

## Op- en aanmerkingen op het consultatiedocument Mondzorg, een analyse naar de mogelijkheden voor vrije prijsvorming voor enkele prestaties in de mondzorg.

### Management samenvatting

#### De Meetlat, pagina 7

Ook in het consultatiedocument Mondzorg, een analyse naar de mogelijkheden voor vrije prijsvorming voor enkele prestaties in de mondzorg, wordt ervan uitgegaan dat consumenten hun zorgaanbieder kiezen op basis van prijs en kwaliteit. Net zoals wij in ons commentaar op de meetlat in het document Theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg hebben aangegeven is die focus te beperkt. Er is een veelheid aan factoren die de uiteindelijke keus van de consument bepaalt. De consumentenmarkt, en in het bijzonder die in de zorg, zit ingewikkeld in elkaar.

De in dit document gepresenteerde analyse van de werking van de markt in de mondzorg schiet daarom tekort. In de tabel waarin de meetlat wordt ingevuld is het overigens opmerkelijk dat op transparantie van de prijs alle onderzochte prestaties goed scoren. Dit is des te opmerkelijker omdat in het zusterdocument over de bekostiging juist de prijstransparantie als zwakste punt van de huidige bekostiging wordt neergezet.

Daarnaast missen wij een analyse naar de mogelijkheden en effecten van het introduceren van concurrentie in de mondzorg. Het zal voor individuele zorgaanbieders moeilijk zijn met elkaar te concurreren als er ook tussen die zelfde aanbieders moet worden samengewerkt. Denk daarbij aan:

Een tandarts kan niet zonder tandartsspecialist en omgekeerd;  
Een mondhygiënist kan niet zonder tandarts, en deels omgekeerd;  
Een tandarts kan niet zonder andere tandartsen (intercollegiaal overleg, waarneming).  
Hoe denkt de NZa invulling te geven aan het concurrentiemodel met in achtneming van deze praktische uitgangspunten?

#### Marktsegment orthodontie, pagina 9

Onder het kopje voldoende aanbieders wordt kort een belangrijk, maar vaak verwaarloost punt van het vrije beroep aangesneden. Veranderingen in marktontwikkelingen zijn omgeven met onzekerheid. Onzekerheid is een belangrijke factor voor ondernemers en om met die onzekerheid om te kunnen gaan moeten de ondernemer voorzieningen kunnen treffen. Was het niet zo dat toen er gedacht werd om verzekeraars meer met elkaar te laten concurreren, dat het gefaciliteerd is dat die verzekeraars forse reserves konden aanleggen om zich op de concurrentie voor te bereiden? In beide documenten wordt aan de mogelijkheden dergelijke voorzieningen te treffen geen aandacht geschonken. In onze ogen is dat een ommissie.

Onder het kopje externe effecten wordt kort de kans op volume-effecten aangestipt. Wat we missen is een mogelijk effect van marktwerking uitgaande van kopers en verkopers. Indien we abstraheren van het "zorgeffect" is het niet ondenkbaar dat de verkopers hun waar gaan aanprijzen en de kopers proberen te verleiden hun waar te kopen. Zeker in het meer cosmetische gericht deel van de tandheelkunde kan dit leiden tot forse verschuivingen en volume-effecten (zie ook onder kopje externe effecten op volgende pagina). Op de volgende pagina (pagina 10) staan wederom de kopjes anticompetitieve gedragingen en externe effecten, echter nu met een compleet andere tekst.

#### Marktsegment mondhygiënische zorg pagina 11

Onder het kopje voldoende aanbieders staan een aantal opmerkelijke zaken. Ten eerste zou het aanbod aan mondhygiënische zorg kunnen worden uitgebreid, omdat een deel van de aanbieders parttime werken. Die aanbieders werken echter niet voor niets parttime en er zou een (forse) financiële prikkel nodig zijn om dat aanbod te mobiliseren.

Voorts wordt opgemerkt dat er ook substitutie kan plaatsvinden van mondhygiënist naar tandarts! Het waarom van de geschetste verschuivingen in het aanbod

ontbreekt. Ook hier wordt de onzekerheid als remmende factor genoemd om goed te kunnen inspelen op veranderingen in vraag en aanbod. De eerder genoemde voorzieningen om fluctuaties te kunnen opvangen zijn voor de continuïteit van de onderneming onmisbaar.

Onder marktverhoudingen wordt melding gemaakt van de goede onderhandelingspositie van de verzekeraars. Onder het volgende kopje wordt ook gesteld dat het risico op misbruik van inkoopmacht beperkt is ondanks het feit dat verzekeraars wel degelijk beschikken over inkoopmacht. Het gegeven dat het hier slechts gaat om een geringe financiële schadelast wordt als argument gebruikt dat het allemaal wel zal loslopen met die misbruik. Op zijn minst een merkwaardige redenering.

#### Marktsegment tandprothetische zorg pagina 12

Blijkbaar is het verplicht volgen van cursussen en visitatie voldoende om een kwaliteitsniveau te garanderen. Het beschreven mechanisme van hoge prijs, meer studenten, meer aanbieders, lagere prijzen vraagt zijn tijd. Dit impliceert dat wordt geaccepteerd dat onevenwichtigheden op de markt enkele jaren kunnen voortbestaan en dat niet snel zal worden ingegrepen. Dat betekent dat eventuele experimenten ook een lange looptijd zullen moeten hebben om te testen of dit mechanisme ook daadwerkelijk werkt.

#### Voorlopige conclusies pagina 12

Het vrijgeven van prijzen zal gepaard gaan met prijsverschillen. Dat staat op gespannen voet met de uitgangspunten van de WMG waarin één prestatie slechts één prijs kent. Het is dus merkwaardig dat het voorportaal van de marktwerking strikte regels predikt ten aanzien van de functionele omschrijving terwijl men erkent dat in een vrije markt die prijsverschillen als vanzelf ontstaan door kwaliteitsverschillen of marktomstandigheden.

