

Reactie op het consultatiedocument mondzorg.

Uw analyse is helder en geeft een goed beeld van de huidige situatie. In onze reactie zullen wij op enkele, in onze ogen, belangrijke punten terugkomen.

Alvorens daartoe over te gaan willen wij een algemeen uitgangspunt van ons betoog goed onder uw aandacht brengen, nl wat is de zorgbehoefte en welke vraag moet worden beloofd of beter beloofd worden, waardoor er een stimulans optreedt in de door de zorgbehoefte bepaalde richting. Wij willen deze reactie baseren op eerdere bijdragen, die wij in het verleden geleverd hebben om knelpunten op te lossen, danwel helpen op te lossen. Ons standpunt, dat de zorg aan moet sluiten bij de objectieve (epidemiologisch en evidence based) en subjectieve zorgbehoefte van onze doelgroep en verder dat een tariefstructuur kan helpen bij beter tegemoetkomen aan de zorgbehoefte, zal u bekend zijn uit eerdere bijdragen.

Niet opmerkelijk, omdat wij dat al jaren geleden hebben gesignaleerd, maar wel schokkend waren de uitkomsten van het TNO rapport 2005 en de conclusies door het CVZ neergelegd in een rapport uitgebracht in januari 2008.

De kern ervan is dat 44% van de 5 jarigen geen cariës heeft. 32% heeft weinig cariës en bij deze groep treedt het niet op zeer jonge leeftijd op, maar vanaf de leeftijd van 4 jaar. Tot slot heeft rond 20% van de kinderen veel cariës. In deze laatste groep is slechts bij maximaal 2% van de kinderen sprake van extreem veel cariës (TNO rapport-TJZ 2005, pagina 39).

Verder blijkt dat ruim 90% van de kinderen minstens eenmaal per jaar de tandarts bezoekt.

Vaststaat dat meer dan 80% van de cariës niet behandeld wordt. Het wordt niet achterwege gelaten op basis van een weloverwogen indicatie, zoals wel eens gesuggereerd wordt, maar louter op grond van gebrek aan motivatie om het te doen in die mate die acceptabel is.

De NVVK heeft als doelstelling geformuleerd dat 50% behandeling gewenst is. De schijntegenstelling die door sommigen gecreëerd wordt tussen wel of niet behandelen van het melkgebit heeft alles te maken met het verdoezelen van het eigen falen. Een verzorging van 50% wil zeggen, dat 50% van de gaatjes behandeld moet worden. Dan is het een karikatuur om te beweren, dat sommigen (wij) alles willen behandelen. Tussen 17% landelijk en alles is 50% een gematigd doel. Nog belangrijker is, dat wij stellen dat kinderen moeten kunnen rekenen op het pijn- en ontstekingsvrij zijn na een bezoek aan de tandarts. Verder dat behandeling schadebeperking moet nastreven.

In onze brief van 15 januari hebben wij u op dat feit gewezen. Het lijkt er op dat er een consensus bestaat binnen de kindertandheelkunde hoe het zou moeten. Het gaat niet om de schijndiscussie te voeren zoals deze is gevoerd of nog wordt gevoerd.

Wij doen nogmaals een dringend beroep op u om dat mee te nemen in de afwegingen.

