



ASSOCIATIE
NEDERLANDSE
TANDARTSEN

Nederlandse Zorgautoriteit

0800013104 ontvangen 01/04/2008



Nederlandse Zorgautoriteit
T.a.v. De weledelgeleerde vrouwe
Drs. C.C. van Beek
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

Betreft: Reactie ANT consultatiedocument Herziening bekostigingstructuur mondzorg
Ons kenmerk: 80331-D-MTmt-Reactie ANT consultatie NZa
Heemstede, 31 maart 2008

Geachte mevrouw Van Beek,

Hierbij doe ik u namens de Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT) de reactie toekomen op de consultatiedocumenten "Herziening bekostigingstructuur mondzorg" en "Mondzorg".

1. Inleiding

De ANT heeft haar achterban, alsmede diverse wetenschappelijke verenigingen en andere belanghebbenden in de mondzorg in binnen- en buitenland, uitgebreid geconsulteerd teneinde een weloverwogen reactie te kunnen geven op de consultatiedocumenten. Mede op basis van de diverse reacties heeft de ANT evenwel gemeend niet te moeten ingaan op de afzonderlijke consultatiedocumenten en door de NZa gestelde vragen, maar in plaats daarvan haar eigen visie op de bekostigingsstructuur van de mondzorg uiteen te zetten. Onder punt 2 zal ik nader ingaan op de overwegingen die de ANT daartoe hebben doen besluiten.

Nu het consultatiedocument "Herziening bekostigingstructuur mondzorg" de implementatie van taakherschikking als middel om te komen tot kostenbesparing tot doel lijkt te hebben, wordt onder punt 3 nader ingegaan op de vraagtekens die volgens de ANT bij dit concept dienen te worden geplaatst. Punt 4 betreft de visie van de ANT op de toekomstige bekostigingsstructuur van de mondzorg. Tot slot treft u onder punt 5 de conclusie en aanbevelingen aan.

2. Consultatiedocument en -procedure

Wie het document "Herziening bekostigingstructuur mondzorg" openslaat wordt reeds op pagina 7 geconfronteerd met de uitgangspunten zoals de NZa die hanteert voor de bekostigingsstructuur. Waar het inzicht in de mogelijke verbeteringen van de bekostigingsstructuur, dat de NZa in het woord vooraf zegt te willen verkrijgen, nog wijst op een open discussie over mogelijke verbeteringen van de structuur blijkt uit de op pagina 7 geformuleerde uitgangspunten het tegendeel. De discussie wordt op voorhand beperkt tot een bekostigingsstructuur met tariefregulering. De NZa lijkt daarmee angstvallig te willen vasthouden aan oude tijden; de WTG is echter vervangen door de Wmg. Wederom gaat de NZa niet in op de fundamentele vraag of tariefregulering überhaupt noodzakelijk is in de mondzorg. Tariefregulering is en blijft het uitgangspunt voor de NZa, een uitgangspunt dat zoals u weet naar het oordeel van de ANT strijdig is met het Europees recht.



Het is teleurstellend om te zien dat de NZa doet voorkomen alsof zij openstaat voor vernieuwing, maar tegelijkertijd werkelijke vernieuwing op voorhand afwijst; de NZa blijft uitgaan van zorgverleners die te kwader trouw zijn en die de overheid noodzaken zoveel mogelijk vrijheden in te perken. Een gemiste kans.

Deze conclusie wordt nog eens versterkt door het feit dat het gehele document uitsluitend draait om kostenbeheersing, waarbij die kostenverlaging bovendien eenzijdig bij de zorgaanbieder wordt gezocht. Andere aspecten komen niet of nauwelijks aan de orde, anders dan in directe relatie tot kostenbeheersing. De ANT is van mening dat wanneer gesproken wordt over een herziening van de structuur, er primair gekeken zou moeten worden naar de zorg, naar de kwaliteit van die zorg, de zorgvraag van de patiënt en de mogelijkheden voor de zorgverlener om aan die vraag tegemoet te komen. Een bekostigingsstructuur moet primair hieraan dienstbaar zijn; kostenbeheersing is een bijkomende factor.

