

Reactie op het NZa consultatiedocument: “ Herziening bekostigingsstructuur mondzorg ” van de Nederlandse Vereniging voor Kindertandheelkunde (NVvK).

In reactie op de consultatievragen van de NZa wil de Nederlandse Vereniging voor Kindertandheelkunde allereerst puntsgewijs haar standpunt weergeven. Het betreft hier algemene aspecten waarvan de NVvK meent dat ze kernbegrippen horen te zijn bij een herziening van de structuur van mondzorg, althans waar het de zorg voor de jeugd betreft.

1. Voor de NVvK zijn de *risicoselectie en kwaliteitshandhaving van wezenlijk belang.*

In de verdere vragen hopen we naar voren te brengen dat in de geschetste voorstellen *onvoldoende* geborgd ligt of de kwalitatieve zorg in de kindertandheelkunde gehandhaafd kan blijven bij een drastisch doorgevoerde taakdelegatie of een tariefsverlaging die daarop gebaseerd is. In dit stadium van de discussie is ons niet gevraagd om inhoudelijke oplossingen aan te bieden. Wij kunnen dan ook slechts onze zorg uitspreken over afglijden naar een situatie zoals die onder meer in Engeland op dit moment heerst (het zogenaamde “*supervised neglect*”).

2. De NVvK signaleert een afwijkende visie op het tariefstelsel tussen *jeugd en volwassenen.*

De volwassenenzorg bestaat voor het merendeel uit aanvullend verzekerde zorg, zodat mensen meer keuzevrijheid hebben over de inhoud van hun zorgnivo. Jeugdzorg zit volledig in de basisverzekering en is daarmee -terecht- ontoegankelijk voor marktwerking. Een kwalificatie waarbij via een eerste consultatie een risico/behandelbaarheids indicatie gegeven kan worden (bijvoorbeeld het zogenaamde Uniform Jeugd Consult, UJC) moet ter overweging meegegeven worden. Het volume van de jeugdzorg is wellicht ondergeschikt aan de volwassenenzorg, het aantal patiënten mag niet worden onderschat.

3. Preventie als onderdeel van een integrale behandeling.

Uit het rapport blijkt een verhoogde belangstelling om meer nadruk op de preventie te leggen. Hoewel dit ongetwijfeld een goede oplossing is, mag preventie niet tot enig doel verheven worden. De curatieve component dient eveneens aandacht te krijgen. Momenteel wordt er te weinig gelet op de zorgachterstand bij het jongste kind, zoals ook duidelijk blijkt uit het recent gepubliceerde rapport van het CVZ.

Daarbij komt dat de verbeterde zorg bij volwassenen voor deze groep zal leiden tot een meer arbeidsintensief gebitsonderhoud.

Zorg voor het gebit, en dus ook voor het kindergebit, dient in het kader te staan van het streven naar een optimale **mondgezondheid** in de brede zin van het woord. De verschillende behandelstrategieën die hierbij ter beschikking staan dienen op een professioneel nivo te kunnen worden afgewogen en uitgevoerd en kwaliteitsgarantie moet daarbij geboden kunnen zijn.

Dit betekent dat invasieve handelingen binnen het juiste indicatiegebied intensief en volwaardig moeten kunnen uitgevoerd en immer gepaard moeten gaan met primair preventieve maatregelen. Non invasieve zorg moet doelbewust en goed gecontroleerd worden uitgevoerd, zodat supervised neglect voorkomen wordt.

4. Relatie kwaliteit en differentiatie in verrichtingen.

Een honorering dient ruimte te bieden aan een kwalitatieve differentiatie van de zorg. Een te haastig doorgevoerde taakdelegatie leidt tot een discrepantie tussen bevoegdheid en bekwaamheid van hulpkrachten. Een eenheidstarief (producthonorering) zal eerder leiden tot supervised neglect, basale zorg en versnelde verwijzing. Een prestatiesysteem biedt ruimte voor kwalitatieve differentiatie.

5. Groepspraktijk versus solopraktijk.

Een groepspraktijk (van gelimiteerde omvang) kan een meerwaarde hebben. Hierbij is het van belang dat er een interne delegatie naar hulpkrachten plaatsvindt of dat er een verwijzing naar gedifferentieerde tandartsen binnen de praktijk mogelijk is (tweedelijnszorg). Een verwijzing naar een hulpkracht op andere locaties zal tariefsverhogend werken. Hulpkrachten die het (restauratieve) werk van tandartsen doen zullen vergelijkbare kosten gaan maken (materialen, assistentie). Een verwijzing naar tweedelijnszorg op een andere locatie moet een tijdelijk karakter hebben. Daarnaast kan een solopraktijk wel een rol vervullen als de behandelaar specialistische tweedelijnszorg (voor risicogroepen) aanbiedt of omdat zorg in de directe omgeving beschikbaar is, in gebieden waar geen groepspraktijken voorhanden zijn.