De conclusie moet dan ook zijn, dat er geen intensivering van preventie nodig is bij de helft tot 80% van de kinderen en dat bij een deel van deze groep naast preventie ook dringend curatie nodig is. Preventie is wel nodig bij 20% van de kinderen, die veel cariës heeft. Echter deze groep heeft veel cariës, omdat er wellicht onvoldoende kennis van preventie is, maar belangrijker is zeker dat er sprake is van een gebrek aan motivatie en zelfs van onmogelijkheid tot gedragsverandering, omdat er vele andere problemen zijn. 10% van deze groep komt niet of nauwelijks bij de tandarts. Dat noemen wij de "Rouvoet kinderen". Het andere deel van deze groep zou gebaat zijn bij een nexo-benadering, zij het dat het model te veeleisend is voor deze groep. Op het moment dat deze groep bereid is zich daaraan te onderwerpen is het cariësprobleem ook opgelost. Bij deze 20% zou een intensief programma resultaten op kunnen leveren als er dwang zou worden toegepast, hetgeen natuurlijk van een andere tijd is. Het getuigt van weinig realiteitszin om invoering van een intensief preventieprogramma te bepleiten om het cariësprobleem bij deze groep op te lossen. Dat lukt slechts geleidelijk aan alsook de andere problemen worden opgelost. Dat lukt in de nexo-studie ook niet. Het toepassen van meer preventie bij gave of nagenoeg gave kinderen zou leiden tot ongewenste behandeling, hetgeen nu al vaak geconstateerd wordt (artikel van R. Schaub in het Nederlandse Tandartsenblad). Er is juist veel winst te behalen door een grote groep, die cariës heeft (ongeveer 50% van de kinderen) en uit zichzelf al komt, beter te behandelen.

In het verlengde daarvan zien wij niets in het oprichten van speciale praktijken waar de slechte risico's naar toe kunnen gaan als het te laat is. Dat zou de deur openzetten om kinderen lang in de praktijk

vast te houden en zgn preventie te bedrijven, totdat het water boven de lippen komt te staan. Dat is ook het risico bij mondzorgkundigen die zelfstandig opereren.

Elke tandarts die kinderen in zijn praktijk opneemt moet in staat zijn om nagenoeg alle kinderen die hij wil verzorgen op een goed niveau van verzorging te brengen en te houden. Is hij daartoe niet in staat dan moet hij afzien van het opnemen van kinderen in zijn praktijk. (Hier ligt een verband met het punt in onze brief van 15 januari waar wij aandringen op een snelle consensus over de noodzakelijke zorg voor kinderen).

Laat men de huidige onduidelijke doelstellingen aan de zorg bestaan, waarbij de curatie meer of minder gelegitimeerd achterwege blijft, dan zal dit, als gevolg van een toename van de declaratiemogelijkheden voor preventie, die u als trend aangeeft, tot een verslechtering i.p.v. een verbetering leiden.

Dit betekent, in het licht van bovenstaande, dat kinderen veel te laat elders verzorging moeten gaan halen. Dit impliceert ook dat de uitgebreidere preventieve mogelijkheden die bovendien makkelijk te delegeren zijn in de ene zak terecht zullen komen. De uitgestelde curatie, die veel tijd vergt als gevolg waarvan deze nu niet plaatsvindt, en verder hogere kwalificaties eist, komt op de schouders van een andere behandelaar te rusten. Hoewel je dat natuurlijk kunt compenseren door een aanzienlijk hoger tarief voor de curatie af te spreken, is het zeker niet in het belang van het kind, die de zorg gelegitimeerd te laat zou krijgen.

Uit onderzoek en reacties blijkt dat praktijken waar een goed niveau van zorg plaatsvindt pleiten voor eerder minder preventie dan meer, maar tegelijkertijd voor een reëlere honorering van de curatie.

Daar tegenover blijkt dat praktijken die geen adequate verzorging bieden (lage verzorgingsgraad), of die dat niet kunnen bieden, in het geval van de mondhygiënisten, pleiten voor meer preventie. Het moet kennelijk uit de lengte of uit de breedte komen. Het lijkt ons verstandiger om uit te gaan van de zorgbehoefte en een reële en transparante honoreringsstructuur. Dit is nu niet het geval.

Ook bij discussie tussen de voorstanders en tegenstanders van het Nexømodel zijn niet de belangen van het kind doorslaggevend, maar andere belangen. Er zijn geen tegenstellingen, maar complementariteit. Er is echt niets nieuws onder de zon.

Met het bestaande preventiesysteem is in Nederland een goed resultaat bereikt. Dat resultaat is gelijk en wellicht beter dan de resultaten van nexøstudies en dan ook nog tegen lagere kosten. Laten we op die weg verder gaan. Het probleem zoals CVZ aantoont zit niet in preventie, maar in curatie.