Illustratief voor de denkwijze van de NZa is het feit dat in de consultatiedocumenten de conclusies en aanbevelingen van de Commissie Innovatie Mondzorg uit hun context gelicht worden en taakdelegatie nog uitsluitend als middel om te komen tot kostenbesparing wordt gezien. Nu heeft de ANT afstand genomen van het rapport van voornoemde commissie, doch het gaat de ANT te ver om te stellen dat de commissie uitsluitend kostenbesparing voor ogen had toen zij haar conclusies trok. Afgezien van het antwoord op de vraag of de conclusies van de commissie juist en voldoende onderbouwd zijn, quod non, heeft de commissie zeker ook de zorg als uitgangspunt genomen.

Alles overwegende lijkt de consultatieprocedure niet te draaien om het met alle betrokken partijen in gezamenlijkheid verkennen van mogelijke verbeteringen van de structuur, teneinde te komen tot een betere kwaliteit, meer innovatie en keuzevrijheid in de mondzorg, maar om het creëren van draagvlak voor een systeem van kostenbeheersing. Een systeem waarbij taakdelegatie en strikte regulering middels een productsysteem en dbc's¹ het uitgangspunt zijn en kwaliteit, innovatie en keuzevrijheid in het gunstigste geval op de tweede plaats komen. Nu ook de vraagstelling in de documenten grotendeels ziet op een dergelijk systeem, wordt de discussie naar het oordeel van de ANT ten onrechte gestuurd en beperkt. Omdat de ANT voorstander is van een open discussie waarbij verder wordt gekeken dan het door de NZa voorgedraaide productsysteem, heeft de ANT gemeend niet op de afzonderlijke vragen te moeten ingaan, maar haar visie los van de uitgangspunten en sturing van de NZa te moeten verwoorden.

3. Taakherschikking en –delegatie

In 2006 bracht de reeds genoemde Commissie Innovatie Mondzorg – in de volksmond ook wel de commissie Linschoten genoemd – haar rapport uit. Het rapport borduurde voort op het eerder al door de Adviesgroep Capaciteit Mondzorg geïntroduceerde concept van taakherschikking. Gezien de nu voorliggende consultatiedocumenten van de NZa is het concept nog altijd springlevend en is van enig voortschrijdend inzicht bij de overheid geen sprake. De tendens van alle verhalen is nog altijd dat het teamconcept zaligmakend is, zonder dat hiernaar goed onderzoek gedaan is.²

Ofschoon de ANT niet principieel tegen taakherschikking of –delegatie is - waar gewenst door zorgverleners en consumenten komt taakherschikking vanzelf van de grond - heeft de ANT krachtig afstand genomen van het rapport van de commissie Linschoten. Hierna zal ik ingaan op de bezwaren die de ANT daartoe hebben gebracht.

Om te beginnen hebben de aanbevelingen van de commissie een flinterdunne onderbouwing. Het rapport lijkt vooral te zijn toegeschreven naar ambtelijke voorkeuren. In het rapport worden veel zaken aangenomen op basis van speculatie en niet op basis van bewezen feiten en/of wetenschappelijk

¹ Wellicht zou tbc (Tandheelkundige behandelingscombinatie) hier een betere term zijn.

² Zoals ook al opgemerkt door professor Michiel Eykman meer dan 10 jaar terug.



onderzoek. Zo is het een misvatting dat taakdelegatie per definitie tot betere en/of goedkopere zorg zou leiden.

Daarnaast geven maatschappelijke gegevens en ontwikkelingen een ander beeld dan de door de commissie gepresenteerde visie. Om daarvan twee voorbeelden te geven: het aantal vrijgevestigde mondhygiënisten neemt toe³, daartoe mede gefaciliteerd door een vrije eerstelijns toegang. Deze ontwikkeling draagt verre van bij aan de door de commissie geschetste visie. Voorts moet de vraag worden gesteld in hoeverre er ruimte overblijft voor complexe zorgtaken, als het bedrijfsmanagement, het toezicht op andere zorgverleners, de interventie bij onvoorziene omstandigheden en de opvang van spoedgevallen tot de dagelijkse taken gaan behoren van een geminimaliseerd tandartsenbestand. Zeker als daarbij de "feminisering" van de beroepsgroep in aanmerking wordt genomen, hetgeen zal leiden tot meer tandartsen in parttime functies.

