

Bijlage bij reactie op het consultatiedocument over de bekostiging.

Document met feitelijke onjuistheden en vooronderstellingen die vragen oproepen, niet nader zijn onderbouwd en/of zijn uitgewerkt in het consultatiedocument bekostiging.

Pagina 17, 1.2 Rol van de NZa

Hier wordt kort beschreven hoe de positie van de consument kan worden bewaakt en versterkt. Onduidelijk blijft hoe de consumentenmarkt er in de zorg en specifiek voor de tandheelkunde uitziet. Wij missen het daadwerkelijke onderzoek of die consument daar ook zo over denkt en aan welke informatie en aan welke keuzemogelijkheden heeft die consument behoefte?

Pagina 21, 2.1.1.1. Preventie

Dat preventie belangrijker wordt dan curatie is niet wetenschappelijk onderbouwd. Preventie is belangrijk maar door de vergrijzing, technologische ontwikkelingen en veranderende zorgvraag zal curatie ook in belangrijkheid toenemen. Bij de opsomming van meest voorkomende afwijkingen zijn parodontopatiën vergeten.

Pagina 22, Mondhygiënist

Mondhygiënisten zijn niet geregistreerd in het Bigregister. Mondhygiënist is een zogenaamd artikel 34 beroep en worden niet geregistreerd. De patiënt kan zich niet rechtstreeks wenden tot de mondhygiënist behandeling. In de circulaire van de Inspectie (nummer 2008-01-IGZ, dd 11 februari 2008) stond onlangs: De mondhygiënist heeft bij daarvoor in aanmerking komende patiënten, in opdracht van een tandarts, functionele zelfstandigheid voor:

- 1 Het toepassen van lokale anesthesie door het geven van injecties.
- 2 Het behandelen van primaire caviteiten door middel van preparatie ten behoeve van restauratie met plastische vulmaterialen.

In de toelichting op het Besluit functionele zelfstandigheid van 21 februari 2006 wordt opgemerkt:

Het spreekt uiteraard vanzelf dat de mondhygiënist voor die verrichtingen waarvoor de opdracht van een tandarts is vereist, zeker in het geval van zelfstandige vestiging, zorg draagt voor het vastleggen van afspraken – bijvoorbeeld in de vorm van een protocol met de opdracht gevende tandarts(en), teneinde te voorkomen dat in de hulpvraag van de patiënt niet doelmatig wordt voorzien.

Voor de twee voorbehouden handelingen heeft de opdrachtgevende tandarts dus nog steeds verantwoordelijkheid in het kader van de Wet BIG, met dien verstande dat hierbij geen sprake hoeft te zijn van de mogelijkheid van tussenkomst. Uiteraard dient wel gezorgd te worden voor adequate opvang bij calamiteiten. Bij alle andere voorbehouden handelingen zoals genoemd in artikel 36 van de Wet BIG (zoals de behandeling van meer dan primaire caviteiten; leggen van meervlakvullingen, etc.) gelden de in de aanhef van deze notitie genoemde voorwaarden onverkort ook voor de mondhygiëniste.

Pagina 22, Tandprotheticus

Ook hier geldt hetzelfde als voor de mondhygiënist. Er is geen BIG registratie want het gaat om een artikel 34 beroep. Voor zover bij ons bekend is, is de opleiding tot tandprotheticus geen Hbo-opleiding maar een parttime MBO opleiding.

Pagina 23, Preventieassistent

Het is onjuist dat een tandartsassistent na vijf jaar automatisch preventieassistent wordt. Pas na het met goed gevolg hebben doorlopen van een cursus mag een tandartsassistent zich preventieassistent noemen. Een preventieassistent mag alleen in opdracht en onder toezicht van een tandarts handelingen verrichten (zie ook circulaire van de Inspectie).