Wij delen uw mening daarom niet dat er meer preventie nodig zou zijn, integendeel.

De gebitsgezondheid verbetert. Wij zijn daarom van mening dat de kinderen die cariës hebben ernstig worden gedupeerd door de gebrekkige curatieve zorg.

Binnen de instellingen van de SRI is voldoende onderzoek gedaan en zijn voldoende gegevens bekend om een in- en output analyse te maken die een goede afweging mogelijk maakt. Ook is er voldoende bekend over welke behandelingen en in welke frequentie deze nodig zijn. Ook is er veel ervaring met taakdelegatie, de voor- en nadelen ervan en kosten.

Onze reactie heeft direct betrekking op de jeugdzorg al realiseren wij ons heel goed dat de algemene uitgangspunten, die uitstekend verwoord zijn in uw document, betrekking hebben op de gehele mondzorg.

Wij zullen nu een aantal punten toelichten door uw vragen te beantwoorden.

- 1- natuurlijk is er sprake van veranderingen. Er zijn meer technische mogelijkheden, andere behoeften m.n. de esthetiek. U weet ook dat in de zorg niet altijd de vraag het aanbod bepaalt maar omgekeerd. Dat is het mechanisme wat speelt bij de roep om meer preventie bij de jeugd. Een andere verdeling ja, maar niet meer. Uit het Haagse onderzoek van de Radboud Universiteit blijkt dat niet de kinderen die het nodig hebben de meeste preventie krijgen, maar diegene die het het minste nodig hebben. De conclusie was dat niet de behoefte (in elk geval de objectieve behoefte niet) van het kind, maar de wens van de behandelaar bepaalde wat wel en niet geboden werd aan zorg.
- 2- Het is onduidelijk wie wat doet en met welke kwalificatie men wel of niet iets doet. De recente brief van de Inspectie spreekt in dat opzicht voor zich. Ook hier zal zonder duidelijke spelregels de markt slecht werken. Niet alleen concurrentievervalsend werken, maar ook ondoorzichtig en risicovol voor de patiënt en de verzekeraar weet niet wat hij koopt.

- 3- Nee.
- 4- Niet van toepassing bij jeugd, maar de indruk bestaat dat het niet zo erg veel toegepast wordt. Abonnementen zijn DBC in de meest extreme vorm en leiden tot selectie waardoor de roep zal ontstaan om in steeds verdere mate differentiaties in te voeren waardoor we de weg terug gaan naar het woud aan verrichtingen, maar dan in een andere vorm.
- 5- A: Speelt niet bij jeugdigen.
B: niet deskundig op dit terrein. Daar weet u meer van vanuit andere sectoren.
- 6- Wij kunnen ons vinden in de beschrijvingen. De kanttkening hebben wij gemaakt in de inleiding.

De vragen 7 tot en met 9 verwijzen naar een deel van uw analyse, die wij in grote lijnen kunnen onderschrijven.

Wij zijn met u van mening dat het systeem transparant moet zijn voor patiënt/cliënt maar ook voor de verzekeraar. Vaak wordt dan vergeten erbij te zeggen, dat het ook transparant moet zijn voor de hulpverlener. Het woud aan handelingen in het huidige systeem maakt het moeilijk om transparant te zijn bij het registreren/declareren. Vraag aan twee tandartsen hoe zij registreren/declareren dan zijn de verschillen aanzienlijk. Het systeem wordt zeer divers benut, zoals wij eerder hebben aangetoond. Een meer globale beschrijving van behandelingen laat aan de ene kant meer ruimte voor de keuzes van behandelaar om zijn technieken toe te passen en innovatie door te voeren. Maar het is ook de deur openzetten voor excessen. Voorbeeld is de recent ingevoerde endosystematiek met kostenvergoeding voor titaniuminstrumentarium. Het zou aardig zijn om eens te kijken hoeveel er gedeclareerd is en hoeveel er ook daadwerkelijk gekocht is. Eenmalig gebruik, ja met het oog op prionen en de gebruiksviligheid is een prima uitgangspunt, maar gebeurt dit ook. Dit is een voorbeeld van kostenstructuur die onduidelijk is en daardoor niet transparant. Daar is niemand mee gebaat.