Het is toe te juichen dat de commissie heeft gepleit voor de uitbreiding van de studieduur met één jaar en dat de focus is komen te liggen op adequate vaardigheden in complexere zorgtaken. De tandarts zal op termijn echter een in maatschappelijke zin zeer hoge prijs moeten betalen voor de opwaardering van de opleiding: inkrimping en vervanging van het tandartsenbestand en eliminatie van de solopraktijk. Met name de eliminatie van de solopraktijken lijkt een belangrijk beleidsagendapunt. Het op termijn drastisch terugdringen van het aantal academisch opgeleide tandartsen ten faveure van méér zorgverleners met opleidingen op HBO- en MBO-niveau, met een daaraan gerelateerde honorering, kan simpelweg alleen worden gezien als een koude sanering van de beroepsgroep tandartsen.

Medische integriteit en onafhankelijkheid zijn voor de ANT ononderhandelbare zaken, reden waarom de ANT hecht aan de instandhouding van "het vrije beroep". Dat is voor de eerstelijnszorg immers bewezen de eenvoudigste en doeltreffendste praktijkvorm. Bovendien geven patiënten bij herhaling in diverse onderzoeken te kennen hiermee zeer tevreden te zijn; gemiddeld een 8-. Het is duidelijk dat de patiënt geen prijs stelt op een behandeling door steeds maar weer andere behandelaars. Een sanering van het tandartsenbestand en de verplichting tot zorgverlening in grotere organisatievormen passen daar dan ook niet bij.

Helaas is de patiënt - of beter: de consument - door de overheid niets gevraagd. Dit ondanks het feit dat het consumentenbelang voorop zou moeten staan. Een niet onaanzienlijk deel van de consumenten in de mondzorg is bovendien niet verzekerd; deze groep heeft er heel bewust voor gekozen om zelf te bepalen wat er door wie wordt gedaan en hecht geen belang aan inmenging van overheid of verzekeraars. Het getuigt van weinig respect voor de consument wanneer voorbij wordt gegaan aan het feit dat hij gemiddeld zeer tevreden is over zijn tandarts en de wijze waarop de zorg wordt geleverd.

Nogmaals, de ANT heeft helemaal niets tegen het teamconcept en de ANT ziet ook zeker de risico's van solistisch werken en de gevaren die dat kan opleveren voor de kwaliteit. Maar solistisch werken is iets héél anders dan het beroep uitoefenen vanuit een solopraktijk. De samenleving is het meeste gebaat bij pluriformiteit in organisatievormen, waarbij de vorm afgestemd wordt op de wensen van zowel de zorgverlener als de consument als ook op de demografische mogelijkheden en behoeften. De gedwongen sanering van de solopraktijken betekent naast een verminderde spreiding ook een ernstige verzwakking van de keuzemogelijkheden en de onafhankelijkheid van consument en zorgverlener.

De ANT ziet een gedwongen implementatie van het teamconcept als een risicovol beleid, omdat bewezen betrouwbare bakens verzet gaan worden voor een onzekere toekomst. Het is geenszins bewezen dat het teamconcept per definitie leidt tot meer kwaliteit van zorg. Er zijn zeker mogelijkheden om middels taakherschikking de kwaliteit te verbeteren, doch dit geldt eveneens voor de traditionele praktijkvormen.

³ Op dit moment al 621 van de 1850 mondhygiënisten, dus 30%. Bron: strategische agenda voor de georganiseerde jeugdandverzorging.



Klip en klaar is echter dat wanneer het accent komt te liggen op kostenbesparing, dit in de meer traditionele praktijk noch in het teamconcept zal leiden tot een verbetering van kwaliteit, doch zelfs tot een achteruitgang.

Zolang niet bewezen is dat de kwaliteit van de zorg en de keuzevrijheid en de onafhankelijkheid van de consument en de zorgverlener zijn gewaarborgd, ziet de ANT een groot gevaar in een beleid dat het succesvolle solopraktijken op voorhand onmogelijk maakt voort te blijven bestaan.

