

L.S.,

Omdat de Centra voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT's) geen onderdeel uitmaken van de NZa-rapporten, COBIJT (conform wederzijds overleg) niet heeft deelgenomen aan de inspraakronde en er dus ook geen vervolg traject is aangekondigd, wil COBIJT namens de CBT's onze visie onder uw aandacht brengen en onze voorstellen en knelpunten aangeven. In de bijlagen geven wij als toelichting het profiel weer van de CBT's en antwoorden op een aantal van de vragen die in de NZa-rapporten zijn gesteld.

Samenvattend:

Toegang tot de zorg kan worden verbeterd, evenals de transparantie van tarieven en prestaties.

CBT's zijn actief t.a.v. de verbetering van kwaliteit en zullen dat graag verder ontwikkelen. Tijdstarieven worden als wezenlijk ervaren voor de aard van de te verlenen zorg.

De NZa beleidsregels voor de centra voldoen op hoofdlijnen. Een aantal verbeteringen zijn nodig.

De verdere invoering van DBC's in ziekenhuizen maakt het nodig om de tarieven van de CBT's die in ziekenhuizen zijn gevestigd aan te passen.

Wij dringen er op aan dat er een (DBC) tarief komt voor de financiering van het kostendeel ziekenhuis en het honorarium anesthesioloog bij tandheelkundige behandelingen onder algehele anesthesie.

Preventie, taakdelegatie en taakdifferentiatie kan gemakkelijk worden bevorderd door eenvoudige aanpassingen in de beleidsregels.

Toegang tot de zorg worden verbeterd en op de grote variëteit in de zorgvraag kan beter worden ingespeeld, als er souplesse in de beleidsregels wordt ingebouwd.

Zowel hiertoe, als t.b.v. verdere kwaliteitsontwikkeling, als t.b.v. voorzien in opvolging van uittredende stafleden zijn voldoende middelen voor bij- en nascholing nodig.

Aandacht wordt gevraagd voor het verkrijgen/behouden van voldoende zorg aan (ex-) AWBZ cliënten, waartoe ook aandacht voor tarieven/bekostiging noodzakelijk is.

Visie

Inleiding

De Nederlandse bevolking vergrijst en hierdoor wordt een steeds groter beroep gedaan 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.

De mondzorg voor deze ernstig gehandicapte patiënten is functioneel omschreven in de Zorgverzekeringswet en voor de multidisciplinaire diagnostiek en behandeling door CBT's nader gepreciseerd door middel van de afspraken met zorgverzekeraars over centrumindicaties.

Toegang tot zorg voor de patiënten

§ De groeiende zorgvraag door de vergrijzing en door toename van het aantal personen met een verstandelijke en/of lichamelijke beperking, moet primair opgevangen worden in de algemene praktijk en wij pleiten dan ook in de eerste plaats voor een adequate financiering in de algemene tandheelkundige praktijk van de tandheelkundige preventie en verzorging van deze kwetsbare patiëntengroepen.

§ De zorg met complexere problematiek, wordt voornamelijk gevraagd aan CBT's. De toenemende zorgvraag kan opgevangen worden door geleidelijke uitbreiding van de behandelcapaciteit van de centra, waarbij taakdelegatie, binnen kwaliteitskaders, een aandeel moet kunnen leveren, m.n. door mondzorgkundigen, mondhygiënist en tandprotheticici.

Om taakdelegatie mogelijk te maken moet het duidelijk zijn dat ook de prestaties van deze gedelegeerde taken kunnen vallen onder de Zorgverzekeringswet art 2.7.1.

§ Als belangrijk knelpunt in de toegankelijkheid van de zorg door CBT's wordt ervaren dat er lange wachttijden zijn voor tandheelkundige behandeling onder algehele anesthesie in ziekenhuizen. Voornamelijk patiënten met ernstige verstandelijke en/of lichamelijke beperkingen en medische complicaties zijn hierop aangewezen.

§ De toegang tot de zorg wordt door zorgverzekeraars bewaakt d.m.v. (individuele) machtigingen. Wenselijk is dat hierdoor geen vertragingen in de toegang ontstaan en dat de administratieve lasten van zo'n machtigingensysteem worden verminderd.

