

DIY Kopie FGRE



CoöperatieTandboog® U.A.  
Waalstraat 5b  
5626 AR Eindhoven  
Telefoon 040-2620900

08-020 MHUR  
FPEN

Tandboog® Waalstraat 5b 5626 AR Eindhoven  
de Raad van Bestuur van de  
Nederlandse Zorgautoriteit  
t.a.v. drs. A.L.M. Barendregt  
en mr. F.H.G. de Grave  
Postbus 3017  
3502 GA Utrecht

**Nederlandse Zorgautoriteit**

0800008310 ontvangen 30/01/2008



consultaties

Ontw. Economische Analyse en Zorginhoudelijke  
advisering

Eindhoven, 29 januari 2008

Betreft: Uw kenmerk FPEN/MZEE/2007/A/600/231  
Consultatiedocumenten mondzorg

Geachte drs. A.L.M. Barendregt en mr. F.H.G. de Grave

Langs deze weg ontvangt u de antwoorden op de consultatie vragen mondzorg. Aangezien Tandboog® een nieuwe jonge organisatie is, is er een kleine inleiding zodat u vertrouwd kunt raken met de visie de wij op de tandheelkunde in de toekomst hebben.

Op 14 februari zullen wij ook aanwezig zijn op de Consultatiebijeenkomst. Indien gewenst geven wij graag een mondelinge toelichting. Eveneens zou het mogelijk zijn om onafhankelijk van deze consultatiebijeenkomst een keer van gedachten te wisselen over de toekomst van de tandheelkunde. In uw documenten lezen wij dat wij onderling veel overeenkomsten zien tussen uw en onze visie.

Met vriendelijke groet

Vamens het bestuur van Coöperatie Tandboog® U.A.

Drs. L.J.H.M. van Lier secretaris

Inleiding:

Alvorens de vragen van de consultatiedocumenten te beantwoorden, is er eerst een kleine inleiding over de coöperatie Tandboog®

### **Geschiedenis en toekomstblik.**

De wijziging van het zorgstelsel van 1 januari 2006 gaf de oprichters van Tandboog® de uitdaging om de voordelen die dit nieuwe zorgstelsel schiep, te exploreren en vorm te geven. Een van de denkbeelden, dat men met zorgverzekeraars niet moet overleggen over gemeenschappelijke zorg, die er voor de patiënten/cliënten is, is volgens de oprichters van Tandboog® achterhaald. Het is verleden tijd om te denken dat een ieder solistisch kan blijven werken en de rest van de wereld kan buitensluiten. De verandering van het zorgstelsel bracht een veranderende markt, waarin onder andere steeds grotere praktijken ontstaan. Bestaande praktijken worden opgekocht door investeerders, om in één geheel aan elkaar gesmeed te worden. Daarnaast zien we zorgcentra ontstaan waarin zorgverzekeraars exclusief de regie voeren en wordt omzet belangrijker, dan de zorg voor de patiënt. Dit zijn volgens de oprichters van Tandboog® ongewenste ontwikkelingen. De zorg voor de patiënt kan hierdoor van ondergeschikt belang worden.

Het concept coöperatie werd geboren. Iedere deelnemende tandarts of praktijk blijft zelfstandig functioneren, maar maakt wel deel uit van een grotere groep. Hierdoor behoudt men de regie in eigen praktijk, waardoor men optimaal kan blijven zorgen voor de patiënten en men toch kan profiteren van samenwerking in de ruimste zin. Door de groepswerking biedt o.a. de gemeenschappelijke contractering van zorgverzekeraars en het worden van voorkeursleverancier voordelen, die een solist niet kan bereiken. Daarnaast willen de oprichters van de coöperatie de transparantie, doelmatigheid en kwaliteit verhogen. Op 12 januari 2006 werd de coöperatie Tandboog® opgericht door 26 tandartsen die dezelfde visie als de oprichters hebben.

Vervolgens is het concept uitgebreid, met als doel meerdere coöperaties op te richten met een maximale grootte van 20 tot 30 tandartsen, die voldoen aan de Tandboog® eisen of daaraan willen gaan voldoen. Deze coöperaties worden aangestuurd door een topcoöperatie, een alliantie tussen tandartsen en de zorgverzekeraar(s). Deze topcoöperatie zorgt voor aansturing en schrijft de spelregels in nauw overleg, bindend voor. In principe kan iedere tandarts toetreden tot het Tandboog®-concept, maar zal zich door toetreding moeten binden aan de spelregels, waardoor Tandboog® onderscheidend wordt op de zorgmarkt. Het Tandboog®concept zal voordelen bieden aan zowel zorgverzekeraar(s), tandartsen, maar zeker ook aan de patiënt.

De tandarts zal moeten voldoen aan kwaliteitseisen en zal ingeschreven moeten zijn in een kwaliteitsregister waarin o.a. de registratie van het postacademisch onderwijs plaatsvindt. Daarnaast zal de tandarts transparant en doelmatig moeten werken. De declaraties van de deelnemende tandartsen worden dan ook gecontroleerd op doelmatigheid door de topcoöperatie en waar nodig wordt de tandarts in eerste instantie om uitleg en indien nodig om aanpassing gevraagd, bij uitblijven van verbeteringen, kan deze tandarts zijn licentie als Tandboog® tandarts verliezen. Doordat dit bij toetreding al bekend is, zal men al een zelfreinigende werking ervaren bij toetreden. De Tandboog® tandarts krijgt als wisselgeld een aantal collectieve voordelen via de topcoöperatie, waardoor een extra stimulans ontstaat.

