

1. Deelt u de opvatting van de NZa over de veranderende zorgvraag? (incl. toelichting waarom wel en waarom niet)

Deels – in het document wordt vnl. gesproken over cariës en tanderosie. Door de vergrijzing van de bevolking moeten ook de parodontopathieën (tandvleesontstekingen) hierbij betrokken worden. Er is een dalende lijn in cariësprevalentie bij bepaalde groepen in de samenleving, maar bij andere groepen juist een stijging. De oorzaak van alle problemen heeft alles te maken met het gedrag van de cliënt, d.w.z. dat het niet alleen de vergrijzing betreft, maar ook de individualisering. De zorgvraag vanuit de cliënt is veel groter dan ooit tevoren, heeft ook te maken met het feit dat de informatievoorziening door bijv. internet een vlucht heeft genomen.

2. Zijn de typen mondzorgaanbieders volledig en goed beschreven? (incl. toelichting waarom wel en waarom niet)

Nee – hier zijn een groot aantal feitelijke onjuistheden in opgenomen. Voor wat betreft de mondhygiënist – deze is niet geregistreerd in het BIG register. De mh valt onder de AMvB ex. art. 34 van de wet BIG. De mondhygiënist mag zelf de diagnose stellen op die onderdelen die in het deskundigheidsgebied zijn omschreven. Zie bijgevoegd document AMvB. Mondhygiënist hebben in 2000 samen met andere paramedische beroepsorganisaties zelf een kwaliteitsregister opgericht op vrijwillige basis. Hiermee is de NVM in de mondzorg koploper geweest.

Wat ons opvalt is dat er in het document wordt gesproken over een MBO-opgeleide tandartsassistent. De ervaring van de NVM is dat veel van de in Nederland werkzame tandartsassistenten geen MBO opleiding tandartsassistent hebben afgerond, maar intern in de tandartspraktijk door de tandarts zijn opgeleid. Bijzonder is dat gesteld wordt dat een tandartsassistent na vijf jaar automatisch preventie-assistent wordt. Wordt de mondhygiënist na vijf jaar automatisch tandarts?

Daarnaast wordt de tandprotheticus (MBO-opgeleid) specialist genoemd en de mondhygiënist (HBO opgeleid) deskundige. De mondhygiënist is specialist op het gebied van de preventie en de rest van het deskundigheidsgebied.

Verder missen wij in het hele stuk de rol van de parodontoloog. Hoewel deze tak van de tandheelkunde geen officiële specialisatie is, zijn de werkzaamheden van de parodontoloog wel opgenomen in de huidige bekostigingsstructuur.

3. Is de huidige bekostigingsstructuur mondzorg volledig en goed beschreven? (incl. toelichting waarom wel en waarom niet)

De UPT systematiek is goed beschreven. De bekostigingsstructuur van de vrijgevestigde mondhygiënist (het uurtarief) wordt niet genoemd, doch is in dit kader wel belangrijk.

Mondhygiënist zijn gewend om te werken met het systeem van uurtarieven en ook de verzekeraars zijn hieraan gewend. Vanaf de eerste vrije vestiging van mondhygiënist in 1979 werken de mondhygiënist met dit systeem. In de aanvullende tandartsverzekering is dit sinds 1997 opgenomen.

4. In hoeverre worden de abonnementstarieven uit de UPT-lijst in praktijk gebruikt? Is dit wenselijk? (incl. toelichting waarom wel en waarom niet)

Mondhygiënist gebruiken de abonnementstarieven uit de UPT lijst niet.

5. 5a. In hoeverre is volgens u in de praktijk sprake van het niet doorberekenen van genoten inkoopvoordelen voor tandtechniek aan de consument? (incl. toelichting waarom wel en waarom niet)

Voor mondhygiënist niet van toepassing

5b. Welke mogelijkheden ziet u om te stimuleren dat de inkoopvoordelen wel worden doorberekend aan de consument?

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

De taakherschikking wordt hier opgevoerd als zijnde de basis waarop de nieuwe bekostigingsstructuur moet worden afgestemd. Het rapport Linschoten is hiervoor kennelijk de basis geweest, maar niet gekeken is naar de reacties die op het rapport gegeven zijn door de andere (niet bij de opstelling van het rapport betrokken) koepels in de mondzorg. De opleidingscapaciteit van tandartsen is inmiddels verlaagd, echter er is verzuimd om de instroom van de opleiding mondzorgkunde (zoals aangegeven in het rapport Linschoten) te verhogen. Hierdoor kan aan de taakherschikking geen invulling worden gegeven.

Overigens kan aan het teamconcept zoals genoemd in bovengenoemd rapport verschillende invulling gegeven worden. Werken in een team houdt niet per definitie in ook op dezelfde plaats. Het is heel goed mogelijk om samenwerkingsverbanden te hebben tussen zorgverleners die op verschillende locaties zijn gevestigd.