Voor de preventie is het inderdaad evident dat een maatregel van 1996 om periodieke controle en instructie mondhygiëne samen te voegen heeft geleid tot wellicht zelfs hogere uitgaven en in ieder geval tot minder aandacht voor de instructies.

Herkenbaarheid en transparantie vraagt om differentiaties maar ook weer niet te veel, omdat men anders door de bomen het bos niet meer ziet. De cliënt weet niet meer wat wat is, de verzekeraar kan niets controleren en de norm vervaagt bij hulpverleners. Denk aan gebitsreiniging beperkt, gemiddeld en uitgebreid. De hulpverlener weet echt niet goed wat beperkt gemiddeld of uitgebreid is, laat staan dat de patiënt het kan weten en de verzekeraar het kan toetsen.

Wat wij hierbij willen aangeven is dat de marges erg dun zijn als men niet van het ene nadeel in het andere wil vallen. Deze constatering is de essentie van elk beloningssysteem.

Wij delen uw mening dat er weinig prikkels zijn om kwaliteit te leveren. Anders dan gedreven, omdat men het goed wil doen, is er geen sprake van echte andere prikkels. Financieel is het onaantrekkelijk om kwaliteit te leveren. Kwaliteit is o.a. meer tijd besteden aan indicatiestelling en behandelingen. Algemeen practici declareren gemiddeld evenveel preventie en meer vullingen bij de jeugd dan SRI-instellingen, terwijl men weet dat de verzorging (meer vullingen) van 5 jarigen bij instellingen drie maal hoger is. Verklaring kan zijn dat curatie op jonge leeftijd op termijn meer oplevert aan gebitsgezondheidswinst dan we denken. Het kan ook zijn dat er grotere vullingen worden gedeclareerd dan gemaakt, het kan zijn dat de vullingen veelvuldig worden over gemaakt of opnieuw gedeclareerd, we weten het niet. In elk geval stemt de input, gedeclareerde vullingen, niet overeen met de meetbare output (epidemiologisch onderzoek).

10- 11 De prestatievarianten en tariefsystemen.

De meetbare verrichtingen en verrichtingen waar sprake van vermijdingsgedrag zal (kan) zijn, nl vullingen (17% van de cariës bij 5 jarigen wordt behandeld) en zeker extracties die nu niet plaatsvinden danwel onder narcose al of niet in het kader van bijzondere tandheelkunde, moeten in DBC-achtige behandelmodellen worden gevat of als product.

De preventie zal juist **niet** in een abonnement moeten worden vertaald, omdat er sprake zal zijn van opplussen zonder dat er controle mogelijk is bij de verzekeraar of patiënt. Een goede beschrijving van de prestaties van preventie nl duidelijke omschrijving van de indicatie en wat er gebeurd is.

Wij denken dat de kwaliteit gehonoreerd moet worden, maar dat kan alleen als daarvoor goede en eenduidige criteria geformuleerd worden. Als dat het geval is dan kunnen het basistarieven zijn met toeslag. Of het tarief een verrichtingentarief is (hetgeen niet onze voorkeur heeft) of case payment case/product payment met een toeslag maakt ons niet uit.

Het lijkt aantrekkelijk om in het veld meerdere systemen naast elkaar te hanteren. Uit een oogpunt van concurrentie lijkt dat goed, maar hierbij moet wel het ongewenste neveneffect van risicoselectie worden betrokken.

Zo willen wij onder geen enkele voorwaarde een apart systeem voor instellingen. Wij zijn van mening dat instellingen naast goede algemene praktijken op basis van honorering een gelijke toegang moeten hebben tot de zorg. De patiënt kan dan kiezen op basis van kwaliteit. De prijs bij de jeugd is, gelet op het feit dat de zorg in de basisverzekering zit, meer een zaak die op het bordje ligt van de verzekeraar en hulpverlener dan tussen patiënt en hulpverlener. Dat beiden, instellingen en algemeen practicus, kwaliteit moeten leveren is dan goed aan de zorgen van de verzekeraar over te laten.

