

Reactie op het NZa consultatierapport:

“ Herziening bekostigingsstructuur mondzorg ”

van de Nederlandse Vereniging van Instellingen voor Jeugd tandzorg.

Inleiding

Alvorens de consultatievragen van het document herziening bekostigingsstructuur mondzorg in detail te beantwoorden wil de Nederlandse Vereniging van Instellingen voor Jeugd tandverzorging (NVIJ) een globale reactie geven op de in het document beschreven vóóronderstellingen en het leidend karakter van enige consultatievragen.

Vast staat voor de NZa blijkbaar dat de bekostigingsstructuur mondzorg vanuit het consumentenbelang fundamenteel veranderd moet worden.

Daarbij wordt voorbijgegaan aan de pluriformiteit van “de consument” terwijl een zorgvuldige benoeming van het begrip consumentenbelang en de diversiteit daarvan achterwege blijft.

In tegenstelling tot de overige zorg wordt alleen de mondzorg voor de jeugd bekostigd vanuit de collectieve middelen. De NVIJ is verheugd over de aandacht, die in het document besteed wordt aan risicogroepen (al laat de definiëring daarvan te wensen over).

Te veel kinderen krijgen mondzorg in onvoldoende mate, reden, waarom de instellingen voor jeugd tandverzorging ook in deze tijd noodzakelijk zijn. (CVZ, Signalement Mondzorg).

Essentieel kenmerk van jeugd tandverzorging is dat mondzorg verleend wordt aan risicogroepen zonder tussenkomst van ouders m.b.v. de haal- en brengservice.

Voor de collectieve tandheelkundige preventie geldt dat deze, mede omdat GGD's slachtoffer zijn van bezuinigingen en een te omvangrijk takenpakket, door de sector zelf moet worden georganiseerd.

Een systeem van tandheelkundige basiszorg, collectief gefinancierd en gericht op alle risicogroepen is een voldoende en noodzakelijke voorwaarde voor een volledige mondzorg.

Volwassenen betalen de mondzorg uit eigen middelen, hetzij direct dan wel indirect via hun aanvullende verzekering.

85 % van de patiënten is (zeer) tevreden over hun tandheelkundige zorg.

Het aantal klachten over tandheelkundige zorgverleners is in het licht van de miljoenen jaarlijkse contacten verwaarloosbaar klein. (Overigens berust 95% van deze klachten op communicatiestoornissen).

Er zijn nauwelijks wachtlijsten voor de mondzorg.

Vergeleken met overige EU-landen staat de mondzorg in Nederland op een hoog peil en zijn de kosten relatief laag.

De beoordeling van de kostenefficiëntie- en de kosteneffectiviteitsverhoudingen in de mondzorg kan blijkbaar goed aan de zorgvragers zelf overgelaten worden.

Taakdelegatie is door de sector zelf ontwikkeld en wordt in toenemende mate toegepast. Het werkt kwaliteitsverhogend (het geheel is meer dan de som der delen), maar niet tegelijkertijd kostenverlagend. Het samenwerken met teams in de zorgverlening vereist in het belang van de consument planning, begeleiding en scholing van het team als team. Dit veroorzaakt extra kosten. Teambehandeling op één locatie wordt op een lijn gesteld met teambehandeling (door vrijgevestigde zorgverleners) op meerdere locaties: dat doet, zeker op het gebied van transparantie van kwaliteit, geforceerd aan.

Natuurlijk zijn er in het complex van mondzorg zaken, die verbeterd kunnen worden. Aanpassing en onderhoud van het bestaande (verrichtingen)systeem op het gebied van transparantie zijn alleen al vanuit het oogpunt van kosten en het beperken van de lastendruk verre te verkiezen boven een totaal nieuwe bekostigingsstructuur. Een DBC-achtige structuur is voor de consument allesbehalve transparant.

Antwoorden en commentaar op de vragen:

1. Deelt u de opvatting van de NZa over de veranderende zorgvraag ?

Antwoord: Slechts ten dele.

Toelichting: In de betreffende paragraaf worden oorzaak en gevolg verward. Daarnaast wordt de tijdschaal niet correct gehanteerd. Zorgvraag verandert voortdurend. De bekende tand- en mondziekten zijn multicausaal, ze worden veroorzaakt door bacteriën, voedingsgewoonten, attitude, gebrek aan kennis en gedrag van patiënten. Het vóórkomen van tand- en mondziekten vertoont een dalende lijn bij bepaalde groepen patiënten; bij anderen evenwel een stijgende lijn. Aangetoond is dat fluoriden (in tandpasta, tabletten, lokale applicaties) cariës voorkomen. Diegenen, die hiermee in aanraking gekomen zijn, vertonen een daling van de cariësprevalentie. Anderen, die er niet mee in aanraking komen, vertonen een stijgende cariësprevalentie. Ten aanzien van parodontopathieën houdt de prevalentie voornamelijk verband met mondhygiëne. Diegenen, die een goede mondhygiëne hebben, vertonen minder parodontale afwijkingen, dan degenen, zonder goede mondhygiëne.

Voor beide ziektebeelden geldt dat, zoals overal, het aanbod van zorg ook de vraag bepaalt. Meer tandartsen, meer mondhygiënisten, meer preventieassistenten veroorzaken meer vraag naar zorg, niet een veranderende vraag.

Ook de levensomstandigheden (hogere cq lagere sociaaleconomische status (SES), betere cq slechtere economische conditie, goed cq slecht voedingspatroon, westerse cq niet-westerse cultuur) hebben grote invloed op het vóórkomen, de preventie van ziekten en de vraag naar zorg. Het effect van fluoride-toepassingen is evidence-based.

2. Zijn de typen mondzorgaanbieders volledig en goed beschreven?

Antwoord: Neen.

Toelichting : Er wordt bv niet gesproken over kaakchirurgen en CBT's. Ten aanzien van tandartsen: De tandheilkunde-studie was vanaf 1948, toen het een universitaire opleiding werd met daarbij behorend het ius promovendi, tot in de jaren 80 al zesjarig. Er zijn nog veel tandartsen met deze opleiding werkzaam. De opleiding tot tandarts is per 1 september 2007 wederom zesjarig geworden. Er is niets vermeld over het feit dat een groot aantal tandartsen na 1954 gepromoveerd is, waardoor de wetenschappelijke basis van het beroep sterk is verbreed en er vele zorgvernieuwingen zijn geïntroduceerd.

