

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

Niet duidelijk is of hier bedoeld wordt alleen de numerus fixus voor de universitaire opleiding tandheelkunde, of ook het aantal plaatsen m.b.t. mondzorgkunde en tandprotheticus. Tandheelkunde en mondzorgkunde zijn dure opleidingen, omdat er werkplek financiering moet zijn om studenten voldoende praktische vaardigheden te kunnen laten verwerven. Het blijkt nu al moeilijk genoeg te zijn om dit in de opleidingen te bewerkstelligen. Bovendien lijkt het de NVM voor de opleidingen een niet te hanteren formule, omdat het praktisch gezien haast niet mogelijk is. Het aantal studenten per jaar zal mogelijk erg gaan fluctueren. Omdat er in de directe landen om Nederland heen geen opleiding tot mondhygiënist is en ook geen overschot is aan mondhygiënisten, is de instroom van buitenlandse mondhygiënisten gering. Het feit ligt er dat veel studenten die eigenlijk tandheelkunde willen gaan doen, de opleiding mondzorgkunde als zgn. parkeerstudie gebruiken, totdat ze geplaatst kunnen worden op de studie tandheelkunde.

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

Mondhygiënisten hebben vanaf 1979 (eerste vrijgevestigde mondhygiënist) tot aan de invoering van de WMG in oktober 2006 – vrije prijzen gekend. Dit heeft nooit geleid tot excessen. Wellicht is het zinvol dat de NZa eens onderzoekt hoe dat is geweest. Vrije prijzen in Nederland zijn helemaal niet vrij. Zolang de verzekeraars (gefuseerd in grote verbanden) een machtspositie hebben, worden de prijzen dan wel niet bepaald door de overheid, maar wel door de verzekeraars. Dat is de wereld op zijn kop. Is dat dan liberaal?

- 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 bronvermelding.**

Er 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 de periodieke controle wat betreft onderzoek naar gaatjes en tandvleesproblemen van de tandarts over te nemen. Dit gebeurt al sinds de start van de opleiding in 1968. Dit geldt eveneens voor het maken van röntgenfoto's. Voor het geven van anesthesie is de mondhygiënist sinds 1997 functioneel zelfstandig. Ook mondhygiënist met een 2-, dan wel 3-jarige opleiding kunnen bekwaam en bevoegd zijn in het prepareren en restaureren van primaire cariës, wanneer zij de post HBO opleiding KTV of MV gevolgd hebben. Voor alle voorbehouden handelingen is een opdracht van de tandarts nodig. De mondhygiënist is echter wel volledig zelf verantwoordelijk voor de uitgevoerde handelingen. Bron: AMvB 2006

- 4. Kunt u zich vinden in 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 bronvermelding.**

Deels. Het schema is wat de NVM betreft appels met peren vergelijken. Door de inzet van mondhygiënist en (preventie)assistenten kan een tandartsenpraktijk een grotere omvang hebben, omdat zorg herschikt wordt. In veel van de landen die in de tabel worden genoemd is die mogelijkheid er niet en doen veel tandartsen de werkzaamheden van mondhygiënist en (preventie-)assistent zelf, waardoor hun bestand kleiner zal zijn.

Het aanbod van zorgaanbieders lijkt compleet, maar de (preventie)assistent wordt in dit verband niet genoemd, terwijl die inmiddels wel veel patiëntgebonden werkzaamheden in de praktijk uitvoert. Hierdoor kan dus een verkeerd beeld ontstaan.

**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?**

Voor mondhygiënisten geldt dat volgens het advies van de cie. Linschoten de instroom van tandartsen zou worden beperkt maar de instroom voor mondhygiënisten zou worden vergroot. Dit advies is slechts ten dele uitgevoerd. Door deze inconsequente maatregelen wordt een schaarste gecreëerd.

Het zou kunnen dat bij schaarste de huidige beschikbare capaciteit per zorgverlener zal worden vergroot om ieder die zich bij de praktijk meldt van dienst te kunnen zijn. De mogelijkheid hiertoe hangt echter ook af van de privé omstandigheden van de zorgverleners.

