

## **Bijlage: Consultatie vragen**

Algemeen: COBIJT realiseert zich, dat de beide rapporten geen betrekking hebben op de centra voor bijzondere tandheelkunde (CBT's) en gaat alleen op een aantal vragen in om duidelijk te maken wat de mening van of de situatie in centra is.

### ***Consultatiedocument mondzorg***

#### *Consultatievraag 2*

*Hoe staat u tegenover het voorstel van de NZa om twee experimenten met vrije prijsvorming te beginnen in de mondzorg waarbij nadrukkelijk wordt opgemerkt dat de concrete invulling van de experimenten nader uitgewerkt moeten worden?*

**Vrije prijsvorming is voor CBT's (nog) niet aan de orde, i.v.m de aard van de complexe zorg die moet worden verleend, de multidisciplinaire samenwerking binnen en over de grenzen van de CBT's heen en het gebrek aan behandelcapaciteit.**

**Vrije tarieven moeten er niet toe leiden dat de patiëntenstroom naar CBT's toeneemt.**

#### *Consultatievraag 3*

*Kunt u zich vinden in de door de NZa gegeven beschrijving van de aanbieders van mondzorg? Zo niet, de verbeteringen graag zo concreet mogelijk aangeven en voorzien van een bronvermelding.*

**Zorg door CBT's wordt steeds meer verleend door gespecialiseerde tandartsen, zoals ook in de derde alinea van 2.1 van uw rapport wordt genoemd. Wij stellen voor om daar aan toe te voegen: Maxillo Faciale Prothetiek, Tandarts Angstbegeleiding, Tandarts Gehandicaptenzorg, Tandarts Geriatrische tandheelkunde en Tandarts Bijzondere Tandheelkunde in centra i.o..**

#### *Consultatievraag 4*

*Kunt u zich vinden in de bovenstaande analyse van het huidige aanbod van mondzorg? Is het aanbod compleet en correct of mist u hier informatie? Eventuele verbeteringen graag zo concreet mogelijk aangeven en voorzien van een bronvermelding.*

**Hoewel de CBT's buiten uw rapport staan, willen wij er toch op wijzen dat zij alleen op verwijzing patiënten behandelen en dus een 2<sup>e</sup> lijnspositie hebben en niet concurreren met de huistandarts of andere 1<sup>e</sup> lijnsfuncties.**

#### *Consultatievraag 5*

*Bent u van mening dat sprake is van voldoende aanbod aan mondzorg? Denkt u dat wanneer schaarste op de markt optreedt het aanbod zal toenemen door bovenstaande mogelijkheden?*

**Voor CBT's is er onvoldoende capaciteit om aan de zorgvraag te voldoen, bovendien zijn er veel te lange wachttijden voor tandheelkundige behandeling onder algehele anesthesie in ziekenhuizen.**

#### *Consultatievraag 6*

*Denkt u dat de nieuwe opleidingen tot mondarts en mondhygiënist nieuwe stijl zullen leiden tot de gewenste taakherschikking?*

**Beide kunnen leiden tot meer belangstelling voor (pas) afgestudeerden voor de zorg door CBT's. Aanvullende scholing (w.o. voor de betreffende de differentiaties) en een adequaat inkomen (doorgaans loondienst) zijn ook van belang.**

#### *Consultatievraag 9*

*Deelt u de analyse van de NZa over de transparantie op de markt van mondzorg en de overstapmogelijkheden voor de consument?*

**Blz. 38 "Borging kwaliteit": COBIJT voert voor de CBT's een kwaliteitsbeleid, zo ook m.b.t. de gedifferentieerde tandartsen (samen met de betreffende wetenschappelijke verenigingen).**

*Consultatievraag 10*

*Bent u het eens met de analyse van de NZa dat er prestatie-indicatoren voor mondzorg moeten worden ontwikkeld?*

**COBIJT steunt de ontwikkeling van kwaliteit/prestatie-indicatoren (voor de bijzondere tandheelkunde).**

*Consultatievraag 18*

*Deelt u de analyse van de NZa dat het risico dat verzekeraars misbruik maken van hun inkoopmacht beperkt is voor de verschillende markten van mondzorg? Zo niet kunt u dan concreet aangeven waar de analyse aangescherpt en verbeterd kan worden?*