Als er selectie plaats vindt moet dat op basis van inhoudelijke gronden zijn, nl wat heeft een patiënt nodig en niet louter op basis van prijs.

Het is verder niet reëel om te denken dat instellingen, in volume, alle zorg kunnen leveren evenmin als dat **alle** tandartsen in staat zijn, om kwalitatieve reden, dat te doen. Wij pleiten voor protocollering van de zorg voor de jeugd zodat objectief vaststaat wat 'best practice' is. Om vervolgens te concurreren op prijs en kwaliteit vinden wij best. Wij zijn tegen risicoselectie waarbij algemeen practici patiënten kunnen overdragen aan een vorm van opvang van slechte risico's. Elk kind heeft recht op een goede zorg.

U moet niet vergeten dat wij tot 1988 een systeem hebben gekend van verrichtingen bij algemeen practici en abonnementen bij instellingen. Dat leidde tot selectie, omdat de gezonde patiënt goedkoper uit was met een verrichtingensysteem bij de algemeen practicus dan met een abonnement. Dus koos hij voor verrichtingen. Hierdoor bleef men achter met de slechte risico's waardoor het abonnement hoger werd door een gemiddeld hogere behandelbehoefte. Dat leidde opnieuw tot uitval etc. Dat willen wij niet terug.

Tot slot pleiten wij bij de jeugd voor een eenvoudig stelsel wat, voor welk systeem dan ook gekozen zal worden, verrichtingen, producten etc , overzichtelijk zal zijn voor hulpverleners, cliënten en verzekeraars. Voorbeelden hebben wij u in eerdere bijdrages gegeven. Uitgebreide gebitsreiniging bij jonge kinderen is een rareteit en moet dat ook blijven. Hierdoor moet het niet gehonoreerd worden.

12. Transparantie.

Het systeem, welke het ook is, staat of valt bij duidelijkheid in de beschreven prestatie, transparantie in de honorering en toetsbaarheid of controle. Hiermee willen wij aangeven dat, welk systeem er ook komt, het aan die voorwaarden zal moeten voldoen.

Concurrentie op basis van prijs, prestatie en kwaliteit daar zijn wij voor.

Tot slot zal er een duidelijke onderbouwing van de prijs van prestaties, verrichtingen, producten, uurtarieven etc. moeten plaatsvinden. Het kan niet zo zijn dat bij de jeugd een foto, een fluoride-applicatie, een vulling, een sealant, een extractie nagenoeg dezelfde prijs heeft, terwijl tijd en deskundigheid die ervoor nodig is totaal anders is nog afgezien van de vraag van het verschil in delegeerbaarheid. De slechte verzorgingsgraad heeft iets te maken met het feit dat een kind zich anders laat behandelen dan een volwassene. Een extractie is technisch niet moeilijk maar vraagt tijd om het kind te laten aanvaarden dat het moet gebeuren. De narcose-extractie is een gemakkelijke weg. Of deze gewenst is voor het kind, is een vraag die men zich niet stelt. Een goede restauratie in het melkgebit is, gelet op beelden die je op congressen ziet uit binnen- en buitenland, niet zo eenvoudig.

15. 16 De Jeugdtandverzorging.

Om onze positie als instellingen van SRI in het veld duidelijk te maken is het goed om vast te stellen, dat wij op kwaliteit willen concurreren met tandartsen en verder een complementaire rol spelen door patiënten op te nemen, die niet of moeilijk aan bod komen. Dat wij kwaliteit leveren voor een gemiddeld kostenplaatje is bekend. Sinds ruim 15 jaar laten wij in- en outputmetingen doen. Spiegelinformatie van zorgverzekeraars geeft ons verder een goed beeld over de kosten t.o.v. anderen.