Nadat op 12 januari 2006 de eerste coöperatie opgericht werd, blijkt dat er landelijk grote belangstelling is voor dit concept. Uiteraard wordt er ook zeer kritisch en argwanend gekeken naar dit concept. De voorbereidingen voor de oprichting van de topcoöperatie zijn bijna afgerond en deze kan binnenkort ook opgericht worden. In eerste instantie is Tandboog® een grote verzameling solopraktijken, maar in de toekomst zullen deze praktijken (na pensionering bv van de solotandarts), samengevoegd worden tot grotere centra. Daardoor wordt het eenvoudiger multidisciplinair en volgens teamconcept te werken. De samenwerking met de zorgverzekeraar is ook hier weer van groot belang voor de continuering van de tandheelkundige zorg. Samenvattend kan men concluderen dat, na een aanvankelijk wederzijdse argwaan, samenwerking tussen zorgverzekeraars enerzijds en tandartsen anderzijds, er doelmatige, kwalitatief goede en langdurige zorg geboden kan worden aan patiënten.

## **Transparantie en Doelmatigheid:**

Dit is door de tandartsen en zorgverzekeraar als volgt geformuleerd:

De Tandboog tandarts is volledig autonoom in zijn professionele beroepsuitoefening binnen de kaders van kwaliteit en doelmatigheid die binnen de beroepsgroep gebruikelijk zijn. Deze kaders worden ondermeer gevormd door wetenschappelijk materiaal, de stand van de wetenschap, protocollen en richtlijnen van de beroepsgroep en op basis van de declaratiegegevens van alle (tandboog)tandartsen gezamenlijk.

De doelmatigheid waarmee de zorg wordt verleend zal worden getoetst door periodiek de declaratiegegevens van elke Tandboog praktijk in de vorm van spiegelinformatie te vergelijken met de gemiddelden in de beroepsgroep. Indien hieruit mocht blijken dat er aanzienlijke afwijkingen zitten tussen de wijze van zorgverlening van een betreffende praktijk versus hetgeen in de beroepsgroep gebruikelijk is, zal de praktijk worden verzocht om na te gaan wat hiervan de achtergrond is. Indien aan de orde, zal de Tandboog tandarts de bereidheid hebben om zijn behandelbeleid in lijn te brengen met hetgeen in de beroepsgroep gebruikelijk is.

Om deze kaders te kunnen stellen is het noodzakelijk om de declaratiegegevens statistisch te bewerken tot spiegelinformatie. Deze spiegelinformatie zal van elke Tandboog praktijk ter beschikking worden gesteld aan de Alliantie Tandboog. De Alliantie is statutair gehouden aan een vertrouwelijke behandeling van deze gegevens. De spiegelinformatie kan slechts na voorafgaande toestemming van de betreffende praktijk aan de regionale coöperatie worden verstrekt.

## Consultatiedocument Mondzorg.

### Een analyse naar de mogelijkheden voor vrije prijsvorming voor enkele prestaties in de mondzorg.

#### **Overzicht consultatievragen**

##### **Consultatievraag 1**

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

Als bestuur van Tandboog® zijn wij van mening dat het afschaffen zal leiden tot een wildgroei in de aanwas van tandartsen. Een numerus fixus zorgt er ook voor dat toekomstige tandartsen beter overwegen of deze beroepskeuze de juiste is. Wij denken dat het verhogen van het aantal opleidingsplaatsen gekoppeld aan de numerus fixus de beste oplossing is. Een belangrijk argument is, dat er tegenwoordig veel vrouwelijke studenten zijn. Die gaan veelal parttime werken, waardoor er toch minder aanbod te weinig tandartsen zullen komen

##### **Consultatievraag 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 moeten worden?*

Hier staan wij als bestuur en leden van Tandboog® zeer positief tegenover en willen graag met u op kleine schaal deze uitdaging aangaan, waarbij, zoals u al aangeeft, de concrete invulling nader uitgewerkt moet worden.

##### **Consultatievraag 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 een bronvermelding.*

In de beschrijving van de aanbieders van mondzorg zien we twee aanvullingen. De tandarts – parodontoloog, die een substantieel stuk specialistische zorg inbrengt. Daarnaast de commerciële partijen, die de zorg het liefst naar de beurs zouden brengen. Deze partij heeft volgens ons, niets op de markt te zoeken, immers budget dat concreet besteed zou moeten worden aan zorg, wordt gebruikt om externe partijen winst te laten behalen uit zorg. Hierdoor zie je in de markt praktijken ontstaan waar omzet als leidraad geldt en niet de zorgvraag. Helaas staat de huidige wetgeving dit toe. Verder ontbreekt er in onze ogen de uitwerking over de bevoegdheden en de voorbehouden behandelingen, wij denken dat deze per aanbieder beter vastgelegd moet worden ten einde duidelijkheid te creëren en de kwaliteit voldoende te waarborgen.

##### **Consultatievraag 4**

*Kunt u zich vinden in de 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 een bronvermelding.*

In het verhaal missen wij de deelspecialisme in de tandheelkunde, zoals geriatrische tandheelkunde, kindertandheelkunde, endontologen etc. Daarnaast zien we dat een deel van de taken worden overgenomen door niet bevoegd personeel die dit zgn. onder supervisie wel zou mogen doen. Wij denken hierbij o.a. aan de preventie assistente met de para-aanpakking.