**6. Denkt u dat de nieuwe opleidingen tot mondarts en mondhygiënist nieuwe stijl zullen leiden tot de gewenste taakherschikking?**

Nee, taakherschikking is niet afhankelijk van de opleiding die genoten is, maar van het vertrouwen dat men heeft in elkaars deskundigheid. Taakherschikking vindt al plaats zolang er mondhygiënisten in Nederland zijn. Het hele preventieve deel ( primaire, secundaire en tertiaire preventie) beslaat het deskundigheidsgebied van de mondhygiënist.

Ook met de “oude” opleiding, om het zo maar te noemen, kan taakherschikking tot zijn recht komen. Het zijn namelijk de zorgverleners die het moeten doen! Bovendien kunnen mondhygiënisten met de zgn. “oude” opleiding ook de bedoelde vaardigheden hebben verworven door bij- en nascholing.

**7. Bent u het eens met de analyse dat de beperking van het aantal opleidingsplaatsen (het in stand houden van de numerus fixus) de toetreding tot de markt onnodig belemmert?**

**8. Mist u andere toetredingsdrempels?**

Lijkt volledig beschreven.

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

Ten eerste wordt in het hele document alleen gesproken over de mondhygiënist nieuwe stijl. Het enige verschil met de mondhygiënist “oude” stijl is dat de voorbehouden handeling m.b.t. het prepareren van primaire cariës er is bijgekomen en al tijdens de opleiding wordt geleerd, ipv in het post HBO. (blz. 37) De NVM vindt het een vreemde conclusie dat hierdoor de huidige tariefstructuur niet meer volstaat. Wat de NVM betreft volstaat de huidige tariefstructuur (tandartstarieven) al lange tijd niet, dat heeft niets te maken met het feit dat er nu een ‘andere’ mondhygiënist zou zijn, maar alles te maken met het feit dat preventie in de huidige tariefstructuur niet is opgenomen.

Als we transparantie willen op de mondzorgmarkt dan moeten we ophouden met het steeds weer ontwikkelen van nieuwe beroepen binnen de mondzorg.

Voor wat betreft transparantie van kwaliteit wordt gesteld dat de maatregelen die genomen zijn vooral ingaan op de richtlijnen voor samenwerking en doorverwijzing van patiënten. Dit vindt de NVM wat kort door de bocht gesteld. Bovendien wordt de bij- en nascholing aangeboden door externe cursusaanbieders, die de mogelijkheid hebben hun cursusaanbod te laten accrediteren. De meeste bij- en nascholing gaat overigens over de inhoudelijke kant van de beroepsuitoefening en een aantal wordt wel degelijk afgesloten met een toets. Ook de NVM heeft in samenwerking met de NPCF al reeds in 2001 een brochure uitgebracht waarin de mondhygiënische zorg vanuit patiëntenperspectief is omschreven.

Voor wat betreft de transparantie van prijzen – de mondhygiënist hanteert een uurtarief, dat is zeer transparant. Bovendien adviseert de NVM de vrijgevestigde mondhygiënisten al een aantal jaren om de tarieven in de wachtkamer op te hangen en op praktijkwebsites etc. te publiceren.

Of de medische marktplaats bijdraagt aan transparantie van zorg, kwaliteit en prijs betwijfelt de NVM. Zonder goede diagnose, indicatie etc. is het niet mogelijk om transparant te zijn voor wat betreft de prijs en de soort zorg die moet worden geboden.

De NVM deelt de analyse dat het op de mondzorgmarkt niet altijd duidelijk is wie welke zorg aanbiedt. Daarom heeft de NVM een aantal jaren terug de folder: "Wie doet wat in de mond(zorg)" uitgegeven en stimuleert zij haar leden om zich herkenbaar te profileren als mondhygiënist.

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

Ja, de NVM is het hier mee eens.

