandering in 2012 ten opzichte van 2011 op basis van het aandeel dat deze prestaties voor kunstgebitten in het totale volume van deze vijf prestaties hadden in 2012, is gelijk aan 8,6% (reëel 5,1%).

Uit de bovenstaande tabel blijkt tevens dat de gemiddelde prijs voor een klikgebit in het eerste kwartaal van 2012 met 37,9% stijgt. De NZa verwacht dat de gemiddelde prijs van € 531,12 niet de werkelijkheid weerspiegelt. Dit vermoeden wordt bevestigd wanneer er een vergelijking wordt gemaakt met de gemiddelde prijs februari 2012. Deze bedraagt € 403,35.

Een mogelijke verklaring voor de vermoedelijke onjuistheid zijn de techniekkosten. Mogelijk zijn in de declaratiegegevens tevens de techniekkosten opgegeven onder de prestatiecode daar waar enkel de prijs voor de behandeling zelf opgegeven diende te worden. Indien de NZa uit was gegaan van de gemiddelde prijs februari 2012 was de prijsstijging minder dan 10% geweest.

7.9 Chirurgie

In de categorie chirurgie vergelijkt de NZa de tarieven van het trekken van een tand of kies.

Tabel 7.9. Prestaties chirurgie

Prestatie 2012	Categorie	Prestaties 2011
J311 Trekken tand of kies	Samengevoegde prestaties inclusief hoofd- en bijcode	Extractie (H10) Volgende extractie in dezelfde zitting en zelfde kwadrant (H15) Uitgebreid wondtoilet (H25) Hechten, per aveole (H20) Kosten hechtmateriaal (H21)

Prestatie 2012	Categorie	Prestaties 2011
J315 Moeizaam trekken tand of kies	Samengevoegde prestaties inclusief hoofd- en bijcode	Gecomplceerde extractie zonder mucoperiostale opklap (H30) Gecomplceerde extractie met mucoperiostale opklap (H35) Kosten hechtmateriaal (H21) Vorbereiding praktijkruimte ten behoeve van chirurgische verrichtingen vallend onder B (H90)

Bron: NZa

Op basis van de dataset leidt dit tot de volgende gemiddelde tarieven en prijsontwikkeling.

Tabel 7.10. Tarieven chirurgie

Prestatie 2012	Conversie minimaal	Conversie Maximaal	Gemiddeld e tarief 2011	Gemiddeld e prijs 2012	Gemiddeld e prijs februari 2012	Prijsontwikkeling 2012 *
J311 Trekken tand of kies	€ 20,66 (€ 21,34)	€ 39,09 (€ 40,38)	€ 20,99 (€ 21,68)	€ 35,46	€ 38,11	68,9% (63,5%)
J315 Moeizaam trekken tand of kies	€ 51,66 (€ 53,37)	€ 119,16 (€ 123,10)	€ 55,78 (€ 57,63)	€ 70,54	€ 76,37	26,5% (22,4%)

Bron: Vektis/NZa

* Het betreft hier de verandering van de gemiddelde prijs in het eerste kwartaal van 2012 ten opzichte van het gemiddelde tarief van 2011. Hierbij wordt uitgegaan van een gelijkblijvend gemiddeld behandelprofiel.

Met betrekking tot deze prestaties wordt opgemerkt dat bij de NZa signalen bekend zijn waaruit blijkt dat tarieven en werkelijke kosten van vóór 2012 van deze prestaties uiteen zijn gaan lopen hetgeen kan verklaren dat mondzorgaanbieders nu een correctie aanbrengen met betrekking tot deze tarieven.

De gewogen prijsverandering in 2012 ten opzichte van 2011 op basis van het aandeel dat deze prestaties voor chirurgische behandelingen in het totale volume van deze prestaties hadden in 2012, is gelijk aan 56,3% (reëel 51,3%).

7.10 Wortelkanaalbehandelingen

In de categorie wortelkanaalbehandelingen vergelijkt de NZa de tarieven van de vier prestaties die er in rekening gebracht kunnen worden voor het uitvoeren van een wortelkanaalbehandeling.

Tabel 7.11. Prestaties wortelkanaalbehandelingen

Prestatie 2012	Categorie	Prestaties 2011
L311 Volledige wortelkanaalbehandeling per element met 1 kanaal	Prestaties die bestonden uit hoofd- en bijcodes	Eénkanaalig element (E13) Oppervlakte-anesthesie (A15) Geleidings- en/of infiltratie-anesthesie (A10) Behandeling onder algehele narcose (A20) Aanbrengen rubberdam (E45) Toeslag voor kosten roterend nikkel-titanium instrumentarium (E04) Elektronische lengtebepaling (E85) Insluiten calciumhydroxide per element, per zitting (E19) Gebruik operatiemicroscop (E86)
L312 Volledige wortelkanaalbehandeling per element met 2 kanalen	Prestaties die bestonden uit hoofd- en bijcodes	Tweekanalig element (E14) Oppervlakte-anesthesie (A15) Geleidings- en/of infiltratie-anesthesie (A10) Behandeling onder algehele narcose (A20) Aanbrengen rubberdam (E45) Toeslag voor kosten roterend nikkel-titanium instrumentarium (E04) Elektronische lengtebepaling (E85) Insluiten calciumhydroxide per element, per zitting (E19) Gebruik operatiemicroscop (E86)
L313 Volledige wortelkanaalbehandeling per element met 3 kanalen	Prestaties die bestonden uit hoofd- en bijcodes	Driekanalig element (E16) Oppervlakte-anesthesie (A15) Geleidings- en/of infiltratie-anesthesie (A10) Behandeling onder algehele narcose (A20) Aanbrengen rubberdam (E45) Toeslag voor kosten roterend nikkel-titanium instrumentarium (E04) Elektronische lengtebepaling (E85) Insluiten calciumhydroxide per element, per zitting (E19) Gebruik operatiemicroscop (E86)
L314 Volledige wortelkanaalbehandeling per element met 4 of meer kanalen	Prestaties die bestonden uit hoofd- en bijcodes	Vier- of meerkanalig element (E17) Oppervlakte-anesthesie (A15) Geleidings- en/of infiltratie-anesthesie (A10) Behandeling onder algehele narcose (A20) Aanbrengen rubberdam (E45) Toeslag voor kosten roterend nikkel-titanium instrumentarium (E04) Elektronische lengtebepaling (E85) Insluiten calciumhydroxide per element, per zitting (E19) Gebruik operatiemicroscop (E86)

Bron: NZa

Op basis van de dataset leidt dit tot de volgende gemiddelde tarieven en prijsontwikkeling.

Tabel 7.12. Tarieven wortelkanaalbehandelingen

Prestatie 2012	Conversie minimaal	Conversie maximaal	Gemiddelde tarief 2011	Gemiddelde prijs 2012	Gemiddelde prijs februari 2012	Prijsontwikkeling 2012 *
L311 Volledige wortelkanaalbehandeling per element met 1 kanaal	€ 92,99 (€ 96,07)	€ 257,97 (€ 266,51)	€ 116,47 (€ 120,33)	€ 176,58	€ 189,95	51,6% (46,8%)
L312 Volledige wortelkanaalbehandeling per element met 2 kanalen	€ 134,32 (€ 138,77)	€ 299,30 (€ 309,21)	€ 159,43 (€ 164,71)	€ 222,32	€ 236,55	39,4% (35,0%)
L313 Volledige wortelkanaalbehandeling per element met 3 kanalen	€ 175,65 (€ 181,46)	€ 340,63 (€ 351,90)	€ 198,80 (€ 205,38)	€ 266,27	€ 285,58	33,9% (29,6%)
L314 Volledige wortelkanaalbehandeling per element met 4 of meer kanalen	€ 216,98 (€ 224,16)	€ 381,96 (€ 394,60)	€ 252,37 (€ 244,28)	€ 322,41	€ 330,80	32,0% (27,8%)

Bron: Vektis/NZa

* Het betreft hier de verandering van de gemiddelde prijs in het eerste kwartaal van 2012 ten opzichte van het gemiddelde tarief van 2011. Hierbij wordt uitgegaan van een gelijkblijvend gemiddeld behandelprofiel.