**Zorgverzekeraars kunnen in principe inkoopmacht uitoefenen in CBT's. Er worden zorgovereenkomsten gesloten. Dit is vereist omdat er sprake is van een collectieven tarieven. Er zijn een paar grote zorgverzekeraars, zodat in principe sprake is van een oligopolie. Er is doorgaans één of hooguit twee grote zorgverzekeraars in een regio, zodat er sprake is van een monopolie of een duopolie.**

**Feitelijk gaan de zorgverzekeraars zorgvuldig om met deze macht. Het systeem biedt echter geen evenwicht in de machtsverhouding tussen zorgverzekeraars en CBT's.**

*Consultatievraag 19*

*Deelt u de analyse dat de introductie van vrije prijsvorming op de verschillende markten voor mondzorg geen risico met betrekking tot afwenteleffecten met zich meebrengt? Zo niet kunt u dan concreet aangeven waar de analyse aangescherpt en verbeterd kan worden?*

**De toegang tot CBT's wordt "bewaakt" door individuele machtigingen die door zorgverzekeraars moeten worden verleend en door afspraken t.a.v. "centrumindicaties". Voorts is de capaciteit in CBT's krap. Wij verwachten daarom dat er geen noemenswaardig afwentel effect kan ontstaan. De aard van het tariefsysteem en de beschrijving van de zorgprestaties zijn uiteraard van belang voor de vraag of er wel of geen afwenteltendens zal zijn. En daarmee ook de vraag of er meer of minder druk op de CBT's zal ontstaan om die druk te weerstaan.**

*Consultatievraag 20*

*Deelt u de analyse van de NZa dat de introductie van vrije prijsvorming op de verschillende markten voor mondzorg geen negatieve effecten heeft op ketenzorg? Zo niet kunt u dan concreet aangeven waar de analyse aangescherpt en verbeterd kan worden?*

**Voor veel van de patiënten die bij een CBT worden behandeld is samenwerking in een keten nodig. Zowel met de verwijzende huistandarts (heen- en terugverwijzing incl. gedeelde behandelingen), kaakchirurgen, orthodontisten en met andere medisch specialisten, ggz-sector, paramedici, enz. Deze ketenzorg moet niet onderdruk van vrije prijsvorming komen te staan. De aard van het tariefsysteem en de prestatiebeschrijving zijn hierbij van belang, o.a. voor de vraag, of overleg en coördinatie tot declarabele zorg leidt.**

***Herziening bekostiging structuur mondzorg***

*Consultatievraag 1*

*Deelt u de opvatting van de NZa over de veranderende zorgvraag? (inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)*

**COBIJT deelt de opinie, dat door vergrijzing van de Nederlandse bevolking er een steeds groter beroep zal worden gedaan op de mondzorg. Zo ook op de functie bijzondere tandheelkunde, ondermeer doordat het aantal oncologie patiënten en het aantal patiënten met medisch-tandheelkundige en geriatrische problemen toe neemt.**

**Daarnaast neemt het aantal patiënten met een ernstige verstandelijke en/of lichamelijke beperking toe. Veranderingen in de (financiering van) de AWBZ leiden tot toename van de vraag naar bijzondere tandheelkunde van extra-muraal wonende (ex-)AWBZ-patiënten.**

### *Consultatievraag 2*

*Zijn de typen mondzorgaanbieders volledig en goed beschreven?*

*(inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)*

**In CBT's werken tandartsen met een differentiatie in hun vakgebied en worden, naast de genoemde typen mondzorgaanbieders, bij de zorgverlening gesteund door psychologen, orthopedagogen, fysiotherapeuten/manueel therapeuten e.d.**

### *Consultatievraag 3*

*Is de huidige bekostigingstructuur mondzorg volledig en goed*

*beschreven? (inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)*

**Voor instellingen voor bijzondere tandheelkunde (CBT's) is er een begrotingsgewijs bekostigingssysteem met jaarlijkse afrekening op werkelijke kosten en opbrengsten binnen regelgrenzen (afrekening alleen bij CBT's groter dan 1 fte en een individueel stoeluurtarief), gebaseerd op maximumbedragen (maximaal aanvaardbare kosten) die jaarlijks worden geactualiseerd voor inflatie. Zorgverzekeraars en CBT's ondertekenen aanvragen voor individuele stoeluurtarieven. Zorgverzekeraars kunnen daarmee invloed uitoefenen op de begroting, incl. capaciteit, investeringen en huisvesting en beoordelen de jaarrekening. Zorgverzekeraars en CBT's sluiten een (collectieve/wmg) overeenkomst als basis voor deze gang van zaken. Hierin zijn ook kwaliteitsafspraken opgenomen.**