#### Betaalbaarheid en kwaliteit, pagina 13

In de beschouwing over de inkooprol en keuzemogelijkheid van de consument wordt beschreven hoe verschillen in prijs en kwaliteit hierin doorwerken. Opmerkelijk is dat juist die verschillen bepalend zijn voor de keuze van de consument, terwijl in een gestuurd systeem met gelijke prijzen per prestatie en duidelijkheid in de kwaliteitsverschillen de consument zal kiezen voor de hoogste kwaliteit. Immers de prijzen zijn overal gelijk. Het denken in gelijke prestaties – gelijke prijzen is dus vreemd. Vanuit een vraaggestuurd systeem zal de druk op de hoogst gekwalificeerde toenemen en als de prijs niet aansluit bij dat kwalificatieniveau, frustreer je de marktwerking. Als de consument zich met een bepaalde zorgvraag wendt tot de zorgverlener van zijn keuze, dan moet die zorgverlener in staat zijn een bij zijn zorgniveau horende prijs te vragen. De vraag die dus beantwoord moet worden is of de zorg die wordt verleend door de verschillende aanbieders vergelijkbaar is. Het is maar de vraag of hoger gekwalificeerde de zorg nog aanbieden als zij door het systeem worden gedwongen om een lagere prijs te vragen. Als het overgebleven zorgaanbod niet in staat is alle zorgvraag te beantwoorden, hebben we dus een probleem. Het is niet alleen een kwestie van vergelijkbaar zorgaanbod, maar ook van hoe de consument daar tegen aan kijkt. Waarom is een televisie van Bang en Olofsen veel duurder dan een vergelijkbare televisie van Philips? Ze worden allebei verkocht (Philips meer dan de B&O) en je kunt op allebei dezelfde programma's bekijken. Stel dat een instantie bepaalt dat alle televisies voor dezelfde prijs moeten worden verkocht, dan zullen er ineens meer televisies B&O dan van Philips worden verkocht.

#### Toegankelijkheid, pagina 15

De ervaringen uit het verleden hebben geleerd heel voorzichtig te zijn met het loslaten van de numerus fixus voor de opleiding tot tandarts. Zoals de NZa terecht opmerkt is dit een generiek punt, dat ook geldt voor opleidingen buiten de zorg. Het alleen in het licht van mogelijke toetredingsdrempels beschouwen van de opleidingsbeperking is maatschappelijk gezien onaanvaardbaar. Er zal een afweging moeten worden gemaakt of het risico van te hoge prijzen in de zorg door een tekort aan aanbieders

opweegt tegen de hoge maatschappelijke kosten van het opleiden van zorgaanbieders die geen emplooi kunnen vinden. Het is overigens maar de vraag of eventuele marktwerking in het onderwijs in staat is te reageren op ontwikkeling in vraag en aanbod in de zorg. Het opleiden kost veel tijd en het inrichten van een onderwijssysteem dat flexibel kan reageren op marktontwikkeling kost veel geld.

#### Twee experimenten met vrije prijsvorming in de mondzorg, pagina 17

Er bestaat inderdaad onzekerheid over de mate waarin vrije prijsvorming de publieke belangen goed kan borgen. Wij kunnen ons dus goed vinden in een experiment om de effecten hiervan goed in kaart te brengen. De door de NZa gekozen experimenten zijn wat dat betreft ongelukkig gekozen. Het eerste experiment dat regionaal is beperkt zal leiden tot veel uitvoeringsproblemen. Ook de effecten in de richting van de patiënt en verzekeraars zullen veel vragen oproepen. Ook het tweede experiment is regionaal afgebakend en zal dezelfde uitvoeringsproblemen kennen als het eerste experiment. Het is onduidelijk of in het tweede experiment sprake zal zijn van ongewenste zorgverschuivingen, een risico dat wij niet verantwoord vinden om te nemen.

Het gaat bij het experimenteren met vrije prijsvorming om inzicht te krijgen in de ontwikkeling van prijs en kwaliteit. Wij stellen voor een experiment te starten dat zowel de belangen van de consument borgt, voor verzekeraars zonder hoge kosten is in te passen en waarin de zorgaanbieder de vrijheid heeft te “spelen” met de prijs zonder dat daarbij de continuïteit en betaalbaarheid van de zorg gevaar loopt. Wij stellen voor dat er een gereguleerd tarief komt voor een nieuw te ontwikkelen lijst met tandheelkundige prestaties. Deze lijst is het eindproduct van het in het consultatiedocument over de bekostiging beschreven proces. Dit tarief is gebaseerd op de uitgangspunten die we ook al kennen uit de WTG (inkomen plus kosten gedeeld door de rekennorm). In de prestatielijst zijn ook complicerende factoren opgenomen die als toeslag in rekening kunnen worden gebracht op de reguliere behandeling. Met andere woorden: de zorgzwaarte is geïncorporeerd in de prestatielijst dmv afzonderlijke prestatiebeschrijvingen.

Rondom de gereguleerde tarieven komt een bandbreedte waarbinnen de zorgaanbieder zijn eigen tariefniveau kan vaststellen. Verschillen in prijs kunnen ontstaan door verschil in praktijkkosten maar ook door verschil in kwaliteit en praktijkorganisatie. De zorgaanbieder zal aan de patiënt duidelijk moeten kunnen maken waarom zijn tarieven afwijken van de gereguleerde tarieven. Verzekeraars kunnen hun vergoeding afstemmen op de gereguleerde tarieven. Dat beidt de patiënt een extra prikkel om kritisch naar het door de zorgaanbieder gekozen prijsniveau te kijken. Met dit experiment krijgen we goed inzicht in de werking van de markt, zonder dat het risico bestaat van grote prijsverhogingen, regionale ongelijkheid en uitvoeringsproblemen.

#### **Vraag 1**

***Hoe staat u tegenover het voorstel van de NZa om de numerus fixus met betrekking tot de opleidingsplaatsen voor tandheelkunde af te schaffen?***

**Geredeneerd vanuit het marktdenken is dat een logische gedachte. Vraag en aanbod moet onbelemmerd kunnen reageren op wijzigingen in het evenwicht tussen deze twee krachten. Maar het is een niet op zich zelfstaand iets. Afgewogen moet worden wat het opleiden van overcapaciteit kost ten opzichte van de effecten in de zorg. Zoals reeds eerder is opgemerkt, creëert aanbod ook vraag en zullen de macrokosten van de zorg bij het vergroten van het aanbod toenemen. Mede dankzij de hoge patiënt/tandartsratio, zijn de kosten in Nederland ten opzichte van andere landen laag. Het verkleinen van die ratio zal wellicht leiden tot een lagere prijs per behandeling maar het volume zal relatief sneller stijgen, waardoor de totale kosten omhoog zullen gaan. Enige regulering in de opleidingscapaciteit lijkt daarom maatschappelijk gewenst. Bij de voorgenoemen inkrimping van de opleidingscapaciteit voor tandartsen, die overigens door de commissie Linschoten is geadviseerd, hebben wij al eerder vraagtekens gesteld.**

#### **Vraag 2**

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

De in het document benoemde experimenten zullen tot grote uitvoeringsproblemen leiden. Zoals ook in de reactie op het consultatiedocument bekostiging is opgenomen, zijn wij voorstander van een experiment met een vrij tarief binnen een bandbreedte voor alle tandheelkundige prestaties. Overigens blijkt uit onze ledenraadpleging dat onze leden terughoudend zijn ten aanzien van vrije prijsvorming.