Pagina 24, 2.3.1 Bestaande prestatievarianten

Dat er op dit moment 1100 prestatie zijn beschreven is buitengewoon overdreven. De huidige tarievenlijst voor tandartsen omvat ongeveer 330 verrichtingen. Daarnaast heeft het toenmalige CTG besloten dat indien de tandartsen zelf tandtechnische verrichtingen uitvoeren zij zich moeten houden aan de voormalige NTG-lijst., waarin ongeveer 400 verrichtingen zijn opgenomen. Deze lijst wordt nauwelijks gebruikt omdat tandartsen nauwelijks zelf tandtechnische handelingen uitvoeren maar dat uitbesteden aan tandtechnische laboratoria. De tarievenlijst van de tandartsspecialisten bestaat maar uit een handje vol verrichtingen dus waar doe overige ruim 300 verrichtingen of prestaties zijn beschreven is ons onduidelijk, mede omdat per 1 januari 2008 de tandprothetici gebruik (moeten) maken van de tarievenlijst van de tandarts. Overigens bestaat de term UPT niet meer omdat het particuliere tarief als zodanig niet meer bestaat. Wij spreken nu over de tarievenlijst tandartsen.

Pagina 25, 26, 2.3.3. Totstandkoming maximumtarieven

De stelligheid waarmee is verwoord dat de huidige puntenaantallen niet altijd representatief zijn voor de praktijk van vandaag de dag is wel heel kort door de bocht. De afgelopen 5 jaar zijn diverse hoofdstukken uit de tarievenlijst aangepast. De procedure om te komen tot herziening van een heel hoofdstuk is lastig en tijdrovend. Vaak is er bij dergelijke herzieningen sprake is van nieuwe prestaties, nieuwe technieken of nieuwe materialen die of gepaard gaan met hogere kosten of met meer tijd. Enige terughoudendheid bij zowen de NZa als de verzekeraars is dan duidelijk merkbaar. Het is wat te gemakkelijk om het achterstallig onderhoud als verwijt bij de beroepsgroep neer te leggen.

Pagina 26, stukje over rekenmethodiek

Het vasthouden aan de bestendige rekenmethodiek van norminkomen, normkosten en rekennorm staat op gespannen voet met het uitgangspunt van de WMG aangaande één prestatie, één tarief. De rekenmethodiek wordt door ons onderschreven. Het uitgangspunt van de WMG kan in combinatie met de rekenmethodiek niet, omdat ervan mag worden uitgegaan dat de diverse zorgaanbieders ook eigen norminkomens hebben en in het geval van zelfstandige vestigingen ook eigen normkosten, leiden tot één prijs per prestatie.

Pagina 27, 2.4 Relevante ontwikkelingen

Gesteld wordt dat de consument goede handvatten nodig heeft om te kunnen kiezen welke zorg hij nodig heeft. Ten eerste zal in de curatieve zorg de keuze mede worden bepaald door de zorgaanbieder, want anders wordt het wel heel erg u vraagt wij draaien. Daarnaast is het onduidelijk of de consument dat ook wel wil. De consument wendt zich tot een professional omdat die meer kennis van zaken heeft. Aan de vrijheid van kiezen hangt overigens wel een prijskaartje.

Pagina 2.4.1.1. Inkooprol verzekeraars

Hier wordt onvoldoende aandacht geschonken aan de feitelijke situatie. Op dit moment heeft ongeveer 50-65% van de consumenten een aanvullende tandheelkunde verzekering. Gezien het feit dat deze verzekeringen een bepaald percentage vergoeden en zijn gekoppeld aan een maximum bedrag, kan worden geconcludeerd dat ruim meer dan de helft van alle tandheelkundige zorg door die consument zelf wordt betaald. Het accent moet dan ook tenminste net zo zwaar worden gelegd zij de zorgverleningsmarkt als bij de inkoopmarkt.

Blijkbaar is het verzekeraars wel toegestaan hun winst te vergroten door scherp in te kopen maar een zorgverlener niet. Daar worden alle voordelen direct gerelateerd aan het norminkomen met als gevolg een gedwongen tariefdaling. Gaat dat ook gelden voor de premies?

Pagina 28, 2.4.1 Veranderingen in verzekeringsstelsel

Het basispakket is onlang uitgebreid met de tandheelkundige zorg voor 18 tot 22 jaar. Echter voor de onderdelen van het basispakket die er al voor de 18+ inzaten (bijzondere tandheelkunde en de kaakchirurg) geldt wel het eigen risico van € 150,-

Pagina 29/30, 2.4.2. Veranderende wetgeving: van WTG naar WMG

Wat ons betreft is het strijdig met het gelijkheidsbeginsel dat voor dezelfde handelingen de tandtechnici niet onder de WMG vallen en de tandartsen en tandprotheticipers wel.