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

In dit verband kan de NVM uit ervaring spreken. Tot 1 oktober 2006 waren de tarieven van de vrijgevestigde mondhygiënisten vrije tarieven. De mondhygiënist ervaart de macht van de zorgverzekeraar dagelijks. Ten eerste is er een oneerlijke concurrentiepositie met tandartsen die mondhygiënisten en preventie-assistenten in dienst hebben. Tandartsen hoeven geen contract afgesloten te hebben en toch wordt de geleverde zorg aan de consument vergoed. De geleverde zorg door vrijgevestigde mondhygiënist wordt niet aan de consument vergoed als de mondhygiënist geen contract heeft afgesloten. En dat terwijl er dezelfde zorg geleverd wordt en het bovendien voor het overgrote deel ook nog zorg uit het derde compartiment betreft. De macht van de verzekeraar is groot en wordt ook ge(mis)bruikt. Individueel valt niet met de zorgverzekeraar te onderhandelen en collectief mag niet. De prikkels van partijen om goed in te kopen zullen voor de verzekeraars ongetwijfeld goed en volledig zijn weergegeven. Voor de zorgaanbieders echter niet. Bovendien wordt ernstig betwijfeld of de zorgverzekeraars hun behaalde inkoopvoordelen wel doorgeven aan hun klanten. Mondzorg wordt voor het grootste deel van de bevolking verzekerd via het aanvullende pakket. Deze pakketten kennen voor de mondzorg veelal acceptatieplicht. Daarnaast zijn er zoveel verschillende pakketten dat het onmogelijk is om deze op een goede manier met elkaar te vergelijken. Ook niet via de verschillende vergelijkingssites die internet inmiddels rijk is. Het blijft appels met peren vergelijken.

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

Marktverhoudingen zijn absoluut niet correct beschreven. De verzekeraars hebben een grote machtspositie. In het hele document wordt dit ruim onderschat. Dit geldt overigens ook voor het andere consultatiedocument dat betrekking heeft op de mondzorg. De Zvw omschrijft welke zorg is verzekerd, de verzekeraar bepaalt vervolgens wie, wat, waar, hoe en voor hoeveel. Ben je het niet eens met de overeenkomst en teken je niet, dan heb je pech en je patiënten ook. Hoezo dus geen inkoopmacht. De verzekerde heeft ook geen macht. Er is al geen verantwoorde keus mogelijk door de veelheid aan polissen en ook het aantal zorgverzekeraars waar uit te kiezen valt wordt drastisch teruggebracht door het grote aantal fusies binnen deze branche.

**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 tandprotheticen dan met tandartsen en orthodontisten? Waarom is dit zo?**

Zie hiervoor de antwoorden bij vraag 11 en 12. De verzekeraar kan dit best zo ervaren. Voorbijgegaan wordt aan het feit dat beide groepen relatief kleine aantallen zorgverleners kennen en de verzekeraar zijn macht dus kan laten gelden. De NVM heeft in dit verband een procedure lopen met de NMa over de inkoopmacht van de zorgverzekeraars.

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

Dit risico is al lang aanwezig. De tandarts doet al verrichtingen die mondhygiënisten en tandprotheticen kunnen doen. Het speelveld is al heel erg ongelijk.

**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?**

Mondhygiënisten hebben al vanaf 1979 vrije tarieven. Deze tarieven zijn gebaseerd op de eisen die worden gesteld aan de praktijkvoering en zijn praktijkgebonden. De NVM mocht immers geen adviestarieven uitgeven. Er is een rekenmodel ontwikkeld (goedgekeurd door de NMa) waarmee mondhygiënisten hun eigen praktijkgebonden uurtarief kunnen berekenen. Dit heeft in alle jaren dat met vrije tarieven gewerkt is niet geleid tot te hoge prijzen. Hoewel verzekeraars uiteraard altijd vinden dat de tarieven te hoog zijn. In 2006 heeft de NVM, anticiperend op de toekomst, de onderbouwing van de tarieven laten herijken.

In het rapport wordt aangegeven dat de verzekeraar met een mondhygiënist die een te hoog tarief vraagt de keus heeft om niet te contracteren. Dat is helemaal niet aan de orde, want het is de verzekeraar die het tarief bepaalt. Wijk je als mondhygiënist af van dit tarief dan wordt de nota niet aan de consument vergoed (ondanks contract). Heb je geen contract dan wordt helemaal niet vergoed.