### 1.1 Aanleiding

*In dit document staat de prestatie centraal en niet de aanbieder. Dit is conform de Wmg die*

*bepaalt dat prestaties functiegericht omschreven moeten worden. Prestaties kunnen in de praktijk dus door meerdere aanbieders geleverd worden.*

**De vraag die bij het lezen van deze passage opkomt is hoe de Wmg zich verhoudt tot het marktdenken. Staat in de vrije markt de prestatie wel centraal? Zoals reeds eerder opgemerkt is het maar de vraag welke keuzes de consument zal maken. Als de prestaties identiek zijn kan de laagste prijs de doorslag geven (mist de prijs van de prestatie gelijk is aan de totale kosten voor het consumeren van die prestatie; denk aan reiskosten, wachttijden, etc). Echter, indien de prestaties identiek zijn en de prijs is gelijk, dan zal de consument waarschijnlijk kiezen voor de hoogst opgeleide aanbieder.**

*Bij het vrijgeven van een markt staat het consumentenbelang centraal. Het introduceren van vrije prijsvorming in een sector moet ervoor zorgen dat de consument zijn zorg tegen de beste prijskwaliteit verhouding kan inkopen.*

*Bij de introductie van vrije prijsvorming gaat het niet alleen om een nieuw financieringssysteem. Het vrijgeven van prijzen geeft verzekeraars en aanbieders meer vrijheden om klantgericht te werken. Het loslaten van prijzen geeft partijen bijvoorbeeld de ruimte om nieuwe producten en technieken te ontwikkelen die aansluiten op de vraag van de klant en meer mogelijkheden voor ondernemerschap. Aanbieders en verzekeraars kunnen zich met deze producten en diensten ook beter van elkaar onderscheiden.*

**Met het eerste deel van dit stukje tekst kan je het niet oneens zijn. Maar om te komen tot het kunnen kiezen uit prijs-kwaliteitsverhoudingen moeten die er a. wel zijn en b. inzichtelijk en voorhanden zijn. Het kunnen differentiëren in zowel prijs als kwaliteit, afhankelijk van de behoefte van de markt, is dus wel een noodzakelijke voorwaarde. Dat betekent dus dat er differentiaties ontstaan en dat je de uniformiteit vanuit het huidige systeem zult moeten loslaten.**

### 2.1 Aanbieders van mondzorg

#### **Teamconcept**

*De mondhygiënist kan bepaalde handelingen die nu door de tandarts worden gedaan zelf uitvoeren omdat die daar nu ook voor is opgeleid. Op deze manier kan de tandarts zich concentreren op de 'moeilijke' gevallen en dus efficiëntie in zijn bedrijfsvoering inbouwen. De opleiding tot mondarts heeft ook tot doel om de huidige tandarts op te leiden als iemand die de regie voert over een mondzorgteam. De mondarts voert hierbij de regie en de mondhygiënisten en preventieassistenten hebben ieder hun taak hierbij.*

**Het punt dat de tandarts zich gaat concentreren op de moeilijke gevallen leidt niet automatisch tot meer efficiëntie. Het voeren van de regie heeft ook gevolgen voor die efficiëntie en de NZa legt hiermee het accent verkeerd. De focus moet liggen op het effect van een dergelijke wijziging op de zorgverlening. Zowel wat betreft effectiviteit en kwaliteit. Het verdelen van de taken over meerdere typen zorgverleners zou bedrijfsmatig gezien wel eens negatief voor de efficiëntie kunnen uitvallen maar wel positief voor de effectiviteit en kwaliteit van de zorgverlening.**

*De introductie van het teamconcept legt de focus dus op samenwerken en het optimaal verdelen van taken. Hierdoor kan efficiënter worden gewerkt. Eventuele concurrentie tussen partijen vindt vooral op het niveau van instellingen plaats en niet zozeer tussen bijvoorbeeld de tandarts en de mondhygiënist. Niettemin zullen veel aanbieders er voor kiezen om zelfstandig blijven te werken. Er zal daarom zowel concurrentie tussen instellingen onderling als met zelfstandige beroepsbeoefenaren plaatsvinden.*

**Ook hier weer het automatisme tussen het verdelen van de taken en efficiëntie. Dat moet nader worden onderzocht omdat wij sterk twijfelen aan dat effect. Ook over de effecten van concurrentie hebben wij onze bedenkingen. Concurrentie tussen zelfstandigen is in**

combinatie met het optimaal verdelen van taken niet mogelijk en zal zeker niet leiden tot vergroten van de efficiëntie maar eerder tot dubbel werk. Concurrentie tussen samenwerkingsverbanden of instellingen is reëler maar heeft zijn geografische beperkingen.

**Vraag 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.*

Reeds eerder is ingegaan op de in de managementsamenvatting gepresenteerde marktsegmentatie. Dat commentaar geldt deels ook als antwoord op deze vraag. Daarnaast missen wij in de analyse en afwegingen een aantal aanbieders. Bewust worden de kaakchirurgen, de instellingen voor jeugdzorg en de instellingen voor bijzondere tandheelkunde niet meegenomen, maar het zijn wel partijen waarmee rekening moet worden gehouden. Ook zijn er aanbieders op het niet medische deel van de mondzorg actief (denk aan bleken, etc) die in directe concurrentie staan met de “reguliere” aanbieders.