Op pag. 31 in punt 2.4.3.2. wordt gesproken over de mondhygiënist nieuwe stijl. De NVM vindt deze benaming ongewenst. Beter is om te spreken over de mondhygiënist bachelor of health. De voorstelling van zaken in dit kader is niet juist.

Ook mondhygiënist met een 2-, dan wel 3-jarige opleiding zijn bevoegd om ioniserende straling toe te passen in opdracht van de tandarts. Dit is al zo sinds de start van de opleiding tot mondhygiënist in 1968. Dit geldt eveneens voor het geven van anesthesie, waarvoor de mondhygiënist in 1997 functioneel zelfstandig werd. Ook met een aanvullende opleiding kunnen mondhygiënist met een 2-, dan wel 3-jarige opleiding bekwaam en bevoegd zijn in het prepareren en restaureren van primaire cariës. Te denken valt aan de post HBO opleiding KTV of MV.

7. 7a. Deelt u de analyse van de NZa over de consequenties van de recente ontwikkelingen in de mondzorg voor de bekostigingsstructuur? (incl. toelichting waarom wel en waarom niet)

Deels – de UPT structuur behoeft aanpassing als het gaat om preventie. Dit is niet opgenomen in de huidige bekostigingsstructuur, terwijl dit de basis van alle mondzorg zou moeten zijn. Is bovendien de corebusiness van mondhygiënist. Daarnaast is het bewerkstelligen van een gedragsverandering niet te vatten in een verrichting zoals nu in de huidige UPT. De uurtarieven die vrijgevestigde mondhygiënist hanteren doen hier meer recht aan.

Voor wat betreft de opmerking in 2.5.2 dat prestaties niet afhankelijk gesteld moeten worden van hetgeen in de zorgverzekeringswet is opgenomen, wil de NVM hier nadrukkelijk genoemd hebben dat zorgverzekeraars veel macht hebben gekregen vanuit die zorgverzekeringswet en regelmatig op de stoel van de zorgverlener gaan zitten.

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

Het feit dat in het document wordt uitgegaan van taakherschikking en grote teams (lees Praktijken), betekent dat er veel zgn. werkoverleg en management overleg zal moeten zijn, incl. bij- en nascholing voor het hele team

Dit zal allemaal in werktijd moeten plaatsvinden. In de huidige tariefstructuur wordt hier geen rekening mee gehouden.

8. 8a. Deelt u de visie van de NZa over de uitgangspunten voor een bekostigingsstructuur? (incl. toelichting waarom wel en waarom niet)

Bewonderenswaardige uitgangspunten worden hier genoemd. De vraag is echter alleen wat men bedoelt met juiste zorg, juiste kwaliteit, juiste toegang etc. Dit zijn vage begrippen, die door iedereen anders ingevuld zullen worden. NVM is benieuwd hoe men dit in een bekostigingssysteem wil inbouwen.

8b. Welke uitgangspunten wegen het zwaarst en waarom?

Kwaliteit zou het zwaarst moeten wegen. De zorg aan de patiënt moet centraal staan. Innovatie moet mogelijk gemaakt worden, ook financieel, met zo min mogelijk extra lastendruk voor de zorgverlener, want dat wordt gemakshalve maar in punt 3.1.5 vergeten.

9. 9a. Deelt u de analyse van de NZa over de sterke punten en zwakke punten van de bekostigingstructuur? (incl. toelichting waarom wel en waarom niet)

De NVM vraagt zich af of er onderzoek is gedaan of de zorgconsument inderdaad niet tevreden is met het huidige bekostigingssysteem. Vindt de zorgconsument het op dit moment niet transparant? De NVM mist overigens ook in dit gedeelte de wijze waarop de zorg van de vrijevestigde mh op dit moment wordt bekostigd. Het werken met een uurtarief is een erg eenvoudig systeem.

In het document wordt gesteld dat het huidige systeem (UPT) een prikkel tot efficiënt werken bevat. Het bevat echter ook een prikkel om meer te declareren dan is uitgevoerd. In dat opzicht is de veelheid van verrichtingen voor de consument een bos waardoor de bomen niet meer gezien kunnen worden.

Bij de opsomming van de zwakke punten wordt wederom alleen uitgegaan van de UPT systematiek. De mondhygiënisten werken met een uurtarief, dat volledig onderbouwd is, inclusief een prestatiebeschrijving van alle handelingen die de mondhygiënist verricht. In dit uurtarief is de preventie wel volledig in te bouwen. Bovendien is een uurtarief voor de patiënt controleerbaar. Hij weet precies hoelang hij in de behandelstoel heeft gezeten. Verzekeraars zullen echt niet controleren of- en op welke wijze er gefraudeerd wordt. Men wil wel graag spiegelinformatie genereren, maar het feit dat er gefraudeerd wordt weegt volgens hen niet op tegen de kosten van een controle-instituut. Het verhogen van de premie voor de aanvullende tandartsverzekering is een minder ingrijpende actie dan het controleren op fraude.