Uit bovenstaande tabel blijkt dat alle wortelkanaalbehandelingen met meer dan 30% zijn gestegen. Uit tabel 7.11 blijkt dat deze prestaties in 2011 uit hoofdcodes met een groot aantal bijcodes bestonden. Belangrijke daarbij zijn de prestaties met betrekking tot anesthesie. Zoals eerder toegelicht, zijn de aandelen van deze bijcodes bepaald op basis van het volumeaandeel (hoe vaak komt een bijcode voor bij betreffende hoofdcodes). Specifiek met betrekking tot anesthesie geldt echter dat deze methode tot een relatief beperkt aandeel leidt terwijl het – gezien de aard van de behandelingen in dit hoofdstuk – voor de hand ligt dat dit in (nagenoeg) alle gevallen wordt toegepast. Dit verschil kan de prijsstijgingen voor een (overigens beperkt) deel verklaren.

De gewogen prijsverandering in 2012 ten opzichte van 2011 op basis van het aandeel dat deze prestaties voor wortelkanaalbehandelingen in het totale volume van deze prestaties hadden in 2012, is gelijk aan 40,8% (reëel 36,3%).

7.11 Tandvleesbehandelingen

Onder de categorie tandvleesbehandelingen vallen onder andere het reinigen van het worteloppervlak, de tussentijdse beoordeling van het tandvlees en de behandeling van een tandvleesabces.

Tabel 7.13. Prestaties tandvleesbehandelingen

Prestatie 2012	Categorie	Prestaties 2011
N111 Grondig reinigen worteloppervlak per element	Samengevoegde prestaties	Initiële parodontale behandeling zorgaanbieder zijnde tandarts, per element (T21) Initiële parodontale behandeling zorgaanbieder zijnde mondhygiënist, per element (T22)

Prestatie 2012	Categorie	Prestaties 2011
N211 Tussentijdse beoordeling tandvlesbehandeling	Samengevoegde prestaties inclusief hoofd- en bijcode	Herbeoordeling met pocketstatus (T31) Herbeoordeling met parodontiumstatus (T32) Uitgebreid bespreken vervolgtraject (T33)
N811 Behandeling tandvlesabces	Eén op één vergelijkbare prestatie	Behandeling parodontaal abces (T94)

Bron: NZa

Op basis van de dataset leidt dit tot de volgende gemiddelde tarieven en prijsontwikkeling.

Tabel 7.14. Tarieven tandvlesbehandelingen

Prestatie 2012	Conversie minimaal	Conversie maximaal	Gemiddelde tarief 2011	Gemiddelde prijs 2012	Gemiddelde prijs februari 2012	Prijsontwikkeling 2012 *
N111 Grondig reinigen worteloppervlak per element	€ 27,90 (€ 28,82)	€ 40,82 (€ 42,17)	€ 25,92 (€ 26,78)	€ 26,65	€ 28,34	2,8% (-0,5%)
N211 Tussentijdse beoordeling tandvlesbehandeling	€ 80,08 (€ 82,73)	€ 134,32 (€ 138,77)	€ 93,68 (€ 96,78)	€ 69,53	€ 68,96	-25,8% (-28,2%)
N811 Behandeling tandvlesabces	€ 69,74 (€ 72,05)	€ 69,74 (€ 72,05)	€ 69,74 (€ 72,05)	€ 69,14	€ 69,23	-0,9% (-4,2%)

Bron: Vektis/NZa

* Het betreft hier de verandering van de gemiddelde prijs in het eerste kwartaal van 2012 ten opzichte van het gemiddelde tarief van 2011. Hierbij wordt uitgegaan van een gelijkblijvend gemiddeld behandelprofiel.

Uit bovenstaande tabel blijkt een beperkte stijging of zelfs een daling van alle vergeleken tandvlesbehandelingen. De gewogen prijsverandering in 2012 ten opzichte van 2011 op basis van het aandeel dat deze prestaties voor tandvlesbehandelingen in het totale volume van deze prestaties hadden in 2012, is gelijk aan 1,7% (reëel -1,6%).

7.12 Beugels (orthodontie)

De vergelijking voor beugels is anders uitgevoerd dan de hiervoor beschreven methode. De prestaties verschillen dusdanig dat een conversie ten opzichte van 2011 niet mogelijk is.

De NMT heeft voor een eigen onderzoek een vergelijking gemaakt tussen een totale beugelbehandeling gestart in 2011 en een beugelbehandeling voor de nieuwe prestatielijst. Het aantal voorkomende prestaties is door NMT zelf gewogen en is niet door de NZa gecontroleerd met daadwerkelijk gedeclareerde data. Dit is in het geval van orthodontie ook vrijwel onmogelijk aangezien de totale behandeling vaak tussen de 1 en 3 jaar duurt. De declaraties vinden dan ook op verschillende data plaats en kunnen zelfs bij verschillende zorgverzekeraars gedaan worden (als iemand tijdens een lopende behandeling wisselt van zorgverzekeraar) of (gedeeltelijk) door de patiënt zelf betaald worden.

Met deze vergelijking worden de drie meest voorkomende beugelbehandelingen met elkaar vergeleken op 'casus niveau' zoals

samengesteld door de NMT. Hiervoor zijn de techniekkosten en de kosten voor het opstellen van het zorgplan overgenomen uit de meting van de NMT. In bijlage 4 is een overzicht opgenomen van de samenstelling van de behandelingen.

Tabel 7.15. Prestaties beugels (orthodontie)

	Tarief 2011	Tarief 2012	Prijswontwikkeling 2012
Behandeling met vaste apparatuur bovenkaak (behandelduur 1 jaar)	€ 1330,56 (€ 1374,60)	€ 1330,44	-0,01% (-3,2%)
Behandeling met vaste apparatuur bovenkaak (behandelduur 1 jaar) Inclusief zelfligerende brackets	€ 1485,51 (€ 1534,68)	€ 1365,70	-8,1% (-11,0%)
Behandeling met vaste apparatuur onder- en bovenkaak (behandelduur 1,5 jaar)	€ 1808,69 (€ 1868,56)	€ 1823,63	0,8% (-2,4%)
Behandeling met vaste apparatuur onder- en bovenkaak (behandelduur 1,5 jaar) Inclusief zelfligerende brackets	€ 2118,59 (€ 2188,72)	€ 1902,99	-10,2% (-13,1%)
Behandeling met buitenbeugel en vaste apparatuur (behandelduur 2 jaar)	€ 2187,50 (€ 2259,91)	€ 2302,78	5,3% (1,9%)
Behandeling met buitenbeugel en vaste apparatuur (behandelduur 2 jaar) Inclusief zelfligerende brackets	€ 2497,40 (€ 2580,06)	€ 2382,14	-4,6% (-7,7%)

Er is geen gewogen prijsverandering voor dit hoofdstuk berekend omdat er geen (volledige) volumes bekend zijn. Dit hoofdstuk wordt ook niet meegenomen in de vergelijking over alle prestaties (zie paragraaf 7.13) aangezien er een andere systematiek is toegepast die niet aansluit bij de andere hoofdstukken.

7.13 Vergelijking over alle prestaties

De prijsvergelijkingen in de paragrafen hiervóór zijn uitgesplitst per type behandeling. Per groep van prestaties is ook de gewogen gemiddelde prijsontwikkeling weergegeven. Deze is gebaseerd op het aandeel dat een prestatie had in het totale volume van de groep prestaties die vergeleken worden met 2011.

De prijsontwikkeling verschilt sterk per type: zo zijn er groepen prestaties die (gedeeltelijk) dalen (consultatie en diagnostiek, tandvlesbehandelingen) maar ook groepen die een plus vertonen (zoals de vullingen en kronen en wortelkanaalbehandelingen).

De gewogen gemiddelde prijsverandering³⁴ over alle hiervoor genoemde prestaties waarvan geldt dat er een vergelijking gemaakt kan worden met 2011 is 9,6% (reëel 6,1%).

³⁴ Hierbij is het hoofdstuk 'Beugels' buiten beschouwing gelaten omdat hier een andere systematiek is toegepast die niet aansluit op de andere vergelijkingen.

Bijlage 1. Gebruikte bronnen

In deze bijlage wordt een overzicht gegeven van de gebruikte data in deze marktscan. Daarbij wordt, wanneer dit van toepassing is, aangegeven of er voorzichtigheid geboden is bij het gebruik van de data.

Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT)

De NZa heeft van de ANT informatie ontvangen over het aantal tandartsen (ledenbestand ANT).