**2.2 Zijn er voldoende aanbieders op de markt?**

*Veruit de meeste tandartsen (88%) verwijzen patiënten naar mondhygiënist (in de eigen praktijk, in de praktijk van een collega en/of vrijgevestigd).<sup>10</sup> Het lijkt er op dat tandartsen door delegatie van taken kunnen voldoen aan een grotere zorgvraag zonder een verhoging van de eigen werkdruk.*

Het is maar zeer de vraag of dit klopt. Uiteraard kan door het delegeren van taken de verhoging van de werkdruk worden geremd, maar het effect van de relatief complexere behandelingen op de werkbelasting is niet onderzocht. Als een grotere zorgvraag kan worden opgevangen door meer “handjes” leidt dat uiteindelijk wel tot een stijging van de macrokosten omdat de remmende werking hierop van de aanbodregulering is weggefallen.

*De gemiddelde tandartsendichtheid (het gemiddelde aantal inwoners per tandarts) is op 1 januari 2006 2.728.*

De kosten van de tandheelkundige zorg per hoofd van de bevolking zijn laag ten opzichte van andere West-Europese landen terwijl de kwaliteit van de mondgezondheid relatief hoog is. De vraag die hierbij opkomt is welk doel wordt nagestreefd met het inzetten op marktwerking, meer concurrentie en meer keus voor de patiënt, omdat blijkbaar de tandheelkundige zorg in Nederland al heel efficiënt en effectief blijkt te zijn.

DMFT-scores van 12 jarigen in Nederland en in andere landen in noordwest Europa		
	jaar	DMFT
Duitsland	2005	0,7
Verenigd Koninkrijk	2004-2005	0,7
Nederland	2002	0,8
Denemarken	2006	0,8
Zwitserland	2004	0,9
Zweden	2005	1,0
Oostenrijk	2002	1,0
België	2001	1,1
Finland	2000	1,2
Frankrijk	2006	1,2
Noorwegen	2004	1,7

Bron: <http://www.whocollab.od.mah.se>, geraadpleegd op 25 februari 2008.

Kosten tandheelkundige zorgverlening in Nederland en in andere landen in Noord-West Europa				
	2000 <sup>#1</sup>		2004 <sup>#2</sup>	
	uitgaven per inwoner	% BNP per inwoner	uitgaven per inwoner	% BNP per inwoner <sup>#3</sup>
België	€ 82	0,30%	<sup>#4</sup> € 114	<sup>#4</sup> 0,44%
Verenigd Koninkrijk	€ 92	0,39%	g.g.	g.g.
Nederland	€ 94	0,37%	€ 115	0,44%
Denemarken	€ 99	0,33%	g.g.	g.g.
Finland	€ 113	0,45%	€ 116	0,44%
Oostenrijk	€ 117	0,45%	g.g.	g.g.
Frankrijk	€ 120	0,60%	€ 143	0,58%
Noorwegen	€ 131	0,39%	g.g.	g.g.
Zweden	€ 178	0,74%	g.g.	g.g.
Duitsland	€ 234	0,94%	€ 198	0,80%
Zwitserland	g.g.	g.g.	€ 252	0,85%
g.g. geen gegevens				
#1	Bron: Widström E en Eaton K.A. Oral Healthcare systems in the extended European Union. Oral Health Prev Dent. 2004; 2: 155-194.			
#2	Bronnen: Statistics Belgium (België), Centraal Bureau voor de Statistiek (Nederland), Tilastokeskus (Finland), <a href="#">Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques</a> (Frankrijk), Statistisches Bundesamt (Duitsland), Bundesamt für Statistik (Zwitserland), Eurostat (BNP, alle landen).			
#3	BNP per capita uitgedrukt in purchasing power standards (PPS). Door het BNP uit te drukken in PPS wordt rekening gehouden met de verschillen in prijsniveaus tussen landen en door het BNP per inwoner te berekenen wordt rekening gehouden met het verschil in aantal inwoners.			
#4	De gegevens van België betreffen 2003.			

*Met de nieuwe opleiding tot mondarts zullen tandartsen zich meer gaan specialiseren bijvoorbeeld op het gebied van orthodontie.*

**Dat is nog maar helemaal de vraag of een dergelijke ontwikkeling zich zal voordoen. Ook is het de vraag of een ontwikkeling in de richting van meer specialisten wenselijk is.**

**Daarmee wordt de totale zorg versnipperd over meerdere aanbieders, en het is onduidelijk of een dergelijke structuur aansluit bij de wensen en behoeftes van de vragers. Gespecialiseerde tandartsen kunnen alleen toegevoegde waarde hebben, indien zij als verwijfsstation voor de algemeen practicus dienen. Met andere woorden: gespecialiseerde tandartsen behandelen alleen die patiënten die de algemeen practicus vanwege de moeilijkheidsgraad van de behandeling niet kan/wil uitvoeren. Alleen in een dergelijk model kan de algemeen practicus de regie voeren over de zorgverlening. In een specialisatiemodel, waarin alle tandartsen zich gaan specialiseren, zal de algemeen practicus verdwijnen, en hoe verhoudt dit zich tot de wensen van dit kabinet ten aanzien van de positie van de eerste lijn? Wie wordt dan de poortwachter voor de tandheelkunde? Omdat de diagnostiek de basis vormt van de totale zorg en de tandarts de enige zorgverlener is die het hele gamma kan overzien, kun je niet zonder die algemeen practicus. Het specialisatiemodel is dus een doodlopende weg.**

#### **Vraag 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.*

**Met inachtneming van het bovenstaande kunnen wij ons vinden in de beschrijving van het aanbod. Wat wij echter missen is een beschrijving van de zorgvraag. De zorgmarkt is complex en op basis waarvan kiest de patiënt zijn zorgverlener. Zoals in reactie op eerdere consultatiedocumenten is opgemerkt dat de prijs van de zorg wel een criterium is, maar absoluut niet het belangrijkste. Zorg is geen impulsvraag, maar de keuze voor een zorgverlener is de keuze voor een langdurige relatie gebaseerd op wederzijds vertrouwen. Het ontsluiten van allerlei informatie over kwaliteit, prijs, etc. is belangrijk**

voor de primaire keuze, maar zal niet leiden tot grootschalig shopgedrag in de tandheelkundige zorg. Ook is het maar de vraag of een dergelijke markt voordelig is voor de patiënt. Onzekerheid voor het aanbod, concurrentie en risico zal betekenen dat er reserves gevormd moeten kunnen worden. Analooq aan het proces dat de zorgverzekeraars hebben doorlopen, die via extra ziekenfondspremie ook de ruimte kregen om reserves aan te leggen om zich voor te bereiden op een concurrentiemarkt, zal ook het zorgaanbod die ruimte moeten worden geboden. Het om financiële reden uittreden van zorgaanbieders gaat gepaard met hoge maatschappelijke kosten en kapitaalvernietiging.