### *Consultatievraag 4*

*In hoeverre worden de abonnementstarieven uit de UPT-lijst in praktijk*

*gebruikt? Is dit wenselijk? (inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)*

**Abonnementstarieven komen in centra niet voor en zouden ook niet logische zijn omdat de meeste patiënten van een CBT slechts tijdelijk onder behandeling zijn voor deelproblemen in de mondgezondheid.**

### *Consultatievraag 5a*

*In hoeverre is volgens u in praktijk sprake van het niet doorberekenen*

*van genoten inkoopvoordelen voor tandtechniek aan de consument?*

*(inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)*

**CBT's brengen de werkelijke techniekkosten in rekening aan patiënt of zorgverzekeraar.**

**In CBT's met een individueel stoeluurtarief wordt jaarlijks nagecalculeerd en is er geen mogelijkheid om inkoopvoordelen op tandtechniek, als die er al zouden zijn, "achter te houden".**

### *Consultatievraag 5b*

*Welke mogelijkheden ziet u om te stimuleren dat de inkoopvoordelen wel*

*worden doorberekend aan de consument?*

**Bij CBT's komt een eventueel inkoopvoordeel m.b.t. techniekkosten en kosten implantaten geheel ten goede aan de patiënt of diens verzekeraar.**

### *Consultatievraag 6*

*Zijn de ontwikkelingen die van invloed kunnen zijn op de*

*bekostigingstructuur volledig en goed beschreven? (inclusief toelichting*

*waarom wel of waarom niet)*

**2.4.1.1: Zorgverzekeraars sluiten rechtstreeks met CBT's overeenkomsten of indirect via een overeenkomst met een ziekenhuis waar een CBT in gevestigd is. Hierdoor hebben de zorgverzekeraars directe invloed op capaciteit en kosten.**

**2.4.3.1: Zorg door CBT's wordt steeds meer verleend door gespecialiseerde tandartsen, zoals ook in de eerste alinea van uw rapport wordt genoemd. Wij stellen voor om daar aan toe te voegen: Maxillo Faciale Prothetiek, Tandarts Angstbegeleiding, Tandarts Gehandicaptenzorg, Tandarts Geriatrische tandheelkunde en Tandarts Bijzondere Tandheelkunde in centra i.o..**

**2.4.3.3: Het strakke bedrijfsmatige model dat geschetst wordt van het teamconcept zal niet altijd doorgevoerd kunnen worden in CBT's. Taakdelegatie kent zorginhoudelijke grenzen door de complexe problematiek van de patiënten van CBT's. Winnen en behouden van vertrouwen kan haaks staan op delegatie, o.m. bij patiënten met ernstige afwijking of stoornissen of een laag verstandelijk vermogen.**

*Consultatievraag 7a*

*Deelt u de analyse van de NZa over de consequenties van de recente ontwikkelingen in de mondzorg voor de bekostigingsstructuur? (inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)*

**Voor centra geldt, dat de (toenemende) zorgvraag van de patiënten en het gebrek aan tandarts capaciteit de belangrijkste drijfveren zijn om (preventie) taken te delegeren. De belangrijkste belemmering is dat daar niet voldoende financiële ruimte voor is in het bekostigingssysteem. De financiering is geheel opgehangen aan de parameter tandarts, terwijl de zorg ook door anderen wordt geleverd (mondhygiënist en psychologen).**

*Consultatievraag 7b*

*Zijn er nog meer ontwikkelingen die van invloed zijn op de bekostigingsstructuur?*

**De beschouwingen over de vrije prijsvorming en over de bekostiging gaan er van uit, dat tandartsen inkomen verwerven die afhankelijk is van het financiële resultaat van hun praktijk. Dit wijkt wezenlijk af van de situatie in centra voor bijzondere tandheelkunde waarin (doorgaans) alle behandelaars in loondienst zijn.**