6. Zorg voor risicogroepen dient beter geprotocolleerd te worden.

Angstige, of om andere redenen moeilijk behandelbare kinderen (ontwikkelingsbeperking, taal/spraak achterstand, medisch gecompromiteerd, psychisch disfunctioneren) lopen al snel het risico om in de laatste fase van de verwijzingspiramide terecht te komen.

Om dit te reguleren moet vernieuwend beleid worden gevoerd. Hierbij kan gedacht worden aan diagnostische consulten, reflectiemomenten, specifieke behandelprotocollen en goede grenslijnen voor normale en bijzondere zorg. Een aparte honorering voor deze groep, bijvoorbeeld na een risico consult, lijkt aangewezen. Indien gekozen wordt voor een productsysteem (wat niet onze voorkeur heeft) zonder een differentiatie in de tarieven voor risicogroepen, voorzien wij een terugval in kwaliteit, een toenemende vermindering van zorg en een groeiend aantal verwijzingen naar tandarts-pedodontologen.

De antwoorden op de door de NZa gestelde consultatievragen treft u hieronder aan.

Algemeen: waar in deze reactie de termen “zorg”, “preventie”, “curatie”, “behandeling” of samenstellingen van deze begrippen zijn gehanteerd, wordt bedoeld op KINDERTANDHEELKUNDIGE zorg. Dit is voor de leesbaarheid merendeels weggelaten.

Consultatievraag 1

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

(inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)

- Sinds 1960 is er een verandering van vraag van curatie naar preventie. Echter, sinds 1990 treedt er een stagnatie c.q. stabilisering op in deze verschuiving.
- Daarnaast neemt de vraag naar curatie zeker niet af getuige de zorgachterstand bij het jonge kind en door de verbeterde medische zorg voor ouderen.
- Daarbij zijn er nog steeds risicogroepen (waaronder jonge kinderen) die tot op heden van tandheelkundige zorg verstoken blijven en die in de komende tijd een beroep doen op de curatieve zorg.
- Mondzorg omvat vroegtijdige diagnostiek, preventie, vervolgdagnostiek en behandeling. Preventie is slechts dan waardevol als het ingebed is in deze gehele cyclus. De NVvK stelt het belang van het kind centraal, wat betekent adequate en volledige zorg die het kind nu en in de toekomst helpt.
- Indien gekozen wordt voor een louter preventieve behandeling, dan dient dit binnen een goed gecontroleerde non-invasieve strategie plaats te vinden (dus inclusief een overwogen strategie, een vangnet voor gebrekkige compliance onder patiënten), zodat supervised neglect voorkomen wordt.

Consultatievraag 2

Zijn de typen mondzorgaanbieders volledig en goed beschreven?

(inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)

- Bij tandartsen bestaat de mogelijkheid tot specialisatie van: Endodontoloog, Parodontoloog, Pedodontoloog, Gnatholoog, Maxillo-faciale prothetist, Implantoloog, Tandarts-angstbegeleiding, Tandarts-gehandicaptenzorg. Tussen de specialisaties bestaan verschillende opleidingseisen.
- Het automatisme waarbij een tandartsassistente na 5 jaar automatisch een preventieassistente wordt is onjuist.
- De functie van paro-preventie assistente is geen bestaande functie.

Consultatievraag 3

Is de huidige bekostigingsstructuur mondzorg volledig en goed beschreven?

(inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)

- 2.3.2 Bestaande varianten. Bij de uitzonderingen voor de jeugdtandverzorging dient ook de risicotoeslag vermeldt te worden.

Consultatievraag 4

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

(inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)

- Deze worden in de kindertandheelkunde niet gebruikt. Voor de behandeling van kinderen uit risicogroepen (inclusief de extreem angstigen!) wordt gebruik gemaakt van het uurtarief welke in de UPT lijst opgenomen is. De risicotoeslag voor de regionale jeugdzorg zou ook voor andere behandelaars van risicogroepen dienen te gelden.