Capaciteitsorgaan

De NZa heeft het Capaciteitsorgaan gevraagd om gegevens aan te leveren over historische en toekomstige ontwikkelingen in het aanbod van werkzame tandartsen, mondhygiënisten en orthodontisten. Het Capaciteitsorgaan heeft deze gegevens opgeleverd in een rapportage (aantallen tandartsen, mondhygiënisten en orthodontisten 2006-2020). Hierin zijn gegevens, zoals gebruikt in het Capaciteitsplan 2010, deelrapport 3, opgenomen.

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)

De NZa heeft voor het aantal inwoners per mondzorgaanbieder en de reistijdanalyse in het hoofdstuk marktstructuur gebruik gemaakt van de CBS bevolkingsgegevens.

Kwaliteitsregister Mondhygiënisten (KRM)

De NZa heeft van de KRM informatie ontvangen over het aantal mondhygiënisten dat staat ingeschreven in het kwaliteitsregister.

Kwaliteitsregister Tandartsen (KRT)

De NZa heeft van de KRT informatie ontvangen over het aantal tandartsen dat staat ingeschreven in het kwaliteitsregister.

Motivaction

Voor haar marktscan heeft de NZa informatie nodig over het gedrag van consumenten met betrekking tot de mondzorg. De NZa heeft onderzoeksbureau Motivaction gevraagd door middel van haar consumentenpanel hiernaar onderzoek te doen. Dit onderzoek is uitgevoerd eind 2011 (Consumentenpanel marktscan mondzorg).

Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Tandheelkunde (NMT)

Naar aanleiding van de start van het experiment vrije prijsvorming in de mondzorg, hebben de NZa en de NMT besloten samen te werken in de onderzoeksactiviteiten rondom het onderzoek naar de werk- en praktijksituatie van tandartsen.

Dit onderzoek heeft onder andere geleid tot een 0-meting rond een aantal zaken met betrekking tot samenstelling van het tandheelkundig team in praktijken (Praktijksituatie en werkdruk van tandartsen in 2011). Deze 0-meting is uitgevoerd eind 2011.

De NZa heeft van de NMT informatie ontvangen over het aantal tandartsen en orthodontisten in Nederland (NMT-tandartsenbestand en Orthodontistenregister). De NZa heeft tevens informatie ontvangen over richtlijnen.

De NZa heeft van de NMT informatie ontvangen van het aantal tandartsen dat zich heeft geregistreerd op de website www.allesoverhetgebit.nl.

De NZa is voor de vergelijking van de orthodontiebehandelingen aangesloten op de vergelijking zoals deze is opgesteld door de NMT. De NZa is voor het invullen van deze vergelijking gedeelte data van de NMT gebruikt.

Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten (NVM)

De NZa heeft van de NVM informatie ontvangen over het aantal tandartsen (ledenbestand NVM). De NZa heeft tevens informatie ontvangen over richtlijnen.

Organisatie van Nederlandse Tandprotheticici (ONT)

De NZa heeft van de ONT informatie ontvangen over het aantal tandartsen (ledenbestand ONT). Daarnaast heeft de NZa van de ONT informatie ontvangen over het aantal tandprotheticici met een ONT keurmerk. De NZa heeft tevens informatie ontvangen over richtlijnen.

Vektis

De data die de NZa heeft gebruikt voor haar berekeningen is afkomstig van Vektis. Het betreft hier declaratiegegevens uit 2010, 2011 en het eerste kwartaal van 2012 zoals op 16 april 2012 bij Vektis aangeleverd was. Op dat moment waren niet alle gegevens beschikbaar. In onderstaande tabel staat van welke verzekeraars gegevens zijn gebruikt.

Tabel B1.1. Overzicht gebruikte gegevens zorgverzekeraars

Verzekeraar	Uzovi-code	2010	2011	2012
Univé	101	ja	ja	ja
IZA	699	ja	ja	ja
UMC	736	ja	ja	ja
Trias	7050	ja	ja	nvt
VGZ	7095	ja	ja	ja
IZZ	9015	ja	ja	ja
Delta Lloyd	104	ja	ja	nee
Ohra Ziektekosten	201	ja	ja	nee
Ohra Zorgverzekering	7053	ja	ja	nee
CZ	7119	ja	ja	nee
ASR	403	ja	ja	ja
ONVZ	441	ja	ja	ja
Avéro	3329	ja	ja	ja
Zilveren kruis	3311	ja	ja	ja
Groeneland	3312	ja	ja	ja
Interpolis	3313	ja	ja	ja
OZF	3314	ja	ja	ja
FBTO	211	ja	ja	ja
Menzis*	3332	ja	nee	nee
Anderzorg*	3333	ja	nee	nee
Agis	7007	nee	nee	nee
DSW	7029	ja	ja	ja
Stad Holland	7037	ja	ja	ja
Salland	7032	nee	nee	nee
Azivo	7054	nee	nee	nee
De Friesland	7084	ja	ja	nee
Zorg & Zekerheid	7085	nee	nee	nee

Bron: Vektis

* Menzis en Anderzorg hadden in 2010 een ander Uzovi-code.

Ondanks dat niet alle verzekeraars hun gegevens hebben aangeleverd, biedt het aantal aanleverende verzekeraars naar mening van de NZa wel een representatief beeld van in rekening gebrachte tarieven in de mondzorg. De NZa acht het echter mogelijk dat de volgende punten de representativiteit verstoren:

- Vanwege de introductie van de nieuwe prestatiecodes per 1 januari 2012 was maar een beperkt deel van de zorgverzekeraars in staat om voor 16 april gegevens aan te leveren over het eerste kwartaal 2012.
- Ook voor de laatste maanden van 2011 moet rekening worden gehouden met een lagere dekking omdat de zorgverzekeraars die geen data over het eerste kwartaal 2012 hebben aangeleverd, ook geen data hebben aangeleverd over declaraties voor zorg die in 2011 is geleverd maar in het eerste kwartaal 2012 is verwerkt door de verzekeraar.
- Omdat over 2012 slechts data is aangeleverd die in het eerste kwartaal is verwerkt is het mogelijk dat er onbedoeld selectie optreedt. Elektronisch gedeclareerde kosten worden over het algemeen sneller verwerkt dan papieren declaraties. Het is waarschijnlijk dat elektronisch declareren vooral plaatsvindt wanneer er sprake is van gecontracteerde zorg. Het is dus waarschijnlijk dat in de gebruikte data een onevenredig groot aandeel gecontracteerde zorg zit. Omdat de prijzen van gecontracteerde zorg anders (vermoedelijk lager) kunnen zijn dan van niet-gecontracteerde zorg, kunnen de resultaten leiden tot een onderschatting van de door zorgaanbieders gehanteerde prijzen.
- De dataset bevat gegevens over bij de zorgverzekeraars ingediende declaraties. Zowel Vektis als de NZa heeft geen zicht op niet-verzekerde declaraties, omdat deze niet (altijd) bij verzekeraars terecht komen. Er kunnen daarom (ook) geen uitspraken worden gedaan over de totale uitgaven in de mondzorg op basis van deze dataset.
- Voor de bepaling van de verdeling van bijcodes per hoofdcode gelden een aantal beperkingen en zijn een aantal aannames gedaan;
- Dit onderzoek is het eerste onderzoek waarbij Vektis gebruik heeft gemaakt van declaratiegegevens mondzorg. Als onderdeel van dit onderzoek zijn kwaliteitscontroles uitgevoerd maar er moet rekening mee worden gehouden dat vanwege het prille karakter van dit onderzoek bij Vektis nog niet de ervaring en bekendheid met de data aanwezig is die aanwezig is voor andere databronnen van Vektis.

Vereniging van Orthodontisten (VvO)

De NZa heeft van de VvO informatie ontvangen over het aantal orthodontisten met een branche-certificaat.