De mondhygienist is niet BIG geregistreerd, in tegenstelling tot wat genoemd is: de artikel 34-beroepen worden niet geregistreerd. Ook is er geen onderscheid gemaakt tussen 2- 3- en 4-jarig opgeleide mondhygienisten.

De tandprotheticus heeft een MBO-opleiding en geen HBO-opleiding, en voor hen geldt hetzelfde ten aanzien van artikel 34 .

“ Een tandarts-assistent met meer dan vijf jaar ervaring wordt automatisch een preventie-assistent” (paragraaf 2.2.6). Deze stellingname is onjuist. Zeker in het kader van gedelegeerd handelen kan en mag een dergelijk automatisme niet bestaan. Goede scholing en periodieke kwaliteits-bewaking zijn de basis voor elke vorm van gedelegeerd handelen binnen een teamconcept.

3. Is de huidige bekostigingsstructuur mondzorg volledig en goed beschreven ?

Antwoord: niet geheel.

De systematiek van de haal- en brengservice is onjuist omschreven; het is namelijk geen vast tarief, maar gebaseerd op een variabele kostenvergoeding, afhankelijk van het aantal uitgevoerde controles bij jeugdigen.

4. In hoeverre worden de abonnementstarieven uit de UPT-lijst in de praktijk gebruikt? Is dit wenselijk?

Antwoord : De abonnementstarieven zijn goed onderbouwd en er is veel energie gestoken in de ontwikkeling ervan. Ze worden zeker gebruikt, maar het is de NVIJ niet bekend in welke frequentie dat gebeurt.

Het is wenselijk om de patiënt een extra keuzemogelijkheid te geven.

5a. In hoeverre is volgens U in de praktijk sprake van het niet doorberekenen van genoten inkoopvoordelen voor tandtechniek aan de patient?

Antwoord : Is de NVIJ niet bekend.

5b Welke mogelijkheden ziet U om te stimuleren dat de inkoopvoordelen wel worden doorberekend aan de patient ?

Antwoord : Eigenlijk heeft de NVIJ hier geen mening over.

Toelichting: Een suggestie zou kunnen zijn: maak een all-in tarief voor verrichtingen plus techniekkosten, wat de transparantie voor de consument ten goede komt.

6. Zijn de ontwikkelingen, die van invloed zijn op de bekostigingsstructuur volledig en goed beschreven?

Antwoord : Ten dele

Toelichting: Teamconcept : “Bepaalde handelingen, met name de preventieve taken, kan de mondhygienist uitvoeren in plaats van de tandarts.”(2.4.3.3)
Dit is waar, maar niet volledig. Ook de preventieassistent heeft op het

gebied van de preventieve handelingen een taak evenals de paro-preventieassistent.

Van belang is verder het besef, dat taakdelegatie wel tot kwaliteitsverhoging leidt, maar beslist niet automatisch tot kostenverlaging.

De ervaring van de NVIJ wijst uit dat een lager opgeleide medewerker meer tijd per handeling besteedt dan een hoger opgeleide.

“Om het werk te kunnen volhouden wisselt de tandarts deze “moeilijke” behandelingen af met het verlenen van basiszorg.” (2.4.3.3)

Met het woord basiszorg wordt een nieuw begrip geïntroduceerd, dat verheldering noodzakelijk maakt.

De stelling dat mondzorg-teams ook kunnen werken op basis van doorverwijzing is gekunsteld en hypothetisch. Het is zeker niet evidence-based. Het is vooral niet in het belang van de patiënt zijn tandheelkundige zorg op verschillende plaatsen bij elkaar te moeten sprokkelen.

Indien gewerkt wordt op basis van doorverwijzing stelt zich bovendien de vraag hoe de kwaliteitsbewaking wordt geëffectueerd.

7a. Deelt u de analyse van de NZa over de consequenties van de recente ontwikkelingen in de mondzorg voor de bekostigingsstructuur ?

Antwoord: Slechts ten dele

Toelichting: “De bekostigingsstructuur moet het geven van preventie stimuleren.” (2.5.1) Dit geldt niet alleen voor individuele preventie, maar evenzo voor collectieve preventie (daarover later meer)

“Het is aan de verzekeraars om de zorgprestaties die niet in de basisverzekering zijn opgenomen al dan niet te vergoeden via aanvullende verzekeringen.” (2.5.2)

Hiermee wordt nagenoeg de totale mondzorg voor de populatie ouder dan 21 jaar afhankelijk gemaakt van het (financiële) wel en wee van verzekeraars.

De gegeven informatie betreffende het doel en de werkwijze van de NZa (vermeld door de NZa) stelt dat de belangen van de consument de leidraad zijn.

Hoe denkt de NZa het mondzorgbelang van de consument (patient) in het licht van de geciteerde uitspraak te kunnen bewaken.

“Door de taakherschikking hoeven geen nieuwe behandelingen in prestaties te worden opgenomen. Het enige dat verschuift is wie de behandelingen mag uitvoeren. Op dit punt is aanpassing van de bekostigingstructuur niet nodig” (2.5.3)

Deze stellingname getuigt van weinig begrip voor het proces van het teamconcept.

Een team is een verzameling van mensen, die individueel delen van de zorg, die nodig is voor de patiënt, bij diezelfde patiënt tot uitvoering brengen.

Het is duidelijk dat dit zorgproces gestuurd moet worden. Niet alleen in de vorm van een zorgplan (behandelingsplan), maar ook en vooral in onderlinge afstemming tijdens het zorgproces. Daarvoor zijn extra professionele mensen nodig, die zelf, wanneer ze tijd besteden aan het managen van het zorgproces, geen behandelprestaties uitvoeren. Te denken valt aan teamoverleg in de breedste zin van het woord, met inbegrip van het bespreken van casuïstiek. Geen omschreven prestaties, geen bekostiging? De consequenties van de recente ontwikkelingen voor de bekostigingsstructuur blijft volledig onbesproken. Het teamconcept speelt in op cq vloeit voort uit het feit dat de tandheeskunde anno 2008 niet meer door één persoon is uit te voeren; zou dat wel zo blijven, wordt de patient in beginsel de juiste zorg onthouden.

7b. Zijn er nog meer ontwikkelingen die van invloed zijn op de bekostigingsstructuur?