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

Een zeer zwak punt is het feit dat in de huidige bekostigingssystematiek de macht van de verzekeraar wordt gebagatelliseerd. De tarieven zijn maximumtarieven en verzekeraars hebben de macht om eenzijdig contracten af te dwingen voor lagere tarieven, waarbij de contracten niet individueel onderhandelbaar zijn. En dat op een markt die zich beweegt in het particuliere circuit als we het hebben over de zorg voor volwassenen vanaf 22 jaar.

10. 10a. Welke prestatievariant heeft uw voorkeur en waarom?

In principe heeft het werken met uurtarieven de voorkeur van de NVM, maar dit wordt niet genoemd als prestatievariant.

10b. Zijn er nog meer prestatievarianten mogelijk en hoe waardeert u die?

Een combi van uurtarief en producten (verrichtingen). Preventie (dus het aanleren en onderhouden van een gedragsverandering) op basis van uurtarief, het overige deel in de vorm van producten (Verrichtingen).

10c. Deelt u de opvattingen van de NZa over de verbetermogelijkheden op het gebied van preventie en innovatie? (incl. toelichting waarom wel en waarom niet)

Ja, op het gebied van preventie is nog een wereld te winnen, waarbij collectieve preventie op het gebied van de mondzorg niet los gezien kan worden van de individuele preventie. Collectieve preventie zal altijd moeten worden gevolgd door individuele preventie en de collectieve preventie zal nieuw leven ingeblazen moeten worden.

Daarnaast heeft de NVM een jeugdplan ontwikkeld op basis van risico-inschatting, waarin preventie een grote rol speelt, teneinde de mondgezondheid van de jeugd op een hoger plan te tillen, zodat op termijn de mondgezondheid van de hele Nederlandse bevolking op een hoger plan is getild.

Innovaties moeten gemakkelijk in de nieuwe bekostigingstructuur kunnen worden ingebouwd.

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

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

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

Uurtarief, eventueel gecombineerd met producten (verrichtingen), maar dan wel gebaseerd op vrije tarieven.

Gedragsverandering bewerkstelligen, een heel belangrijk onderdeel van het preventieve traject, is niet in een verrichting te vatten, maar is maatwerk.

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

zie vraag 11a.

11c. Is het schema met daarin de effecten per tariefvariant op de uitgangspunten van de bekostigingsstructuur goed en volledig beschreven? (incl. toelichting waarom wel en waarom niet)

Nee, dit schema is een samenraapsel van objectieve en subjectieve criteria. Je kunt de plusjes geheel naar je eigen voorkeur invullen. Er wordt duidelijk toegewerkt naar een productsysteem.

11d. Deelt u de conclusie van de NZa dat op basis van dit schema het productsysteem het meest geschikt lijkt voor de nieuwe bekostigingsstructuur? (incl. toelichting waarom wel en waarom niet)

Nee, op basis van dit schema niet. Dit is met voorbedachten rade voorzien van plusjes en minnetjes, zodat het productsysteem er als beste uitkomt.

12. 12a. Deelt u de opvatting van de NZa voor verbetermogelijkheden op het gebied van controle van declaraties? (incl. toelichting waarom wel en waarom niet)

Wat de NVM betreft is het de patiënt die de declaratie moet controleren en geen enkele andere instantie. Dit betekent de nota naar de patiënt en niet via elektronische declaratie rechtstreeks naar de verzekeraar. Dan valt er namelijk niets meer te controleren. Zie de Amsterdamse tandarts die recentelijk is aangepakt op excessief declareren bij CZ. Zou dit ook gebeurd zijn als de nota's naar de patiënt gestuurd zouden zijn?

Zoals voorgesteld in het NZa document gaan we weer terug naar de oude ziekenfondssystematiek.

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

Eigen verantwoordelijkheid consument aansturen/ontwikkelen. Patiënt moet consument worden.

12c. Welke verbetering(en) heeft uw voorkeur en waarom?

13. 13a. Deelt u de opvatting van de NZa over verbeteringen op het gebied van transparantie-eisen? (incl. toelichting waarom wel en waarom niet)

De NVM ziet in het huidige systeem dat de mondhygiënist hanteert (uurtarieven) geen aanleiding om te werken aan meer transparantie, het uurtarief is transparant genoeg. Dat geldt overigens ook voor de verrichtingentarieven. Consumenten willen zorg die verzekerd is afnemen. Verzekeraars spelen hier op in.