Bijlage 2. Richtlijnen

Tabel B2.1. Overzicht richtlijnen mondzorgaanbieders

Richtlijnen Tandartsen en orthodontisten	
Klinisch tandheelkundige richtlijnen	Het periodiek mondonderzoek (UMC st. Radboud), 2007
	Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen (NVVA/NMT/NVG), 2007
	Richtlijn voor de (na)zorg bij patiënten met implantaten (Evelyne van Laarhoven-nijs & Claudia van Zoelen), 2007
	De klachtenvrije, geïmpacteerde derde molaar in de onderkaak
	Tandletsel (NMT), 2010
	Mondzorg voor jeugdigen – in ontwikkeling (NMT ea), 2011/2012
Geneeskundige richtlijnen met raakvlakken met de tandheelkunde	Richtlijn preventie bacteriële endocarditis (Nederlandse hartstichting), 2000
	Mondholte- / orofarynxcarcinoom (Werkgroep hoofd- en halstumoren), 2004
	Hepatitis B (Nationaal Hepatitis Centrum), 2004
	Richtlijn Orale mucositis (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland oncologie), 2007
	Griep (WIP/RIVM), 2007
	Richtlijn diagnostiek en behandeling van het obstructieve slaapapneu syndroom bij volwassenen (Ned. Vereniging van artsen voor longziekten en tuberculose), 2009
	Tabaksverslaving (partnership Stop met Roken), 2009
	LESA Antistolling (NHG, KNMP, FNT, NMT), 2010
Algemene Richtlijnen	Horizontale verwijzing (NMT), 2002
	Verticale verwijzing (NMT), 2002
	Samenwerking tandtechnicus (NMT), 2002
	Second opinion (NMT), 2004
	Patiëntendossier (onderdeel van de praktijkwijzer WGBO)(NMT), 2006
	Verwijzing tandprotheticus (NMT), 2007
	Tandheelkundige Radiologie (NMT), 2007
	Waterkwaliteit (WIP), 2007
	Infectiepreventie (werkgroep infectiepreventie), 2007
	Richtlijn Medicatieoverdracht (IGZ en VWS), 2008
	Opvang tandheelkundige spoedgevallen buiten praktijken (NMT), 2010
	LESA Medicatieoverdracht, 2010

Bron: NMT

Tabel B2.2. Overzicht richtlijnen mondhygiënisten

Richtlijnen Mondhygiënisten
Beroepsprofiel Mondhygiënist in Nederland (NVM), 2007
Gedragscode voor mondhygiënisten (NVM), 2008

Bron: NVM

Tabel B2.3. Overzicht richtlijnen tandprotheticici

Richtlijnen Tandprotheticici
Richtlijn implantologische behandeling van de edentale patient door tandarts implantoloog in samenwerking met tandprotheticus (ONT), 2009
Codex van beroepsethiek voor tandprotheticici (ONT), 2009

Bron: ONT

Bijlage 3. Totaaloverzicht

De NZa vergelijkt de tarieven van in totaal 36 prestaties. Deze bijlage bevat een totaaloverzicht. Deze tabel bestaat uit de volgende kolommen. In hoofdstuk 7 is uitgebreid toegelicht op welke wijze de analyse rondom betaalbaarheid tot stand is gekomen.

- De *prestaties 2012* zijn de prestatiebeschrijvingen zoals deze gelden per 1 januari 2012. De vergelijking van de NZa wordt gemaakt op basis van deze prestatiebeschrijvingen.
- Het *gemiddelde tarief 2010* komt stand via de volgende methode. De prestatiebeschrijving 2012 kan worden vergeleken met één of meerdere prestatiebeschrijvingen uit 2010. Op basis van de door Vektis aangeleverde declaratiegegevens wordt bepaald hoe zwaar de prestatiebeschrijving(en) 2010 moeten worden gewogen om deze te vergelijken met 2012. Voor iedere prestatiebeschrijving 2010 wordt het door de NZa vastgestelde maximumtarief gebruikt. Het gemiddelde tarief 2010 is de som van de prestatiebeschrijving(en) 2010, vermenigvuldigd met de weging per prestatiebeschrijving en vermenigvuldigd met het maximumtarief.
- Het *gemiddelde tarief 2011* komt stand via de volgende methode. De prestatiebeschrijving 2012 kan worden vergeleken met één of meerdere prestatiebeschrijvingen uit 2011. Op basis van de door Vektis aangeleverde declaratiegegevens wordt bepaald hoe zwaar de prestatiebeschrijving(en) 2011 moeten worden gewogen om deze te vergelijken met 2012. Voor iedere prestatiebeschrijving 2011 wordt het door de NZa vastgestelde maximumtarief gebruikt. Het gemiddelde tarief 2011 is de som van de prestatiebeschrijving(en) 2011, vermenigvuldigd met de weging per prestatiebeschrijving en vermenigvuldigd met het maximumtarief.
- De *gemiddelde prijs 2012* is de gemiddelde prijs van alle in 2012 in rekening gebrachte prestaties 2012 op basis van de door Vektis aangeleverde declaratiegegevens.
- De *gemiddelde prijs februari 2012* is de gemiddelde prijs uit de Marktscan Mondzorg, Publicatie prijsontwikkeling februari 2012. Dit is de gemiddelde prijs op basis van de prijslijsten van een a-selecte steekproef van tandartsen.
- Het *aantal prestaties 2012* is het aantal declaraties in de door Vektis aangeleverde declaratiegegevens waarop de gemiddelde prijs 2012 is gebaseerd.
- De *prijsontwikkeling 2012* is het procentuele verschil tussen het gemiddelde tarief 2011 en de gemiddelde prijs 2012 waarbij het gemiddelde tarief 2011 gelijk is aan 100%.

Tabel B3.1. Totaaloverzicht vergelijking tarieven

Prestatie 2012	Gemiddelde tarief 2010	Gemiddelde tarief 2011	Gemiddelde prijs 2012	Gemiddelde prijs februari 2012	Aantal prestaties 2012	Prijsontwikkeling 2012 *
A111 Periodieke controle	€ 19,53	€ 19,75	€ 20,36	€ 20,86	879.077	3,1%
A211 Probleemgericht consult	€ 20,86	€ 21,00	€ 24,84	€ 25,13	93.743	18,3%
A231 Intake consult			€ 36,16	€ 37,71	34.516	Nvt
A311 Maken en beoordelen kleine röntgenfoto	€ 14,35	€ 14,47	€ 15,12	€ 15,12	539.367	4,5%
A321 Maken en beoordelen kaakoverzichtsfoto	€ 61,49	€ 61,99	€ 61,51	€ 61,82	50.816	-0,8%
C112 Preventieve voorlichting en/of instructie standaard			€ 22,71	€ 22,90	83.411	Nvt
C114 Preventieve voorlichting en/of instructie uitgebreid			€ 45,49	€ 45,62	15.635	Nvt
C212 Gebitsreiniging standaard	€ 18,72	€ 18,95	€ 21,81	€ 24,23	401.748	15,1%
C214 Gebitsreiniging uitgebreid	€ 46,12	€ 46,50	€ 48,24	€ 49,61	192.438	3,7%
C511 Sealen per element	€ 16,12	€ 16,58	€ 17,35	€ 17,56	144.353	4,6%
C811 Fluoridebehandeling boven- en ondergebit	€ 22,89	€ 23,18	€ 23,66	€ 24,09	134.848	2,1%
E111 Eénvlaksvulling	€ 37,79	€ 38,32	€ 44,22	€ 48,42	181.497	15,4%
E112 Tweevlaksvulling	€ 54,76	€ 55,54	€ 63,05	€ 67,12	265.460	13,5%
E113 Drievlaksvulling	€ 66,40	€ 67,39	€ 77,86	€ 81,96	172.650	15,5%
E114 Vier- of vijfvlaksvulling	€ 86,04	€ 87,14	€ 98,73	€ 101,41	70.969	13,3%
E321 Kroon (+)	€ 228,18	€ 229,97	€ 272,58	€ 277,73	65.426	18,5%
G111 Volledig kunstgebit boven- en onderkaak (+)	€ 414,35	€ 419,68	€ 442,87	€ 523,32	11.230	5,5%
G112 Volledig kunstgebit onderkaak (+)	€ 248,84	€ 251,41	€ 243,71	€ 300,97	2.770	-3,1%
G113 Volledig kunstgebit bovenkaak (+)	€ 210,91	€ 213,36	€ 231,22	€ 270,18	13.379	8,4%
G211 Klikgebit per kaak (+)	€ 369,94	€ 372,75	€ 531,12	€ 403,35	2.079	42,5%
J311 Trekken tand of kies	€ 20,95	€ 20,99	€ 35,46	€ 38,11	66.445	68,9%

J315 Moeizaam trekken tand of kies	€ 55,58	€ 55,78	€ 70,54	€ 76,37	28.239	26,5%
L311 Volledige wortelkanaalbehandeling per element met 1 kanaal	€ 115,18	€ 116,47	€ 176,58	€ 189,95	14.671	51,6%
L312 Volledige wortelkanaalbehandeling per element met 2 kanalen	€ 157,79	€ 159,43	€ 222,32	€ 236,55	8.010	39,4%
L313 Volledige wortelkanaalbehandeling per element met 3 kanalen	€ 198,23	€ 198,80	€ 266,27	€ 285,58	14.717	33,9%
L314 Volledige wortelkanaalbehandeling per element met 4 of meer kanalen	€ 243,01	€ 244,28	€ 322,41	€ 330,80	5.206	32,0%
N111 Grondig reinigen worteloppervlak per element	€ 25,75	€ 25,92	€ 26,65	€ 28,34	91.526	2,8%
N211 Tussentijdse beoordeling tandvleesbehandeling	€ 93,85	€ 93,68	€ 69,53	€ 68,96	3.652	-25,8%
N811 Behandeling tandvleesabces	€ 69,18	€ 69,74	€ 69,14	€ 69,23	608	-0,9%

Bron: Vektis/NZa

* Het betreft hier de verandering van de gemiddelde prijs in het eerste kwartaal van 2012 ten opzichte van het gemiddelde tarief van 2011. Hierbij wordt uitgegaan van een gelijkblijvend gemiddeld behandelprofiel.