#### Vraag 5

*Bent u van mening dat er sprake is van voldoende aanbod aan mondzorg? Denkt u dat wanneer schaarste op de markt optreedt het aanbod zal toenemen door bovenstaande mogelijkheden? Zijn er nog andere mogelijkheden die het aanbod kunnen verruimen?*

**Landelijk gezien is er een zeker evenwicht tussen vraag en aanbod. Wat mist in de beschrijvende teksten is hoe de ontwikkeling van de vraag van invloed is op het aanbod. Zoals reeds eerder is opgemerkt is nauwelijks onderzocht welke effecten het introduceren van vraaggestuurde zorg zal kunnen hebben. Ook hier wordt door de NZa veel verwacht van de effecten die worden opgeroepen door prijs verschillen. Wij zijn van mening dat er wel wat meer voor nodig is dan een stijging van de prijs van bijvoorbeeld orthodontie om een tandarts te dien besluiten zich in verhouding meer te gaan toeleggen dit onderdeel. De NZa verwacht in dit opzicht teveel van de werking van de markt.**

#### Vraag 6

*Denkt u dat de nieuwe opleiding tot mondarts en mondhygiënist zal leiden tot de gewenste taakherschikking?*

**Niet duidelijk is wat er met de gewenste taakherschikking wordt bedoeld. Zoals ook eerder is opgemerkt zijn de effecten van taakdelegatie nooit helder in kaart gebracht. Gewaakt moet worden van een zeker automatisme, omdat ook zeker regionaal taakdelegatie niet altijd (zowel economisch als zorginhoudelijk) een optie is. Wij pleiten in het kader van taakdelegatie wel voor meer duidelijkheid en transparantie. Het moet voor iedereen, maar zeker voor de patiënt, duidelijk zijn door wie hij wordt behandeld en wat de spelregels zijn die bij taakdelegatie horen (wie mag wat doen, wie is verantwoordelijk, etc). Ook vinden wij belangrijk dat de patiënt uiteindelijk het laatste woord heeft door wie hij behandeld wil worden. De nieuwe opleidingen zullen dus niet automatisch leiden tot meer taakdelegatie.**

#### Vraag 7

*Bent u het eens met de analyse dat de beperking van het aantal opleidingsplaatsen (de instandhouding van de numerus fixus) de toetreding tot de markt onnodig belemmert?*

**Ten eerste is het maar de vraag of de numerus fixus de toetreding tot de markt *onnodig* belemmert. De beperking van het aantal opleidingsplaatsen moet in een breder kader bekeken worden dan alleen vanuit het perspectief van het aanbod. Ook de maatschappelijke kosten van een dergelijke opleiding moeten in die analyse worden meegenomen. Het loslaten van de numerus fixus betekent impliciet ook de liberalisering van het onderwijs. Gezien de recente rapporten over deze sector is een dergelijke optie verder weg dan ooit. Dus ook al zou het opheffen van de numerus fixus gewenst zijn, dan zal de structuur van het onderwijs daarop moeten worden aangepast. Iets wat de komende jaren geen haalbare kaart is.**

#### Vraag 8

*Mist u andere toetredingsdrempels?*

**Er komen signalen uit de markt dat de financiering van een nieuwe praktijk steeds lastiger wordt. Het opzetten van een eigen praktijk vraagt een forse investering die in de meeste gevallen extern gefinancierd moet worden. De bereidheid van de externe financiers zal afnemen in een markt waarin er een overschot aan aanbieders is. Ook missen wij hier de rol van de verzekeraars. Indien er op enig moment sprake is van contracten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, kan het beleid van een zorgverzekeraar er toe leiden dat een nieuwe aanbieder geen contact krijgt aangeboden. Het is niet ondenkbaar dat de rol van aanbodreguleerder van de overheid verschuift naar de verzekeraar.**

### 2.3.1.2 Transparantie van kwaliteit

In deze paragraaf is het niet altijd even duidelijk wat er met het begrip kwaliteit wordt bedoeld. De NMT vindt het belangrijk dat de patiënt de garantie moet krijgen dat indien hij zich tot een zorgverlener wendt die een bepaalde beroepstitel voert, de kwaliteit gegarandeerd is. Het hele circus dat wordt voorgesteld om de kwaliteitsverschillen tussen zorgverleners inzichtelijk te maken is dan overbodig en voorkomt valse verwachtingen. Stel dat er een systeem komt waarin wordt aangegeven welke tandarts de beste kwaliteit van Nederland levert. Een dergelijk systeem heeft pas waarde als tenminste de mogelijkheid bestaat voor die betreffende tandarts zijn prijs zodanig te verhogen dat de uiteindelijke prijs/kwaliteitsverhouding tot normale proporties is teruggebracht. In het huidige systeem zou een dergelijke ranglijst kunnen leiden tot grote vraag naar de diensten van die tandarts omdat de prijs overal gelijk is. Een onwenselijke situatie.

Hoe dan wel? Uiteraard vinden ook de NMT dat de transparantie van kwaliteit moet worden verbeterd. Daarvoor zijn inmiddels zaken in gang gezet, die verder moeten worden uitgebouwd. Het genereren, controleren en objectief beschikbaar stellen van Informatie op het niveau van de behandeling (randaansluiting van een vulling, etc) heeft nauwelijks toegevoegde waarde. De kosten van een dergelijk systeem wegen niet op tegen de baten. De match tussen patiënt en zorgverlener moet gebaseerd zijn op de aspecten die ook zijn meegenomen in de criteria die door de NPCF en de NMT samen zijn opgesteld.