*Consultatievraag 8a*

*Deelt u de visie van de NZa over de uitgangspunten voor een bekostigingsstructuur? (inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)*

**COBIJT deelt de beschreven uitgangspunten inzake een bekostigingssysteem. Met dien verstande dat bij een functioneel beschreven prestatie niet alleen aan de technische tandheelkundige prestatie moet worden gedacht maar voor de patiënten van CBT's primair aan complexe problematiek van de patiënt.**

*Consultatievraag 8b*

*Welk uitgangspunt weegt voor u het zwaarst en waarom?*

**Volgens COBIJT moet de kwaliteit het zwaarst wegen. Voorstellen voor kwaliteitsindicatoren en transparantie in de kwaliteit worden dan ook door ons onderschreven.**

**Voorts willen wij aandringen op verlaging van de lastendruk. Er gaat onnodige tijd van behandelaars verloren. M.n. het individuele machtigingssysteem vergt veel administratie en veroorzaakt tijdsverlies zowel bij zorgverzekeraars als bij zorgverleners. Voorts vertraagt het huidige systeem de toegang tot de zorg. Een moderner systeem moet mogelijk zijn, zowel door standaardisatie en automatisering als door verantwoording achteraf.**

*Consultatievraag 9a*

*Deelt u de analyse van de NZa over de sterke punten en zwakke punten van de bekostigingsstructuur? (inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)*

**Opgemerkt wordt dat de bekostiging van een centrum voor bijzondere tandheelkunde geschiedt op basis van NZa beleidsregels, werkelijke kosten en jaarlijks geactualiseerde tarieven. Patiënten krijgen voorafgaand aan de behandeling een behandelplan voorgelegd en een daarbij horende begroting van de totale kosten. Voor (insiders) zijn de tarieven en prestaties transparant (verbetering voor het publiek is zeker mogelijk). Controle door zorgverzekeraars is o.i. goed mogelijk, zowel bij declaratie als bij beoordeling van de machtiging. Voorts sluiten zorgverzekeraars met centra overeenkomsten (of kunnen dat doen), waarin afspraken over prijs en kwaliteit staan. Efficiency en m.n. taakdelegatie wordt geremd door de financiering van centra en voor bij- en nascholing (=kwaliteitsverbetering en opvolging van o.a. behandelaars die met pensioen gaan) is onvoldoende ruimte.**

*Consultatievraag 10a*

*Welke prestatievariant heeft uw voorkeur en waarom?*

**Onze voorkeur gaat uit naar tijds(uur)tarieven voor zowel de zorgverlening door tandartsen als door anderen. Zie ook ons antwoord op 11a.**

*Consultatievraag 11a*

*Welke tariefvariant of mix van varianten heeft uw voorkeur en waarom?*

**CBT's bieden zorg aan patiënten met complexe problematiek. COBIJT deelt de stelling van de NZa, dat daarvoor een uurtarief de beste optie is. In de Zorgverzekeringswet zijn de prestaties (op hoofdlijnen) beschreven en nader gepreciseerd in afspraken m.b.t. centrumindicaties. Wachtlijsten komen door beperkte behandelcapaciteit en onvoldoende mogelijkheid om patiënten onder algehele anesthesie in een ziekenhuis tandheelkundig te behandelen.**

*Consultatievraag 11c*

*Is het schema met daarin de effecten per tariefvariant op de uitgangspunten voor de bekostigingstructuur goed en volledig beschreven? (inclusief toelichting waarom wel of waarom niet).*

**Omdat CBT's niet meegenomen zijn in het NZa consultatiedocument, komen deze centra niet voor in de tabel op blz 50 over de effecten van tariefvarianten.**

**Voor de financiering is er een systeem van begrotingsgewijze financiering (instemming zorgverzekeraars vereist), die afhankelijk is van het aantal fte tandartsen/ aantal stoeluren.**

**Wachtlijsten komen door beperkte behandelcapaciteit en onvoldoende mogelijkheid om patiënten onder algehele anesthesie in een ziekenhuis te tandheelkundig behandelen.**