De toeslagen leggen ons de verplichting op en maken het ook mogelijk om de zorg te leveren aan specifieke groepen. Alle kinderdagverblijven waar gehandicapten verblijven worden op deze wijze bediend. Dat is ook zo voor jongeren in asielzoekerscentra.

Verder blijkt dat wij twee groepen aantrekken nl hoog sociaal milieu, die om kwaliteitsredenen voor ons kiezen en waarvoor de haal- en brengfunctie geen noodzaak is. Als deze functie niet wordt gebruikt door sommige groepen dan kost het ook niets. Dat iedereen een toeslag betaalt is het gevolg van het hanteren van een omslagsysteem. De gemiddelde kosten per kind zijn lager, omdat een aantal daar geen gebruik van maakt.

Verder blijken ook de laag sociaal milieus en allochtonen oververtegenwoordigd. Uit het TNO-onderzoek blijkt ook dat in Rotterdam de populatie bijna uitsluitend uit allochtonen bestaat waarvan het niet vanzelfsprekend is dat zij preventief en regelmatig de tandarts bezoeken. Wij merken dat het therapietrouw zijn een probleem vormt, waardoor deze jammer genoeg niet te realiseren is zonder de haalfunctie.

Tot slot zijn verzekeraars ook zeer te spreken over het feit, dat wij veel kinderen opvangen die in andere regio's naar bijzondere tandheelkunde gaan waar hoge(re) kosten aan verbonden zijn, zoals u weet. Daarvoor is ooit een risicotoeslag in het leven geroepen. Het blijkt te werken zoals het bedoeld is en onze extra kosten worden betaald. Het is duidelijk dat willen wij dit in de toekomst als essentieel onderdeel van onze taak blijven verrichten er in deze of andere vorm compensatie moet worden gevonden voor de extra kosten.

Dit is temeer nodig omdat wij in toenemende mate als opvang dienen voor kinderen met veel zorgachterstand uit algemene praktijken. Dat probleem zal alleen maar toenemen. Vaak wordt overigens als argument gebruikt het argument dat wij meer tijd hebben. Dat is slechts zo, omdat wij door taakdelegatie meer tijd kunnen besteden aan probleemgevallen en de toeslag van 5% hebben. Het is tot slot de bedoeling om de zorg door de jeugdtandverzorging te bevorderen en niet onmogelijk te maken.

Wij zijn van mening dat slechts een klein deel van de jeugd als tandheelkundige risicogroep is aan te merken. Eerder hebben wij aangegeven dat, op basis van criteria die te maken hebben met gebitsgezondheid, wij ervan uitgaan dat 20% tot de risicogroep behoort. Omdat deze risicokinderen uit voornamelijk laag sociale milieus komen zijn deze niet evenredig verspreid over Nederland, een regio of een stad, maar geconcentreerd. Dit is veelal het geval bij onze instellingen.

Uit gegevens in Rotterdam weten wij dat laag sociaal milieu en allochtonen een vroegtijdig bezoek niet vanzelfsprekend vinden en vooral dat de continuïteit van de zorg in de tijd niet gewaarborgd is. Een deel van de kinderen, die niet of niet regelmatig en niet tijdig naar de tandarts gaan, zouden gebaat zijn bij enige begeleiding of facilitering.

Als de vraag naar haal- of brengfunctie over het geheel afneemt moet dat vertaald worden in de kosten, die daardoor gemiddeld lager worden. Daar heeft de NZA als geen ander de gegevens voorhanden.

Zo denken wij dat voor deze kinderen, die het meest gebaat zouden zijn bij een intensivering van de zorg, het alleen maar kan slagen als er facilitering is. Doet men dat niet dan zal blijken dat een (frequentere) oproep niet opgevolgd zal gaan worden.

Nogmaals gezegd staat cariërisico nagenoeg gelijk aan gebrek aan motivatie om voldoende zelfzorg te plegen. Als men bereid is om zich intensief te laten begeleiden dan heeft men de drempel al genomen.