### **Consultatievraag 5**

*Bent u van mening dat sprake is van voldoende aanbod aan mondzorg? Denkt u dat wanneer schaarste op de markt optreedt het aanbod zal toenemen door bovenstaande mogelijkheden?*

Als de patiënt geen keuzemogelijkheid heeft zal hij gedwongen worden, zich door lager gekwalificeerde medewerkers te laten helpen. In onze regio is er op dit moment geen schaarste. Wel moet men in de toekomst rekening houden met een licht tekort aan tandartsen, gelet op de gemiddelde leeftijd van het huidig tandartsen bestand.

### **Consultatievraag 6**

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

Nee, want er wordt hier niet gedacht in het belang van de patiënt en de zorgaanbieders. De patiënt wil een goed gekwalificeerde zorgaanbieder, de zorgaanbieder wil afwisselend werk. De nieuwe herschikking leidt tot eenzijdig werk voor de zorgaanbieder, waardoor de risico's op burn-out en andere beroepsziektes alleen maar toeneemt en de zorg verder onder druk komt te staan. Daarnaast verliest de zorgaanbieder de betrokkenheid met de patiënt, waardoor de kwaliteit verder onder druk komt te staan.

### **Consultatievraag 7**

*Bent u het eens met de analyse dat de beperking van het aantal opleidingsplaatsen (het in standhouden van een numerus fixus) de toetreding tot de markt onnodig belemmerd?*

Hierdoor wordt het voor niet Nederlandse tandartsen en hulppersoneel makkelijker om kwalitatief goede tandheelkunde te bedrijven, omdat er in de gebieden waar zij werkzaam zijn geen goed Nederlands alternatief is. Denk hierbij bv aan de totale onderbezetting in Rotterdam. Daarnaast zijn er in praktijken mensen werkzaam die zelfstandig de tandheelkunde uitoefenen zonder BIG registratie.

### **Consultatievraag 8**

*Mist u andere toetredingsdrempels?*

Ja ook voor tandartsen van binnen de E.U. zou er een stage/examen/proeve van bekwaamheid moeten zijn, omdat niet alle opleidingen gelijkwaardig zijn. Voor tandartsen van buiten de E.U. zou er een duidelijk protocol moeten zijn zodat deze tandartsen niet onnodig "rondzwerven" door Nederland.

### **Consultatievraag 9**

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

Ja, de consument heeft geen idee waaraan hij is overgeleverd en onder de huidige situatie kan een zorgverzekeraar vrijwel niet aansturen. De Inspectie van de Gezondheidszorg heeft slechts één medewerker en die bezoekt geen praktijken. De door de NMT opgerichte kwaliteitsregistratie is voor elke BIG/geregistreerde tandarts toegankelijk en is derhalve op dit moment niet onderscheidend. Ook op gebied van declareren is er geen enkele controle mogelijkheid. Hier ligt voor het fenomeen/concept Tandboog® een mooie opgave.

### **Consultatievraag 10**

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

Ja, hiervoor hebben wij Tandboog® opgericht teneinde dit te bereiken.

### **Consultatievraag 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?*

Nee, door oprichting van Tandboog® blijkt, dat er wel degelijk een mogelijkheid is om als zorgverzekeraar met tandartsen samen te werken. Door elkaars sterke punten te benutten kan er voor alle partijen een win/win/win situatie ontstaan. De derde partij in deze is de patiënt. Bijgevoegd is de concept folder voor tandboog, deze wordt nog verder uitgewerkt.

### **Consultatievraag 12**

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

JA, echter door samen te werken in b.v. allianties kunnen alle betrokken partijen beter presteren.

### **Consultatievraag 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 mondhygiënist en tandprotheticen dan met tandartsen en orthodontisten. Waarom is dit zo?*

De tandartsen en orthodontisten zijn de gevestigde spelers op de markt en de andere zijn de nieuwe spelers op de markt. Daarnaast wordt er door de diverse beroepsorganisaties een niet altijd terecht negatief beeld geschetst over de zorgverzekeraars. Dit is historisch zo gegroeid. Hierdoor ziet met de zorgverzekeraars vaak als vijand en daarmee gaat men niet "heulen".

### **Consultatievraag 14**

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

Onder het nieuwe concept is de tandarts de leider in het geheel.

### **Consultatievraag 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?*

Als men de vergoeding van de zorgverzekeraars onafhankelijk maakt van de tarieven, ziet de consument waar het (te) duur is. Hierdoor zal de markt zichzelf reguleren.

### **Consultatievraag 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?*

*Het enige waar men voor op moet passen en waar opgetreden moet worden zijn praktijken waarin ongeregistreerde medewerkers werkzaam zijn. De theehuizen zijn hier slechts een helder voorbeeld van. Ook is er het gevaar van grote praktijken met slechts één enkele tandarts, die de regie voert met over grote hoeveelheden nauwelijks geschoold hulppersoneel*

### **Consultatievraag 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?*

Alleen regionaal zou er misschien op kleine schaal kartelvorming mogelijk zijn.

### **Consultatievraag 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?*

Niet helemaal, door vastleggen in overeenkomsten van het afzien van declareren van bepaalde verrichtingen en afspraken te maken over hoogte van materiaalkosten, kan een zorgverzekeraar weliswaar beperkt, gebruik maken van hun inkoopmacht.

### **Consultatievraag 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?*

Ja

### **Consultatievraag 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 ketenzorg? Zo niet kunt u dan concreet aangeven waar de analyse aangescherpt en verbeterd kan worden?*

De marktgebieden zijn te aspecifiek, zodat er geen negatieve effecten zullen zijn.

