

REACTIE OP CONSULTATIEDOCUMENT HERZIENING BEKOSTIGINGSSTRUCTUUR MONDZORG

Dr. J. den Dekker en drs. E.J.A.A. Abbink
College voor zorgverzekeringen
28 januari 2008

Een opmerking vooraf

In paragraaf 1.5 definieert de NZa wat in het project onder bekostigingsstructuur wordt verstaan. Het gaat daarbij om het geheel van de mondzorgprestaties, waarbij in een voetnoot de prestaties kaakchirurgie en bijzondere tandheelkunde hiervan worden uitgezonderd. Waarschijnlijk komt deze uitzondering voort uit de afbakening die in de voorafgaande paragraaf is gemaakt. Daar is aangegeven dat de bekostiging voor kaakchirurgen en centra voor bijzondere tandheelkunde buiten de reikwijdte van het project valt.

In dit kader merkt het CVZ op dat bijzondere tandheelkunde weliswaar in belangrijke mate in centra voor bijzondere tandheelkunde plaatsvindt, maar dat bijzondere tandheelkunde niet voorbehouden is aan deze centra.

Consultatievraag 1

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

Gedeeltelijk. In het Signalement Mondzorg 2007 heeft het CVZ gerapporteerd dat de mondgezondheid van jeugdigen niet verder verbetert en zelfs een tendens tot verslechtering vertoont. Voorts is de stelling dat (individuele) preventie belangrijker wordt dan curatie te sterk geformuleerd. Er wordt al zeer veel gedaan aan individuele preventie. Wat ontbreekt nog? En, zo blijkt ook uit buitenlandse studies, ondanks constante preventieve inspanningen kan de behoefte aan curatieve zorg fluctueren.

Consultatievraag 2

Zijn de typen mondzorgaanbieders volledig en goed beschreven?
(inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)

Misschien is het goed om hier ook de instellingen voor jeugd tandverzorging te noemen. Behandeling in instellingen voor jeugd tandverzorging vindt weliswaar plaats door tandartsen en mondhygiënist(en) (en soms kindertandverzorgsters), maar de instelling voor jeugd tandverzorging wordt vaak als aparte categorie genoemd.

De invoering van de titel 'mondarts' is nog onzeker. De term 'mondzorgkundige' is uiteindelijk ook niet doorgegaan. Met de 'mondarts' zou een internationaal moeilijk vergelijkbare beroepsgroep worden gecreëerd. Waarschijnlijk blijft het bij 'tandarts nieuwe stijl'.

Ten onrechte wordt de suggestie gewekt dat de patiënt zich voor elke behandeling rechtstreeks tot de mondhygiënist kan wenden. Voor een aantal handelingen en verrichtingen is opdracht door verwijzing door een tandarts vereist. De stelling dat de tandprotheticus specialist is in het aanmeten van *andere* uitneembare prothetische voorzieningen behoeft nuancering. Voor de vervaardiging en plaatsing van andere dan volledige prothetische voorzieningen is een verwijzing door een tandarts vereist.

Consultatievraag 3

Is de huidige bekostigingsstructuur mondzorg volledig en goed beschreven? (inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)

Ja. In par. 2.3.1 staat: 'Vanaf 1995/1996 was de lijst...'. Dit moet zijn: 'Vanaf 1 januari 1995...'.

Consultatievraag 4

In hoeverre worden de abonnementstarieven uit de UPT-lijst in praktijk gebruikt? Is dit wenselijk? (inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)

Die worden niet gebruikt. Over de wenselijkheid hebben wij geen oordeel. Een abonnementstarief kan in de uitvoeringspraktijk problematisch zijn vanwege het beperkte pakket mondzorg in de Zorgverzekeringswet.

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)

Hierover hebben wij geen gegevens.

Consultatievraag 5b

Welke mogelijkheden ziet u om te stimuleren dat de inkoopvoordelen wel worden doorberekend aan de consument?

Dat is moeilijk. Door all-in tarieven vast te stellen, waarin zowel het honorarium van de zorgverlener als de kosten van de tandtechniek zijn begrepen wordt de zorgverlener geprikkeld om de kosten van de tandtechniek zo laag mogelijk te houden.

Consultatievraag 6

Zijn de ontwikkelingen die van invloed kunnen zijn op de bekostigingsstructuur volledig en goed beschreven? (inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)

In het Signalement Mondzorg 2004 heeft het CVZ beschreven dat particuliere verzekeringen voor mondzorg geen of zeer beperkte vergoedingen bieden bij calamiteiten en dure behandelingen. De betekenis van deze verzekeringen is dan ook beperkt. De eerste zin van de laatste alinea op pagina 29 is onjuist. Tandtechniek maakt ook deel uit van de AWBZ. Mensen met de indicatie ‘behandeling en verblijf’ hebben immers aanspraak op alle noodzakelijke tandheelkundige zorg. In de Zorgverzekeringswet is tandtechniek ook aan de orde in de bijzondere tandheelkunde en de jeugdzorg (partiële prothesen en frontimplantaten).