Antwoord : Ja

Toelichting: Niet alleen de management-technische consequenties van het teamconcept, die invloed hebben op de bekostigingsstructuur, blijven onbesproken.

Ook is er in dit reductionistische model geen rekening gehouden met aspecten op het gebied van bij- en nascholing van het team als team. Dit is iets anders dan de individuele bij- en nascholing van de zorgverleners op het terrein van het eigen vakgebied.

Patiënten-besprekingen bijvoorbeeld in het volledige team, waarbij alle aspecten van de aan die individuele patient verleende zorg aan de orde komen, dragen enorm bij aan de verhoging van de behandelingskwaliteit.

De introductie van nieuwe materialen, behandeltechnieken, praktijkprocedures en werkinstructies, taakverdeling, diensten, etc. vereisen teambesprekingen in werktijd.

De planning van de behandeling van patiënten, die in groepen komen (bv kinderen, asielzoekers en AWBZ-patienten) is niet alleen een papieren zaak. Het gehele team is erbij betrokken en dient dus geïnformeerd en geïnstrueerd te worden.

Het doen van onderzoek in de praktijk met betrekking tot de “ eigen” patiëntenpopulatie, vaak longitudinaal, het afstemmen van de kwaliteitsbewaking, het bespreken van medische missers e.d. raken het gehele team.

Wanneer het gehele team zich bezig houdt met deze activiteiten wordt er geen enkele declarabele (tandheeskundige) prestatie geleverd.

Wanneer er een geheel nieuwe bekostigingsstructuur zou worden ontworpen is het van het grootste belang ook met deze zaken rekening te houden in de structuur. De tandheeskundige verzorging wordt uitgevoerd in “ vrije

ondernemingswijze” productie, die plaatsvindt in concurrentie met de overige spelers op de markt van de gezondheidszorg. Het is in het belang van de consument (patiënt) ook de hierboven genoemde activiteiten financieel mogelijk te maken.

8a. Deelt u de visie van de NZa over de uitgangspunten voor een bekostigingsstructuur?

Antwoord: “Een bekostigingstructuur moet prikkelen om de juiste patienten, de juiste zorg (dat wil zeggen niet te veel of te weinig) te leveren, van de juiste kwaliteit, met de juiste toegang (qua wachttijden en reisafstand) op de juiste tijd, door de juiste zorgaanbieder, tegen de laagste kosten en met een zo laag mogelijke lastendruk.” (3.1 op pag 35)

Daar heeft de NZa volkomen gelijk in, maar tegelijkertijd zijn deze uitgangspunten (zoals gedefinieerd door de NZA) van utopische aard en houden geen rekening met het menselijk tekort.

Toelichting: Er worden zes uitgangspunten benoemd: transparantie, efficiëntie, kwaliteit, innovatie, lastendruk en wet- en regelgeving.

Transparantie:

In beginsel heeft de WGBO hierin principieel voorzien met het informed consent. Tegelijkertijd is het irreal te veronderstellen, dat er voor de consument voldoende transparantie in de kosten en de daarmee samenhangende kwaliteit van tandheelkundige zorg zal kunnen worden bereikt. Er zal altijd een onoverbrugbare informatie- en kennis-asymmetrie zijn en blijven.

“Een geïnformeerde keuze is alleen mogelijk als alle relevante informatie voor die keuze voorhanden is.” (3.1.1)

Zelden is alle informatie op hetzelfde moment voorhanden. Of de informatie relevant is hangt af van het ontwikkelingsniveau en de perceptie van de ontvanger. Bij ingewikkelde behandelingen, met name die waarvan de prognose afhankelijk is van de medewerking van de patient, is het onmogelijk alle informatie te geven, die relevant is. Zelfs in het geval dat de zorgverlener ervan overtuigd is dat zijn prestaties aansluiten bij internationale standaarden en “ best-practices” kan de patiënt dat volstrekt irrelevant vinden.

Efficiëntie:

“De bestaande methodiek van praktijkkostenbestanddeel + inkomensbestanddeel gedeeld door de rekennorm kan daarbij gehandhaafd blijven” (3.1.2)

Waarom is dat zo ? Het wordt niet nader gemotiveerd.

”In het algemeen is het zo dat voor het reguleren van tarieven een mix van tariefssystemen de sterkste prikkel tot efficiëntie geeft.” (3.1.2)

Waarom moeten tarieven in een vrije markt gereguleerd worden ?

“De optimale mix is echter nog niet gevonden.” (3.1.2)

Reden temeer om de opmerkingen en bedenkingen bijzonder kritisch te evalueren.

Kwaliteit:

Daartoe zijn outputmetingen en kwaliteitscriteria nodig. Die zullen in de praktijk ontwikkeld, respectievelijk gedaan moeten worden en daarbij zal vooral aandacht moeten worden gegeven aan de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren.

Innovatie:

“Het systeem dient evidence-based werken te stimuleren.” (3.1.4)
Volkomen juist.

Lastendruk:

Waarom moeten consumenten met een relatief geringe inspanning relevante prijsinformatie en kwaliteitsinformatie kunnen raadplegen? En wat wordt verstaan onder “een relatief geringe inspanning” ?

Wet- en regelgeving:

“Functioneel omschreven houdt in dat de zorg centraal staat en niet zo zeer relevant is welke zorgaanbieder de zorg levert.”(3.1.6)

Gegeven de verschillende bevoegdheden van verschillende zorgverleners, is het wel degelijk relevant welke zorgaanbieder de zorg levert.

De verschillende bevoegdheden zijn ondermeer gebaseerd op verschillen in opleiding en verschillen in ervaring (wet BIG).

De NVIJ is van mening dat de interpretatie van de wet BIG veel te ver is doorgeschoten.

Als uitgangspunt wordt geponoerd: “ dat er één prestatie is met één bijbehorend tarief” (3.1.6)

Waarop is dat uitgangspunt gebaseerd. Het is volstrekt niet conform de principes van marktwerking. (Vgl. een driesterren restaurant en een cafetaria).

8b. Welk uitgangspunt weegt voor U het zwaarst en waarom ?

Antwoord : Tevreden patiënten én tevreden zorgverleners

Toelichting: Een patient is tevreden, wanneer hij de door hem gewenste zorg snel en dichtbij kan krijgen, zonder wachttijd en zonder pijn.

85% van de patiënten is (zeer) tevreden over zijn tandarts.

