



**Consultatiedocument *structuurherziening* bekostiging mondzorg
reactie ZN maart 2008
(9 maart definitief vastgesteld)**

In zijn algemeenheid complimenteert ZN de NZa met het tot stand komen van dit consultatiedocument. Gezien de veelheid van wensen, mogelijkheden en onmogelijkheden en de diverse belangen is er, naar het oordeel van ZN, een evenwichtig document tot stand gekomen. Op enkele plaatsen constateert ZN onvolkomenheden, die bij de beantwoording van de consultatievragen aan de orde zullen worden gesteld.

Voordat overgegaan wordt tot beantwoording van de consultatievragen worden eerst enkele wedervragen gesteld en enkele algemene opmerkingen geplaatst.

Het lijkt ZN zinnig ook onderzoek te doen naar bekostigingsstructuren in het buitenland, zodat niet het wiel opnieuw behoeft te worden uitgevonden. Gedacht wordt daarbij onder andere aan het Zweedse model, waarbij vrije prijzen gehanteerd worden, maar waarbij de vergoedingen wettelijk aan een maximum zijn gebonden. Hiervan kan ook een reële marktwerking worden verwacht, omdat de zorgverlener op zijn minst aan de consument uit zal moeten leggen waarom hij duurdere zorg levert dan de maximumvergoeding.

Ook zou vooraf onderzoek moeten worden gedaan naar de mogelijke effecten van het invoeren van een nieuwe bekostigingsstructuur. ZN is van oordeel dat in een nieuw prestatiegebouw prikkels voor kwaliteit en contractering ingebouwd dienen te worden en niet alleen ingezet dient te worden op inkomensbeleid. Afsproken en bewezen extra kwaliteit bij gecontracteerde zorg zou moeten kunnen leiden tot een betere honorering dan bij het ontbreken daarvan. ZN is dus van oordeel dat een nieuwe bekostigingsstructuur gekoppeld dient te worden aan een geobjectiveerde kwaliteitssysteem in de mondzorg, waarbij ruimte gelaten wordt voor aanvullende afspraken voor een betere honorering van een bewezen betere kwaliteit.

Ter toetsing van betere kwaliteit en naleving van het nieuwe prestatiegebouw en daarin vastgelegde regels zou een onafhankelijk controle-instituut ingesteld dienen te worden. Op dit moment wordt een algemeen gebrek aan controle op kwaliteit en ingediende declaraties ervaren.

Consultatievraag 1

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

In het algemeen kan ZN de veranderende zorgvraag, zoals door de NZa opgenomen, onderschrijven, met dien verstande dat in de inleiding voornamelijk gesproken wordt over tandcariës en erosie, terwijl tandvleesaandoeningen (parodontopathiën) eveneens een serieuze bedreiging voor de gebitsgezondheid kunnen vormen. Aangegeven wordt dat het zwaartepunt van de preventie is verschoven van collectieve naar individuele preventie. ZN is van oordeel dat ook de collectieve preventie niet uit het oog mag worden verloren. Er zijn, op basis van de door het CVZ uitgegeven Signalenmondzorg, aanwijzingen dat m.n. risicogroepen mogelijk de tandarts niet meer bezoeken. In die gevallen zal de individuele preventie zijn doel niet bereiken en zou er (weer) meer aandacht moeten komen voor de collectieve preventie.

Gesteld wordt dat preventie belangrijker is dan curatie. Zoals aangegeven onderschrijft ZN het belang van preventie en de uitbreiding van het aantal prestaties daarvan, maar ziet niet in waarom curatie minder belangrijk zou zijn.

Ten aanzien van de veranderende zorgvraag kan aanvullend worden opgemerkt dat er een tendens is naar meer op esthetiek gerichte behandelingen. Tevens nemen de technische mogelijkheden verder toe, waarbij opgemerkt wordt dat efficiëntere technologie in het verleden nimmer gevolgen heeft gehad voor de honorering.

Consultatievraag 2

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

Bij de mondhygiënist (HBO) en de tandprotheticus (MBO- niveau, waarover in de twee consultatiedocumenten nu onduidelijkheid bestaat) wordt vermeld dat zij staan ingeschreven in het BIG-register, maar dit is niet juist. De artikel 34 beroepen worden, in tegenstelling tot de artikel 3 beroepen, niet feitelijk geregistreerd.