Bijlage 4. Orthodontiebehandelingen

Tabel B.4.1
Behandeling met vaste apparatuur bovenkaak*
Behandelduur 1 jaar

Behandeling	Prestatie 2011	Aantal	2011 (inclusief zelffligerende brackets)	2011 (exclusief zelffligerende brackets)	Prestatie 2012	Aantal	2012 (inclusief zelffligerende brackets)	2012 (exclusief zelffligerende brackets)
eerste consult	221101	1	19,63	19,63	A231	1	36,16	36,16
<i>uitgebreid onderzoek met bespreking:</i>								
kaakoverzichtsfoto	221114+221115	1	49,58	49,58	A321	1	61,51	61,51
schedelfoto	221116+221117	1	74,24	74,24	A324	1	61,02	61,02
aanvullend onderzoek orthodontie (gebitsmodellen en dia's)	221105+221106	1	95,56	95,56	A725	1	85,52	85,52
Zorgplan	nvt				A711		44,98**	44,98**
Plaatsen vaste beugel	221140+221143	1	503,65	503,65	V451	1	328,68	328,68
Zelffligerende brackets	221187	12	123,96				115,99**	
materiaal/techniekkosten	nvt					1		80,73**
Kosten losse zelffligerende brackets	221187	3	30,99					
controles voor vaste beugel (brackets)	221143	8	277,84	277,84	V515	8	312,16	312,16
<i>behandelevaluatie:</i>								
kaakoverzichtsfoto	221114+221115	1	49,58	49,58	A321	1	61,51	61,51
plaatsen retentiespalk en verwijderen vaste beugel	221153	1	43,42	43,42	V711	1	114,3	114,3
retentiecontroles	221153	4	173,68	173,68	V713	4	102,52	102,52
herstel retentie (los spalkje) 1x	221153	1	43,42	43,42	V812	1	41,35	41,35
TOTAAL			€ 1485,51	€ 1330,56			€ 1365,70	€ 1330,44

* Conversie en weging NMT onderzoek

** Techniekkosten en zorgplan volgens opgave NMT onderzoek

Tabel B.4.2
Behandeling met vaste apparatuur bovenkaak onder- en
bovenkaak*
Behandelduur 1,5 jaar

Behandeling	Prestatie 2011	Aantal	2011 (inclusief zelffligerende brackets)	2011 (exclusief zelffligerende brackets)	Prestatie 2012	Aantal	2012 (inclusief zelffligerende brackets)	2012 (exclusief zelffligerende brackets)
eerste consult	221101	1	19,63	19,63	A231	1	36,16	36,16
<i>uitgebreid onderzoek met bespreking:</i>								
kaakoverzichtsfoto	221114+221115	1	49,58	49,58	A321	1	61,51	61,51
schedelfoto	221116+221117	1	74,24	74,24	A324	1	61,02	61,02
aanvullend onderzoek orthodontie (gebitsmodellen en dia's)	221105+221106	1	95,56	95,56	A725	1	85,52	85,52
Zorgplan	nvt				A711		48,30**	48,30**
Plaatsen vaste beugel	221150+221153	1	751,14	751,14	V461	1	531,83	531,83
Zelffligerende brackets	221187	24	247,92				228,35**	
materiaal/techniekkosten	nvt					1		148,99**
Kosten losse zelffligerende brackets	221187	6	61,98					
controles voor vaste beugel (brackets)	221153	10	434,20	434,20	V516	10	469,60	469,60
<i>behandelevaluatie:</i>								
kaakoverzichtsfoto	221114+221115	1	49,58	49,58	A321	1	61,51	61,51
schedelfoto	221116+221117	1	74,24	74,24	A324	1	61,02	61,02
plaatsen retentiespalk en verwijderen vaste beugel	221153	1	43,42	43,42	V711	1	114,3	114,3
retentiecontroles	221153	4	173,68	173,68	V713	4	102,52	102,52
herstel retentie (los spalkje) 1x	221153	1	43,42	43,42	V812	1	41,35	41,35
TOTAAL			€ 2118,59	€ 1808,69			€ 1902,99	€ 1823,63

* Conversie en weging NMT onderzoek

** Techniekkosten en zorgplan volgens opgave NMT onderzoek

Tabel B.4.3
Behandeling met buitenbeugel en vaste apparatuur*
Behandelduur 2 jaar

Behandeling	Prestatie 2011	Aantal	2011 (inclusief zelffligerende brackets)	2011 (exclusief zelffligerende brackets)	Prestatie 2012	Aantal	2012 (inclusief zelffligerende brackets)	2012 (exclusief zelffligerende brackets)
eerste consult	221101	1	19,63	19,63	A231	1	36,16	36,16
<i>uitgebreid onderzoek met bespreking:</i>								
kaakoverzichtsfoto	221114+221115	1	49,58	49,58	A321	1	61,51	61,51
schedelfoto	221116+221117	1	74,24	74,24	A324	1	61,02	61,02
aanvullend onderzoek orthodontie (gebitsmodellen en dia's)	221105+221106	1	95,56	95,56	A725	1	85,52	85,52
Zorgplan	nvt				A711		48,77**	48,77**
Separeren (plaatsen van elastieken om ruimte te maken voor de beugel)	221130+221133	1 (221133 =1,25)	196,47	196,47	V421	1	117,27	117,27
Controles voor buitenbeugel	221133	6	182,34	182,34	V512	10	321,00	321,00
Plaatsen vaste beugel	221132+221153	1	751,14	751,14	V461	1	531,83	531,83
Zelffligerende brackets	221187	24	247,92				228,35**	
materiaal/techniekkosten	nvt					1	40,41**	189,40**
Kosten losse zelffligerende brackets	221187	6	61,98					
controles voor vaste beugel (brackets)	221153	10	434,20	434,20	V516	10	469,60	469,60
<i>behandelevaluatie:</i>								
kaakoverzichtsfoto	221114+221115	1	49,58	49,58	A321	1	61,51	61,51
schedelfoto	221116+221117	1	74,24	74,24	A324	1	61,02	61,02
plaatsen retentiespalken en verwijderen vaste beugel	221153	1	43,42	43,42	V711	1	114,30	114,30
retentiecontroles	221153	4	173,68	173,68	V713	4	102,52	102,52
herstel retentie (los spalkje) 1x	221153	1	43,42	43,42	V812	1	41,35	41,35
TOTAAL			€ 2497,40	€ 2187,50			€ 2382,14	€ 2302,78

* Conversie en weging NMT onderzoek

** Techniekkosten en zorgplan volgens opgave NMT onderzoek

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Mevrouw drs. E.I. Schippers, minister
Postbus 20350
2500 EJ 'S-GRAVENHAGE

Kenmerk

Pagina
1 van 9

Behandeld door
Projectgroep mondzorg

Telefoonnummer

E-mailadres

Kenmerk

Onderwerp
Beleidsbrief bij de marktscan mondzorg

Datum
21 juni 2012

Mevrouw de minister,

Op 1 januari 2012 is voor de mondzorg het experiment vrije prijsvorming van start gegaan. Naast het invoeren van vrije tarieven is ook de oude prestatielijst vervangen door een geheel nieuwe. De NZa heeft van u opdracht gekregen om gedurende het experiment de markteffecten van het invoeren van vrije tarieven systematisch en doorlopend te monitoren.