Ten opzichte van de enorme hoeveelheid tandarts-patientcontacten per jaar is er een absoluut minimale hoeveelheid klachten.

De mondzorgverlener is tevreden wanneer hij de zorg kan verlenen waarvoor hij is opgeleid en hij rechtstreeks contact heeft met zijn patient, zonder barrière van onnodige, steeds veranderende regelgeving en administratieve lastendruk.

Hij raakt nog meer tevreden, wanneer er aandacht is voor het feit dat de Nederlandse tandheekkundige zorg op een zeer hoog peil staat tegen (in vergelijking met overige EU-landen) lage kosten.

Zorg is werk van mensen voor mensen.

9a Deelt U de analyse van de NZa over de sterke en zwakke punten van de bekostigingsstructuur?

Antwoord: slechts ten dele.

De NVIJ is het eens met de opsomming van de sterke punten. Voor de zwakke punten ligt dat anders.

Toelichting: Prestatieregulering:

Ten aanzien van de hoeveelheid prestaties (3.3.1.1):

De huidige hoeveelheid codes is enerzijds een gevolg van voortschrijdende ontwikkeling en technologie, anderzijds van het achterlopen inzake het “onderhoud” van de systematiek.

Gebrek aan preventieprestaties:

“ de bestaande UPT-lijst is vooral gericht op curatie en zeer beperkt op preventie” (3.3.1.2)

Dit is mede een gevolg van de stelselherziening van 2002.

Bij deze stelselwijziging zijn een aantal verrichtingencodes gewijzigd en verdwenen nl. M30 (instructie mondhygiene), M39 (kleurtest), M40 (controlebezoek mondhygiëne).

Pas na invoering bleek dat er geen rekening was gehouden met verschillen in verrichtingen-verhoudingen tussen instellingen voor jeugd tandverzorging en algemeen-practici. Vooral de aantallen verrichtingen in de preventieve sector lagen geheel anders, dan bij de algemeen-practici, waardoor de tariefsaanpassingen voor de instellingen voor jeugd tandverzorging volstrekt anders uitpakt, dan voor de algemeen practici.

Niet alleen mondhygienisten, maar vooral instellingen voor jeugd tandverzorging werden daardoor sterk benadeeld.

Het is daarom van groot belang bijzonder goed na te denken over de effecten voor de diverse zorgverleners en instellingen, indien uitgegaan wordt van bestaande landelijke gemiddelden bij de herziening van de bekostigingsstructuur.

Gebrek aan innovatie: (3.3.1.3)

Terugkijkend op de laatste dertig jaar kan er zeker niet gesproken worden van een gebrek aan innovatie op zich.

Wanneer evenwel wordt aangegeven: “ complicerende factoren zijn dat aanvragen voor nieuwe prestaties vaak onvoldoende financieel en inhoudelijk (evidence-based) zijn onderbouwd.” (3.3.1.3), kan worden gesteld, dat traagheid in de aanpassing van het UPT-systeem een kenmerk blijkt te zijn bij de totstandkoming van nieuwe prestaties.

Tariefregulering:

De NVIJ deelt de stelling dat er gebrek aan actuele onderbouwing is.

Gebrek aan efficiëntieprikkels:

Met deze stellingname is de NVIJ het niet eens.

Er wordt gewezen op een risico ten aanzien van aanbod-gestuurde vraag en van upcoding (3.3.2.2), zonder dat er enig inzicht wordt gegeven in de onderbouwing en de frequentie hiervan.

Gebrek aan controle van declaraties:

Het staat iedere consument(patient) uiteraard vrij toelichting te vragen op de declaratie. De patient is immers de eerste en beste controleur van zijn eigen nota. Desondanks blijft er altijd sprake van zowel informatie-asymmetrie, als van cognitieve asymmetrie.

Heroprichting van het voormalig “ Tandheerkundig Controle Instituut” verkleint de nadelen van informatie-asymmetrie.

Daarnaast dienen zorgverzekeraars in dit kader hun eigen verantwoordelijkheid te nemen.

Transparantie-eisen.

Gebrek aan eenduidige prestatiebeschrijvingen (3.3.3.1):

Natuurlijk zijn de gehanteerde prestatiebeschrijvingen medisch-technisch van aard. Het gaat over medisch-technische prestaties. In feite gaat het ook hier om zowel informatie asymmetrie als om cognitieve asymmetrie.

Gebrek aan transparantie van prijs. (3.3.3.2)

Het beperken van het aantal beschreven prestaties zal de transparantie van prijs zeker ten goede komen

Gebrek aan transparantie van kwaliteit (3.3.3.3)

Ook dit gebrek berust voor een groot deel op informatie-asymmetrie. Uit patientenenquêtes in de praktijk blijkt dat patienten heel goed in staat zijn de kwaliteit van de dienstverlening, de omgeving en de bejegening door zorgverleners te beoordelen. Het ultieme kwaliteitscriterium voor een patient is uiteindelijk: geen pijn hebben en voldoende kauwfunctie. Het is duidelijk geworden dat instellingen voor jeugdtandverzorging op het gebied van kwaliteit en transparantie voorop lopen ten opzichte van algemene praktijken (zie o.m. Signalement mondzorg 2007 (CVZ)), waarbij protocollair werken en goed management al jaren vanzelfsprekend zijn, hoewel daar geen honorering voor is geregeld.

In het kader van verbetering van de transparantie van kwaliteit is de NVIJ duidelijk voorstander van de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren en een vorm van onderlinge visitatie (ICT).

In dit verband wordt tevens gewezen op de inhoud van de “strategische agenda voor de georganiseerde jeugdtandverzorging” van de NVIJ-november 2007.

9b. Zijn er nog meer sterke en/of zwakke punten te noemen?

Antwoord : Ja

Toelichting: Een buitengewoon zwak punt is, dat er klaarblijkelijk vastgehouden wordt aan prestatieregulering en tariefregulering in een sector, die voor patiënten, ouder dan 21 jaar, nagenoeg volledig privaat gefinancierd wordt.

“ Polissen voor mondzorg zijn schadepolissen geworden” (zie pag 29: 2.4.1.1).

Bereikbaarheid en toegankelijkheid van de mondzorg zijn geen probleem meer. Weinig klachten en grote tevredenheid van de patient nopen ook niet onmiddellijk tot overheidsregulering.

De tandheekkundige verzorging wordt uitgevoerd in vrije ondernemingsgewijze productie, die plaatsvindt in concurrentie met de overige spelers op de markt van de gezondheidszorg.