Niet onvermeld mag hier blijven de recentelijk door de Inspectie voor de Gezondheidszorg uitgebrachte circulaire inzake het toezicht op taakdelegatie. Mede op grond van meerdere incidenten in de praktijk heeft de Inspectie gemeend haar beleid inzake taakdelegatie te moeten aanscherpen. Dit is naar de mening van de ANT een duidelijk signaal dat er een grote discrepantie bestaat tussen de beleidsvisie van de overheid en de praktijk van alledag. Het is duidelijk dat de zorg niet klaar is voor verantwoorde taakdelegatie op grote schaal. Het is ook nog maar zeer de vraag of dit binnen afzienbare tijd wel het geval zal zijn. Zo is het aanbod aan *goed gekwalificeerde* zorgverleners aan wie taken kunnen worden gedelegeerd bij lange na nog niet voldoende en zal dit mede gezien de al eerder geschetste maatschappelijke ontwikkelingen rond parttime werken niet snel veranderen. Bovendien heeft een groot deel van de groep tandartsen boven de 50⁴ simpelweg de mogelijkheid niet om in hun huidige praktijkpand meerdere behandelplaatsen te creëren om mondhygiënisten en preventieassistentes een werkplek te geven. Dit in ogenschouw nemend is een operatie die moet leiden tot verplichte grootschalige taakherschikking bij voorbaat tot mislukken gedoemd. Omwille van kostenbesparing willens en wetens hieraan voorbij gaan is op zijn zachtst gezegd onverantwoord.

Vooruitlopend op hetgeen onder punt 4 word beschreven moet er ook op worden gewezen dat taakherschikking niet op grote schaal kan werken als er niet meer vrijheid in tarieven is. Met het huidige tariefniveau kan al het extra aan te nemen personeel, dat deels bovendien niet productief is (praktijkmanager), niet eens betaald worden. Vrije tarieven zouden taakherschikking daarom juist kunnen bevorderen. Grote praktijken met een teamconcept vergen een ondernemingsgewijze aanpak. Vrije tarieven geven de mogelijkheid om accenten te verschuiven en toe te spitsen op de kosten voor investeringen, management etc. in de individuele praktijksituatie. Er komt daarmee ruimte om te kunnen ondernemen.

4. Visie ANT op de bekostiging mondzorg

Zoals bekend mag worden verondersteld is de ANT reeds sinds haar oprichting een warm pleitbezorger van vrije tarieven, kwaliteit, innovatie, keuzevrijheid en de eigen verantwoordelijkheid van zowel tandarts als patiënt. Dit zijn dan ook de uitgangspunten waaraan volgens de ANT een bekostigingsstructuur van de mondzorg moet voldoen. Ook woorden als transparantie en doelmatigheid komen daarbij in beeld. Maar, in tegenstelling tot de NZa, kijkt de ANT ook naar duurzaamheid. Niet kostenbesparing op korte termijn, maar kwalitatief goede zorg op lange termijn moet het devies zijn. Investering, door zowel verzekeraar, patiënt als zorgverlener en ondernemerschap zijn daarbij onontbeerlijk. We moeten af van het idee dat alles efficiënter en goedkoper moet, zonder de garantie te geven voor kwaliteit en duurzaamheid.

Voor de ANT staat voorop dat de bekostigingsstructuur niet leidend moet zijn, maar volgend. De structuur moet gericht zijn op het faciliteren van keuzevrijheid en onafhankelijkheid voor zowel de zorgverlener als de consument. Aspecten als kwaliteit van zorg en transparantie van die kwaliteit zijn weliswaar van het allergrootste belang, maar kunnen niet middels de bekostiging worden afgedwongen; de Wmg is daarvoor dan ook niet bedoeld. Kwaliteit en transparantie dienen onafhankelijk van de bekostigingsstructuur geborgd te worden.

Daarmee is evenwel niet gezegd dat de bekostigingsstructuur geen invloed zou kunnen hebben op de kwaliteit van de zorg. Dit is, zo blijkt duidelijk uit het huidige systeem, weldegelijk het geval. Waar zorgaanbieders gedwongen worden tegen steeds lagere tarieven te gaan werken, zal uiteindelijk de

⁴ Meer dan 40% van het totaal waarvan ca 36% man en ca 4 % vrouw



kwaliteit te lijden hebben. Ook de mondzorg is geen “liefdewerk oud papier”; niets menselijks is de tandarts vreemd. Wie innovatie en kwaliteit wil zal er voor moeten betalen. Men is zeker bereid te investeren in kwaliteit, als men die investeringen ook terugziet.

Niet slechts in het terugverdienen van investeringskosten, maar evenzeer in een andere honorering en waardering van de zorgverlener die aantoonbaar betere kwaliteit levert.