Eerder is al gemeld dat voorzichtigheid is geboden met het gebruik van de term ‘mondarts’.

Bij de mogelijke specialisaties in par. 2.4.3.1 ontbreken de gerodontologie, gehandicaptenzorg en angstbehandeling.

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)

In par. 2.5.1 wordt gesteld dat de bekostigingsstructuur voornamelijk is gericht op curatie en niet op preventie. De nadruk op curatieve verrichtingen is niet zo vreemd, waar wij ons bevinden in de sector ‘cure’. Benadrukt moet worden dat in de tarievenlijst tandheelkunde al erg veel preventieve verrichtingen zijn opgenomen. Alles wat noodzakelijk kan zijn voor individuele preventie is in de lijst opgenomen. Het afzonderlijke preventieve consult is enkele jaren geleden opgenomen in de algemene consultatie, in een bescheiden poging het tariefsysteem te vereenvoudigen. De huidige formulering van par. 2.5.1 kan de lezer op het verkeerde been zetten.

In par. 2.5.2 staat dat het CVZ bepaalt of prestaties in aanmerking komen voor opname in het basispakket. Beter is om hier te schrijven dat het CVZ adviseert over de omvang van de te verzekeren prestaties in het basispakket.

Consultatievraag 7b

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

Benadrukt moet worden de sterke behoefte aan meer transparantie en een structureel ingevoerd kwaliteitssysteem in de mondzorg (zie ook het Signalement Mondzorg 2007 van het CVZ).

Consultatievraag 8a

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

In par. 3.4.1 zou duidelijker gesteld moeten worden wat onder innovatie wordt verstaan. In de mondzorg worden nogal eens producten op de markt gebracht of behandelingen geïntroduceerd zonder dat het klinisch belang ervan is aangetoond. In de mondzorg is geen professioneel implementatietraject voor innovaties beschikbaar. Voorkomen moet worden dat patiënten ongewild in een ongestructureerde setting als proefkonijn dienen.

Consultatievraag 8b

Welk uitgangspunt weegt voor u het zwaarst en waarom?

Transparantie en kwaliteit. Dit zijn de essentiële kernbegrippen in de zorg.

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)

Wij delen niet de analyse over de preventie in par. 3.3.1.2. Zoals wij hierboven al meldden is er, in vergelijking met andere soorten zorg, in de mondzorg een uitgebreid pakket preventie in de bekostigingsstructuur opgenomen. Ons inziens ontbreekt er niets, wellicht met uitzondering van het afzonderlijke consult preventie, dat nu in een andere verrichting is versleuteld.

Wij delen evenmin de analyse in par. 3.3.1.3 over het gebrek aan innovatie. Wij hebben dit toegelicht bij consultatievraag 8a.

In par. 3.3.2.3 staat dat het TCI enkele jaren geleden is opgeheven. Dit was in 1990.

Consultatievraag 9b

Zijn er nog meer sterke punten en/of zwakke punten te noemen?

In par. 3.3.3.2 moeten de kosten van tandtechnische laboratoria worden genoemd. Die zijn thans niet gereguleerd. Transparantie ontbreekt. Een stap in de goede richting zou kunnen zijn om de maximumtarieven voor tandtechniek in eigen beheer van toepassing te verklaren op alle tandtechnische werkzaamheden. Eerder is al genoemd de mogelijkheid van all-in tarieven (honorarium en techniekkosten).

Consultatievraag 10a

Welke prestatievariant heeft uw voorkeur en waarom?

Wij delen de analyse dat van een productsysteem de meest gunstige stimulansen zullen uitgaan.

Consultatievraag 10b

Zijn er nog meer prestatievarianten mogelijk en hoe waardeert u die?

Het uurhonorarium is hier niet afzonderlijk beschreven. Dit kan vooral geschikt zijn voor moeilijk behandelbare en gecompromitteerde patiënten.

Consultatievraag 10c

Deelt u de opvattingen van de NZa over de verbetermogelijkheden op het gebied van preventie en innovatie? (inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)

Zoals boven beschreven delen wij niet de analyse dat behoefte bestaat aan het beschrijven van meer prestaties op het gebied van de preventie. Een innovatiecommissie kan zinvol zijn, mits die breed is samengesteld en uitstekende wetenschappelijke expertise bezit.

Consultatievraag 10d

Zijn er nog meer verbeteringen mogelijk op het gebied van preventie en innovatie en hoe waardeert u die?

Zie onder 10c.

Consultatievraag 10e

Welke verbeteringen op het gebied van preventie en innovatie hebben uw voorkeur en waarom?

Zie onder 10c.

Consultatievraag 11a

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

Het productsysteem, met in bescheiden mate ruimte voor het uurhonorarium (zie boven).