Invoering van marktwerking betekent niet vanzelfsprekend inkomensregulering.

Een ander zwak punt is, dat er om aan de geschetste uitgangspunten te kunnen voldoen nog heel veel werk moet worden verzet op het gebied van de ontwikkeling van kwaliteits-indicatoren en outputmetingen.

Daarnaast moet er nog veel worden gedaan om tot een heldere onderbouwing van de tariefstructuur te komen, waarbij vergoedingen voor het organiseren van de zorg, in de ruimste zin van het woord, dienen te worden ingebouwd.

10a Welke prestatievariant heeft Uw voorkeur en waarom?

Antwoord: het verrichtingensysteem.

De NVIJ is voorstander van het verrichtingensysteem, maar dan in vereenvoudigde vorm. Een vorm die leidt tot een geringer aantal codes, maar waarbij voor de zwaarte c.q. de moeilijkheidsgraad -- zowel in technische zin als ten aanzien van het type patient, als ook voor extra inspanningen om de zorgverlening aan bijzondere zorggroepen mogelijk te maken -- (zoals bijvoorbeeld tot nu toe de haal- en brengservice-vergoedingen en de risicotoeslag voor kinderen), een wegingsfactor wordt ingebouwd, dan wel een specifieke honorering wordt ontwikkeld voor de behandeling van risicogroepen, zodat risicoselectie wordt tegengegaan.

In het herziene verrichtingensysteem moeten daarnaast tarieven voor preventie-prestaties een duidelijke en beter gehonoreerde plaats krijgen, dan nu.

Tenslotte dient een oplossing te worden gevonden voor het inbouwen van een managementvergoeding voor instellingen.

Gelet op de verdere invoering van het teamconcept in de toekomst, is het (“daarbinnen”) met inachtneming van de criteria voortvloeiend uit de wet BIG, niet van belang wie de verrichting uitvoert. De zorgverzekeringswet

gaat uit van marktwerking; daarom ligt het voor de hand dat dergelijke afspraken worden gemaakt met regionale zorgverzekeraars.

Toelichting: De werking van het verrichtingsysteem is na vele jaren duidelijk. Het systeem is bekend bij zorgaanbieders, software-leveranciers en verzekeraars en in bepaalde mate bij consumenten. Natuurlijk vereist het onderhoud, maar dat geldt voor elk systeem. Er wordt gesteld dat de consument behoefte heeft aan informatie over de totaalbehandeling. Dat hoeft geen enkel probleem te zijn en kan meegenomen worden in de exercitie van het updaten van het verrichtingsysteem.

10b **Zijn er nog meer prestatievarianten mogelijk en hoe waardeert U die?**

Antwoord: Indien het gesuggereerde productsysteem iets dergelijks als de DBC systematiek voor ziekenhuizen inhoudt, is dit volstrekt ongewenst. Een uurhonorarium is niet transparant en werkt niet kostenverlagend. Er zullen ongetwijfeld nog meer prestatievarianten mogelijk zijn. Ze zijn echter nauwelijks zo transparant als het verrichtings-systeem.

10c. **Deelt U de opvattingen van de NZa over de verbetermogelijkheden op het gebied van preventie en innovatie?**

Antwoord: Ja, op het gebied van de preventie en ja op het gebied van de innovatie

Toelichting: “De preventieprestaties moeten toepasbaar zijn op de totale patiëntenpopulatie. etc. Een collectieve aanpak voor alle zorgvragers is effectiever”. (4.1.2)

Hierbij twee opmerkingen :

De preventie voor patiënten jonger dan 40 jaar zal per definitie een andere inhoud hebben dan de preventie gericht op boven 40-jarigen.

Bij de jongste categorie is preventie van cariës en erosie het primaire doel, bij de oudere groep preventie van parodontopathieën.

Er wordt gerefereerd aan een collectieve aanpak voor zorgvragers:

Onbesproken blijft de collectieve preventie, gericht op patiënten die niet om zorg vragen, maar deze wel nodig hebben.

Gezondheidsvoorlichting en opvoeding moeten met het oog op kostenbesparingen later in het leven, gericht zijn op diegenen, die niet uit eigen beweging mondzorg vragen.

Hierbij valt te denken aan risicogroepen van kinderen, die nu benaderd worden door instellingen voor jeugd tandverzorging, aan asielzoekers, (illegalen), en geïnstitutionaliseerde patiënten.

Dat consultatiebureaus en gemeenten hiervoor zorgen is de bedoeling van de overheid geweest bij de instelling van basisgezondheidsdiensten.

Uit onderzoek in de praktijk blijkt dat dit idee op een enkele uitzondering na niet werkt. De collectieve preventie op het gebied van mondzorg werkt alleen indien voldoende mondzorg-medewerkers met deze taak belast worden.

Innovatie: (zie ook 10 e)

De NVIJ is met name groot voorstander van het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren.

10d. Zijn er nog meer verbeteringen mogelijk op het gebied van de preventie en innovatie en hoe waardeert u die?

Antwoord: Ja

Toelichting: Ten aanzien van de preventie: collectieve preventie in de vorm van TGVO en fluoridespoelen op school.

Ten aanzien van innovatie: met name het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren.

De Mondzorg Wetenschappelijke Commissie is een goede suggestie, mits er voldoende inbreng is vanuit de praktijk.

10e Welke verbeteringen op het gebied van preventie en innovatie hebben uw voorkeur en waarom ?.

Antwoord: Ten aanzien van verbeteringen m.b.t. preventie:

De TGVO heeft in het verleden bewezen nuttig te zijn. [zie 1) en 2)]

Toelichting: De op het Project Abcoude gebaseerde dissertaties van Tan 1) en Moltzer 2) lichten op wetenschappelijk wijze de kosten-baten en kosten-efficiëntie verhouding van individuele en collectieve preventie toe.

Antwoord: Ten aanzien van innovatie:

De NVIJ is groot voorstander van het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren.

Toelichting: De procedure en argumentatie ter zake van het verlenen van experimentele codes voor het gebruik van innovatieve methoden en apparatuur dient kritisch onder de loep genomen te worden, maar vooral vereenvoudigd.

11 a. Welke tariefvariant of mix van varianten heeft Uw voorkeur en waarom?