Het voorbeeld van de medische marktplaats, zoals we die uit Duitsland kennen, past niet er in de Nederlandse zorgmarkt en heeft ook zijn keerzijde. De Duitse markt kenmerkt zich door ad hoc tandheelkunde. Patiënten gaan niet regelmatig voor controle naar de tandarts, maar veelal pas indien zich een probleem voordoet. In Nederland bestaat er een vertrouwensrelatie tussen aanbieder en patiënt. Het plaatsen van een door de eigen tandarts gemaakt behandelplan op een medische marktplaats duidt op een breuk in de relatie (of is hiervoor aanleiding). Indien tandartsen onder druk van de markt gaan bieden op een behandeling, heeft dat gevolgen voor de leveren kwaliteit (materialen, tijd). Het is niet in het belang van de patiënt dat een aanbieder noodgedwongen onder de prijs moet duiken om überhaupt nog omzet te kunnen maken. Structureel stunted met de prijs kan niet anders dan ten kosten gaan van de kwaliteit. Daarnaast vergroot een aanbodoverschot het risico van aanbod gestuurde vraag en het aanbieden van niet noodzakelijke zorg.

#### Vraag 9

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

Gezien het bovenstaande delen wij ten dele de analyse. Transparantie in prijs en kwaliteit kan en moet beter, maar we moeten hierin niet doorschieten. Het moet voor de patiënt duidelijk zijn wie de behandeling uitvoert en tot wie hij zich moet wenden in het geval van een probleem. De verwachtingen die de NZa beschrijft van het overstappen naar andere zorgaanbieders zijn niet realistisch en niet wenselijk. Een zekere continuïteit in de relatie tussen aanbieders en patiënt is bevorderlijk voor de efficiëntie (men kent elkaar) en voorkomt versnippering van de zorg.

#### Vraag 10

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

Zoals bekend participeert de NMT in het PLAK. Op de agenda van het PLAK staat ook het ontwikkelen van indicatoren die meer inzicht in de kwaliteit van de zorgverlening moeten bieden. Of het hier zal gaan om prestatie- of procesindicatoren zal onderwerp van studie zijn. Uiteindelijk moeten dit alles wel leiden tot meer transparantie in de kwaliteit. Iets wat door de NMT van harte wordt ondersteund.

### 3. Marktgedrag

#### 3.1. Inkoopprykkels

De analyse over prykkels van partijen om zorg in te kopen komt wel heel theoretisch over. De vertaalslag van de werkelijke praktijk naar een inkoopmodel komt dan ook geforceerd over. De vraag is of er wel sprake is van inkoop. Tussen verzekeraars en aanbieders wordt een overeenkomst gesloten, waarin wordt geregeld tegen welke voorwaarden de bij de betreffende verzekeraar verzekerde patiënten zorg krijgen. Er is formeel dus geen sprake van inkoop van zorg maar van het inkopen van zorgcapaciteit.

Tussen patiënten en aanbieders komt inkopen van zorg raar over. Inkoop suggereert ook verkoop, maar dat is niet het geval. De patiënt kiest een zorgaanbieder die aansluit bij zijn zorgbehoefte.

In de beschrijving van de prikkels voor de patiënt als verzekerde, geeft de NZa goed weer hoe de prijsprikkel is verdwenen. Een zelfde situatie doet zich voor als de prijs per prestatie overal gelijk is. Overigens is het wel opmerkelijk dat de prikkel voor de verzekeraars om goed in te kopen mag leiden tot hogere winst, terwijl prikkels voor aanbieders om scherp in te kopen tot nu toe leidt tot (gedwongen) prijsverlaging. Het ligt voor de hand dat de NZa als hoeder van het consumentenbelang ook scherp let op de winstmarges van verzekeraars in relatie tot de hoogte van de premie.

Een ander gevaar is dat de verzekeraar zich direct met de zorgverlening gaat bemoeien. Omdat de verzekeraar verplichtingen heeft naar zijn verzekerden en daarvoor vooraf een premie heeft ontvangen, is er een prikkel om de aanbieder te “dwingen” tot het leveren van de goedkoopst mogelijke zorg. Wij zijn van mening dat de verzekeraar geen invloed mag hebben op de coördinatie van de zorg (de juiste zorg op het juiste moment door de meest aangewezen zorgaanbieder). Feitelijk betekent dit dat de zorgaanbieder een indicatie moet kunnen stellen onafhankelijk van de dekking die de verzekering van de patiënt biedt. Is dat niet goed geregeld dan komt de relatie tussen patiënt en aanbieder onder druk en wordt de keuzevrijheid van de patiënt beperkt.

Het beeld dat wordt geschetst van de aanvullende verzekeringsmarkt is te rooskleurig. Het zal ongetwijfeld zo zijn dat 88% een aanvullende verzekering heeft afgesloten, maar slechts 60% heeft een aanvullende dekking voor tandheelkunde. Die dekking is bijna nooit 100%, waarmee de eigen betalingen boven de 50% liggen.

#### Vraag 11

*Is de analyse over de prikkels om goed in te kopen volledig en correct? Zo niet, kunt u concreet aangeven waar de analyse aangescherpt en verbeterd kan worden?*

Zoals gezegd komt de analyse over prikkels en inkopen van zorg nogal theoretisch over. Het verdient aanbeveling om de verschillende krachten in de driehoek tussen patiënt, verzekeraar en aanbieder aan een nadere analyse te onderwerpen. Met name hoe de relaties tussen deze drie actoren van invloed op elkaar zijn en welke krachten en tegenkrachten hierbij van belang zijn.

#### 3.1.3 Marktverhoudingen

Ook hier wordt aandacht besteed aan de sturingsmogelijkheden die de verzekeraar heeft op de zorg. Die sturing van de verzekeraar op de zorgverlening is een belangrijke reden voor tandartsen en orthodontisten om geen contracten af te sluiten. In onze ogen worden de marktverhoudingen niet alleen bepaald door kwaliteit en prijs. De wijze waarop de werking van de markt in de zorg in het algemeen en in de tandheelkunde in het bijzonder wordt beschreven sluit niet aan bij onze ervaringen. Feitelijk is er in onze sector al jaren lang sprake van marktwerking. De patiënt laat zijn keuze voor een zorgaanbieder en zorgbehoefte niet beïnvloeden door de verzekeraar. De afgelopen jaren hebben aangetoond dat de patiënt makkelijker van verzekeraar wisselt dan van zorgaanbieder.