Pagina 30, Taakherschikking

Het advies van de commissie Linschoten is om over tien jaar de preventie van cariës en parodontitis bij een grote groep patiënten met een stabiele mondgezondheid te laten verzorgen door een vierjarig opgeleide mondhygiënist. Vraag die hierbij opkomt is door wie de stabiliteit van de mondgezondheid wordt vastgesteld en wat gebeurt er met niet-stabiele patiënten? De door Linschoten beschreven situatie zal dus pas na tien jaar opgaan en wat doen we in de tussenliggende jaren?

Pagina 32, Teamconcept

Het efficiënt inzetten van de beschikbare menskracht suggereert het een en ander. Uit geen enkel onderzoek blijkt dat door taakdelegatie binnen een team de totale kosten omlaag gaan. Nader onderzoek vooraf naar de effecten van taakdelegatie en het teamconcept zijn dan ook noodzakelijk.

Pagina 32, 2.5 Consequenties ontwikkelingen voor bekostigingsstructuur

Onduidelijk is waarom de huidige structuur moet worden aangepast om de doelen zoals verwoord in de brief van de minister te bereiken. Wij zijn van mening dat die doelen ook kunnen worden bereikt zonder het hele systeem op zijn kop te zetten. Het veranderen mag nooit een doel op zich zijn of omdat we in de pas moeten lopen met andere sectoren wat betreft de structuur en financiering.

Pagina 32, 2.5.1 Veranderende zorgvraag

In de huidige tarievenlijst zijn voor consultatie en preventie een aantal samengestelde verrichtingen opgenomen. Zo zit de poetsinstructie in de verrichting periodieke controle. Opmerkelijk is dat de NZa constateert dat een dergelijke omschrijving niet prikkelt om meer aan preventie te gaan doen, terwijl voor de overige zorg wel in de richting van een dergelijke productomschrijving wordt geschreven. Hiermee erkent de NZa dat losse prestaties prikkelt tot zorg op maat.

Pagina 32/33, 2.5.3 Taakherschikking

De huidige tarieven zijn vastgesteld op het huidige inkomens- en kostenniveau van de tandarts. Indien een andere aanbieder met een lagere inkomens- en kostenniveau de behandeling uitvoert zijn de tarieven dus te hoog, zo stelt de NZa. Dat is op zich correct, maar er zijn ook bijkomende kosten. Immers het delegeren van behandelingen (in opdracht van en onder toezicht van) kost ook de tandarts nog tijd. Ook is de rekennorm van de betreffende aanbieder van belang. Het overleg, toezicht en controle kost ook tijd en zal dus zowel van invloed zijn op de rekennorm van de tandarts als die van de andere aanbieder. Het is dus maar de vraag of taakdelegatie ook kostenreductie met zich brengt.

Stel dat er één prijs wordt vastgesteld per prestatie, ongeacht wie de behandeling uitvoert, is het dan niet logisch dat de consument een natuurlijke voorkeur zal hebben voor de hoogst opgeleide aanbieder? Moeten, uitgaande van vraaggestuurde zorg de financiële prikkels juist niet bij de consument worden gelegd in plaats van bij de aanbieder? Met andere woorden: door een lage prijs voor de tandarts vast te stellen prikkel je hem te delegeren of door de tandarts duurder te laten zijn dan de mondhygiënist prikkel je de consument om naar de mondhygiënist te gaan.

Pagina 35, Transparantie

Prestatiebeschrijvingen moeten eenduidig en uniform zijn, zodat zij qua prestatie en prijs beter vergelijkbaar zijn. Was het maar zo eenvoudig. De prestatiebeschrijving is dan misschien wel eenduidige en uniform, de zorgprestatie is dat (bijna) nooit. Het gaat om mensen, zowel wat betreft de vrager als de aanbieder. Het is dus de kunst om de prestatiebeschrijving zowel uniform te maken maar deze tevens zoveel mogelijk aan te laten sluiten bij de feitelijk geleverde zorgprestatie. Daarnaast wordt door de NZa zwaar ingezet op transparantie voor de consument. Waaruit blijkt dat die consument daaraan behoefte heeft en wat gaat een dergelijk informatiesysteem kosten en wie gaat dat betalen?