Antwoord: Het verrichtingensysteem

Toelichting: Een één-op-één-relatie tussen inspanning en financiële vergoeding daarvoor (met inachtneming van de opmerkingen bij de motivatie onder 10 a) is helder en transparant. Er is geen gevaar (meer) voor risicoselectie. Er is bovendien een prikkel tot praktijk-efficiëntie.

Theoretisch bestaat er het risico van aanbodgestuurde zorg en upcoding.

Niet onderbouwd is, dat deze fenomenen veelvuldig, laat staan gegeneraliseerd, voorkomen.

Met betrekking tot aanbodgestuurde zorg valt op te merken dat, indien een

keuze aan behandelmogelijkheden wordt voorgelegd, de meerderheid van patiënten antwoorden: “Zegt U maar, wat in dit geval het beste voor mij is.”

Van bijzonder groot belang is te bedenken, dat alle software-systemen voor de tandartspraktijk over vele jaren zijn ontwikkeld, goed functioneren, beproefd zijn en gebouwd rondom het verrichtingsysteem. Totale verandering van deze systemen leidt onvermijdelijk tot een grote toename van de lastendruk.

Wanneer de opmerking juist is dat “ de consument geen inzicht in losse verrichtingen wil hebben” , dan is het veel eenvoudiger losse verrichtingen te combineren, dan het hele systeem overboord te zetten.

11 b. Zijn er nog meer tariefvarianten mogelijk en hoe waardeert U die ?

Antwoord: Ja, zie 10 b.

Toelichting: In de westerse wereld is het “fee for service”-concept verreweg de meest voorkomende tariefvariant.

11 c. Is het schema met de effecten per tariefvariant goed en volledig beschreven?

Antwoord: Neen, absoluut niet.

Toelichting: In het schema zijn objectieve gegevens en subjectieve inschattingen op een zodanig gepreoccupeerde manier verwerkt, dat duidelijk naar een bepaalde conclusie wordt toegewerkt.

11 d. Deelt U de conclusie van de NZa dat op basis van dit schema het productsysteem het meest geschikt lijkt voor de nieuwe bekostigingsstructuur

Antwoord: Indien het de bedoeling is een DBC-achtige structuur in te voeren: absoluut niet.

Toelichting : Het is volstrekt onjuist en onverantwoord de problemen van het DBC-systeem -- dat gehanteerd wordt in zorginstellingen en dat eindeloos semantische discussies heeft veroorzaakt, terwijl het tevens voor consumenten/patiënten volstrekt niet transparant is -- te introduceren in een vrije sector, waar niet instellingsgebonden zorg wordt verleend voor eigen rekening en risico van zorgondernemers.

12 a. Deelt u de opvatting van de NZa voor verbetermogelijkheden op het gebied van de controle van declaraties ?

Antwoord : Neen.

Toelichting: Er wordt bij instellingen voor jeugd tandzorg al lang gewerkt met benchmarks.

Deze systematiek (interne vergelijking tussen praktijken) kan door de brancheorganisaties op grotere schaal verbreid worden.

De beste controle op de declaratie ligt in handen van de patient.
Informatie-assymmetrie is een gegeven, maar is voor de patient reden om toelichting te vragen op de declaratie aan zijn eigen, dan wel aan een andere zorgverlener, (zie ook 9 a).

12 b. Zijn er nog meer verbeteringen mogelijk en hoe waardeert U die ?

Antwoord: Ja

Toelichting: Herinvoering van het “Tandheelkundig Controle Instituut” zal leiden tot vermindering van de informatie-asymmetrie en indirect tot verbetering van controle op declaratie en kwaliteit, hetgeen de patient ten goede komt die immers de beste controleur van zijn eigen nota is. Desondanks blijft er altijd sprake van informatie-asymmetrie.
Zoals eerder gezegd, dienen zorgverzekeraars in dit kader hun eigen verantwoordelijkheid te nemen.

12 c. Welke verbetering heeft Uw voorkeur en waarom?

Antwoord: Systematisch invoeren van een benchmarking-systeem en heroprichting van het Tandheelkundig Controle Instituut.

Toelichting: zie eerdere toelichting..

13 a. Deelt U de opvatting van de NZa over verbeteringen op het gebied van transparantie-eisen?

Antwoord: slechts ten dele.

Toelichting: Het betreft zowel transparantie van zorg als transparantie van kwaliteit. Het probleem met deze begrippen is, dat ze niet tot in het oneindige kunnen worden doorgevoerd: het is zoeken naar een goede balans en de daarbij behorende kosten. Geen enkel systeem is volmaakt. Ook het zorg- en kwaliteitssysteem niet.
De inherente beperkingen, zoals informatie-asymmetrie en menselijke tekortkomingen- zowel aan de kant van de zorgvrager als aan de kant van de zorgverlener- veroorzaken soms problemen. Enig vertrouwen in de goede intenties is op zijn plaats.
Het hele systeem dichtregelen leidt tot nog meer bureaucratie, frustratie en lastenverzwaring.

13 b. Zijn er nog meer verbeteringen mogelijk en hoe waardeert U die ?

Antwoord: Ja, een transparant, consistent en samenhangend overheidsbeleid.

Toelichting: De overheid is niet duidelijk in het beleid en meet met vele maten. Er wordt gesproken over een “level playing field” , maar dat is er niet. Het probleem van de voortdurend stijgende zorgkosten heeft andere en ernstiger oorzaken, dan misbruik van machtspositie van zorgverleners.

- De ontwikkeling van de medische technologie is niet tegen te houden.
- De vergrijzing en dubbele vergrijzing van de bevolking ook niet.
- De fundamentele ongelijkheid van mensen is een gegeven.

Gelet op het solidariteitsbeginsel is het van belang en gewenst “nood(zakelijke) hulp” in de mondzorg zorgvuldig te definiëren en op te nemen in de basisverzekering, zodat voor iedereen aansluiting wordt gevonden bij de rechten die o.a. “illegalen” kunnen ontlenen aan de koppelingswet.

Daarmee wordt bovendien de kans verminderd op substitutie naar de tweede lijn.

De verzeker- en betaalbaarheid van de zorg zou er mee gebaat zijn het huidige omslagstelsel te veranderen in een kapitaaldekkingstelsel. Laat Nederlanders, met inachtneming van het solidariteitsbeginsel, zelf bepalen hoeveel zij willen besteden aan hun gezondheidszorg en hoeveel zij willen sparen voor zorg tijdens de oude dag. Wanneer de optelsom van de zorgkosten groter wordt dan de huidige 9% van het BNP, dan zal er op andere zaken bezuinigd moeten worden.