#### Vraag 12

*Is de analyse over de marktverhoudingen volledig en correct? Zo niet, kunt u concreet aangeven waar de analyse aangescherpt en verbeterd kan worden?*

Het is meer een beschrijving van de huidige situatie. Er zou meer aandacht moeten worden besteed aan de gewenste situatie vanuit het consumentenbelang. Waar heeft de consument behoefte aan als het gaat om marktverhoudingen. Het krachtenspel tussen zorgaanbieder en verzekeraars mag niet ten koste gaan van de patiënt. Er zijn sectoren waar de invloed van de verzekeraar zo groot is dat het voor de zorgaanbieder onmogelijk is om zorg aan te bieden zonder overeenkomst met een verzekeraar. Dat lijkt ons een ernstige verstoring van de werking van de markt en zou wel eens kunnen wijzen op ongewenste marktmacht. De NZa zal moeten waken over een evenwichtige verdeling van de krachten binnen de al eerder genoemde driehoek tussen patiënt, aanbieder en verzekeraar.

#### Vraag 13

*Uit de praktijk blijkt dat verzekeraars, afgaand op het aantal contracten dat met de verschillende aanbieders wordt gesloten, een sterkere inkooprelatie hebben met*

*vrijgevestigde mondhygiënisten en tandprotheticiden dan met tandartsen en orthodontisten. Waarom is dit zo?*

**Het ligt niet direct op onze weg om daarvoor een verklaring te geven, maar het heeft ongetwijfeld te maken met de marktverhoudingen. De relatie tussen mondhygiënisten en tandprotheticiden enerzijds en patiënten anderzijds is minder sterk dan tussen tandartsen en patiënten. De marktmacht van verzekeraar leidt tot inkoopmacht en de betreffende aanbieders hebben weinig keuze: een contract sluiten of je bent out of business.**

**Vraag 14**

*Ziet u een risico op een ongelijk speelveld op deze markt? Wat zijn volgens u de belangrijkste risico's hiervan.*

**Eerder in dit document en ook in het consultatiedocument over de bekostiging is de regierol van de tandarts beschreven. Het is in het belang van de patiënt dat de zorgverlening gecoördineerd wordt. Het bestaan van een ongelijk speelveld is dus geen risico, maar is een bewuste keuze. Zoals de NZa zelf ook aangeeft: dat is niet erg. Het kan in het belang van de patiënt zijn als de tandarts ook die zorg verleent, die eventueel ook door een andere zorgaanbieder had kunnen worden verleend, zeker als dat "in één moeite door kan gebeuren". Hierdoor wordt de patiënt ontlast en is de coördinatie gegarandeerd.**

**3.2.1. Te hoge prijzen**

De stelling dat een hoge prijs niet betekent dat de prijs te hoog is kunnen wij onderschrijven. Zeker in het geval van een vrije markt, moeten de marktkrachten de tijd krijgen het evenwicht tussen vraag en aanbod te herstellen. Wij zijn het eens met de constatering dat in het geval van een hoge prijs op de lange termijn er sprake is van een probleem dat ingrijpen legitiem maakt.

We missen echter de analyse die leidt tot de conclusie dat er een reëel risico is op te hoge prijzen bij de introductie van vrije prijsvorming.

De rol van de verzekeraar om aanbieders te disciplineren in het geval van een te hoge prijs voor orthodontie vinden wij vreemd. Als de markt zou werken in de orthodontie, betekent een te hoge prijs een lagere vraag (een deel van de orthodontie is niet medisch noodzakelijk) waardoor de prijs weer zal dalen. Het geforceerd beïnvloeden van de werking van de markt door ingrijpen van een verzekeraar past hierin niet echt. Overigens missen wij in deze analyse de risico's van te hoge premies. Immers, ook daar geldt dat wanneer de marges ten opzichte van een competitieve markt te hoog zijn, ingrijpen gewenst is.

**Vraag 15**

*Deelt u de analyse van de NZa dat het risico op te hoge prijzen in de markt voor mondzorg aanwezig is? Zo niet, kunt u dan concreet aangeven waar de analyse aangescherpt en verbeterd kan worden?*

**Het risico van hoge prijzen in de markt voor mondzorg is aanwezig, maar voor een deel van de zorg is het de vraag of dat erg is. Voor medisch noodzakelijk zorg zijn te hoge prijzen onwenselijk omdat die zorg voor iedereen toegankelijk en betaalbaar moet zijn. Voor de niet medisch noodzakelijke zorg zou het mechanisme van vraag en aanbod zijn werk moeten kunnen doen.**

**Vraag 16**

*Deelt u de analyse van de NZa dat het risico op te lage prijzen in de markt voor mondzorg beperkt is? Zo niet, kunt u dan concreet aangeven waar de analyse aangescherpt en verbeterd kan worden?*

**Het risico op te lage prijzen zoals dat is beschreven in het document is inderdaad beperkt. Wat wij echter missen is de analyse over de invloed die de verzekeraars kunnen hebben op het prijsniveau. Afhankelijk van de marktpositie van de verzekeraar is het mogelijk dat er een te laag prijsniveau wordt afgedwongen waardoor de continuïteit, de kwaliteit en de innovatie in gevaar komen.**

**Vraag 17**

*Deelt u de analyse van de NZa dat het risico van kartelvorming (collusie) op de markt voor mondzorg aanwezig is, maar beperkt is? Zo niet, kunt u dan concreet aangeven waar de analyse aangescherpt en verbeterd kan worden?*

**Wij delen de analyse van de NZa op dit punt.**

### 3.2.4 Misbruik inkoopmacht

*Inkoopmacht is marktmacht aan de zijde van de zorgverzekeraar. Enige inkoopmacht is vaak wenselijk omdat de zorgverzekeraar dan beter zorg kan inkopen. Dit komt ten goede aan de consument. Er bestaat echter een risico dat een zorgverzekeraar die beschikt over inkoopmacht deze misbruikt door dusdanige inkoopvoordelen af te dwingen dat zowel de mededinging als de consument hier uiteindelijk schade door ondervinden. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan het eisen van een prijs die zo laag is dat de kwaliteit daardoor in het geding komt of tot een verschraling van het aanbod leidt.*

**Dit risico hebben wij bij vraag 16 reeds aangegeven.**

*De NZa denkt dat de kans dat verzekeraars misbruik maken van hun inkoopmacht klein is. Het risico op misbruik van inkoopmacht verschilt wel per markt.*