### **Consultatievraag 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?*

Hiervoor verwijzen wij naar het model Tandboog®

### **Consultatievraag 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 in zorgactiviteiten plaatsvinden binnen het takenpakket van de tandarts?*

Ja, de minder bekwame beroepsuitoefenaars zullen graag de duurdere taken willen uitoefenen, waardoor een overtreatment risico ontstaat en de minder gewaarde prestaties minder vaak niet uitgevoerd zullen worden

### **Consultatievraag 23**

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

Door een deel van de taken en administratieve handelingen over te nemen heeft een praktijk minder last van verzwaring van de taken en kan een praktijk op lange termijn zelfstandig blijven functioneren. Tandboog kan er voor zorgen dat in de toekomst door een welafgewogen servicepakket de taakbelasting tot een minimum beperkt blijft.

## Consultatiedocument herziening bekostigingstructuur mondzorg

### Overzicht consultatievragen

#### **Consultatievraag 1**

*Deelt u de opvatting van de NZa over de veranderende zorgvraag?  
(inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)*

Door vergrijzing neemt zorgvraag toe  
Door toegenomen welvaart neemt mondgezondheid af

#### **Consultatievraag 2**

*Zijn de typen mondzorgaanbieders volledig en goed beschreven?  
(inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)*

Nee, men vergeet de diverse subspecialismen zoals de parodontoloog.  
Daarnaast zijn er investeringsmaatschappijen, die zichzelf als zorgaanbieder profileren.

#### **Consultatievraag 3**

*Is de huidige bekostigingstructuur mondzorg volledig en goed beschreven? (inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)*

Goed beschreven

#### **Consultatievraag 4**

*In hoeverre worden de abonnementstarieven uit de UPT-lijst in praktijk gebruikt? Is dit wenselijk? (inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)*

Vrijwel niet.

#### **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)*

Binnen Tandboog zal dit niet het geval kunnen zijn door de open transparante declaratiestructuur.

#### **Consultatievraag 5b**

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

Op factuur laten zien waar techniek gemaakt is en patiënten fysiek in staat stellen dit te controleren.

### **Consultatievraag 6**

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

Nee, tariefsaanpassing vindt plaats in neerwaartse spiraal. Het salaris van het personeel gaat met meer dan de inflatiecorrectie omhoog, de tariefsverhogingen zitten al jaren onder het niveau van de inflatie, zodat er elk jaar ingeleverd wordt

### **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)*

Virtueel mondzorgcentrum, zoals Tandboog®, kan dit bewerkstelligen

### **Consultatievraag 7b**

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

De extreem groeiende kosten personeel en de steeds duurder wordende huisvesting. De niet controleerbare en onbeheersbare groei van de tandtechniekkosten. De wildgroei aan niet zorggerelateerde instanties, die op welke wijze dan ook invloed willen uitoefenen en daardoor kostenverhogend zijn. (Waterschappen, Buma/Stemra etc)

### **Consultatievraag 8a**

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

Tarief toekennen aan niveau/ opleiding/ scholing/ ervaring

### **Consultatievraag 8b**

*Welk uitgangspunt weegt voor u het zwaarst en waarom?*

Ervaring en kennisniveau, hoe moeilijk peilbaar dit ook is

### **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)*

Zie Tandboogconcept, Tarief en transparantie.

### **Consultatievraag 9b**

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

Gebrek aan innovatie. Door besproken UPT lijst geen innovatie en investeringsvergoeding, waardoor er creatief gedeclareerd moet worden als er een innovatie zich aandient (b.v. laserbehandelingen)

### **Consultatievraag 10a**

*Welke prestatievariant heeft uw voorkeur en waarom?*

Verrichtingen.  
Abonnement leidt tot luiheid  
Product werkt kostenverhogend en leidt tot onderbehandeling.

### **Consultatievraag 10b**

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

Vergoedingensysteem, waarbij er een vaste vergoeding vanuit zorgverzekeraar is met een vrij tarief hierop dat door de consument betaald wordt.

### **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)*

Ja, volledig

### **Consultatievraag 10d**

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

Preventie is uit huidige pakket weggesaneerd en innovatie wordt niet vergoed

### **Consultatievraag 10e**

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

Door aan innovaties de mogelijkheid van eigen codes te koppelen en door preventie weer op te nemen in de UPT lijst of welke lijst dan ook.

### **Consultatievraag 11a**

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

Verrichtingen met vaste bijdrage van Zorgverzekeraar

### **Consultatievraag 11b**

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

Zie boven

### **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)*

Nee, bijvoorbeeld abonnementsvorm is niet transparant voor patiënt.

### **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)*

Nee

### **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)*

Zie Tandboog®

### **Consultatievraag 12b**

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

Tandboog® landelijk

### **Consultatievraag 12c**

*Welke verbetering(en) heeft uw voorkeur en waarom?*

Tandboog®

### **Consultatievraag 13a**

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

Zie Tandboog®, betere transparantie voor zorgverzekeraar, patiënt en tandarts.

### **Consultatievraag 13b**

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

Tandboog®

### **Consultatievraag 13c**

*Welke verbetering(en) heeft uw voorkeur en waarom?*

Tandboog®

### **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)*

Bij "big bang" gaat iedereen op zijn achterste poten staan

### **Consultatievraag 15**

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

Nee, voor kinderen waar meer tijd voor nodig is, wordt dit niet vergoed. Dit is thans alleen "liefde voor het vak" als hiervoor in de praktijk tijd wordt vrijgemaakt.