Concentreer de bescherming van de belangen van de zorgconsument op andere aspecten dan de economische. Maak een eind aan de afhankelijkheid van de individuele zorgvrager van het eenheidsworst-systeem. Zet de ramen open en heb vertrouwen.

13 c. Welke verbetering(en) heeft(hebben) Uw voorkeur en waarom?

Antwoord : Een transparant, consistent en samenhangend overheidsbeleid.

Toelichting: Macro niveau: De overheid heeft bepaald dat de zorg als een markt moet worden gezien, waar vrijheid van keuze en concurrentie bepalend zijn: daar hoort een daarop gericht beleid bij. Klaarblijkelijk meent de overheid dat het zorgsysteem tegelijkertijd dient te voldoen aan beginselen van een geleide economie, met een daarbij behorend volstrekt ander beleid. Dit leidt onvermijdelijk tot gebrek aan transparantie, consistentie en samenhang in beleid en uitvoering ervan.

Meso/micro niveau: Zoals eerder gemeld (zie antwoord op 10a) is de NVIJ voorstander van een vereenvoudigd verrichtingsstelsel, met inbouw van o.m. een wegingsfactor en met uitbreiding van preventie-prestaties, m.n. gericht op (georganiseerde) jeugdtandzorg. Een verrichtingsstelsel is – met inachtneming van bezwaren t.g.v. kennis- en informatie-asymmetrie – voor consumenten veel transparanter dan een DBC-achtige opzet van een nieuwe bekostigingstructuur.

14 Heeft U voorkeur voor een geleidelijke invoering (hoe lang minimaal en hoe lang maximaal) van de nieuwe bekostigingsstructuur of voor een “big bang”-invoering (wanneer)?

Antwoord: De vraagstelling gaat er al van uit dat er een grote en totale verandering moet komen. De vraag is dus erg suggestief

Toelichting: De NVIJ staat een aangepaste verrichtingenstructuur voor met waar nodig minder prestatiecodes en vooral nieuw te ontwikkelen prestatiecodes voor preventie. Op deze manier veranderen structuur en onderbouwing niet wezenlijk en is een Big-Bang-invoering niet aan de orde.
Desondanks: Onderzoekt alles en behoudt het goede.

15 Is de huidige bekostigingstructuur voor instellingen voor jeugd tandverzorging volledig en goed beschreven ?

Antwoord: Enerzijds wordt beschreven hoe de structuur is. (5.1; 5.1.1; 5.1.2)
Anderzijds staan er in dezelfde tekst onterechte conclusies t.a.v. de haal- en brengservice (5.1.1 laatste alinea; en 5.1.3.)

Toelichting: De instellingen voor jeugd tandverzorging werken met dental cars en/of vaste centra. Ze behandelen jeugd voornamelijk afkomstig uit risicogroepen. (lage SES, allochtonen en autochtone kinderen, waarvan beide ouders werken).
Daarnaast worden ook andere risicogroepen behandeld (asielzoekers, illegalen, drugsverslaafden etc.)
De behandelingen worden gedeclareerd volgens het verrichtingen-systeem.
Alléén ten behoeve van jeugdigen wordt een toeslag betaald voor haal- en brengservice (op basis van de kosten) en voor het feit dat de meeste kinderen afkomstig zijn uit risicogroepen.
Er bestaat grote behoefte aan instellingen, omdat zij als enige in het zorgsysteem actief proberen kinderen de tandarts te laten bezoeken.

Haal- en brengservice is inherent aan de systematiek van de georganiseerde jeugd tandzorg en aldus een conditio sine qua non.

Pas daarmee is voor kinderen die niet bij de tandarts komen (via hun ouders) zorg haalbaar.

Ook in dit verband wijst de NVIJ op de constatering in het Signalement Mondzorg 2007.

Indien e.e.a. wegvalt zullen grote groepen kinderen verstoken blijven van tandheelkundige zorg.

De conclusie van de NZa m.b.t. haal-en brengservice wordt door de NVIJ dan ook niet gedeeld. (5.1.1 laatste alinea)

De constatering dat patiënten minder gehaald en gebracht worden, is mogelijk ingegeven door de vaststelling – tijdens het consultatiegesprek met de NVIJ -- dat sinds de invoering van de ZVW vele (ouders van jeugdige) patiënten zich beklagen, dat zij geen gebruik hebben gemaakt van de haal- en brengservice, terwijl zij op de “ afreken specificatie” van hun zorgverzekeraar naast het bedrag voor een periodiek onderzoek e.d. tevens een bedrag voor haal- en brengservice aantreffen, hetgeen voor hen volstrekt onbegrijpelijk is, doch het gevolg is van de voorgeschreven verrekenwijze.

Dit is een goed voorbeeld van gebrek aan transparantie voor de consument, ten gevolge van de betaalsystematiek. In dat gesprek gaf de NVIJ dan ook aan, dat het betaalsysteem voor haal- en brengservice aanpassing behoeft.

De collectieve preventie was oorspronkelijk door de overheid toegedacht aan GGD's en consultatiebureaus. Op een enkele uitzondering na werkt dit niet. De labeling van de destijds door de Rijksoverheid beschikbaar gestelde gelden is verdwenen, waardoor de GGD niet meer in staat is haar taken op het gebied van de collectieve tandheelkundige preventie naar behoren uit te voeren.

16 a. Zijn de risicogroepen voor mondgezondheid volledig en goed beschreven ?

Antwoord : Neen

Toelichting: De risicogroepen zijn niet volledig beschreven. Op de eerste plaats dient duidelijkheid te bestaan over de definitie van het begrip tandheelkundige risicogroepen.

De NVIJ verstaat onder risicogroepen: patiëntengroepen waarbij op grond van onderzoek en ervaring is gebleken, dat de kans op mondafwijkingen (w.o. tandbederf) groot is.

Dit blijken steeds patiënten te zijn, die vanwege sociaal-economische (financiële) en culturele redenen regelmatig tandartsbezoek niet tot hun prioriteit rekenen, dan wel door omstandigheden niet zelfstandig van de tandheelkundige verzorging gebruik (kunnen) maken :

patiënten met een lage SES, allochtonen, asielzoekers, drugsverslaafden, zwervers en illegalen.