Consumenten blijken bereid te zijn te betalen voor kwaliteit, dan wel te betalen voor hetgeen zij als kwalitatief goed ervaren. De zorg is daar geen uitzondering op. Bij deze situatie hoort evenwel transparantie. Transparantie van de prijzen die de zorgverlener vraagt, van de vergoedingen die een verzekeraar in zijn polis heeft opgenomen en van de geleverde kwaliteit⁵. Er is echter nog een vierde aspect te noemen waarbij momenteel in het geheel geen sprake is van transparantie: de werkelijke kosten van de zorg. De tarieven worden keer op keer verlaagd, terwijl er wel geïnvesteerd dient te worden in innovatie en kwaliteit. Het is algemeen bekend dat modernere en betere zorg, met nieuwe materialen en technieken, niet goedkoper, maar duurder is. Zo worden de voor de consument zichtbare kosten kunstmatig laag gehouden. Waarom niet eens voor echte transparantie voor de patiënt gekozen en hem laten zien wat zijn mondgezondheid hem werkelijk zou moeten kosten? Hij betaalt meer, maar hij krijgt ook meer.

Zo zou ook gestuurd kunnen worden op gedragsstimulering van de patiënt; men zal zich bewuster worden van zijn mondgezondheid, wat een positief effect zal hebben op de langere termijn. Dit effect kan nog versterkt worden door de consument met een aanvullende verzekering bijvoorbeeld korting te geven op de premie als hij goed zijn best doet. Zo kunnen ook verzekeraars actief een bijdrage leveren aan preventie en worden de voordelen voor de consument niet uitsluitend afgewenteld op de zorgverlener.

Nieuwe tariefstructuur.

Het is voor het beschrijven van een nieuwe tariefstructuur essentieel om een duidelijk onderscheid te maken in dat deel van de mondzorg, dat valt onder de basisverzekering of de AWBZ en het deel dat valt in het derde compartiment. Ten aanzien van dat tweede deel kan ik heel kort zijn: De overheid heeft zich verre te houden van prijs- of prestatieregulering op dit terrein. De enige taak voor de NZa op dit terrein is het bewaken van de markt; het creëren en in stand houden van een level playing field. Kortgezegd: de NMa voor de zorg.

Prestatiebeschrijvingen

Een belangrijke belemmering van de huidige tarief- en prestatielijst is gelegen in het gebrek aan innovatiemogelijkheden. Het opnemen van nieuwe behandelingen op de lijst vergt dusdanig veel tijd, dat er geen enkele stimulatie tot innovatief werken vanuit gaat. De beroepsstandaard is, als iedere norm, voortdurend aan verandering onderhevig net zoals de maatschappij voortdurend verandert. Een prestatielijst is dan ook per definitie niet volledig passend te maken als de kwaliteit en standaard van de zorg aan moeten sluiten bij de maatschappelijk geaccepteerde, voortdurend veranderende, norm. De lijst zal altijd achter de feiten blijven aanlopen.

Een deel van deze problematiek kan worden opgevangen door de hierna beschreven systematiek van adviestarieven. Daarmee bestaat in veel gevallen de mogelijkheid om binnen de beschreven prestaties een nieuwe techniek toe te passen en zo aan de laatste standaard te voldoen.⁶ Een groot deel van de problematiek is momenteel echter gelegen in het feit dat de prestaties nu worden vastgesteld door de NZa, zij het in overleg met de verzekeraars en de beroepsorganisaties. Het uitgangspunt is hierbij wederom de kosten van de zorg; in de praktijk lijkt een prestatie pas te worden opgenomen als volledig duidelijk is dat het gebruik ervan niet teveel gaat kosten.

⁵ Hierbij is meting van de zorgoutput essentieel.

⁶ Denk hierbij bijvoorbeeld aan het gebruik van de laserboor.



Dit is uiteraard een volkomen verkeerd uitgangspunt. Illustratief voor de huidige gang van zaken is volledig ontbreken van prestaties op het gebied van preventie.

Zoals al eerder aangehaald moeten niet de tarieven leidend zijn voor de te leveren zorg, maar moet de zorg bepalend zijn. De kosten van de zorg moeten los worden gekoppeld van de inhoud van de zorg.

Het verdient dan ook aanbeveling om niet de "cijferaars" te laten bepalen welke prestaties op de lijst moeten worden opgenomen, maar de zorginhoudelijk deskundigen: de wetenschappelijke verenigingen. Alleen op deze manier kan objectief, onafhankelijk en in continuïteit worden bekeken wat een gebruikelijke behandeling en techniek is en kunnen ook de laatste technieken en behandelingen worden opgenomen op de lijst, ongeacht de kosten.