**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?**

Allereerst kan de NVM de stelling dat een lage prijs voor zorg in veel gevallen een teken van doelmatigheid is, niet onderschrijven. Wat voor de consument doelmatige zorg is (bijv. in groot verband alle behandelingen achter elkaar, met veel resultaat) betekent in de praktijk dat veel overleg etc. tussen behandelaars nodig is. Ook management en overhead zijn in dit soort verbanden hoge kostenposten. Dit betekent niet per definitie dat de zorg goedkoper wordt. Wel kan de kwaliteit verbeteren.

**17. Deelt u de analyse 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?**

Natuurlijk is dit risico beperkt, er is immers wetgeving die dit verbiedt. Zorgverleners laten het wel uit hun hoofd om met elkaar af te stemmen.

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

Nee, deze analyse deelt de NVM niet. Het aanbieden van niet onderhandelbare standaardcontracten met daarbij de polisvoorwaarden waarin wordt aangegeven dat zorg door een niet gecontracteerde zorgaanbieder niet wordt vergoed, is niet bij voorbaat uit te sluiten als zijnde geen machtsmisbruik (uitspraak rechter in zaak NVM/NMa). Datgene dat in het consultatiedocument in het grijze kader hierover is opgenomen, is datgene wat de NMa in haar rapport heeft gezet en niet de volledige weergave. De rechter heeft namelijk anders beslist. De NMa moet het onderzoek dat in dit grijze kader is vermeld, namelijk overdoen, omdat niet is aangetoond dat er geen machtsmisbruik is. Zie ook de antwoorden die de NVM heeft gegeven op het consultatiedocument over herziening bekostigingsstructuur en de antwoorden op vraag 11 en 12 van dit document.

**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?**

Afwenteleffecten zullen er altijd zijn, maar dat is nu ook het geval.

**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?**

De NVM deelt de analyse. Mondhygiënisten hebben tot 1 oktober 2006 vrije prijzen gekend en dit heeft geen negatieve invloeden tot gevolg gehad.

**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?**

Dit hangt volledig af van de soort bekostigingstructuur die wordt ingevoerd. Tot op heden hebben de vrije uurtarieven die mondhygiënisten hebben gehanteerd hier niet toe geleid.

**22. Deelt u de analyse van de NZa dat als de prestatie centraal staat bij het vrijgeven van een markt er een risico bestaat dat er ongewenste verschuivingen van zorgactiviteiten plaatsvinden binnen het takenpakket van de tandarts?**

In deze analyse wordt er dan maar meteen vanuit gegaan dat de tarieven bij het vrijgeven zeker zullen stijgen en dat dus alleen maar de duurdere zorg, waar het meeste op wordt verdiend, wordt uitgevoerd. Dit gaat weer uit van een notoir wantrouwen dat er heerst t.o.v. de zorgaanbieder.

In het voorbeeld dat wordt aangehaald, tandartsen versus orthodontisten, wordt gemakshalve maar voorbijgegaan aan de kwaliteit van de zorg en alleen maar gekeken naar de prijzen. Ook de consument wordt in deze niet voor vol aangezien, die zou kijken naar prijs in plaats van naar kwaliteit. De NVM gaat er van uit dat een orthodontist, als zijnde specialist (met een extra specialistenopleiding van 4 jaar) en dagelijks bezig met orthodontie meer in huis heeft voor wat betreft ortho dan de reguliere tandarts, zeker als het over complexe problemen gaat.

Deze vergelijking kun je ook trekken tussen tandarts en mondhygiënist als het gaat over de vaardigheden m.b.t. de curatieve parodontale behandelingen (scalen/planen). Wanneer je core-business preventie en parodontale zorg is, mag je verwachten dat de zorgverlener voor wie dit dagelijkse kost is, hier beter voor is toegerust.

**23. Kunt u zich vinden in bovenstaande analyse over regulering- en veranderingskosten? Zo niet, kunt u dan concreet aangeven waarde analyse aangescherpt en verbeterd kan worden?**

In een vrije markt is het de zorgaanbieder zelf die zijn tarief bepaalt. De verzekeraar moet bepalen welke vergoeding hij wil geven aan zijn verzekerde. Dat is verzekeren ! Dat is vrije markt !