Jaarlijks halen verzekeraars bepaalde producten uit het verzekeringspakket, of worden ingeschoven in nieuwe producten. Bij de aanvullende verzekeringen voor tandheelkunde wordt daarnaast ook nog gewerkt met acceptatie – te slecht gebit, dan geen uitgebreide

verzekering mogelijk. Dan is kwaliteit, transparantie en concurrentie mooi, maar dan werkt het niet !

Zorgzwaartecategorieën is een mooi gegeven, maar geen enkele consument weet vooraf in welke zorgzwaartecategorie hij valt. Er zal toch eerst gescreend moeten worden. Als dan de WGBO wordt gevolgd zal de zorgverlener altijd het in te zetten traject met de consument bespreken.

Een nobel streven om via audiovisuele hulpmiddelen te verduidelijken wat behandelingen inhouden. Maar wie gaat dat betalen? En hoe gaan onze angstige patiënten hier op reageren?

Als we alle maatregelen die de NZa voorstelt om te komen tot meer transparantie moeten uitvoeren, ontstaat er weer een lijvig boekwerkje dat de consument moet doorworstelen.

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

Preventie hoog belonen. Transparant maken dat preventie op de lange termijn loont.

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

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

De NVM kiest voor een big bang invoering van de nieuwe bekostigingsstructuur.

Gezien de problemen rondom de geleidelijke invoering van een nieuwe mondzorgstandaard voor elektronische declaratie, lijkt big bang een betere optie.

15. Is de huidige bekostigingsstructuur voor instellingen voor jeugdtandverzorging volledig en goed beschreven? (incl. toelichting waarom wel en waarom niet)

Hiervan heeft de NVM te weinig achtergrondinformatie om te kunnen antwoorden.

Dit geldt ook voor de vragen 16 en 17

16. 16a. Zijn de risicogroepen voor mondgezondheid volledig en goed beschreven? (incl. toelichting waarom wel en waarom niet)

16b. Kunt u zich vinden in de door de NZa genoemde strategie gericht op risicogroepen? (incl. toelichting waarom wel en waarom niet)

17. 17a. Deelt u de analyse van de NZa voor verbetermogelijkheden op het gebied van jeugdtandverzorging? (incl. toelichting waarom wel en waarom niet)

17b. Zijn er nog meer verbeteringen mogelijk en hoe waardeert u die?

17c. Welke verbetering(en) heeft uw voorkeur en waarom?

Algemene opmerkingen:

Het hele document is toegeschreven naar een productsysteem, met als enig achterliggend doel kostenbeheersing. Het is uiteraard niet slecht om op de kosten van de zorg te letten, maar de argumenten die in het huidige document gebruikt zijn, rieken naar inkomensnivellering voor de zorgverlener, zie ook orthodontie. Efficiënt werken wordt beloond met tariefsverlaging. Dat is de wereld op zijn kop.

Het vertrouwen dat de NZa (lees overheid) heeft in de mondzorgverlener is nihil.

In geen enkele andere ondernemingsbranche dan de zorg, bemoeit de overheid zich inhoudelijk met de zorg of met de tarieven.

Kwaliteit moet wat betreft de NVM het hoogst in het vaandel staan. Daar hangt nu eenmaal een prijskaartje aan. Dat betekent overigens niet per definitie dat het tarief torenhoog is. Praktijken moeten in de toekomst wel een gezond financieel beleid kunnen blijven voeren. Bovendien moet het aantrekkelijk blijven om in de mondzorg te werken, anders heeft deze operatie een mondzorgverlenerstekort tot gevolg, met alle gevolgen van dien.

Een goede mondgezondheid is alleen te bereiken wanneer consument en zorgverlener in een relatie die gebaseerd is op vertrouwen, met elkaar samenwerken. Dat is essentieel om preventie te kunnen laten slagen.

De NVM kiest in principe voor een uurtarief, eventueel in combi met een product- of verrichtingensysteem. Uurtarieven zijn transparant voor de consument en controleerbaar. Daarnaast heeft de NVM voorkeur om te werken met zorg op basis van risico-inschatting. De kwaliteit kun je dan zichtbaar maken door samen met de consument aan het verlagen van het risico te werken.

Taakherschikking moet niet het hoogste doel zijn in de nieuwe bekostigingsstructuur. De grote mondzorgpraktijk niet het eindstation van deze operatie. Vooral op het platteland is dat namelijk niet te realiseren. Bovendien is schaalvergroting niet per definitie kostenverlagend, maar is er bij schaalvergroting meer een tendens naar kostenverhoging. Samenwerken in de eerste lijn en taakherschikking moet als grootste doel hebben het verhogen van de kwaliteit, en niet gestoeld zijn op kostenbeheersing. Dat alles kan ook in de samenwerking tussen kleine praktijken gerealiseerd worden.

In het hele document wordt geen rekening gehouden met het feit dat je naast zorgverlener ook nog ondernemer bent met alle risico's van dien.