Voorts mist ZN de kaakchirurgen. Ondanks het feit dat zij hun zorg voornamelijk leveren in ziekenhuizen bestaat er wel een overlapping in prestaties met de geleverde zorg door de tandarts algemeen practicus. Gezien de functionele omschrijving van de zorg acht ZN het nog steeds merkwaardig dat in de toelichting op het Besluit zorgverzekering alleen de kaakchirurg wordt genoemd voor de chirurgisch tandheelkundige hulp van specialistische aard, terwijl een deel van deze zorg ook door de tandarts geleverd kan worden, maar in het kader van de basisverzekering niet gedeclareerd mag worden. Het gevaar van negatieve substitutie (uit financiële overwegingen) is hier groot, ondanks dat daarover geen nader onderzoek bekend is. Gezien de overlapping in de zorg dient het tariefgebouw mondzorg dan ook in samenhang gezien te worden met de tariefbeschikking voor de kaakchirurg, ook al wordt daar op dit moment een overgang naar DBC's ingevoerd.

ZN mist tevens de beschrijving van de Centra voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT's), die al dan niet als zelfstandig centrum en al dan niet als onderdeel van een ziekenhuis, een groot deel van de bijzondere tandheelkundige zorg leveren in het kader van het Besluit zorgverzekering.

In de paragraaf over assistentie worden reguliere assistenten benoemd en daarnaast ook preventie- en paro-preventieassistenten. Het ontbreekt echter aan een nadere definiëring van deze beroeps categorieën en daaraan verbonden opleidingseisen, waardoor het voor de consument niet inzichtelijk is wie welke zorg verleent. Bij het ontbreken van nadere opleidingsvereisten wordt de onduidelijkheid op de markt op deze wijze alleen maar groter. Het is ZN volledig onbekend dat een assistente met vijf jaar werkervaring automatisch preventieassistent zou worden. Het betreft overigens geen beschermde titel, zoals die van mondhygiënist en tandprotheticus.

Naast de preventie- en overige assistentie kennen we in Nederland de klinisch prothesetechnicus (eveneens geen beschermde titel). Dit is een tandtechnicus met een aanvullende cursus voor het vervaardigen van volledige prothesen. Opgemerkt dient te worden dat het vervaardigen van een volledige gebitsprothese geen voorbehouden handeling betreft in het kader van de wet BIG, waardoor de volledige prothese wettelijk gezien door iedereen die bekwaam is geleverd kan en mag worden.

Voor de volledigheid merken we op dat binnen de mondzorg twee officiële specialisaties bestaan voor tandartsen, namelijk de orthodontist en de kaakchirurg. Daarnaast kennen we in Nederland in aantal niet officiële subspecialisaties, zoals endodontoloog, parodontoloog, gnatholoog, implantoloog.

We merken nogmaals op dat de opleiding tot tandprotheticus een MBO-opleiding betreft en geen HBO. Het betreft een opleiding in deeltijd.

Consultatievraag 3

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

In zijn algemeenheid is de beschrijving van de bekostigingsstructuur van de NZa afdoende, waarbij opgemerkt wordt dat de NZa aangeeft dat de bestaande UPT niet uitgaat van een rekennorm, terwijl verderop in het consultatiedocument wel wordt uitgegaan van rekennormen voor de mondzorg. Zie daartoe onder 3.1.2 "efficiëntie" op pagina 36 bovenaan, waar gemeld wordt dat de bestaande methodiek van praktijkkostenbestanddeel + inkomstenbestanddeel gedeeld door de rekennorm gehandhaafd kan blijven.

Wanneer uitgegaan wordt van de premisse één prestatie en één tarief enerzijds (zie onder 3.1.6 op pagina 37) en het noemen van een rekennorm anderzijds (zie onder 3.1.2 onder Efficiëntie op pagina 36), die o.i. automatisch een genormeerd inkomensbestanddeel in zich houdt, ontstaat in principe een spagaat in het ontwikkelen van een nieuwe bekostigingsstructuur. Wanneer wordt uitgegaan van tarieven op het laagst mogelijke uitvoeringsniveau met behoud van kwaliteit en het genormeerde inkomen als maximum inkomen wordt bedoeld geldt dit niet.

Ten aanzien van de maximumtarieven tandtechniek in eigen beheer wordt gemeld dat deze muteren met de puntwaarde voor de tandartsen. Aangezien deze tariefbeschikking op onderdelen ook uit kosten bestaat, lijkt deze methodiek niet correct, omdat kosten vaak anders muteren dan honoraria.

In het orthodontiedossier worden op dit moment individuele tariefbeschikkingen afgegeven in het kader van de vangnetregeling. Op voorhand hoopt ZN dat dit geen gangbare praktijk zal worden in de mondzorg, omdat de administratieve last daarmee drastisch toeneemt.