Kwaliteitsontwikkeling van de zorgverlening aan de patiënten

§ Kwaliteitsontwikkeling en -borging is wezenlijk voor de zorgverlening aan complexe problematiek van patiënten.

§ Naar cliënten en zorgverzekeraars zal duidelijk moeten worden gemaakt dat alleen op basis van kwaliteit geaccrediteerde centra zich als zodanig kunnen profileren (COBIJT heeft voor de CBT's een visitatie/accreditatie project op HKZ-basis). Deze centra hebben hun kwaliteit geborgd op basis van organisatie, medische- en tandheelkundige inhoud en eisen t.a.v. scholing van de medewerkers. Kennis en ervaring wordt actief en open uitgewisseld. Bij- en nascholing is essentieel voor de verdere ontwikkeling van kwaliteit. Alle behandelaars en het ondersteunende personeel moeten zich voortdurend verder bekwamen in de complexe zorg door middel van de differentiaties in de tandheelkunde die relevant zijn.

§ Voor de tandartsen werkzaam in CBT's is er voor vrijwel het hele vakgebied sprake van de mogelijkheid om een gedifferentieerde opleiding te volgen, om daarin erkend te worden en een accreditatiesysteem bij herregistratie.

§ Verdere ontwikkeling van kwaliteit wordt gestimuleerd en wij zouden het toejuichen als zorgverzekeraars en patiënten (-verenigingen) hier actief bij kunnen worden betrokken. Ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren wordt gesteund.

Prestaties en tarieven

§ 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.

§ COBIJT is van mening, dat tijdstarieven de beste tariefstructuur is voor de complexe zorgverlening door de CBT's.

§ Preventie is ook voor onze patiënten wezenlijk en ondervindt oneigenlijke beperkingen door de financieringswijze. Deze begrenzing is makkelijk op te heffen. Preventie omvat in onze centra zowel de primaire preventie (gericht op het voorkomen van ziekten en aandoeningen), als de secundaire preventie (gericht op het voorkomen van recidieven, noodzaak tot herbehandeling).

§ Taakdelegatie is belangrijk om de toenemende zorgvraag tegemoet te kunnen komen. Taakdelegatie is in de centra aanwezig. De mate waarin taken kunnen worden gedelegeerd wordt bepaald op kwaliteitsgronden. 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. Paul kan je meer pakkende voorbeelden geven? Want dit is een belangrijk punt. NZa wil taakdelegatie gewoon koppelen aan de laagste functie opleiding/goedkoopste tarief.

De ontwikkeling van taakdelegatie in centra wordt geremd door de grenzen in de beleidsregels. Deze beperking is eenvoudig op te heffen.

§ De beleidsregels voor instellingen voor bijzondere tandheelkunde (bekostigingsregels en stoeluurtarieven op basis van werkelijke kosten) voldoen in hoofdlijnen voor de CBT's. De zorgvraag verschilt sterk tussen de diverse (patiënten-) groepen. Om hierop goed aan te kunnen sluiten is het nodig om souplesse in te voeren in de beleidsregels, bijv. door het mogelijk te maken om meer mondhygiëne in de bekostiging op te nemen.

§ Een in het bedrijfsleven gebruikelijke post "research en development" ontbreekt.

§ De kosten van tandtechniek moeten buiten het stoeluurtarief blijven. Opnemings daarvan in de prijs van de prestaties zou de transparantie en acceptatie van prestaties en tarieven ernstig schaden, omdat er grote verschillen zijn in de consumptie van dergelijke kosten..

§ De aard van de zorgverlening door CBT's leent zich niet voor vrije prijsvorming. De begrotingswijze financieringswijze maakt dat ook onmogelijk.

§ Een verrichtingensysteem, een abonnementsysteem of productprijzen zijn niet toepasbaar. Een verrichtingensysteem mist de mogelijkheid om (extra) tijd te besteden aan de bijzondere omstandigheden van de patiënten. Een abonnementsysteem past niet, omdat de meeste patiënten van een CBT slechts tijdelijk onder behandeling zijn voor deelproblemen in de mondgezondheid en de zorgconsumptie van patiënt tot patiënt sterk verschilt. Dit geldt ook voor productprijzen.