**Consultatievraag 16a**

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

Nee, allochtonen ontbreken

**Consultatievraag 16b**

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

Bepaalde groep moet extra aandacht hebben

**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, maar ook door bijvoorbeeld een bonus voor elke goed "afgeleverde gesaneerde patiënt" op een bepaalde leeftijd, bv aan het einde van de basisverzekering of bij 18 jaar.

**Consultatievraag 17b**

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

Zie a

**Consultatievraag 17c**

*Welke verbetering(en) heeft uw voorkeur en waarom?*

Bonus

Inleiding:

Alvorens de vragen van de consultatiedocumenten te beantwoorden, is er eerst een kleine inleiding over de coöperatie Tandboog®.

**Geschiedenis en toekomstblik.**

De wijziging van het zorgstelsel van 1 januari 2006 gaf de oprichters van Tandboog® de uitdaging om de voordelen die dit nieuwe zorgstelsel schiepte, te exploreren en vorm te geven. Een van de denkbeelden, dat men met zorgverzekeraars niet moet overleggen over gemeenschappelijke zorg, die er voor de patiënten/cliënten is, is volgens de oprichters van Tandboog® achterhaald. Het is verleden tijd om te denken dat een ieder solistisch kan blijven werken en de rest van de wereld kan buitensluiten. De verandering van het zorgstelsel bracht een veranderende markt, waarin onder andere steeds grotere praktijken ontstaan. Bestaande praktijken worden opgekocht door investeerders, om in één geheel aan elkaar gesmeed te worden. Daarnaast zien we zorgcentra ontstaan waarin zorgverzekeraars exclusief de regie voeren en wordt omzet belangrijker, dan de zorg voor de patiënt. Dit zijn volgens de oprichters van Tandboog® ongewenste ontwikkelingen. De zorg voor de patiënt kan hierdoor van ondergeschikt belang worden.

Het concept coöperatie werd geboren. Iedere deelnemende tandarts of praktijk blijft zelfstandig functioneren, maar maakt wel deel uit van een grotere groep. Hierdoor behoudt men de regie in eigen praktijk, waardoor men optimaal kan blijven zorgen voor de patiënten en men toch kan profiteren van samenwerking in de ruimste zin. Door de groepswerking biedt o.a. de gemeenschappelijke contractering van zorgverzekeraars en het worden van voorkeursleverancier voordelen, die een solist niet kan bereiken. Daarnaast willen de oprichters van de coöperatie de transparantie, doelmatigheid en kwaliteit verhogen. Op 12 januari 2006 werd de coöperatie Tandboog® opgericht door 26 tandartsen die dezelfde visie als de oprichters hebben.

Vervolgens is het concept uitgebreid, met als doel meerdere coöperaties op te richten met een maximale grootte van 20 tot 30 tandartsen, die voldoen aan de Tandboog® eisen of daaraan willen gaan voldoen. Deze coöperaties worden aangestuurd door een topcoöperatie, een alliantie tussen tandartsen en de zorgverzekeraar(s). Deze topcoöperatie zorgt voor aansturing en schrijft de spelregels in nauw overleg, bindend voor. In principe kan iedere tandarts toetreden tot het Tandboog®-concept, maar zal zich door toetreding moeten binden aan de spelregels, waardoor Tandboog® onderscheidend wordt op de zorgmarkt. Het Tandboog®-concept zal voordelen bieden aan zowel zorgverzekeraar(s), tandartsen, maar zeker ook aan de patiënt.

De tandarts zal moeten voldoen aan kwaliteitseisen en zal ingeschreven moeten zijn in een kwaliteitsregister waarin o.a. de registratie van het postacademisch onderwijs plaatsvindt. Daarnaast zal de tandarts transparant en doelmatig moeten werken. De declaraties van de deelnemende tandartsen worden dan ook gecontroleerd op doelmatigheid door de topcoöperatie en waar nodig wordt de tandarts in eerste instantie om uitleg en indien nodig om aanpassing gevraagd, bij uitblijven van verbeteringen, kan deze tandarts zijn licentie als Tandboog® tandarts verliezen. Doordat dit bij toetreding al bekend is, zal men al een zelfreinigende werking ervaren bij toetreden. De Tandboog® tandarts krijgt als wisselgeld een aantal collectieve voordelen via de topcoöperatie, waardoor een extra stimulans ontstaat.

Nadat op 12 januari 2006 de eerste coöperatie opgericht werd, blijkt dat er landelijk grote belangstelling is voor dit concept. Uiteraard wordt er ook zeer kritisch en argwanend gekeken naar dit concept. De voorbereidingen voor de oprichting van de topcoöperatie zijn bijna afgerond en deze kan binnenkort ook opgericht worden. In eerste instantie is Tandboog® een grote verzameling solopraktijken, maar in de toekomst zullen deze praktijken (na pensionering bv van de solotandarts), samengevoegd worden tot grotere centra. Daardoor wordt het eenvoudiger multidisciplinair en volgens teamconcept te werken. De samenwerking met de zorgverzekeraar is ook hier weer van groot belang voor de continuering van de tandheelkundige zorg. Samenvattend kan men concluderen dat, na een aanvankelijk wederzijdse argwaan, samenwerking tussen zorgverzekeraars enerzijds en tandartsen anderzijds, er doelmatige, kwalitatief goede en langdurige zorg geboden kan worden aan patiënten.