Derde compartiment

Partijen moeten vanuit de marktgedachte zelf kunnen bepalen welke afspraken op het gebied van tarieven worden gemaakt. Consumenten, verzekeraars en zorgaanbieders moeten ieder vanuit hun eigen vrije keuze en vanuit hun eigen verantwoordelijkheid de afspraken kunnen maken die het beste passen bij de situatie. Overheidsbemoeienis is daarbij uit den Boze. Het korte antwoord van de ANT op de vraag welke tariefsystematiek zou moeten worden toegepast voor de mondzorg in het derde compartiment is: vrijheid. Enige nuancering is evenwel op zijn plaats. Weliswaar heeft de zorgverlener behoefte aan vrijheid om zo zijn verantwoordelijkheid als zorgverlener te kunnen nemen en te kunnen voldoen aan de vraag van de consument, hij of zij heeft ook behoefte aan houvast. Het voordeel van de huidige tarieflijst is dat voor zowel consument als voor de tandarts volkomen duidelijk is welk tarief voor welke prestatie gerekend mag worden. De tandarts hoeft niet uit te leggen waarom hij een bepaald bedrag in rekening brengt en de consument hoeft niet te onderhandelen. Beiden zijn bekend met het systeem en kunnen eenvoudigweg verwijzen naar de tarieflijst.

Kwaliteit en keuzevrijheid zijn nu evenwel ondergeschikt gemaakt aan het gemak van verwerking van declaraties door de tandarts en verzekeraar.

Uitgaande van enerzijds kwaliteit en keuzevrijheid voor zowel consument als zorgverlener en anderzijds de behoefte aan een norm om zich op te kunnen richten, pleit de ANT voor een systeem van adviestarieven.

De grootste belemmering van de huidige tariefstructuur is gelegen in de onmogelijkheid om in individuele gevallen af te kunnen wijken van de vastgestelde tarieven om zo tegemoet te kunnen komen aan de individuele zorgbehoefte van de consument. De huidige tarieven gaan uit van gemiddelde kostprijzen en maken daarmee het leveren van bovengemiddelde kwaliteit onmogelijk. Dit ontnemt de praktijkvoering een deel van haar identiteit. Wat is er mis met afwijken van het gemiddelde als de kwaliteit van de zorg ook bovengemiddeld is en de patiënt hier zelf voor kiest? De patiënt heeft het recht om te kiezen voor en te selecteren op het kwaliteitsniveau dat het beste bij hem past. Dit kan gelegen zijn in een persoonlijker aandacht, waarbij meer dan gemiddelde tijd voor de patiënt genomen wordt of in het gebruik van de modernste technieken. Maar, het kan evengoed betekenen dat de patiënt een behandeling wenst waarbij hij behandeld wordt door een hulpkracht of waarbij het kostenaspect belangrijker is dan de "laatste stand van de wetenschap".

In al deze situaties blijft het evenwel gaan om een afwijking van het gemiddelde. Om nu zowel de consument, als de tandarts een houvast te geven voor het in onderling overleg, conform de WGBO, overeenkomen van de kosten van de door de patiënt gewenste behandeling, kan een richtlijn voor de gemiddelde kosten behulpzaam zijn. Alle partijen zullen steun kunnen vinden in adviestarieven gebaseerd op gemiddelde kosten. Waar niet wordt afgeweken van het gemiddelde zal, evenals in de huidige situatie, verwezen kunnen worden naar de (advies)tarieflijst. Een situatie die zich naar verwachting in de praktijk veel zal voordoen. Desgewenst kan evenwel door zowel tandarts als patiënt worden beargumenteerd waarom in dit specifieke geval een van de (advies)tarieflijst afwijkend tarief gehanteerd zou moeten worden. Op deze manier hebben zowel patiënt als zorgverlener alle vrijheid



om het tarief aan de individuele behoefte aan te passen, terwijl eveneens tegemoet wordt gekomen aan de behoefte aan een richtlijn.