§ Naar de mening van COBIJT worden ten onrechte alle implantologische behandelingen onder de bijzondere tandheelkunde geboekt en worden deze door zorgverzekeraars als zodanig vergoed. Naar onze mening behoren alleen implantologische behandelingen die verband houden met een ernstige afwijking zoals beschreven in de Zorgverzekeringswet art. 2.7.1. onder de bijzondere tandheelkunde te vallen en de rest (het overgrote deel) daarbuiten.

Positie zorgverzekeraars

§ Gesteund wordt dat er overeenkomsten tussen zorgverzekeraars zijn en gesloten kunnen worden, ook m.b.t. de kwaliteit van de zorg.

§ Omdat er een beperkt aantal grote zorgverzekeraars is en er doorgaans één of twee zorgverzekeraars zijn met een overheersende positie in regio's, zouden de zorgverzekeraars een machtspositie in kunnen nemen. Zorgverzekeraars gaan hier zorgvuldig mee om. In het systeem zelf zit geen balans.

Overig

§ Omdat doorgaans alle behandelaars in loondienst van de centra zijn, is een passend inkomen nodig, zowel voor de (gedifferentieerde) tandartsen, als van de overige behandelaars. Dit onderwerp is van belang, omdat met dergelijke inkomens gerekend wordt in de NZa-beleidslijnen voor de CBT's.

Knelpunten die we willen oplossen zijn:

1. Een tarief/financiering van het kostendeel ziekenhuis en het honorarium anesthesioloog bij tandheelkundige behandelingen onder algehele anesthesie.

Een kleine groep patiënten (voornamelijk patiënten met een ernstige lichamelijk/verstandelijke beperking) wordt onder algehele anesthesie tandheelkundig behandeld. Dit gebeurt meestal in het ziekenhuis met gebruikmaking van de daar aanwezige faciliteiten en ondersteuning.

Voor de ondersteuning door de anesthesioloog is geen passend honorariumtarief aanwezig. Voor de kosten die door het ziekenhuis worden gemaakt is er evenmin een vergoedingsmogelijkheid. Mede hierdoor is er onvoldoende capaciteit beschikbaar, zijn er veel te lange wachttijden en dreigt het stilleggen van de tandheelkundige behandelingen onder algehele anesthesie.

Alle betrokken partijen, ook de NZa, vinden het noodzakelijk dit reeds jaren slepende probleem op te lossen door een adequate financiering vast te stellen.

Dit onderwerp wordt nog knellender als binnen afzienbare tijd het DBC-traject verder ingevoerd wordt in ziekenhuizen.

2. Preventie is een essentieel onderdeel van het totale behandelplan en omvat ook adequate diagnostiek. Het betreft m.n. oncologische patiënten, patiënten met ernstige medisch-tandheelkundige en geriatrische problematiek, patiënten met een ernstige verstandelijke en/of lichamelijke beperking en kinderen met een ernstige achterstand in de mondgezondheid.

Ten behoeve van de preventie zijn deze patiënten vaak (tijdelijk) op onze centra aangewezen.

Voor de realisatie van deze preventie willen de CBT's, binnen kwaliteitsgronden, taken kunnen delegeren.

3. Taakdelegatie.

a. Tijd en kosten van de gedelegeerde taken zelf en de tijd en kosten die nodig zijn voor begeleiding, overleg en evaluatie binnen het team (tandarts, mondhygiënist, preventieassistente, etc) moeten in ruimere mate opgenomen worden in de bekostiging/tarieven dan thans het geval is. O.i kunnen de NZa-beleidsregels voor Instellingen voor Bijzondere Tandheelkunde gemakkelijk hiervoor worden aangepast.

b. Om taakdelegatie en taakdifferentiatie mogelijk te maken en in stand te houden is het nodig dat tijd en kosten van "opleiding/bij- en nascholing" voor alle leden van het team worden gefinancierd. Alle centra worden geconfronteerd met de noodzaak om nieuwe staf op te leiden zowel voor de uitvoering van de gedelegeerde en als van de gedifferentieerde taken.

4. In zorg voor mensen met een handicap zijn grote AWBZ-instellingen afgebouwd en is het aantal bewoners afgenomen. Daarmee is tevens de omvang van de tandheelkundige voorziening afgenomen. Extra-muraal wonende patiënten (ex-)AWBZ gaan vaak voor hun tandheelkundige behandeling naar de tandarts van de oude instelling (zie onderzoek CVZ), dat nu gehonoreerd wordt via UPT of het tarief voor de bijzondere tandheelkunde, hoewel ook geconstateerd wordt dat er steeds meer ex-AWBZ-patiënten zijn die niet instaat zijn om de benodigde zorg te verkrijgen.