Hiertoe heeft de NZa al twee rapportages¹ uitgebracht, waarin met name is ingegaan op de prijsontwikkeling binnen de mondzorg. In deze derde marktscan worden naast de prijsontwikkelingen ook de volumes meegenomen en wordt ingegaan op andere onderdelen van de markt, zoals marktgedrag.

Het doel van deze beleidsbrief en de marktscan is om feitelijke observaties te geven over de huidige markt voor mondzorg in zijn geheel, die u kunnen helpen bij uw beleidsmatige keuzes bij het vervolg van het experiment.

Samenvattend kan gezegd worden dat uit de marktscan het volgende naar voren komt: het aantal contracten is in 2012 afgenomen ten opzichte van 2011, er zijn positieve ontwikkeling te zien ten aanzien van kwaliteitsinformatie, de toegankelijkheid is goed maar overstappen kan niet altijd zonder voorwaarde en de tarieven zijn gestegen met 9,6%².

Leeswijzer

Allereerst wordt ingegaan op het experiment en de doelstellingen daarvan. Onder het kopje achtergrond wordt ingegaan op de berichtgeving rondom vrije prijzen mondzorg. Vervolgens wordt ingegaan op de datakwaliteit en interpretatie van de data die gebruikt is

¹ NZa: Marktscan mondzorg, prijsontwikkeling januari en februari 2012. Daarnaast heeft de NZa gerapporteerd over de jeugdmondzorg. Publicaties zijn terug te vinden via www.nza.nl/zorgonderwerpen/mondzorg

² Reëel is de tariefstijging 6.1% ten opzichte van de geïndexeerde maximumtarieven 2011. De NZa had zonder de invoering van vrije prijsvorming de tarieven geïndexeerd met 3,31%. Deze indexering is niet meegenomen in de vergelijking.

in de marktscan. Achtereenvolgens worden de onderwerpen marktstructuur, marktgedrag, kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid beschreven. De brief eindigt met een conclusie.

Kenmerk

Pagina
2 van 9

Achtergrond

U heeft in uw aanwijzing (met kenmerk: MC-U-3072981, d.d. 21 juli 2011) aangegeven dat u verwacht met vrije tarieven een toename te zien van ondernemerszin, meer zorginhoudelijke kwaliteit, meer innovatie en een groter productassortiment. Aan de NZa heeft u opgedragen om te monitoren op de inkooprol van de patiënt c.q. de ziektekostenverzekeraar, de mate van transparantie, de ontwikkeling in het zorgaanbod en de prijsontwikkeling. Met deze marktscan geeft de NZa invulling aan uw opdracht.

Al vanaf de start in januari 2012 heeft het experiment veel aandacht gekregen van de politiek en de media. Deze aandacht heeft zich met name geconcentreerd op de volgende onderwerpen:

- Hoogte van de tarieven van mondzorgverleners;
- Lagere vergoedingen en hogere premies verzekeraars;
- Bijbetalingen in de jeugdmondzorg.

Naar aanleiding van onvrede over bijbetalingen in de jeugdmondzorg, zijn de zorgverzekeraars een (tijdelijk) "coulancebeleid" gaan voeren. Dit betekent dat op dit moment in de regel ingediende nota's vergoed worden en bijbetalingen op dit moment niet of slechts bij uitzondering voorkomen.

Samenvattend is te zeggen dat er vooral discussie is geweest over de betaalbaarheid van mondzorg sinds de invoering van vrije tarieven. In deze beleidsbrief komt dit onderwerp aan bod onder het kopje betaalbaarheid en onder het kopje conclusie.

De volgende marktscan met daarin aanvullende informatie over de ontwikkelingen in 2012 staat gepland voor november 2012. In die scan kan meer informatie gegeven worden over de betaalbaarheid, ondermeer omdat er dan meer declaraties over 2012 beschikbaar zijn. Daarnaast kan er een update gegeven worden over het aantal (inhoudelijke) contracten dat is afgesloten tussen zorgverzekeraars en zorgverleners. De NZa zal, indien beschikbaar, ook rapporteren over de eerste kwaliteitsmeting door de stuurgroep Zichtbare Zorg Mondzorg. Tot slot zal de NZa opnieuw met behulp van een consumentenpanel onderzoek uit laten voeren. Net als voor 2011 zal voor 2012 bekeken worden hoe tevreden patiënten zijn, of ze overwegen over te stappen etc. Deze meting zal gebaseerd zijn op gegevens uit het tot dan toe verlopen deel van het jaar.

Interpretatie en datakwaliteit

Eerste beeld

Deze marktscan beschrijft de situatie in de markt voor mondzorg tot en met maart 2012. Dit betekent dat over twee periodes gegevens zijn opgenomen: 'de nulmeting' (de situatie voor 2012) en waar mogelijk

geeft de marktscan gegevens over de nieuwe situatie (2012). Voor het beschrijven van onderdelen als betaalbaarheid en contractering is als het gaat om 2012 slechts beperkt informatie beschikbaar: de data die gebruikt zijn, omvatten de periode van januari tot en met maart 2012³. Dit betekent dat het beeld dat uit de marktscan komt niet een definitief beeld geeft over de algehele stand van zaken van het experiment in 2012. Lopende het jaar kunnen tandartsen hun tarieven nog wijzigen. Daarbij is het zo dat de gebruikte Vektis data over deze drie maanden niet volledig zijn, aangezien sommige verzekeraars door de beleidswijziging een achterstand hebben in hun administratie. Aanvankelijk was de NZa voornemens om data uit te vragen bij de aanbieders zelf dan wel de factoringmaatschappijen. Mede gezien het korte tijdsbestek en de weerstand die deze uitvraag opriep bij de betreffende partijen is uiteindelijk gekozen voor een uitvraag bij Vektis.

Kenmerk

Pagina
3 van 9

Een omvangrijke systeemwijziging zoals nu heeft plaatsgevonden vergt een periode van gewenning. Gedurende het jaar zijn er daarom nog verschillende aanpassingen te verwachten. Zo moesten mondzorgverleners wennen aan het werken met de nieuwe prestatielijst en het voor het eerst berekenen van eigen tarieven, naast het aanpassen van hun declaratiesystemen en invulling geven aan de regeling mondzorg. Verzekeraars moesten hun polissen, declaratiesystemen en overeenkomsten met aanbieders aanpassen op het nieuwe systeem.

Het is inherent aan een nieuw systeem dat er aanpassingen nodig zijn na het moment van invoeren, omdat niet alles voorafgaand aan de invoering van een systeem is te voorzien. Zorgverleners, verzekeraars maar ook de NZa doen tussentijds aanpassingen. Zo hebben veel zorgverzekeraars hun vergoedingsbeleid aangepast. Zorgverleners kunnen hun tarieven aanpassen op hun ervaringen in de eerste maanden. De NZa heeft de prestatielijst en regeling verder geoptimaliseerd aan de hand van de ervaringen uit de eerste maanden.

Al met al is het beeld over de start van het experiment moeilijk te beschouwen als een definitief en structureel effect van het experiment.

Marktgedrag

De belangrijkste aspecten van marktgedrag in deze marktscan zijn contractering door zorgverzekeraars, transparantie en het overstapgedrag van consumenten. Deze aspecten zijn namelijk in de aanwijzing benoemd als randvoorwaarden voor het wetslagen van het experiment. Ze worden in deze paragraaf achtereenvolgend behandeld.

Contractering

U heeft aangegeven dat u graag ziet dat zorgverzekeraars meer (zorginhoudelijke) contracten afsluiten met mondzorgverleners. De gedachte hierachter is dat de mondzorg verbetert als verzekeraar en zorgaanbieder afspraken maken over kwaliteit, service en tarieven. Contractering door verzekeraars is van belang voor de consument aangezien de verzekeraar in een betere positie verkeert om te

³ Over de mogelijke beperkingen in de datakwaliteit wordt in bijlage 1 van de marktscan verantwoording afgelegd.

onderhandelen dan de individuele consument. De verzekeraar beschikt over meer informatie en meer marktmacht.