De winst die een collectieve benadering oplevert is in het verleden al binnengehaald, zoals u terecht opmerkt in uw rapport aan de hand van cijfers van de OESO. Dan rijst de vraag of de redenering, die u houdt met betrekking tot collectieve benadering in de toekomst nog opgaat. De vraag mag gesteld



worden of de jeugd als geheel als risicogroep benaderd moet blijven worden of dat gelet op de verbetering het tijd wordt voor differentiatie. Wij zijn van mening, dat een collectieve benadering niet meer van deze tijd is. De jeugd onderscheidt zich in groepen. Reclamemakers weten dat als geen ander. Het is niet langer zinvol om de groep als geheel te benaderen. Overigens deelt u kennelijk die mening, omdat u aangeeft dat zodra het over individuele zorg gaat er sterk gedifferentieerd zou kunnen worden naar risico. Dat is de basis voor het Nexømodel.

De risicotoeslag is een voorloper geweest van wat uw aangeeft als mogelijkheid voor de toekomst nl een tarief per zorgwaarte categorie.

Als een instelling, door risicoselectie en of het opnemen van specifieke patiëntengroepen, een duidelijk afwijkende kostenstructuur heeft mag daar iets tegenover staan. Ook hier weet u dat wij voor transparantie zijn. Dat is ons in het verleden bepaald niet in dank afgenomen.

Aan de bekostigingsstructuur kan en mag wat ons betreft gesleuteld worden als het in het kader van een integrale benadering is, maar niet als er een onderdeel uitgelicht wordt. Dat noemt men de krenten uit de pap halen.

Uit epidemiologisch onderzoek blijkt dat instellingen die zich met allerlei typen zorg en doelgroepen bezighouden zich t.a.v. de resultaten niet onderscheiden van de gemiddelde algemeen practicus (TNO 2005 evaluatie TJZ). Zij zijn gelijk geworden aan algemeen practici. Dat is op zich natuurlijk niet verwonderlijk, immers je kunt niet overal beter in zijn. De vraag is dan toch waarom men zich nog afficheert als instellingen voor Jeugd tandverzorging. In ieder geval is dat kennelijk niet de weg om de zorg voor de jeugd te verbeteren.

Zo hebben wij zeker niet gepleit voor de uitbreiding naar 22 jaar. Sterker nog, wij zullen in onze instellingen deze uitbreiding niet doen en wel hierom. De motivatie om tot de verruiming te komen is niet gebaseerd op de zorgbehoefte, die specifiek zou zijn voor deze groep en aan zou sluiten bij jeugdigen. Hiertoe is besloten op grond van de bevordering van de toegankelijkheid tot de zorg, omdat deze dan in de basisverzekering zit en niet afhangt van het sluiten van een verzekering. Dat is overigens een goede motivatie. Daarom willen wij deze groep tussen 18 en 21 jaar zo snel als mogelijk over laten gaan naar de algemene praktijk, zodat de continuïteit beter gewaarborgd is door nu de overgang te laten plaatsvinden nu het recht verzekerd is in de basisverzekering en de overgang niet samenvalt met een verandering van het verzekerd recht op in dit geval 22 jaar.

De risicogroepen zijn voor cariës goed gedefinieerd. Er is voldoende onderzoek naar gedaan. De risico's m.b.t. erosie zijn niet te categoriseren in groepen met een gezamenlijk kenmerk anders dan dat de voedingsgewoonten risicovol blijken te zijn. Of wellicht ook individuele kenmerken een rol spelen, waardoor bij hetzelfde gedrag de ene meer en de andere minder nadelige gevolgen ondervindt, is nog niet voldoende bekend. Dit is een punt van zorg m.n. boven 12 jaar.

Vraag 17 Verbetermogelijkheden.