Voor wat betreft preventie, taakdelegatie, -differentiatie en opleiding/bij- en nascholing gelden dezelfde knelpunten als voor CBT's.

Ook voor de financiering van "intramurale AWBZ-patiënten" (dubbele indicatie) zou gekozen kunnen worden voor een overeenkomstig model, dus buiten het budget van de instellingen.

5. Voor CBT's kleiner dan 1 fte tandarts (voornamelijk een onderdeel van ziekenhuizen en soms in AWBZ-instellingen) geldt, dat de landelijk uniforme (vaste) tarieven waarmee deze centra worden gefinancierd ooit gebaseerd waren op marginale kosten, d.w.z. zonder (volledige) gebouwgebonden kosten en investeringen. Met de verdere invoering van de DBC's in ziekenhuizen is herziening van deze tarieven nodig. Voorgesteld wordt, om hierbij ook de genoemde aspecten van preventie, taakdelegatie, -differentiatie en opleiding/bij- en nascholing betrekken.

Voor de zorgverlening is het van belang, om de capaciteit van ook deze (kleinere) centra goed te kunnen (blijven) benutten.

6. De meeste stafleden zijn in loondienst van de CBT's en hebben veelal een kleine parttime aanstelling. Dit laatste komt voornamelijk door een ten opzichte van de vrije praktijk beperkt inkomen. Er zijn een beperkt aantal "cultuurdragers" met een grote aanstelling die met de geboortegolf mee met pensioen gaan. Hun opvolging verloopt moeizaam.

De kwaliteit en de continuïteit van de zorgverlening en de efficiency van de centra wordt bevorderd, als er meer grote aanstellingen komen. Een adequaat inkomen is dan van belang, waarin de zwaarte van het beroep tot uitdrukking komt en de noodzaak van aanvullende opleiding. Inkomensdiscussie komt niet voor in de NZa rapporten, maar is voor centra van belang, zolang sprake is van financiering d.m.v. begrotingen/kostendekkende tarieven.

Hetzelfde geldt voor de inkomens van diegenen die zich aan gedelegeerde taken wijden.

7. De beleidsregels voor instellingen voor bijzondere tandheelkunde voldoen in hoofdlijnen voor de CBT's. Zoals boven reeds aangegeven zijn er knelpunten en belemmeringen die om een oplossing vragen om beter in te kunnen spelen op de grote variëteit in de zorgvraag en op het gevraagde volume.

De financiering van de centra groter dan 1 fte is gekoppeld aan de parameter fte tandarts. De zorgverlening door anderen (gedelegeerde taken) vormt geen afzonderlijke parameter, waardoor het voor de centra niet goed mogelijk is om voldoende capaciteit in te zetten.

De zorgvraag verschilt sterk tussen de diverse (patiënten-) groepen en met de verschillen in kosten kan geen rekening worden gehouden in de financiering.

Een in het bedrijfsleven gebruikelijke post "research en development" voor (permanente) productontwikkeling en (continue) bewaking kwaliteit en veiligheid ontbreekt; winst/eigen vermogen daartoe is per definitie afwezig.

Om hieraan tegemoet te kunnen komen, is het o.i. wenselijk dat de capaciteit en kosten van zorgverleners die geen tandarts zijn mee gaan tellen als parameter in de financiering en om zorgverzekeraars en zorgverleners bij de gezamenlijke tariefaanvraag de mogelijkheid te bieden om af te wijken op onderdelen van de bekostigingsregels.

Wij zouden het opprijs stellen als u onze ideeën op neemt in de verdere ontwikkeling van de bekostigingsstructuur in de mondzorg en daarnaast aangeeft op welke (andere) wijze op korte termijn de knelpunten kunnen worden opgelost.

Bestuur COBIJT

Namens de Centra voor Bijzondere Tandheelkunde

cc: per mail aan: COBIJT leden, NMT-WGBZ, NVGPT, VBTGG, NVVK en NVG

bijlagen:

Profiel van centra voor bijzondere tandheelkunde

Beantwoording van een deel van de consultatie vragen.