Consultatievraag 4

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

ZN heeft geen inzicht in het voorkomen van de abonnementsstarieven, maar heeft de indruk dat deze niet of nauwelijks worden gehanteerd. De meeste aanvullende verzekeringen zijn ook niet ingericht op vergoeding van abonnementskosten.

Gezien de indeling in risicocategorieën - te vergelijken met een bandbreedte-indeling - lijkt een abonnementsfinanciering een heel geschikte vorm van honorering, die echter wel het gevaar van onderbehandeling in zich draagt. Toezicht op kwaliteit en controle zou in dat geval heel goed geregeld moeten zijn. In het geval van goed geregelde kwaliteit en controle wil ZN de mogelijkheid van een abonnementshonorering niet op voorhand verwerpen.

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)

De NZa heeft zelf onderzoek gedaan naar het doorberekenen van inkoopvoordelen en voorjaar 2006 daarover gerapporteerd. ZN heeft daarin geen nader inzicht. In de rapportage van de NZa van 2006 wordt wel gemeld dat er nader onderzoek zou worden verricht naar die constructies waarbij verschillende rechtspersonen - waarbij wel dezelfde tandarts betrokken is - inkoopvoordelen niet doorberekenen.

Het betreft mogelijk ook inkoopvoordelen op materialen, zoals bijvoorbeeld de kostprijs van implantaten bij bulkaanschaf, waarbij op diverse manieren kortingen kunnen worden verleend. ZN ontvangt ook dergelijke signalen, maar kan deze niet beoordelen. In het algemeen geldt dat waar transacties plaatsvinden er ook inkoopmarges, zoals o.a. betalingskortingen, zullen ontstaan.

Consultatievraag 5b

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

In beleidsregels en beschikkingen dient nog explicieter te worden vastgelegd dat inkoopvoordelen ten goede moeten komen aan de consument. Ook hier geldt dat het toezicht aangescherpt zou moeten worden en de diverse mogelijkheden van niet doorberekenen wettelijk gelimiteerd en gesanctioneerd dienen te worden.

ZN is van oordeel dat de NZa deze marges dient te maximeren/expliciteren, zodat voor eenieder duidelijk is wat wel of niet aan de consument kan en mag worden doorberekend. ZN is van oordeel dat enige (gemaximeerde) marge moet kunnen om voor de zorgverleners prikkels tot efficiënte inkoop in te bouwen. Voor zorgverzekeraars zou de mogelijkheid open moeten blijven om ook techniek en materiaal zelf in te kopen.

Invoer van een productprijs inclusief techniekkosten (all-in tarief) is ook een te overwegen optie, omdat daarmee de techniek- en materiaalkosten onder de Wmg gebracht worden. Het houdt anderzijds het gevaar in zich dat er bezuinigd gaat worden op de kwaliteit van materiaal en techniek. Dus ook hier geldt dat dan adequaat toezicht op kwaliteit geborgd dient te zijn. Het bewustwordingsproces van de consument dient dan eveneens gestimuleerd te worden.

Consultatievraag 6

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

Onder de relevante ontwikkelingen op pagina 28 wordt vermeld dat de mondzorg voor verzekerden tot 22 jaar is uitgezonderd van het eigen risico. Dit is correct voor de verzekerden tot het moment van de achttiende verjaardag. Verzekerden in de categorie tussen 18 en 22 jaar hebben wel degelijk een eigen risico voor de bijzondere tandheelkundige hulp, voor de hulp geleverd door de kaakchirurg en voor de volledige uitneembare prothetische voorzieningen.

De Zorgverzekeringwet in het algemeen en het Besluit zorgverzekering in het bijzonder is functioneel omschreven. Prestaties die in dat kader worden geleverd vallen dan automatisch onder de Wmg. Voor prestaties buiten de Zvw en het Bz geldt, dat wanneer deze geleverd worden door zorgverleners die onder de wet BIG vallen, ze nog steeds onder de Wmg vallen, maar wanneer deze geleverd door andere leveranciers het Wmg-regime niet meer van toepassing is (zie het voorbeeld van de partiële prothese geleverd door een tandtechnicus).

ZN is van oordeel dat ook dergelijke prestaties onder het regiem van de Wmg zouden moeten vallen, omdat anders het gevaar bestaat dat zorgverleners zich op verschillende wijzen kunnen profileren en daarmee het Wmg-regiem kunnen ontlopen (bijvoorbeeld een tandarts die 's morgens in zijn eigen praktijk werkzaam is, maar 's middags in bijvoorbeeld een tandtechnisch laboratorium werkt en van daaruit factureert). De prestatie zou naar het oordeel van ZN leidend moeten zijn om onder de Wmg te vallen en niet de zorgaanbieder.