## **Transparantie en Doelmatigheid:**

Dit is door de tandartsen en zorgverzekeraar als volgt geformuleerd:

De Tandboog tandarts is volledig autonoom in zijn professionele beroepsuitoefening binnen de kaders van kwaliteit en doelmatigheid die binnen de beroepsgroep gebruikelijk zijn. Deze kaders worden ondermeer gevormd door wetenschappelijk materiaal, de stand van de wetenschap, protocollen en richtlijnen van de beroepsgroep en op basis van de declaratiegegevens van alle (tandboog)tandartsen gezamenlijk.

De doelmatigheid waarmee de zorg wordt verleend zal worden getoetst door periodiek de declaratiegegevens van elke Tandboog praktijk in de vorm van spiegelinformatie te vergelijken met de gemiddelden in de beroepsgroep. Indien hieruit mocht blijken dat er aanzienlijke afwijkingen zitten tussen de wijze van zorgverlening van een betreffende praktijk versus hetgeen in de beroepsgroep gebruikelijk is, zal de praktijk worden verzocht om na te gaan wat hiervan de achtergrond is. Indien aan de orde, zal de Tandboog tandarts de bereidheid hebben om zijn behandelbeleid in lijn te brengen met hetgeen in de beroepsgroep gebruikelijk is.

Om deze kaders te kunnen stellen is het noodzakelijk om de declaratiegegevens statistisch te bewerken tot spiegelinformatie. Deze spiegelinformatie zal van elke Tandboog praktijk ter beschikking worden gesteld aan de Alliantie Tandboog. De Alliantie is statutair gehouden aan een vertrouwelijke behandeling van deze gegevens. De spiegelinformatie kan slechts na voorafgaande toestemming van de betreffende praktijk aan de regionale coöperatie worden verstrekt.

## **Consultatiedocument Mondzorg.**

### **Een analyse naar de mogelijkheden voor vrije prijsvorming voor enkele prestaties in de mondzorg.**

#### **Overzicht consultatievragen**

##### **Consultatievraag 1**

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

Als bestuur van Tandboog® zijn wij van mening dat het afschaffen zal leiden tot een wildgroei in de aanwas van tandartsen. Een numerus fixus zorgt er ook voor dat toekomstige tandartsen beter overwegen of deze beroepskeuze de juiste is. Wij denken dat het verhogen van het aantal opleidingsplaatsen gekoppeld aan de numerus fixus de beste oplossing is. Een belangrijk argument is, dat er tegenwoordig veel vrouwelijke studenten zijn. Die gaan veelal parttime werken, waardoor er toch minder aanbod te weinig tandartsen zullen komen.

##### **Consultatievraag 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 moeten worden?*

Hier staan wij als bestuur en leden van Tandboog® zeer positief tegenover en willen graag met u op kleine schaal deze uitdaging aangaan, waarbij, zoals u al aangeeft, de concrete invulling nader uitgewerkt moet worden.

##### **Consultatievraag 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 een bronvermelding*

In de beschrijving van de aanbieders van mondzorg zien we twee aanvullingen. De tandarts – parodontoloog, die een substantieel stuk specialistische zorg inbrengt. Daarnaast de commerciële partijen, die de zorg het liefst naar de beurs zouden brengen. Deze partij heeft volgens ons, niets op de markt te zoeken, immers budget dat concreet besteed zou moeten worden aan zorg, wordt gebruikt om externe partijen winst te laten behalen uit zorg. Hierdoor zie je in de markt praktijken ontstaan waar omzet als leidraad geldt en niet de zorgvraag. Helaas staat de huidige wetgeving dit toe. Verder ontbreekt er in onze ogen de uitwerking over de bevoegdheden en de voorbehouden behandelingen, wij denken dat deze per aanbieder beter vastgelegd moet worden ten einde duidelijkheid te creëren en de kwaliteit voldoende te waarborgen.

##### **Consultatievraag 4**

*Kunt u zich vinden in de 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 een bronvermelding*

In het verhaal missen wij de deelspecialisme in de tandheelkunde, zoals geriatrische tandheelkunde, kindertandheelkunde, endontologen etc. Daarnaast zien we dat een deel van de taken worden overgenomen door niet bevoegd personeel die dit zgn. onder supervisie wel zou mogen doen. Wij denken hierbij o.a. aan de preventie assistente met de paro-aantekening.

### **Consultatievraag 5**

*Bent u van mening dat sprake is van voldoende aanbod aan mondzorg? Denkt u dat wanneer schaarste op de markt optreedt het aanbod zal toenemen door bovenstaande mogelijkheden?*

Als de patiënt geen keuzemogelijkheid heeft zal hij gedwongen worden, zich door lager gekwalificeerde medewerkers te laten helpen. In onze regio is er op dit moment geen schaarste. Wel moet men in de toekomst rekening houden met een licht tekort aan tandartsen, gelet op de gemiddelde leeftijd van het huidig tandartsen bestand.

### **Consultatievraag 6**

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

Nee, want er wordt hier niet gedacht in het belang van de patiënt en de zorgaanbieders. De patiënt wil een goed gekwalificeerde zorgaanbieder, de zorgaanbieder wil afwisselend werk. De nieuwe herschikking leidt tot eenzijdig werk voor de zorgaanbieder, waardoor de risico's op burn-out en andere beroepsziektes alleen maar toeneemt en de zorg verder onder druk komt te staan. Daarnaast verliest de zorgaanbieder de betrokkenheid met de patiënt, waardoor de kwaliteit verder onder druk komt te staan.