Basispakket Zorgverzekeringswet en AWBZ

Een zeer beperkt deel van de mondzorg valt binnen het basispakket van de Zorgverzekeringswet of wordt gefinancierd vanuit het AFBZ. Ten aanzien van dit deel van de mondzorg dat, deels of geheel, gefinancierd wordt vanuit collectieve middelen valt te begrijpen dat de overheid de wijze waarop het belastinggeld wordt besteed in de hand wil kunnen houden. Dat enige mate van prijsregulering hier aan de orde kan zijn is op voorhand dan ook niet onredelijk te noemen. Let wel, hiermee is geenszins gezegd dat alle regulering redelijk te noemen is; de vraag of regulering noodzakelijk is en proportioneel, moet nog altijd worden beantwoord.

Op voorhand is duidelijk dat prijs- of prestatieregulering die leidt of kan leiden tot een verschraving van de zorg – denk aan kwaliteit en keuzevrijheid – ook in het collectieve deel van de mondzorg moet worden voorkomen.

De oplossing die de ANT bepleit ten aanzien van de mondzorg in het derde compartiment kan zeer goed ook worden toegepast in het collectieve deel. Zoals gezegd, kan hier evenwel aanleiding zijn voor de overheid om de besteding van collectieve middelen in de hand te willen houden. De ANT kan zich dan ook voorstellen dat voor het collectieve deel van de mondzorg wordt gekozen voor een systeem waarbij de afwijking van de adviestarieven aan een maximum en desgewenst een minimum wordt gebonden. Binnen dat kader kunnen partijen dan, evenals in het derde compartiment, zelf uitmaken of er in het individuele geval aanleiding is om af te wijken van het adviestarief op basis van de gemiddelde kosten. Het is wel zaak dat het maximum niet op of zeer dicht bij het adviestarief wordt gelegd; daarmee zouden de problemen die zich met de huidige tarieven voordoen wederom de kop op gaan steken.

Verzekeraars

Het is goed hier specifiek in te gaan op de rol en positie van de zorgverzekeraar in de mondzorg. Zoals reeds aangestipt heeft een niet onaanzienlijk deel van de consumenten in Nederland er voor gekozen om zich niet te verzekeren voor tandheelkundige behandelingen. En toch wordt de zorgverzekeraar van overheidswege in de gelegenheid gesteld om mede te bepalen welke behandeling de consument kan kiezen en wat de hoogte is van het bedrag dat hij daaraan mag uitgeven. Dit is vergelijkbaar met een situatie waarin een willekeurige verzekeringsmaatschappij een automobilist zou verplichten een alarmsysteem op zijn of haar auto te laten installeren, bij voorkeur ook nog bij een door hen erkend bedrijf, terwijl die automobilist in het geheel geen antidiefstal verzekering voor zijn auto heeft afgesloten. De eerste reactie van iedereen in die situatie zou zijn "waar bemoeit u zich mee?". Toch is dit vast beleid binnen de mondzorg.

Enig historisch besef lijkt hier op zijn plaats: voor invoering van de Zvw bestond er meer dan alleen de Ziekenfondswet met zijn aanspraken op grond van de wet en financiering uit de collectieve middelen, uitgevoerd door de ziekenfondsen. Voor IZA- en particulierverzekerden gold dat de verzekeraar niet meer was dan een schadeverzekeraar die zich bezighield met de betaling van de claim. Daar zijn nooit problemen ontstaan. Het is dan ook vreemd dat nu het gehele zorgverzekeringsstelsel in basis privaat is geworden, de situatie in de mondzorg als het ware een tegengestelde ontwikkeling heeft doorgemaakt. Meer dan ooit stellen verzekeraars zich op als "ziekenfondsen" en worden door de overheid ook daartoe aangespoord, terwijl in het derde compartiment in het geheel geen sturende taak voor hen was en is weggelegd.



De NZa heeft bij herhaling te kennen gegeven de inkoopmacht van verzekeraars niet als een probleem te zien. De praktijk wijst echter het tegendeel uit: Verzekeraars maken in grote mate gebruik, zelfs misbruik, van hun positie. Daarbij wordt alleen naar de kosten gekeken; de baten blijven volledig buiten beschouwing. Dit doet zich met name voor bij de tandprothetici en de vrijgevestigde mondhygiënisten. De diverse casus buiten de mondzorg mogen eveneens bekend worden verondersteld.⁷