De rapportage over taakherschikking in de mondzorg van de Commissie Linschoten is inmiddels overheidsbeleid geworden. Het aantal opleidingsplaatsen voor tand- of mondartsen is inmiddels al gereduceerd. Het is dan merkwaardig en niet consequent dat het aantal opleidingsplaatsen voor mondhygiënisten (nieuwe stijl) nog niet is uitgebreid.

In het consultatiedocument over liberalisering wordt - als antwoord op de daarin opgenomen consultatievraag - nader ingegaan op het loslaten van de numerus fixus voor de beide opleidingen.

Consultatievraag 7a

Deelt u de analyse van de NZa over de consequenties van de recente ontwikkelingen in de mondzorg voor de bekostigingsstructuur? (inclusief toelichting waarom wel of waarom niet)

De NZa vermeldt op diverse plaatsen dat het aantal prestaties voor preventie uit dient te breiden. ZN kan dit onderschrijven, maar hecht er wel aan te melden dat dan ook het verzekerde pakket voor de jeugdige verzekerde in het Besluit zorgverzekering dienaangaande aangepast dient te worden.

Individuele preventie is daarin op dit moment niet als verzekerde prestatie opgenomen en verzekeraars zijn van oordeel dat preventie een wezenlijk onderdeel van de basisverstrekkingen zou moeten vormen.

Anderzijds kennen we in Nederland de collectieve preventie, die echter geen onderdeel vormt van de basisverzekering maar is ondergebracht in de Wet op de collectieve preventie en waarvan de uitvoering is ondergebracht bij de gemeentelijke overheden.

In de huidige markt van de mondzorg is er volgens de NZa geen reden om door te verwijzen naar andere zorgverleners buiten de eigen praktijk omdat daartoe de financiële prikkel ontbreekt. Bij een andere bekostiging zou dat kunnen leiden tot een gedwongen wezenlijk andere praktijkvoering.

Door de nu geldende overgangsregeling t.b.v. de vrijgevestigde mondhygiënisten geldt dat door het hanteren van een uurtarief er per prestatie hogere tarieven kunnen worden berekend dan voor de tandarts gelden.

Kostenontwikkelingen in instellingen voor mondzorg lijken nog niet overal parallel te lopen met het behaalde efficiëntievoordeel. Bijvoorbeeld de management- en bedrijfsvoeringkosten zullen in berekeningen moeten worden meegenomen. Een team kan per saldo efficiënter zijn, maar hoeft daarmee niet per definitie ook goedkoper te presteren. Kortom er zijn plussen en minnen in doelmatigheid en kosten, die alle in de overwegingen dienen te worden betrokken.

Consultatievraag 7b

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

ZN acht de opsomming van de NZa voldoende uitputtend. Wel hecht ZN eraan op te merken dat ook in een nieuwe bekostigingsstructuur de bereikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg voldoende moet zijn geborgd. Voorts wordt opgemerkt dat diverse behandelaars mogelijk niet allen even efficiënt en snel zullen werken, waardoor het principe van één prestatie één tarief leidt tot een onevenwichtige honorering. Tevens zou het zo kunnen zijn dat hoger opgeleiden vrijkomende tijd besteden aan het uitvoeren van (duurdere) behandelingen, waardoor de zorg uiteindelijk alleen maar duurder wordt en het risico van overbehandeling ontstaat. Dit lijkt bevestigd te worden door de toegenomen schadelast van luxere zorg vanuit de aanvullende verzekeringen.

Consultatievraag 8a

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

ZN onderschrijft het principe van één prestatie één tarief, maar constateert dat dit voor diverse vormen van praktijkvoering vergaande gevolgen kan hebben en vindt daarom dat vooraf inzicht moet ontstaan in de mogelijke problemen bij invoer van een nieuw bekostigingstelsel. Tevens moet worden vastgelegd in welke situaties daarvan kan worden afgeweken. Een mogelijk uitgangspunt zou kunnen zijn dat niet elke zorgaanbieder het voor hem vastgelegde norminkomen behoeft te behalen. Echter doordat elke zorgverlener wel zal trachten zijn gewenste inkomensniveau te behouden kunnen er allerlei, mogelijk ongewenste, verschuivingen ontstaan in de zorgconsumptie.

Zoals bij het antwoord op vraag 7a reeds is opgemerkt levert taakdelegatie niet in alle gevallen een reductie van kosten op, maar mogelijk in sommige gevallen juist een toename daarvan.

Consultatievraag 8b

Welk uitgangspunt weegt voor u het zwaarst en waarom?