Zoals duidelijk is gemaakt delen wij uw analyse om te komen tot verbeteringen niet geheel. Natuurlijk zijn wij met u van mening dat tandartsen kinderen zouden moeten behandelen, echter alleen als zij de kwaliteit van de zorg kunnen waarborgen. Dat is nu in ernstige mate niet het geval. Wij zijn wel met u van mening, dat een flink deel van de tandartsen de zorg op zich moet nemen tezamen met kindertandartsen en instellingen. Instellingen voor slechts risicogroepen zien wij niet zitten, omdat in het verleden gebleken is, dat het de deur openzet naar een vorm van armenzorg of alibizorg, die wij verwerpen. Kinderen hebben recht op goede zorg of ze nu tot de risicogroep behoren of niet. Wij vinden voor instellingen een uurtarief ongewenst. De reden is dat het leidt tot risicoselectie. Nogmaals concurrentie op kwaliteit en prijs en niet de gemakkelijkste weg van een uurtarief. De kosten zullen stijgen als daar niet een sterke normering op zit en een normering is weer in strijd met het opnemen van grotere risico's. Uit overzichten van zorgverzekeraars blijkt niet dat instellingen, waarvan wij wat over de output en de kwaliteit weten, veel meer besteden aan preventie, althans daar niet meer in declareren.



Het grote verschil is dat de verzorging beter is zonder dat er noch curatief noch preventief meer gedeclareerd wordt. Het is een contradictie, die wij eerder hebben gesignaleerd. Wij kunnen ons goed vinden in het uitgangspunt van een toeslag voor kwaliteit en voor kinderen met een verhoogd risico, dat is nogmaals niets anders dan een risicotoeslag nu. Verder is een herwaardering van de curatie een absolute noodzaak.

Invoertraject.

Onze voorkeur gaat uit naar een integrale invoer. De samenhang van curatie en preventie, de tarief differentiatieopties en toeslagen voor kwaliteit etc. vragen om een samenhangend geheel.

Samenvattend zijn wij van mening, dat de zorgbehoefte centraal moet staan. Niet meer preventie, maar minder. Bij de gave kinderen 44% minder en evenveel bij 30%, die enige cariës heeft en meer bij 20% (waarvan 10% pas op termijn hiervoor bereikbaar zijn).

Als er een goed onderbouwd model komt om differentiaties aan te brengen, gebaseerd op duidelijke en controleerbare criteria zonder dat de bureaucratie om te komen tot differentiatie meer kost dan het aan doelmatigheid oplevert, zijn wij daarvoor.

Reële tarieven voor de curatie bij jonge kinderen zijn noodzakelijk wil je een verbetering bereiken.

Welk systeem er ook gekozen zal worden de uitkomst ervan staat of valt met duidelijkheid, transparantie en zeker niet te vergeten bewaking middels epidemiologisch onderzoek en toezicht. De begeleidende maatregelen zijn nodig om van elke optie de nadelen op te vangen.

Wij willen één systeem voor de jeugd bij instellingen en algemeen praktici. Er moet een duidelijke omschrijving komen van de zorgdoelen.

Als er sprake is van risicoselectie als gevolg van de vrije keuze van cliënten op basis van kwaliteit en deskundigheid is dat een goede zaak. Als die selectie er is zal dat moeten leiden tot toeslagen. Nu verwijzen tandartsen kinderen met als motivatie dat wij meer tijd hebben. Dat is niet zo op basis van de verrichtingenbetaling, maar wel op basis van de toeslag. Deze is nu gefixeerd op 5%, maar zou flexibel moeten zijn en onderbouwd.

Een eventueel verschil in honoreringsstructuur die een selectie zal induceren wijzen wij pertinent af.

Tot slot zijn wij van mening dat taakdelegatie een gewenst model is mits omgeven met waarborgen over wie wat doet en met welke objectieve deskundigheid. Delegatie moet aantoonbare kwaliteitswinst opleveren. Het maakt ook voldoende financiële ruimte vrij om de overhead te financieren zonder kostenverhoging.

Als er reële tarieven komen voor curatie (minder delegeerbaar en hogere opleidingseisen) dan zal duidelijk de ruimte hiervoor moeten en kunnen komen van de preventie (delegeerbaar en door lager opgeleiden).

Oss, 02-04-2008

Samenwerkende Regionale
Instellingen voor Jeugd tandverzorging