**Risico selectie is niet aan de orde.**

**Centra werken op basis van verwijzing door algemeen praktici. Risico van upgrading is afwezig door het hanteren van stoeluurtarieven.**

**De lastendruk is voor wat betreft de onderbouwing van tarieven beperkt (maar hoog i.v.m. machtigingenverkeer).**

**Innovatie van de zorg en ontwikkeling van de praktijk worden geremd door het bekostigingssysteem, waarbij voorts wordt opgemerkt, dat centra in ziekenhuizen geen "eigen" component voor investeringen in de tarieven hebben. Een in het bedrijfsleven gebruikelijke post "research en development" ontbreekt.**

**De centra zijn hard bezig aan kwaliteit (visitatie/accreditatie, differentiaties, bij- en nascholing).**

**Efficiency is niet de eerste invalshoek voor de zorgverlening, maar wordt wel nu vooral afgedwongen door de te krappe behandelcapaciteit.**

**Voor insiders zijn prestaties en tarieven transparant, voor de consumenten is verbetering mogelijk.**

*Consultatievraag 11d*

*Deelt u de conclusie van de NZa dat op basis van dit schema het productsysteem het meest geschikt lijkt voor de nieuwe*

*bekostigingstructuur? (inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)*

**Onderverwijzing naar de beantwoording van andere vragen is COBIJT van mening, dat een uurtarief het beste tariefsysteem is voor de zorgverlening door centra voor bijzondere tandheelkunde.**

**Een productsysteem past niet op de complexe zorg die van patiënt tot patiënt sterk kan verschillen.**

**Bovendien komen patiënten doorgaans alleen voor deelproblemen in de mondgezondheid bij CBT's.**

**Een productsysteem leidt voor centra tot onnodige (rente)kosten en een onnodig debiteurenrisico, omdat producten pas na afloop van een behandeling/jaar kunnen worden gedeclareerd. Tenzij het mogelijk wordt gemaakt om op voorschot basis (maandelijks) te declareren aan zorgverzekeraars/patiënten.**

*Consultatievraag 12a*

*Deelt u de opvatting van de NZa voor verbetermogelijkheden op het*

*gebied van controle van declaraties? (inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)*

**COBIJT deelt de mening van de NZa dat declaraties goed controleerbaar moeten zijn.**

*Consultatievraag 12c*

*Welke verbetering(en) heeft uw voorkeur en waarom?*

**COBIJT steunt de (verdere) ontwikkeling in transparantie van prestaties en tarieven. Benchmarking kan daarbij nuttig zijn, maar wij geven er de voorkeur aan dat dit geplaatst wordt in de context van kwaliteitsverbetering. In ontwikkeling is een diagnoseclassificatie systeem voor de zorgverlening door Centra voor bijzondere tandheelkunde, transparantere prestaties en benchmarking zijn logische vervolgstappen.**

*Consultatievraag 13a*

*Deelt u de opvatting van de NZa over verbeteringen op het gebied van transparantie-eisen? (inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)*

**COBIJT steunt de (verdere) ontwikkeling van transparante prestaties en tarieven. Voor (insiders) zijn die prestaties en tarieven van CBT's duidelijk.**

**Ontwikkeling van publiekstoegankelijke beschrijvingen daarvan wordt gesteund.**

**Bij de beschrijving van de prestaties moet niet alleen aandacht worden besteed aan het "tandheelkundig technische" "product" maar ook aan de aspecten die te maken hebben met de ernst van afwijkingen, de ernst van stoornissen, de gevolgen lage verstandelijke vermogens en de gevolgen van ernstige lichamelijke beperkingen.**

*Consultatievraag 13b*

*Zijn er nog meer verbeteringen mogelijk en hoe waardeert u die?*

**Zie hier boven.**

*Consultatievraag 13c*

*Welke verbetering(en) heeft uw voorkeur en waarom?*

**Zie hier boven 13a en 13b.**

*Consultatievraag 14*

*Heeft u de voorkeur voor een geleidelijke invoering (hoe lang minimaal en maximaal?) van de nieuwe bekostigingstructuur of voor een "big bang"-invoering (wanneer)? (inclusief toelichting)*

**De voorstellen van COBIJT zijn eenvoudig en kunnen gemakkelijk in één keer en op korte termijn worden ingevoerd.**