### **Consultatievraag 7**

*Bent u het eens met de analyse dat de beperking van het aantal opleidingsplaatsen (het in standhouden van een numerus fixus) de toetreding tot de markt onnodig belemmerd?*

Hierdoor wordt het voor niet Nederlandse tandartsen en hulppersoneel makkelijker om kwalitatief goede tandheelkunde te bedrijven, omdat er in de gebieden waar zij werkzaam zijn geen goed Nederlands alternatief is. Denk hierbij bv aan de totale onderbezetting in Rotterdam. Daarnaast zijn er in praktijken mensen werkzaam die zelfstandig de tandheelkunde uitoefenen zonder BIG registratie.

### **Consultatievraag 8**

*Mist u andere toetredingsdrempels?*

Ja ook voor tandartsen van binnen de E.U. zou er een stage/examen/proeve van bekwaamheid moeten zijn, omdat niet alle opleidingen gelijkwaardig zijn. Voor tandartsen van buiten de E.U. zou er een duidelijk protocol moeten zijn zodat deze tandartsen niet onnodig "rondzwerven" door Nederland.

### **Consultatievraag 9**

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

Ja, de consument heeft geen idee waaraan hij is overgeleverd en onder de huidige situatie kan een zorgverzekeraar vrijwel niet aansturen. De Inspectie van de Gezondheidszorg heeft slechts één medewerker en die bezoekt geen praktijken. De door de NMT opgerichte kwaliteitsregistratie is voor elke BIG/geregistreerde tandarts toegankelijk en is derhalve op dit moment niet onderscheidend. Ook op gebied van declareren is er geen enkele controle mogelijkheid. Hier ligt voor het fenomeen/concept Tandboog® een mooie opgave.

### **Consultatievraag 10**

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

Ja, hiervoor hebben wij Tandboog® opgericht teneinde dit te bereiken.

### **Consultatievraag 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?*

Nee, door oprichting van Tandboog® blijkt, dat er wel degelijk een mogelijkheid is om als zorgverzekeraar met tandartsen samen te werken. Door elkaars sterke punten te benutten kan er voor alle partijen een win/win/win situatie ontstaan. De derde partij in deze is de patiënt. Bijgevoegd is de concept folder voor tandboog, deze wordt nog verder uitgewerkt.

### **Consultatievraag 12**

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

JA, echter door samen te werken in b.v. allianties kunnen alle betrokken partijen beter presteren.

### **Consultatievraag 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 tandprotheticici dan met tandartsen en orthodontisten. Waarom is dit zo?*

De tandartsen en orthodontisten zijn de gevestigde spelers op de markt en de andere zijn de nieuwe spelers op de markt. Daarnaast wordt er door de diverse beroepsorganisaties een niet altijd terecht negatief beeld geschetst over de zorgverzekeraars. Dit is historisch zo gegroeid. Hierdoor ziet met de zorgverzekeraars vaak als vijand en daarmee gaat men niet "heulen".

### **Consultatievraag 14**

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

Onder het nieuwe concept is de tandarts de leider in het geheel.

### **Consultatievraag 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?*

Als men de vergoeding van de zorgverzekeraars onafhankelijk maakt van de tarieven, ziet de consument waar het (te) duur is. Hierdoor zal de markt zichzelf reguleren.

### **Consultatievraag 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?*

*Het enige waar men voor op moet passen en waar opgetreden moet worden zijn praktijken waarin ongeregistreerde medewerkers werkzaam zijn. De theehuizen zijn hier slechts een helder voorbeeld van. Ook is er het gevaar van grote praktijken met slechts één enkele tandarts, die de regie voert met over grote hoeveelheden nauwelijks geschoold hulppersoneel.*

### **Consultatievraag 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?*

Alleen regionaal zou er misschien op kleine schaal kartelvorming mogelijk zijn.

### **Consultatievraag 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?*

Niet helemaal, door vastleggen in overeenkomsten van het afzien van declareren van bepaalde verrichtingen en afspraken te maken over hoogte van materiaalkosten, kan een zorgverzekeraar weliswaar beperkt, gebruik maken van hun inkoopmacht.

### **Consultatievraag 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?*

Ja.

### **Consultatievraag 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 ketenzorg? Zo niet kunt u dan concreet aangeven waar de analyse aangescherpt en verbeterd kan worden?*

De marktgebieden zijn te specifiek, zodat er geen negatieve effecten zullen zijn.

### **Consultatievraag 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?*

Hiervoor verwijzen wij naar het model Tandboog®

### **Consultatievraag 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 in zorgactiviteiten plaatsvinden binnen het takenpakket van de tandarts?*

Ja, de minder bekwame beroepsuitoefenaars zullen graag de duurdere taken willen uitoefenen, waardoor een overtreatment risico ontstaat en de minder gewaarde prestaties minder vaak niet uitgevoerd zullen worden.

### **Consultatievraag 23**

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

Door een deel van de taken en administratieve handelingen over te nemen heeft een praktijk minder last van verzwaring van de taken en kan een praktijk op lange termijn zelfstandig blijven functioneren. Tandboog kan er voor zorgen dat in de toekomst door een welafgewogen servicepakket de taakbelasting tot een minimum beperkt blijft.