Pagina 36, 3.1.2 Efficiëntie

Aanbod gestuurde vraag, marktwerking en concurrentie staan met elkaar op gespannen voet. Indien de tandarts wordt geacht zich marktconform te gedragen, zal hij met name niet medisch geïndiceerde behandelingen (denk aan cosmetisch) wel aan de man proberen te brengen. Dat past ook bij het ondernemerschap. Ook zal hij de behandelmogelijkheden die er zijn etaleren. In het document wordt aanbodgestuurde vraag en upcoding nogal negatief neergezet, maar in een markt waar vraag en aanbod elkaar ontmoeten is het maar de vraag of dat zo negatief moet worden benaderd. Overigens zal bij een evenwichtige prestatieprijislijst upcoding niet lijden tot een hoger inkomen. Duurder en complexer zijn niet synoniem met winstgevender.

Pagina 37, 3.1.6 Wet- en regelgeving

De koppeling van functioneel omschreven zorg en één prestatie, één prijs is geen automatisme. In een goed werkende markt kunnen exact dezelfde zaken verschillend geprijsd zijn. De enige reden om uit te gaan van dit principe kan alleen maar kostenreductie zijn. In de markt is het heel gebruikelijk dat beter gekwalificeerde aanbieders of aanbieders met een goede naam een hogere prijs kunnen vragen. Als door regelgeving alle aanbieders worden gedwongen één prijs te rekenen, zal de druk op de beter gekwalificeerde aanbieders alleen maar toenemen, met mogelijke consequenties voor de kwaliteit. Er is niet onderzocht welk effecten je oproept met het invoeren van een dergelijk prijsbeleid..

Pagina 38, 3.2.3 Beloning in overeenstemming met de prestatie

Waaruit blijkt dat de zorgaanbieder meer of duurdere behandelingen uitvoert dan noodzakelijk en dat de bestaande bekostigingsstructuur het verwijzen naar andere aanbieders buiten de praktijk niet bevordert? De praktijk laat het tegendeel zien.

Pagina 39, 3.3.1.1. De hoeveelheid prestaties

Dit is uit zijn verband getrokken. De tandarts kent 330 verrichtingen en waarom leiden minder verrichtingen of prestaties tot meer transparantie?

Pagina 39, 3.3.1.2. Gebrek aan preventieprestaties

Blijkbaar leidt minder prestaties tot onzichtbaar worden van handelingen. Dat lijkt in tegenspraak met de eerdere bewering dat het verminderen van het aantal prestaties leidt tot meer transparantie. Te brede prestatieomschrijvingen leiden dus tot minder inzicht en tot een onevenwichtigheid tussen prestatie en beloning.

Pagina 39, 3.3.1.3 Gebrek aan innovatie

De problemen met het incorporeren van innovaties in het huidige systeem ligt meer aan de wijze waarop met het systeem wordt omgegaan dan aan het systeem zelf.

Pagina 40, 3.3.2.1 Gebrek aan actuele onderbouwing

Als er aanwijzingen zijn dat de tarieven geen recht meer doen aan de werkelijk te leveren prestatie, dan moet dat worden opgepakt. Ook dit punt is geen zwakte van het systeem, maar hoe er mee wordt omgegaan. Dit punt geldt overigens voor alle tariefvarianten uit het schema.

Pagina 40, 3.3.2.2. Gebrek aan efficiëntieprikkels

Waaruit blijkt dat de huidige bekostigingsstructuur een gebrek aan efficiëntieprikkels in zich heeft? Is er daadwerkelijk onderzoek gedaan waaruit blijkt dat zorgaanbieders niet medisch noodzakelijke zorg aanbieden om daarmee hun inkomen te verhogen? Als niet is aangetoond dat deze effecten zich ook daadwerkelijk voordoen, mag het niet zo bij de zwakke punten worden meegenomen.

Pagina 41, 3.3.2.3 Gebrek aan controle van declaraties

Het ontbreken van controle wordt hier doorgetrokken naar misbruik. Wij missen het onderzoek waar dat uit blijkt. Desondanks onderschrijven wij de wens om tot meer controlemogelijkheden te komen door de declaraties transparanter te maken en het instellen van een controle-instituut.