Consultatievraag 11b

Zijn er nog meer tariefvarianten mogelijk en hoe waardeert u die?

Neen.

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)

Ja, voor zover wij dit kunnen beoordelen.

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)

Ja, mits die in de uitvoeringspraktijk voor partijen herkenbaar is.

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)

De rol van de verzekeraars wordt ons inziens overschat. Verzekeraars hebben een geografisch steeds meer versnipperd cliëntenbestand, waardoor het zicht op de praktijkvoering van tandartsen sterk is verminderd in vergelijking tot de tijd van de vaste werkgebieden. Mondzorg voor volwassenen zit vrijwel niet meer in het pakket van de Zorgverzekeringswet en voor zover mondzorg daar wel in zit zijn tandartsen weinig geneigd zich contractueel vast te leggen. Een groot deel van de uitgaven voor mondzorg zijn eigen betalingen van patiënten, die soms deels door een aanvullende verzekering worden vergoed. Naar ons oordeel zal vooral de NZa hier een actieve rol moeten spelen.

Consultatievraag 12b

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

Een mogelijkheid is om weer een contracteerplicht in te voeren. Dat zou een evenwichtige situatie in de markt bevorderen. Voorts kan een systeem van centrale dataverzameling worden opgezet, dat inzicht biedt in het handelen van zorgaanbieders in de tandheelkunde. Ook is een systeem van toezicht en controle in de mondzorg dringend gewenst om tot verbetering en borging van de kwaliteit van zorg te komen en daarmee de patiënt meer bescherming te bieden. Hierbij kan worden voortgebouwd op de beginselen van het voormalige TCI.

Consultatievraag 12c

Welke verbetering(en) heeft uw voorkeur en waarom?

Zie onder 12b.

Consultatievraag 13a

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

Ja.

Consultatievraag 13b

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

Invoering van een kwaliteitssysteem met richtlijnen als basis, gevolgd door intercollegiale toetsing en borging via herregistratie zal de zorg transparanter maken (zie ook het Signalement Mondzorg 2007).

Consultatievraag 13c

Welke verbetering(en) heeft uw voorkeur en waarom?

Hetgeen onder 13b is genoemd, alsmede het samenvoegen van verrichtingen tot logische producten met één bijbehorende prijs.

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)

Een ‘big bang’. Die geeft de minste onduidelijkheid en onzekerheid voor alle partijen.

Consultatievraag 15

Is de huidige bekostigingstructuur voor instellingen voor jeugd tandverzorging volledig en goed beschreven? (inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)

De haal- en brengservice roept bij ons een vraag op. Hoe kan het zijn, dat deze service buiten de bevoegdheid van de NZa valt, maar wel is opgenomen in tariefbeschikkingen van de NZa?

Consultatievraag 16a

Zijn de risicogroepen voor mondgezondheid volledig en goed beschreven? (inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)

Allochtonen vormen inderdaad een kwetsbare groep, maar uit studies blijkt dat de achterliggende factor een lage SES is. Ook autochtone kinderen met een lage SES vormen een risicogroep.

Consultatievraag 16b

Kunt u zich vinden in de door de NZa genoemde strategie gericht op risicogroepen? (inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)

Ja. De structuur van dit hoofdstuk is ons niet duidelijk. Par. 5.2 gaat (of zou moeten gaan) over de gehele jeugd en niet alleen over de jeugd die behandeld wordt in instellingen voor jeugd tandverzorging. Men moet zich realiseren dat deze instellingen slechts bestaan in een beperkt aantal plaatsen. Het overgrote deel van de jeugd gaat naar de huistandarts.

Consultatievraag 17a

Deelt u de analyse van de NZa voor verbetermogelijkheden op het gebied van jeugd tandverzorging? (inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)

Hier lopen ons inziens enkele zaken door elkaar, te weten de behandeling van risicogroepen, de honorering van die behandelingen en de honorering van de instellingen voor jeugd tandverzorging. Zie ook het gemelde onder 16b. Dit hoofdstuk verdient naar onze mening in de definitieve versie een nadere analyse en overweging, om tot meer voldragen conclusies te kunnen komen.

Consultatievraag 17b

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

Kern van de zaak is dat uiteindelijk risicogroepen adequaat behandeld zullen worden. Daartoe zal deze groep in de eerste plaats regelmatig de tandarts moeten bezoeken. Wanneer zij daar eenmaal zijn, moeten wij leren van de instellingen voor jeugd tandverzorging en structureel een kwaliteitssysteem invoeren dat transparantie biedt (zie ook het Signalement Mondzorg 2007). Verder moet ervoor worden gewaakt dat generieke maatregelen worden getroffen voor specifieke problemen.

Consultatievraag 17c

Welke verbetering(en) heeft uw voorkeur en waarom?

Zie onder 17b.