Kenmerk

Het totaal aantal gesloten contracten binnen de mondzorg is gedaald ten opzichte van eerdere jaren. Voor tandartsen, orthodontisten, tandprotheticen en mondhygiënisten is de contractering in totaal, in 2012 met 34% afgenomen ten opzichte van 2011. Slechts een klein deel van de aanbieders heeft een contract met een verzekeraar. Ter vergelijking, zorgverzekeraars contracteren voor de farmacie, waar eveneens vrije prijzen gelden, gemiddeld 93% van de apotheken. In deze sector wordt echter, anders dan in de mondzorg, van oudsher veel gecontracteerd. Opvallend in de mondzorg is ook een groot verschil in de mate van contractering tussen verzekeraars. Het is aannemelijk dat de contractering door de start van het experiment méér tijd kost van zorgverlener en –verzekeraar dan in volgende of voorgaande jaren. Het aantal contracten zal naar verwachting nog toenemen, omdat er na 1 maart (het meetmoment van de marktscan) meer contracten worden gesloten. Hierover heeft de NZa ook berichten ontvangen van zorgverzekeraars.

Pagina
4 van 9

Binnen het aantal tot nog toe gesloten contracten ziet de NZa een stijgend aandeel contracten waarbij ook afspraken zijn gemaakt over de kwaliteit (aandeel 2011: 32%, aandeel 2012: 69%⁴). Dit beschouwt de NZa als een positieve ontwikkeling omdat in een markt met vrije tarieven naast de prijs ook aandacht moet zijn voor de kwaliteit van de geleverde zorg.

Uit het feit dat sommige verzekeraars wel een hoge contracteergraad hebben kan worden opgemaakt dat zorgverleners niet over dusdanige marktmacht beschikken dat het voor zorgverzekeraars onmogelijk is om contracten te sluiten. Verzekeraars kunnen dus wel degelijk een situatie met meer contracten bereiken.

Samenvattend vindt de NZa voldoende contractering een essentiële voorwaarde voor het welslagen van het experiment. De NZa constateert dat aan deze voorwaarde op dit moment niet wordt voldaan.

Samen met de publicatie van deze marktscan wordt het aangepaste toezichtskader 'Zorgplicht'⁵ vastgesteld. In dit kader wordt een nadere invulling van het begrip zorgplicht voor mondzorg gegeven. Deze normen zien op de toegankelijkheid en bereikbaarheid van mondzorg die valt onder de basisverzekering. Op basis van de normen kan de zorgverzekeraar bepalen hoeveel zorg moet worden ingekocht.

Overstapgedrag van consumenten

In een markt met vrije tarieven is het van belang dat een patiënt kan kiezen voor zijn of haar optimale prijs-kwaliteit verhouding. Daarnaast is het voor de prijsstelling van belang dat patiënten kunnen overstappen bij tarieven die als te hoog worden ervaren ('stemmen met de voeten'), zodat zorgaanbieders bij hun prijsvorming gedisciplineerd worden. In deze marktscan is alleen gekeken naar het overstappen naar andere aanbieders van mondzorg. Het is goed om hierbij op te merken dat

⁴ Voor tandartsen, orthodontisten, tandprotheticen en mondhygiënisten

⁵ (TH/BR-006)

(ontevreden) patiënten ook kunnen overstappen naar andere verzekeraars. Immers, een andere verzekeraar zou bijvoorbeeld wél de gewenste aanbieders gecontracteerd kunnen hebben, of een betere prijs of service aanbieden.

Kenmerk

Pagina

5 van 9

In 2011 overwoog 10% van de patiënten over te stappen naar een andere mondzorgverlener. Belangrijkste redenen die hiervoor genoemd werden waren zaken als ontevredenheid over de behandeling, service of prijs. Ook verhuizing werd genoemd als reden om van mondzorgaanbieder te wisselen. Belangrijke kanttekening bij dit resultaat is dat het hier gaat om een meting in de situatie met maximumtarieven (2011). De NZa verwacht dat de overstapbereidheid toeneemt als verzekeraars actiever gaan contracteren en mondzorgverleners zich meer van elkaar gaan onderscheiden. De NZa zal het overstapgedrag in het vervolg van het experiment actief blijven volgen, omdat hierin de potentie voor noodzakelijke concurrentie zit. Van belang voor overstapgedrag is ook of de toegankelijkheid goed is. Dit is verderop in deze brief beschreven.

Kwaliteit

In haar visiedocument bekostigstructuur mondzorg heeft de NZa aangegeven dat ze verwacht dat vrije prijzen bijdragen aan de kwaliteit en het inzicht in de prijs/ kwaliteitsverhouding. Het ontwikkelen van betekenisvolle kwaliteitsinformatie is bovendien genoemd door u als criterium voor het slagen van het experiment. Hiertoe is onlangs door de stuurgroep Zichtbare Zorg Mondzorg een eerste set met indicatoren vastgesteld. Op dit moment betreffen het met name procesindicatoren. Het is de bedoeling dat deze verder ontwikkeld worden richting uitkomstindicatoren. Deze informatie wordt bovendien openbaar gemaakt zodat patiënten hun keuzes ook kunnen baseren op kwaliteitsinformatie. De eerste gegevens worden in het najaar van 2012 verwacht.

Daarnaast is er een ontwikkeling te zien in het aantal gecertificeerde mondzorgverleners, het aantal richtlijnen en inhoudelijke contracten tussen zorgverleners en zorgverzekeraars over kwaliteit.

Patiënten geven in 2011 aan tevreden of zeer tevreden te zijn over hun mondzorgverlener. Zo geeft bijvoorbeeld 90% van de ondervraagde aan (zeer) tevreden te zijn over het resultaat van de behandeling bij de mondhygiënist en 80% geeft aan (zeer) tevreden te zijn over de deskundigheid van de tandprotheticus.

Per 1 januari is de facultatieve prestatie ingevoerd waarmee een zorgverlener tezamen met een zorgverzekeraar afspraken kan maken over innovatieve bekostiging of zorgprestaties. Pas half juni is een eerste aanvraag voor een dergelijke prestatie ingediend. Er is daarom ook nog niet over gerapporteerd in de marktscan.

Transparantie

Uit transparantieonderzoek dat de NZa zelf heeft uitgevoerd blijkt dat 92% van de onderzochte mondzorgverleners een prijslijst op zijn website heeft staan. Om de naleving van deze transparantie-eis te verbeteren heeft de NZa een handhavingstrategie in gang gezet.

U heeft aangegeven naast transparantie over prijs veel belang te hechten aan duidelijke keuze-informatie voor consumenten (de zogenoemde “etalage plus informatie”). De NZa houdt op dit onderwerp geen toezicht. Voor de rapportage hierover in de marktscan is de NZa aangesloten op de informatie van de stuurgroep Zichtbare Zorg Mondzorg. Deze heeft een vragenlijst opgesteld op basis waarvan deze structuurinformatie beschikbaar komt. De NZa heeft begrepen dat ook mondzorgkoepels met deze etalage-informatie aan de slag zijn gegaan; dat is een positieve ontwikkeling.

Ongeveer tweederde van de patiënten gaf in 2011 al aan over voldoende of ruim voldoende informatie te beschikken om een keuze voor een zorgverlener te kunnen maken.

Toegankelijkheid

Mondzorgverleners zijn over het algemeen zeer goed bereikbaar. Zo is binnen 10 minuten 98,3% van de bevolking bij een tandarts en binnen 15 minuten kan zelfs 99,8% van de Nederlandse bevolking een tandarts bezoeken. Ook is er voor 98% van de Nederlanders binnen een half uur een tandprotheticus, mondhygiënist of orthodontist bereikbaar.

Daarnaast blijkt dat patiënten, volgens de zorgverleners, op relatief korte termijn geholpen kunnen worden door een mondzorgverlener. Ruim 86% van de tandartsen geeft aan dat een patiënt voor een niet-spoedeisende behandeling binnen drie weken terecht kan en 99% van de tandartsen kan patiënten helpen binnen 2 maanden. De wachttijden zijn bovendien steeds korter geworden in de afgelopen jaren. In 1997 kon bijvoorbeeld slechts 67% van de tandartsen een patiënt behandelen binnen drie weken. Wat spoedeisende hulp betreft is de toegankelijkheid eveneens goed (99% van de patiënten kan binnen een dag geholpen worden) en verder verbeterd in de afgelopen jaren. Uit voorgaande kan geconcludeerd worden dat Nederland op dit moment beschikt over voldoende spreiding van capaciteit over het land, aangezien bijna alle Nederlanders in principe binnen korte tijd een mondzorgverlener kunnen bezoeken.