**Waarop is dit denkbeeld gebaseerd? Gezien de omvang van de huidige zorgverzekeraars is de werking van de mededingingswet beperkt en lijkt de Nma niet bereid de positie van de individuele zorgaanbieder te beschermen, zelf als er sprake is van inkoopmacht bij de verzekeraar.**

#### Vraag 18

*Deelt u de analyse van de NZa dat het risico dat verzekeraars misbruik 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?*

**Wij kunnen deels meegaan in de analyse van de NZa maar missen een analyse van het instrumentarium dat beschikbaar is indien er onverhoopt toch sprake is van misbruik van inkoopmacht. Gezien de zaken die hebben gespeeld in andere sectoren biedt de mededingingswet nauwelijks handvatten om misbruik van inkoopmacht tegen te gaan. Hier lijkt ons gericht toezicht vanuit de NZa wenselijk.**

#### Vraag 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?*

**Voor de hier beschreven deelmarkten delen wij de analyse van de NZa.**

#### Vraag 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 de ketenzorg? Zo niet, kunt u dan concreet aangeven waar de analyse aangescherpt en verbeterd kan worden?*

**Wij delen de analyse van de NZa**

### 3.3.4 Volume effecten (supplier induced demand en upcoding)

Deze effecten komen ook ruim aan bod in het consultatie document over de bekostiging. In de reactie op dat document hebben wij aangegeven dat in de huidige situatie de voordelen van beide effecten nihil zijn als er sprake is van een evenwichtige prijslijst. Echter, in het geval van marktwerking mag niet worden uitgesloten dat er juist wel sprake is van volume-effecten in de niet medisch noodzakelijke zorg. Commercialisering van de zorg gaat hand in hand met marketing en het aanprijzen van de mogelijkheden die voorhanden zijn. In relatie tot marktwerking kunnen deze effecten nooit als niet gewenst worden bestempeld. Alleen indien dit ten koste gaat van de medisch noodzakelijke zorg kan er sprake zijn van onwenselijke effecten. In een echte consumentenmarkt doet het aanbod niets anders dan de consument verleiden tot aankopen van hun producten of diensten. Het volume-effect is de motor achter het prijsmechanisme.

#### Vraag 21

*Deelt u de analyse van de NZa dat de introductie van vrije prijsvorming op de verschillende markten voor mondzorg niet tot een groter risico voor SID en upcoding leidt? Zo niet, kunt u dan concreet aangeven waar de analyse aangescherpt en verbeterd kan worden?*

Wij delen de analyse dat vrije prijsvorming geen groter risico oplevert voor SID en upcoding, als daarvan überhaupt al sprake van is in het huidige systeem.

### 3.3.5 Ongewenste zorgverschuivingen

Het heeft niet onze voorkeur om een deel van de prestaties vrij te geven en een deel gereguleerd te laten. Door ongewenste verschuivingen in het zorgaanbod kunnen de effecten van het vrijgeven van de prijs worden verstoord. Het geeft echter wel aan dat in het geval van regulering de prijs marktconform moet worden vastgesteld. Onze voorkeur gaat daarom uit naar een experiment met een gereguleerd, gemiddeld tarief gecombineerd met een bandbreedte waarbinnen de tandarts vrij is zijn prijsniveau vast te stellen.

#### Vraag 22

*Deelt u de analyse van de NZa dat als de prestatie centraal staat bij het vrijgeven van de markt er een risico bestaat dat er ongewenste verschuivingen in zorgactiviteiten plaatsvinden binnen het takenpakket van de tandarts? Wanneer is dat volgens u niet het geval?*

Dit is alleen het geval indien er slechts een deel van de prestaties wordt vrijgegeven. Bij het vrijgeven van alle prestaties kunnen vraag en aanbodverhoudingen ook leiden tot verschuivingen in zorgactiviteiten. Dit is dan niet direct het gevolg van onevenwichtige prijsvorming tussen het vrije en het gereguleerde deel, maar het gevolg van een verschuiving van het evenwicht in vraag en aanbod. Dat is in een vrije markt niet erg, omdat de prijzen vrij kunnen bewegen en er vanzelf een nieuw evenwicht zal ontstaan.

### 4. Lastendruk-/veranderingskosten

*Vrije prijsvorming leidt voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars op de korte termijn tot een beperkte toename van de lastendruk. Deze hangen vooral samen met transparantie-eisen. Dit zijn incidentele kosten en deze kosten hebben een duidelijk doel, vergroting van de prijstransparantie voor de consument. Structureel verdwijnen de reguleringskosten verbonden aan de tarifiering. Daarnaast zijn aan de introductie van vrije prijsvorming veranderingskosten verbonden. Deze moeten afgewogen worden tegen de baten van vrije prijsvorming. De NZa ziet op voorhand geen reden om de markt vanwege de reguleringskosten en veranderingskosten niet vrij te geven. Zij verwacht dat de baten van vrije prijsvorming hier ruimschoots tegen opwegen. De kosten die samenhangen met de transparantie-eisen zijn zowel direct als indirect. Niet alleen zal de tandarts kosten moeten maken voor het inzichtelijk maken van zowel prijs als kwaliteit, maar het kost ook tijd die ten koste gaat van de zorgactiviteiten. Wij zijn het niet eens met de NZa dat het hier om tijdelijke kosten gaat. Het vrijgeven van de prijs zal betekenen dat de zorgaanbieder zich blijvend moet oriënteren op de markt en zijn ontwikkelingen. Indien de prijzen zijn gereguleerd, is dat een gegeven waaraan niemand tijd en energie hoeft te besteden. Ook de consument niet, maar prijsdifferentiatie leidt ook voor hem tot hogere transitiekosten. De marktorientatie kost tijd.*

#### Vraag 23

*Kunt u zich vinden in de bovenstaande analyse over lastendruk- en veranderingskosten? Zo niet, kunt u dan aangeven waar de analyse aangescherpt en verbeterd kan worden?*

Maar ten dele. Zoals uit het bovenstaande blijkt zijn wij van mening dat vrije prijsvorming structureel gepaard zal gaan met hogere lastendruk. De vergelijking met de fysiotherapeuten is ongelukkig, omdat de differentiatie in behandelingsmogelijkheden beperkter is en de positie van de fysiotherapeut ten opzichte van de zorgverzekeraars totaal anders is.