Als je inderdaad in een vrije markt weer als individuele zorgaanbieder afspraken moet maken met alle verzekeraars, ja dan neemt de lastendruk wel toe. Zowel voor de zorgaanbieder als voor de verzekeraar. Maar dat is nu juist wat de NVM niet wil. Het is niet uit te leggen aan de consument dat bij de ene verzekeraar een zelfde behandeling x kost en bij de andere verzekeraar y. Nee, de handelingen zijn hetzelfde, voor hetzelfde praktijkgebonden tarief, bij iedere consument. Dat hij of zij een verzekeraar heeft waarbij verschillen zitten in de vergoeding, dat is nu juist de marktwerking. De consument kan dan kiezen bij welke verzekeraar hij zich wil verzekeren. Zorgaanbieders concurreren wel onderling, niet met de verzekeraar over het tarief.

Het gegeven verzekeraars zich met de zorg en de tarieven willen bemoeien, stamt wat ons betreft nog uit de oude ziekenfondscultuur. Daar moeten we nu eens van af.

En dat het ontwikkelen van prijslijsten tijd en geld kost – zal ongetwijfeld, maar dat zijn peanuts vergeleken met de andere lasten die hierboven worden genoemd. Als je een uurtarief hanteert is het voldoende om in de wachtkamer een papier op te hangen met daarop het uurtarief. Helder voor iedere consument.

### **Aanvullende opmerkingen NVM:**

Op bladzijde 18 wordt gesproken over ervaringen met medische marktplaats. De NVM vindt het onbegrijpelijk dat er met zorg op deze manier wordt omgesprongen. Hoe kun je, zonder de diagnose van de aandoening te hebben bepaald, op medische marktplaats een prijsaanbod doen? De consument kan best met een zorgvraag komen, maar is die zorgvraag wel een goede zorgvraag?

Gezondheid als veilingproduct? Voor bleken van gebitselementen, oké, daar kun je best op concurreren. Voor het behandelen van ernstige tandvleesproblemen – daar zet de NVM vraagtekens bij, want daar kan zonder goede diagnose geen prijskaartje aan worden gehangen.

Op pagina 29 wordt achtergrondinformatie gegeven over het contracteerproces. Hierin wordt gemeld dat het aantal gecontracteerde vrijgevestigde mondhygiënisten hoger ligt dan dat van tandartsen omdat verzekeraars met deze aanbieders meer concrete afspraken kunnen maken over kwaliteit en prijs. Ook dit is een verkeerde voorstelling van zaken. Er is een oneerlijke concurrentie gaande tussen tandartsen en mondhygiënisten als het gaat over het vergoeden van geleverde zorg door verzekeraars. Tandartsen hoeven niet te contracteren – patiënten krijgen de zorg die door hen geleverd wordt, gewoon vergoed. Ook als de mondhygiënist in loondienst of de preventie-assistent (voor deze laatste wordt het tandartstarief uit de UPT gebruikt) de behandeling uitvoert – de tandarts declareert immers.

Als vrijgevestigde mondhygiënisten geen contract afsluiten met de verzekeraars wordt diezelfde zorg niet aan de patiënt vergoed. Dit gegeven zorgt ervoor dat vrijgevestigde mondhygiënisten met hun rug tegen de muur staan en worden gedwongen om contracten af te sluiten willen zij hun patiëntenbestand kunnen behouden. Er is geen enkele mogelijkheid om te onderhandelen over de prijs van de zorg. Als koepel mag de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten niet met de verzekeraar onderhandelen over de prijs (Mededingingswet), met de individuele mondhygiënist wil de verzekeraar niet onderhandelen.

Op pagina 36 wordt gesproken over decentrale selectie voor wat betreft de opleiding mondzorgkunde. Iedereen met op zijn minst een HAVO diploma kan zich inschrijven voor de opleiding. Ook het MBO diploma niveau 4 geeft echter toegang tot de opleiding mondzorgkunde en er is zelfs bekend dat mensen met een MBO niveau 2 worden toegelaten. Worden MBO niveau 4 en MBO niveau 2 gelijkgesteld met HAVO niveau?