In de subparagraaf “strategieën gericht op risicogroepen”, worden uitspraken gedaan die betrekking hebben op andere gezondheidszorggebieden en vervolgens impliciet van toepassing verklaard op de tandheelkundige zorg voor risicogroepen. Verward worden hier de individuele behandeling (preventief en curatief) en de collectieve preventie.

Het CVZ stelt in het Signalement Mondzorg 2007 onder meer vast, dat de verzorgingsgraad bij de instellingen voor jeugdtandverzorging hoger is dan in de huispraktijk, met name ten gevolge van de aanpak van de instellingen, en geeft vervolgens aan, dat deze aanpak richtinggevend wordt geacht.

Zoals onder vraag 15 reeds aangegeven: haal- en brengservice is inherent aan de bovenbedoelde systematiek van de georganiseerde jeugdtandzorg en aldus een conditio sine qua non, zeker als daarbij wordt gelet op het feit dat 45 % van de kinderen van zes jaar nog onbehandelde caries heeft en 32 % van de kinderen van twaalf jaar en gelet op het feit dat het aantal onbehandelde caviteiten in melk- en blijvend gebit toeneemt, terwijl er bovendien bij twaalfjarigen in 24 % van de gevallen sprake is van tanderosie.

Refererend aan : “Uit onderzoek uit andere gezondheidszorggebieden blijkt dat strategieën die gericht zijn op risicogroepen niet effectief zijn” (5.2.1) , is de NVIJ van mening dat hiertoe onderzoek noodzakelijk is door Universiteiten en wetenschappelijke verenigingen teneinde deze uitspraak van onderbouwing te voorzien.

16b. Kunt U zich vinden in de door de NZa genoemde strategie gericht op de risicogroepen ?

Antwoord : Neen

Toelichting: Er is geen strategie beschreven.

Uit onderzoek blijkt (zie Signalement Mondzorg 2003, 2005 en 2007) dat de door de Instellingen voor Jeugd tandverzorging gehanteerde strategie om kinderen behorend tot de risicogroepen tandheelkundige zorg te verlenen, werkt.

17 a. Deelt U de analyse van de NZa voor verbetermogelijkheden op het gebied van de jeugd tandverzorging?

Antwoord: Neen

Toelichting De NVIJ is het uiteraard eens met de stelling: “Het is belangrijk dat patiënten uit alle risicogroepen de juiste mondzorgbehandeling krijgen en niet uitsluitend jeugdigen”. (5.3)

“Het maakt niet uit of de zorg voor risicogroepen nu wordt verleend in een specifieke instelling, zoals de instelling voor jeugd tandverzorging, of in een reguliere tandartspraktijk. Waar het om gaat is de zorg. Het behandelen van risicovolle patiënten moet in reguliere praktijken (gaan) plaatsvinden en niet alleen in aparte instellingen, zoals die er nu zijn voor de jeugd.” (ook 5.3)
Deze uitspraak is gebaseerd op “ wishful thinking” en komt niet overeen met de dagelijkse gang van zaken in een gewone tandartspraktijk.

In hoofdstuk 5 m.b.t. instellingen voor jeugd tandverzorging, wordt geen aandacht besteed aan het grote aantal kinderen, dat de tandarts niet bezoekt en daarmee wordt voorbijgegaan aan het feit, dat bij instellingen voor jeugd tandverzorging veel kinderen behandeld worden (mèt toestemming, maar) zonder directe tussenkomst van ouders.

Eén van de fundamenteën van de invulling van het mondzorgpakket voor volwassenen in de basisverzekering was de vooronderstelling, dat volwassenen hun mondzorg wel zelf kunnen regelen en bekostigen, en (mede) gebaseerd op de aanname dat zij met een gezonde- en waar nodig- gesaneerde mond volwassen (zouden) worden. Voor veel volwassenen is dat evenwel niet het geval (geweest): zij bezoeken de tandarts niet vanzelfsprekend. Als ouders niet naar de tandarts gaan, gaan hun kinderen -- zonder andere, extra inspanningen-- ook niet.

Precies dáárvoor is de haal- en brengservice en de risicotoeslag bedoeld.

17b **Zijn er nog meer verbeteringen mogelijk en hoe waardeert U die?**

Antwoord : Ja

Toelichting: In haar “Strategische agenda voor de georganiseerde jeugd tandverzorging” van november 2007, heeft de NVIJ aangegeven, dat een uitbreiding van het aantal instellingen een verbetering van de beschikbaarheid van de zorg zal opleveren.

Hiermede wordt de grootste risicogroep benaderd, namelijk de jeugd die nu de tandarts niet bezoekt, een groep, die in de analyse ontbreekt. Vanzelfsprekend zal een en ander met goede epidemiologische cijfers moeten worden onderbouwd.

Daarnaast moet breder worden ingezet op collectieve preventie op scholen en bij consultatiebureau's. Ook hierin spelen de instellingen een belangrijke rol, samen met de andere zorgaanbieders in de tandheelkunde. Dit collectieve aspect wordt binnen de analyse onderbelicht.

Collectieve tandheelkundige preventie-inspanningen sorteren een groter effect, wanneer deze vanuit een tandheelkundige omgeving in directe relatie met de individuele preventie worden gebracht.

De NVIJ: Maak de collectieve preventie op scholen een taak van gevestigde en nieuw op te richten instellingen voor jeugd tandverzorging.

Er zijn aanpassingen noodzakelijk ten aanzien van de wet op de privacy, in die zin dat gegevens van gemeenten en zorgverzekeraars betreffende kinderen, c.q. niet regelmatige tandartsbezoekers tussen 2 en 22 jaar aan instellingen voor jeugd tandverzorging beschikbaar gesteld kunnen worden.

17 c. **Welke verbetering heeft Uw voorkeur en waarom?**

Antwoord: In zijn algemeenheid gaat de voorkeur van de NVIJ uit naar een bijstelling van het huidige verrichtingensysteem, met dien verstande, dat er in elk geval meer preventiecodes worden ontwikkeld, terwijl er daarnaast een honorering dient te worden ontwikkeld voor de behandeling van risicogroepen.

Tevens dient een oplossing te worden gevonden voor het inbouwen van een managementvergoeding.

Een één-op-één-relatie tussen inspanning en financiële vergoeding is en blijft helder en transparant

zie ook het antwoord op vraag 10 a en 11 a.