Consultatievraag 5a

In hoeverre is volgens u in praktijk sprake van het niet doorberekenen van genoten inkoopvoordelen voor tandtechniek aan de consument?

(inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)

- In de kindertandheelkunde is dit nauwelijks relevant en niet te beoordelen.

Consultatievraag 5b

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

- Geen mening, n.a.v. opmerking 5a.

Consultatievraag 6

Zijn de ontwikkelingen die van invloed kunnen zijn op de bekostigingstructuur volledig en goed beschreven? (inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)

- 2.4.1. De zin "Bij bijzondere tandheelkunde is het uitgangspunt dat gehandicapte verzekerden dezelfde zorg krijgen als niet gehandicapten" dient gewijzigd te worden in "Bij bijzondere tandheelkunde is het uitgangspunt dat *door mentale of fysieke problemen of door angst of leeftijd* gehandicapte verzekerden....". Deze uitbreiding doet recht aan de huidige visie over gehandicapt zijn in relatie tot de tandheelkunde.
- 2.4.1. Bij de beschrijving van het basispakket per 1 januari 2008 wordt genoemd dat verzekerden tot 22 jaar recht hebben op onder andere periodieke preventieve controle, een incidenteel tandheelkundig consult en het verwijderen van tandsteen. Voor de goede orde dient opgemerkt te worden dat jeugdigen momenteel ongelimiteerd aanspraak kunnen maken op nagenoeg alle tandheelkundige verrichten uit het UPT-pakket met uitzondering van de D-codes (orthodontie) en R-codes (kroon- en brugwerk). Hiermee is zowel diagnostiek, preventie als curatie afgedekt.
- 2.4.3. Het enthousiasme over het teamconcept dient genuanceerd te worden gezien het feit dat 64% van de tandartsen werken in een solopraktijk, er een afname te zien is wat betreft de werktijden, er veel tandartsen de voorkeur geven aan het werken in loondienst bij een tandartspraktijk, er steeds meer vrouwelijke tandartsen bij komen die parttime (willen) werken. Daarbij komt de ontwikkeling dat mondhygiënisten zich zelfstandig vestigen. Het teamconcept dient op haalbaarheid herzien te worden. Een verwijzingsstructuur moet anders (financieel ongunstiger) geïnterpreteerd worden dan taakdelegatie op afstand.

Consultatievraag 7a

Deelt u de analyse van de NZa over de consequenties van de recente ontwikkelingen in de mondzorg voor de bekostigingstructuur?

(inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)

- 2.5.1. Preventie op zich leidt niet tot een betere mondgezondheid. Zo zal preventie ontoereikend zijn in die gevallen waarbij bijvoorbeeld (diepe) carieuze laesies en symptomen van dentogene infecties aanwezig zijn. Preventie dient een onderdeel te zijn van de cyclus van diagnostiek, preventie en curatie. Deze integrale benadering leidt daadwerkelijk tot een betere mondgezondheid.
- Voor de taakherschikking geldt eveneens de opmerking zoals die onder vraag 6 gemaakt is.
- Ketenzorg zal kostenverhogend werken.

Consultatievraag 7b

Zijn er nog meer ontwikkelingen die van invloed zijn op de bekostigingstructuur?

- Een prestatiehonorerings doet meer recht aan kwalitatieve verbeteringen van de zorg. Een producthonorerings zal eerder leiden tot risico delegatie en vervlakking van de kwaliteit bij kwetsbare groepen.

Consultatievraag 8a

Deelt u de visie van de NZa over de uitgangspunten voor een bekostigingstructuur? (inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)

- Bij het handhaven van de kwaliteit dienen bepaalde behandelingen tot `voorbehouden` behandelingen benoemd te worden. Hiermee wordt het aantal, dat een behandeling mag uitvoeren beperkt tot de specialist.
- Nieuwe ontwikkelingen, materialen of procedures moeten gehanteerd en gedeclareerd kunnen worden. Binnen een productsysteem is daar geen ruimte voor, aangezien voor de goedkoopste variant gekozen wordt.

Consultatievraag 8b

Welk uitgangspunt weegt voor u het zwaarst en waarom?

- Inhoudelijke kwaliteit van de totale behandeling. De keuze voor een structuur in de mondgezondheid moet weloverwogen leiden tot volledige zorg en niet een begin zijn van afglijden naar een beperkt deel van het zorgpakket.