## Consultatiedocument herziening bekostigingstructuur mondzorg

### Overzicht consultatievragen

#### **Consultatievraag 1**

*Deelt u de opvatting van de NZa over de veranderende zorgvraag?  
(inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)*

Door vergrijzing neemt zorgvraag toe  
Door toegenomen welvaart neemt mondgezondheid af

#### **Consultatievraag 2**

*Zijn de typen mondzorgaanbieders volledig en goed beschreven?  
(inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)*

Nee, men vergeet de diverse subspecialismen zoals de parodontoloog.  
Daarnaast zijn er investeringsmaatschappijen, die zichzelf als zorgaanbieder profileren.

#### **Consultatievraag 3**

*Is de huidige bekostigingstructuur mondzorg volledig en goed beschreven? (inclusief toelichting  
waarom wel of waarom niet)*

Goed beschreven

#### **Consultatievraag 4**

*In hoeverre worden de abonnementstarieven uit de UPT-lijst in praktijk gebruikt? Is dit  
wenselijk? (inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)*

Vrijwel niet.

#### **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)*

Binnen Tandboog zal dit niet het geval kunnen zijn door de open transparante  
declaratiestructuur.

#### **Consultatievraag 5b**

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

Op factuur laten zien waar techniek gemaakt is en patiënten fysiek in staat stellen dit te  
controleren.

### **Consultatievraag 6**

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

Nee, tariefsaanpassing vindt plaats in neerwaartse spiraal. Het salaris van het personeel gaat met meer dan de inflatiecorrectie omhoog, de tariefsverhogingen zitten al jaren onder het niveau van de inflatie, zodat er elk jaar ingeleverd wordt.

### **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)*

Virtueel mondzorgcentrum, zoals Tandboog®, kan dit bewerkstelligen

### **Consultatievraag 7b**

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

De extreem groeiende kosten personeel en de steeds duurder wordende huisvesting. De niet controleerbare en onbeheersbare groei van de tandtechniekkosten. De wildgroei aan niet zorggerelateerde instanties, die op welke wijze dan ook invloed willen uitoefenen en daardoor kostenverhogend zijn. (Waterschappen, Buma/Stemra etc)

### **Consultatievraag 8a**

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

Tarief toekennen aan niveau/ opleiding/ scholing/ ervaring

### **Consultatievraag 8b**

*Welk uitgangspunt weegt voor u het zwaarst en waarom?*

Ervaring en kennisniveau, hoe moeilijk peilbaar dit ook is

### **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)*

Zie Tandboogconcept, Tarief en transparantie

### **Consultatievraag 9b**

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

Gebrek aan innovatie. Door besproken UPT lijst geen innovatie en investeringsvergoeding, waardoor er creatief gedeclareerd moet worden als er een innovatie zich aandient (b.v. laserbehandelingen)

**Consultatievraag 10a**

*Welke prestatievariant heeft uw voorkeur en waarom?*

Verrichtingen.  
Abonnement leidt tot luiheid  
Product werkt kostenverhogend en leidt tot onderbehandeling.

**Consultatievraag 10b**

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

Vergoedingensysteem, waarbij er een vaste vergoeding vanuit zorgverzekeraar is met een vrij tarief hierop dat door de consument betaald wordt.

**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)*

Ja, volledig

**Consultatievraag 10d**

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

Preventie is uit huidige pakket weggesaneerd en innovatie wordt niet vergoed

**Consultatievraag 10e**

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

Door aan innovaties de mogelijkheid van eigen codes te koppelen en door preventie weer op te nemen in de UPT lijst of welke lijst dan ook.

**Consultatievraag 11a**

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

Verrichtingen met vaste bijdrage van Zorgverzekeraar

**Consultatievraag 11b**

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

Zie boven

**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)*

Nee, bijvoorbeeld abonnementsvorm is niet transparant voor patiënt.

### **Consultatievraag 11d**

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

Nee

### **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)*

Zie Tandboog®

### **Consultatievraag 12b**

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

Tandboog® landelijk

### **Consultatievraag 12c**

*Welke verbetering(en) heeft uw voorkeur en waarom?*

Tandboog®

### **Consultatievraag 13a**

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

Zie Tandboog®, betere transparantie voor zorgverzekeraar, patiënt en tandarts.

### **Consultatievraag 13b**

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

Tandboog®

### **Consultatievraag 13c**

*Welke verbetering(en) heeft uw voorkeur en waarom?*

Tandboog®

### **Consultatievraag 14**

*Heeft u de voorkeur voor een geleidelijke invoering (hoe lang minimaal en maximaal?) van de nieuwe bekostigingstructuur of voor een "big bang"-invoering (wanneer)? (inclusief toelichting)*

Bij "big bang" gaat iedereen op zijn achterste poten staan

### **Consultatievraag 15**

*Is de huidige bekostigingstructuur voor instellingen voor jeugdtandverzorging volledig en goed beschreven? (inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)*

Nee, voor kinderen waar meer tijd voor nodig is, wordt dit niet vergoed. Dit is thans alleen "liefde voor het vak" als hiervoor in de praktijk tijd wordt vrijgemaakt.

**Consultatievraag 16a**

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

Nee, allochtonen ontbreken

**Consultatievraag 16b**

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

Bepaalde groep moet extra aandacht hebben

**Consultatievraag 17a**

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

Ja, maar ook door bijvoorbeeld een bonus voor elke goed "afgeleverde gesaneerde patiënt" op een bepaalde leeftijd, bv aan het einde van de basisverzekering of bij 18 jaar.

**Consultatievraag 17b**

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

Zie a

**Consultatievraag 17c**

*Welke verbetering(en) heeft uw voorkeur en waarom?*

Bonus