De mogelijkheid om over te kunnen stappen is zonder meer een belangrijke voorwaarde voor het welslagen van het experiment ‘vrije prijzen’. Naast bereikbaarheid is het voor een patiënt van belang dat hij terecht kan bij een mondzorgverlener naar zijn/ haar keuze. In dit kader is gekeken of tandartspraktijken nog nieuwe patiënten aannemen. Ongeveer 80% van de praktijken blijkt wel patiënten aan te nemen. Daarbij stelt wel meer dan de helft van deze praktijken voorwaarden, zoals een familierelatie, gezinsrelatie of een verwijzing. In dit opzicht is de toegankelijkheid tot een nieuwe aanbieder relatief beperkt. Dit zou prijs- en/of kwaliteitsbewuste consumenten alsnog kunnen belemmeren om van aanbieder te wisselen. Het stellen van voorwaarden aan het aannemen van patiënten is in de eerstelijnszorgmarkten overigens geen uitzonderlijk fenomeen. Wel is van belang dat het merendeel van de overstappende patiënten wordt aangenomen en dat de sector hierin meer servicegericht gaat werken.

Betaalbaarheid

Door het invoeren van de nieuwe prestatielijst met daarbij vrije tarieven kunnen tandartsen zelf een prijs vaststellen voor de zorg die zij leveren. Per prestatie kunnen per tandarts verschillen bestaan. Door de minister is vastgesteld dat de invoering van het experiment niet zou moeten leiden tot een dusdanige toename van de tarieven dat de toegankelijkheid van de zorg in gevaar komt, ongeacht of de kwaliteit hierdoor navenant toeneemt. Eventuele prijsstijgingen kunnen voortkomen uit betere toegankelijkheid, service of kwaliteit, maar ook doordat aanbieders in staat zijn om meer geld te vragen voor dezelfde handelingen.

Alles overziend blijkt dat de tarieven voor mondzorg met gemiddeld 9,6% zijn gestegen ten opzichte van 2011⁶. Er zijn geen gegevens bekend dat deze stijging verklaard zou kunnen worden door het feit dat zorgverleners meer of betere zorg zijn gaan leveren door de nieuwe prestatielijst met vrije tarieven. Dit kan betekenen dat de betaalbaarheid van de mondzorg is afgenomen.

Er is een grote variatie in tariefwijzingen te zien tussen de verschillende categorieën mondzorg prestaties. Zo stijgen de tarieven voor wortelkanaalbehandelingen sterk terwijl voor tandvlesbehandelingen dalingen worden gezien. Als er gekeken wordt naar prestaties die veel voorkomen bij jeugdigen dan is te zien dat daar veel tarieven dicht bij het niveau 2011 zitten. Voorbeelden hiervan zijn de 'fluoridebehandeling' (2,1%), 'sealen'(4,6%), en periodieke controle (3,1%). De vullingen zijn wel meer gestegen, zo stijgt de prijs van een 'tweevlaksvulling' met 13,5%.

Toenemende contractering door zorgverzekeraars zou kunnen leiden tot lagere tarieven. Het is voor zorgaanbieders en verzekeraars mogelijk lastig geweest om voor de eerste maal met de nieuwe prestaties een tarief te berekenen. Dit kan betekenen dat de tarieven op een later moment in het jaar lager zullen zijn, of dat de prijsontwikkeling in volgende jaren gematigder zal zijn. In bijvoorbeeld de markt voor bewegingszorg werd in eerste instantie na invoering van vrije prijzen een prijsstijging geconstateerd maar deze bleek zich in de loop van de tijd te matigen. Bij die matiging speelde de contractering door verzekeraars een belangrijke rol.

Een belangrijke kanttekening bij deze meting is dat het moeilijk is om definitieve conclusies te trekken. Een herhaalde meting met meer data over een langere periode in 2012 zal gedaan moeten worden om betrouwbaardere uitspraken te kunnen doen. Wel betekent de geconstateerde prijsstijging dat de prijsontwikkeling met extra aandacht gevolgd zal moeten worden en dat partijen zich extra zullen moeten inspannen om de betaalbaarheid te verbeteren.

⁶ Reëel is de tariefstijging 6.1% ten opzichte van de geïndexeerde maximumtarieven 2011. De NZa had zonder de invoering van vrije prijsvorming de tarieven geïndexeerd met 3,31%. Deze indexering is niet meegenomen in de vergelijking.

Conclusie

Het slagen van het experiment is in belangrijke mate afhankelijk van het gedrag van veldpartijen. Het zijn immers de verzekeraars en consumenten die kritisch zorg in dienen te kopen en de zorgverleners die goede mondzorg moeten leveren voor een goede prijs. Met name dit laatste punt zou een belangrijk onderwerp moeten zijn voor de betrokken partijen.

Deze marktscan ziet slechts op de eerste drie maanden van 2012. Zowel zorgverleners als zorgverzekeraars hebben hun werkwijze en systemen moeten inrichten op de nieuwe prestaties en tarieven. Het is te verwachten dat deze aanpassingen en gewenning tijd kosten. Bovendien kosten ontwikkelingen op gebied van kwaliteit(informatie) en innovatie ook tijd.

De NZa ziet een aantal positieve zaken in de markt: de kwaliteitsindicatoren zijn vastgesteld, veldpartijen spannen zich in voor verdere toename van de transparantie, iedere Nederlander heeft voldoende mondzorgverleners in de buurt en er zijn meer inhoudelijke contracten afgesloten. Anderzijds is te zien dat de tarieven stijgen en het aantal afgesloten contracten daalt ten opzichte van eerdere jaren. Bovendien is het niet eenvoudig om van zorgverlener te wisselen aangezien veel zorgverleners voorwaarden stellen aan het aannemen van nieuwe patiënten.

De waargenomen tariefstijging is een zeer belangrijk punt van aandacht in de volgende marktscans tezamen met de contracteergraad. De NZa acht het gezien de geconstateerde (te) lage contracteergraad en de onderlinge verschillen hierin tussen zorgverzekeraars, van belang om meer inzicht te krijgen in de prikkels en mogelijkheden tot contractering. Aanvullend inhoudelijk onderzoek hiernaar acht de NZa noodzakelijk, omdat via contractering de ontwikkeling van de markt versneld kan worden. Het vaststellen van de nadere invulling van de zorgplicht voor mondzorg kan een prikkel geven aan zorgverzekeraars om meer contracten af te sluiten.

Gezien de geconstateerde lage contracteergraad, de constatering dat er sinds de start van het experiment veel aandacht is geweest voor bijbetalingen in de jeugdmondzorg en de politieke wens om dit te voorkomen, wijst de NZa op de mogelijkheid voor (gedeeltelijke) herregulering van de jeugdmondzorg. Een mogelijkheid om bijbetalingen in de jeugdmondzorg die valt onder de basisverzekering te voorkomen⁷, kan gezocht worden in tariefregulering voor deze doelgroep. De mogelijkheid die daarbij vooralsnog het minst ver voert en de minste impact heeft op de rest van het experiment is het invoeren van een abonnement voor de jeugd met een gereguleerd tarief. Gegeven de keuze voor een experiment en de politieke wens om bijbetalingen te voorkomen kan er voor een variant gekozen worden waarbij het abonnement geldt als basisregulering in het geval er geen contract is tussen zorgverlener en zorgverzekeraar voor reguliere prestaties. Op die

⁷ Het volledig voorkomen van bijbetalingen is gezien de werking van het systeem niet te garanderen. De kans op bijbetalingen kan echter wel zeer worden beperkt.

manier kunnen de doelstellingen van het experiment behouden worden en kunnen bijbetalingen worden voorkomen.

Kenmerk

Voor het invoeren van een abonnementsprestatie met een gereguleerd tarief heeft de NZa een aanwijzing van u nodig. Om tot daadwerkelijke invoering van een dergelijke prestatie te komen moeten verschillende stappen doorlopen worden waar onder andere uw ministerie en het CVZ bij betrokken zullen worden. Mocht u inschatten dat u in november, mede op basis van de volgende marktscan mondzorg, wellicht besluit tot herregulering op korte termijn dan is daarvoor nodig dat de NZa per heden start met de voorbereidingen. We zullen echter nog geen actie ondernemen totdat we hiervoor een verzoek van u hebben ontvangen.

Pagina
9 van 9

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T.W. Langejan
voorzitter Raad van Bestuur