Consultatievraag 9a

Deelt u de analyse van de NZa over de sterke punten en zwakke punten van de bekostigingstructuur? (inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)

- 3.3.1.1. De genoemde 1100 codes betreft de volledige mondzorg. Voor de tandheelkundige zorg van kinderen wordt slechts een klein gedeelte gebruikt. Dat pakket is tot op heden toereikend.
- 3.3.1.1. De prestaties zijn helder omschreven en overlappen elkaar niet.
- 3.3.1.3. De kern bij het beschrijven van gebrek aan innovatie is gelegen in het komen tot consensus. Dit wordt niet veroorzaakt door het huidige tariefsysteem. Daarmee niet relevant.
- 3.3.3.2. Een prijslijst geeft de consument een schijn zekerheid. Goede voorlichting over de uit te voeren behandeling en informed consent vormen een betere basis en transparantie.
- De opmerkingen over transparantie zijn niet steekhoudend. Meer en betere informatie kan voldoende zijn om de transparantie te verbeteren. Daarbij heeft de consument en/of zijn/haar ouders ook de plicht om informatie te verzamelen en tot zich te nemen.

Consultatievraag 9b

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

- Jeugdzorg zit volledig in de basisverzekering en is daarmee -terecht- ontoegankelijk voor marktwerking.

Consultatievraag 10a

Welke prestatievariant heeft uw voorkeur en waarom?

- De waardering in de kindertandheelkunde gaat uit naar een prestatiesysteem in de vorm van een verrichtingsstelsel. Kwaliteit moet vooral in samenspraak met de beroepsuitoefenaren gedaan worden. Om de negatieve aspecten van risicoselectie te voorkomen kunnen zorgzwaartecategorieën, tijdstarief of toeslagen gehanteerd worden.

Consultatievraag 10b

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

- Een verrichtingsstelsel waarbij er voor de behandeling in de tweedelij (in casu tandarts-pedodontoloog) een aparte productlijn komt. Dit doet ook recht aan risicogroepen.

Consultatievraag 10c

Deelt u de opvattingen van de NZa over de verbetermogelijkheden op het gebied van preventie en innovatie? (inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)

- Er wordt in het rapport veel aandacht besteed aan preventie. Nogmaals: de vraag naar curatie bij het jonge kind en de oudere patiënt gaan stijgen. Daarnaast zullen patiënten en/of hun ouders niet elke keer door een selectie gehaald willen worden alvorens zij behandeld mogen worden.
- Innovatie is nu al mogelijk binnen de bestaande commissies, zoals de commissie innovatie van de NMT. Nieuwe commissies zullen vergelijkbare resultaten behalen.

Consultatievraag 10d

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

- Het opstellen van een jeugdconsult voor jeugdigen, voor het vaststellen van het risicoprofiel.
- Codes voor de allerkleinsten; in het kader van voorlichting/ parental education/ primaire preventie.

Consultatievraag 10e

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

- Vooral nog een tariefsplitsing van de preventieve zorg (wordt voorbehouden aan de tandarts en mondzorgkundigen) en restauratieve zorg (*vooral nog* voorbehouden aan de tandarts). Dit kan op basis van de stijgende bekwaamheid van de mondzorgkundigen met een zekere regelmaat herzien worden.

Consultatievraag 11a

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

- Verrichtingen, mits aan duidelijke voorwaarden voldaan. Hierbij dienen kwaliteitscriteria beschreven te worden door of in samenspraak met de zorgaanbieders en risicogroepen dienen correct beschreven te worden, inclusief extreem jonge kinderen of kinderen met een ontwikkelings-/ psychologische problematiek. Daarbij dienen ook zorgzwaarte categorieën beschreven te worden voor de tweedelijns behandeling.
- Concurrentie op prijs niet opportuun.

Consultatievraag 11b

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

- Neen.

Consultatievraag 11c

Is het schema met daarin de effecten per tariefvariant op de uitgangspunten voor de bekostigingsstructuur goed en volledig beschreven? (inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)

- Het biedt te weinig ruimte aan de genoemde twijfels. Onze twijfels zijn in bovenstaande paragrafen voldoende verwoord.

Consultatievraag 11d

Deelt u de conclusie van de NZa dat op basis van dit schema het productsysteem het meest geschikt lijkt voor de nieuwe bekostigingsstructuur? (inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)

- Neen, hoewel het productsysteem gunstig lijkt te zijn, wordt er voorbij gegaan aan de twijfels die er zijn naar aanleiding van de huidige DBC's. De opmerking dat er permanent behoefte aan uitbreiding van de producten bestaat en de voor patiënten soms onredelijke nota's voor kleine ingrepen, ondersteunen deze zienswijze. De kindertandheelkunde kent een stabiel pakket verrichtingen dat op dit moment ruimte biedt voor kwalitatieve gradering van de zorg.