Pagina 41, 3.3.3.1 Gebrek aan eenduidige prestatiebeschrijvingen

Gesteld wordt dat de consument behoefte heeft aan informatie over welke behandeling in totaal is geleverd en niet welke losse verrichtingen daarvoor nodig zijn. Waar blijkt dat uit? Onze ervaring is dat de consument wel degelijk een specificatie van hetgeen is gedaan wil hebben.

Pagina 42, 3.3.3.2 Gebrek aan transparantie van de prijs

De prijs is prima te controleren. Het controleren van de uitgevoerde behandeling is het probleem. Dat los je niet op met een ander bekostigingstelsel.

Pagina 42, 3.3.3.3 Gebrek aan transparantie van kwaliteit

Wij onderschrijven de behoefte van de consument aan borging van de kwaliteit maar waar blijkt uit dat die consument ook behoefte heeft aan informatie over de kwaliteitsverschillen tussen verschillende zorgaanbieders en wat is in dit kader de definitie van kwaliteit?

Pagina 44, 4.1.1.2 Verrichtingensysteem

Onduidelijk is de relatie die gelegd wordt tussen het niet transparant zijn van het verrichtingensysteem en de behoefte aan informatie over de totale behandeling. Het feit dat de consument geen behoefte zou hebben aan informatie over uit welke verrichtingen de behandeling bestaat, zegt niets over de transparantie van het systeem.

Pagina 44/45, 4.1.1.3 Producten.

Producten moeten helder omschreven zijn en objectiveerbaar zijn. Met andere woorden: er moet kunnen worden nagegaan welke verrichtingen er zijn gedaan binnen de omschrijving van het product. Je hebt dus toch een gedetailleerde prestatielijst nodig. Onduidelijk blijft hoe groot het spanningsveld tussen kostenhomogeniteit en medische homogeniteit in de tandheelkunde is. Nader onderzoek lijkt hier gewenst.

Pagina 46, 4.1.3 Innovatie stimuleren

Dat innovatie van een reeds bestaande behandeling de prijs-kwaliteitverhouding moet verbeteren stellen wij ter discussie. Als in de kwaliteit ook het comfort, de effectieve behandelingsduur, etc worden meegenomen, kunnen wij dit uitgangspunt onderschrijven. Dit is echter lastig te kwantificeren, maar een te beperkte definitie van opbrengsten is de doodsteek voor innovatie.

Pagina 47, 4.2.1 Abonnementsysteem of budgetstelsel

Hier wordt ervan uitgegaan dat het abonnement de gehele zorg omvat, inclusief de niet-medisch noodzakelijke zorg. Dat is niet reëel. Het is mogelijk om de zorginhoud (geen dure, weinig voorkomende behandelingen) van een abonnement te beperken, waarmee ook de prikkel voor de zorgaanbieder om dure behandelingen te beperken kleiner kan zijn.

Pagina 47/48, 4.2.2 Uurtarief

Gesteld wordt dat de transparantie van de prestatiebeschrijving in een systeem met een uurtarief groot is en dat ook de prijstransparantie groot is. Echter de consument weet niet wat hij heeft gekregen in relatie tot de betaalde prijs. Dit is dus niet transparant omdat de relatie tussen zorginhoud en de prijs ontbreekt.

Pagina 48, 4.2.3 Verrichtingsysteem

Efficiëntie wordt hier vertaald in een prikkel om goedkopere behandelmethoden te substitueren door duurdere. Ten eerste lijkt ons dat andersom bedoelt, maar hoe is dit te rijmen met de aanbodgestuurde vraag en upcoding? Immers als mag worden uitgegaan van een dekking van de gemiddelde kostprijs, waarom is het dan lucratief om duurdere behandelingen aan te bieden?

Pagina 48, 4.2.4 Productstelsysteem

In een productstelsysteem is er GEEN één op één relatie tussen de geleverde inspanning en de financiële vergoeding. Immers, de keuze voor de goedkoopste oplossing wordt gestimuleerd, evenals het beperken van het aantal verrichtingen. Hoe is dit te rijmen met de opmerking dat voor sommige patiënten de prijs te hoog is en voor anderen te laag?