Bij de tandartsen doet zich dit probleem op dit moment niet of in ieder geval minder voor; tandartsen hebben er immers overwegend voor gekozen om niet te contracteren met verzekeraars. De problematiek die ten grondslag ligt aan het besluit van de tandartsen is evenwel van dezelfde orde: de tandarts heeft er maar voor te zorgen dat de behandeling en de prijs passen binnen hetgeen de verzekeraar wenst - ongeacht de zorgvraag van de patiënt -, terwijl de tandarts zich als zorgverlener onafhankelijk moet kunnen opstellen en de zorgvraag van de patiënt bepalend moet laten zijn. De zorgverlener heeft, mede op grond van de WGBO, een behandelrelatie met de patiënt. De vergoeding van de behandeling door een verzekeraar aan de patiënt staat hier feitelijk genomen los van. Het dient slechts te gaan om het recht op vergoeding door de verzekering, niet om het wel of niet behandeld mogen worden. Zorgverleners komen er met hun patiënt wel uit, daar is geen tussenkomst van een verzekeraar voor nodig. Op het huidige speelveld wordt deze wettelijk geborgde onafhankelijke positie van de zorgverlener echter willens en wetens door de verzekeraar ingeperkt, daarbij gesteund door de overheid.

Waar geen contract is gesloten wordt dit door de overheid als een probleem gezien, terwijl in de praktijk is gebleken dat het ontbreken van een contract geen enkele negatieve invloed heeft op de kwaliteit van de geleverde zorg. Er is hier simpelweg sprake van een marktmechanisme. Zorgverlener en zorgverzekeraar komen er niet uit; de belangen liggen te veel uit elkaar. Zolang met name financiële argumenten de enige redenen zijn om als zorgverzekeraar te willen contracteren, zullen beide partijen het niet snel eens worden. Sturen op uitsluitend de kosten van de behandeling is immers niet in het belang van de patiënt en daarmee niet in het belang van de zorgverlener. Prikkel daarom niet alleen de zorgverlener, maar prikkel ook de verzekeraar om een goed aanbod te doen.

5. Conclusie en aanbevelingen

De NZa lijkt te willen vasthouden aan de vergane tijden van de WTG. Wederom wordt de fundamentele vraag of tariefregulering überhaupt noodzakelijk is in de mondzorg niet beantwoord. Tariefregulering is en blijft het uitgangspunt voor de NZa, waarmee tevens het doel van deze consultatieprocedure duidelijk is: draagvlak creëren voor een systeem waarbij kostenbeheersing en taakherschikking bepalend zijn. Taakherschikking die ondanks gebrek aan bewijs als wondermiddel voor kwaliteitsbevordering en kostenbesparing wordt opgevoerd. Uiteindelijk zullen de kwaliteit van de zorg en de keuzevrijheid van de consument de dupe zijn.

Vrije tarieven, kwaliteit, innovatie, keuzevrijheid en de eigen verantwoordelijkheid van zowel tandarts als patiënt zijn de uitgangspunten waaraan volgens de ANT een bekostigingsstructuur van de mondzorg moet voldoen.

De ANT pleit er dan ook voor om niet langer economen te laten bepalen welke prestaties op de tarieflijst moeten worden opgenomen, maar de zorginhoudelijk deskundigen: de wetenschappelijke verenigingen. Zo kan objectief en onafhankelijk en in continuïteit worden bekeken wat een gebruikelijke behandeling en techniek is en kunnen ook de laatste technieken en behandelingen worden opgenomen op de lijst. De inhoud van de zorg wordt zo losgekoppeld van de kosten.

⁷ Denk hierbij aan de problematiek op de markt van de fysiotherapie.



Om de reeds genoemde vrijheid, kwaliteit, innovatie en keuzevrijheid voor zowel zorgverlener als consument te waarborgen en tevens tegemoet te komen aan de roep om houvast, pleit de ANT voor een systeem waarbij door de NZa adviestarieven worden vastgesteld op basis van gemiddelde kosten voor een prestatie. Voor de mondzorg in het derde compartiment geldt dat individuele verzekeraars, patiënten en zorgaanbieders hun eigen verantwoordelijkheid kunnen nemen en zelf bepalen welk tarief en onder welke voorwaarden gehanteerd wordt, waarbij men de adviestarieven als richtlijn kan hanteren. Voor de mondzorg die valt onder het basispakket en de AWBZ zou de ANT zich kunnen voorstellen dat naast de adviestarieven een bandbreedte wordt gehanteerd waarbinnen van het adviestarief kan worden afgeweken.

Met vriendelijke groet,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'M.W.E. Tusschenbroek', written over a large, thin-lined signature box.

mr M.W.E. Tusschenbroek
Directeur ANT