Consultatievraag 12a

Deelt u de opvatting van de NZa voor verbetermogelijkheden op het gebied van controle van declaraties? (inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)

- De patiënt heeft beperkt behoefte aan de genoemde controle zolang de verwachte kwaliteit van de behandeling geleverd wordt.
- Instellingen als de Adviserende Tandartsen en Tandheelkundige Controle Instituut hebben een meer preventieve en motiverende werking waardoor controle en preventie van fraude voorkomen wordt.

Consultatievraag 12b

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

- Neen.

Consultatievraag 12c

Welke verbetering(en) heeft uw voorkeur en waarom?

- Zie 12a.

Consultatievraag 13a

Deelt u de opvatting van de NZa over verbeteringen op het gebied van transparantie-eisen? (inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)

- Voorzichtigheid is geboden om te voorkomen dat de tandarts een warenhuis gaat worden, waarbij prijs het enige selectie criterium wordt.

Consultatievraag 13b

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

- Instellen van een Uniform Jeugd Consult (UJC) als jaarlijks meet instrument.

Consultatievraag 13c

Welke verbetering(en) heeft uw voorkeur en waarom?

- Voor de jeugd het UJC, aangezien het een goede indeling in categorieën betekent. Dit is een goede basis voor het bepalen van adequate therapie.

Consultatievraag 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)? (inclusief toelichting)

- Indien gekozen wordt voor aanpassing van de huidige verrichtingen systematiek dan kan dit in eens.
- Bij een overstap naar een andere structuur dan dient de beroepsgroep tijd te hebben om zich aan te passen. Hierbij kan gekeken worden naar de analogie van DBC's: intenties en termijnen opstellen, discussietijd, plannen en evalueren.

Consultatievraag 15

Is de huidige bekostigingsstructuur voor instellingen voor jeugd tandverzorging volledig en goed beschreven? (inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)

- Ja.

Consultatievraag 16a

Zijn de risicogroepen voor mondgezondheid volledig en goed beschreven? (inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)

- Figuur 1 geeft een vertekening van de werkelijkheid:
 - Sinds 1990 is er geen cariësreductie meer (dit is 18 jaar lang, dus geldt voor de hele jeugd)
 - Meetmoment van 12 jaar is minder relevant dan de problemen bij zeer jonge patiënten en pubers.
- De meetmethode van figuur 1 geeft een trend aan, maar gaat voorbij aan de toegenomen diagnostische mogelijkheden in de zorg en de daaruit voortvloeiende eisen van patiënten. We kunnen anno 2008 beter cariës scoren dan in trendmatige onderzoeken wordt gedaan en er worden door de patiënt hogere eisen gesteld.
- Kwetsbare groepen zijn ook de extreem-angstige volwassenen die tandartsbezoek vermijden en daarmee hun kinderen zorg onthouden.

Consultatievraag 16b

Kunt u zich vinden in de door de NZa genoemde strategie gericht op risicogroepen? (inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)

- Voor bepaalde risicogroepen in de samenleving dient er een vangnet constructie te blijven. Afschaffen van specifieke preventie voor die groepen zou dit vangnet weghalen.

Consultatievraag 17a

Deelt u de analyse van de NZa voor verbetermogelijkheden op het gebied van jeugd tandverzorging? (inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)

- Ja, mits er een goede grondslag wordt ontwikkeld om risicokinderen te herkennen.

Consultatievraag 17b

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

- De beperking van aandacht aan de volledige mondzorg van het jongste kind binnen het tandheelkundig onderwijs, zou er de oorzaak van kunnen zijn dat de zorg aan deze groep achterwege blijft. De verzekeraars moeten streven naar ondersteuning van dit aspect van het onderwijs.

Consultatievraag 17c

Welke verbetering(en) heeft uw voorkeur en waarom?

- Instellen zorgwaartecategorieën.
- Instellen van een jaarlijks consult om risico te toetsen.
- Verbeteren van de visie op een *volledige mondgezondheid* in het kader van de algemene gezondheid en quality of life.
- Differentiatie van restauratieve mogelijkheden en/of verschillende behandelstrategieën.