Voor ZN weegt het invoeren van een helder en transparant prestatiegebouw op basis van producten het zwaarst, waarbij de mogelijkheid open gehouden wordt afgesproken kwaliteit van gecontracteerde zorg te honoreren. Efficiëntie wordt dan meer gestimuleerd, voor zowel consumenten als verzekeraars wordt inzichtelijker wat er nu eigenlijk wordt geleverd en het bevordert innovatie. Van tevoren afgesproken en gehonoreerde kwaliteit kan en zal op termijn kostenverlagend uitpakken.

Naar het oordeel van ZN is er een reële mogelijkheid om gedifferentieerde tarieven per vrijgevestigde zorgverlenerpraktijk vast te stellen, waarbij het rekennorm-model gehandhaafd kan blijven. Wanneer er binnen een dergelijke praktijkvoering sprake is van verdergaande taakdelegatie, dienen de gedelegeerde prestaties wel van een geëigend tarief te worden voorzien, toegesneden op de feitelijke uitvoerder. Voor de consument zal duidelijk moeten zijn wie wat doet en tegen welk tarief. Er zal een grondig onderzoek, o.a. op basis van agenda's, plaats moeten vinden naar bestede tijd en kosten per prestatie en per uitvoerder in diverse vormen van bedrijfsvoering.

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)

Ja, met name het gebrek aan transparantie in prestatiebeschrijvingen, prijs en kwaliteit is voor ZN het belangrijkste zwakke punt. Het huidige aantal prestaties is veel te hoog. Er is ook een gebrek aan preventieprestaties en te weinig ruimte voor innovaties.

Vanwege het feit dat de huidige tarieven voor de diverse beroepsgroepen niet meer als onderbouwd zijn aan te merken acht ZN een grondig onderzoek naar tijdsbesteding en kosten aangewezen, waarin de diverse vormen van bedrijfsvoering betrokken dienen te worden.

Wanneer het aantal preventieve prestaties op een andere wijze beschreven gaat worden bestaat ook de noodzaak tot aanpassing van het Besluit zorgverzekering! Zie ook vraag 7a.

Consultatievraag 9b

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

ZN acht de uitwerking van de NZa afdoende.

Consultatievraag 10a

Welke prestatievariant heeft uw voorkeur en waarom?

De voorkeur van ZN gaat sterk uit naar tarieven per product, waarbij het aantal producten beperkt moet blijven, met, zoals eerder aangegeven, de mogelijkheid om gemaakte kwaliteitsafspraken voor gecontracteerde zorg beter te honoreren. Immers de kwaliteit van de geleverde zorg moet in een reële verhouding staan met daarvoor te berekenen tarief.

Het ligt wel in de rede om bij complexere behandelingen een bandbreedte of differentiatie naar moeilijkheidsgraad aan te brengen, bijvoorbeeld in de vorm van een tarief voor eenvoudig, normaal of gecompliceerd. Deze bandbreedte of complexiteit zou dan nader gedifferentieerd dienen te worden op basis van transparante criteria inclusief de bestede tijd, die van tevoren met de consument besproken dienen te worden, zodat deze niet voor onverwachte verrassingen komt te staan.

Bijvoorbeeld zou voor orthodontische prestaties een bandbreedtetarief gebaseerd kunnen worden op basis van de zogenoemde IOTN-score. Vanzelfsprekend zou dit van toepassing moeten zijn voor zowel de tandarts algemeen practicus als voor de orthodontist.

Wanneer er sprake is van een heldere productbeschrijving is er minder noodzaak om innovaties afzonderlijk te beschouwen, omdat het er minder toe doet hoe een bepaald product tot stand komt.

Wanneer er wegens innovaties aantoonbaar fors extra geïnvesteerd zou moeten worden is het mogelijk om in dat geval een nieuw (lees extra) tarief aan een product te koppelen of kan dit incidenteel leiden tot aanpassing van het producttarief.

In een aantal gevallen zullen innovaties overigens ook leiden tot doelmatiger, snellere of efficiëntere behandelingen. In die gevallen leidt een investering mogelijk tot efficiëntiewinst, waardoor niet noodzakelijkerwijs een nieuw of extra tarief behoeft te worden vastgesteld. In alle gevallen zou er voor individuele zorgverzekeraars ruimte moeten blijven om regionaal prijsafspraken te maken.

Het instellen van een zogenoemde innovatiecommissie acht ZN een goed initiatief, waarbij groot belang wordt gehecht aan de onafhankelijkheid van een dergelijke commissie. Op basis van bovenstaande overwegingen dient steeds ook beoordeeld te worden of innovaties mogelijk tot efficiënter handelen leiden.

Consultatievraag 10b

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

In het consultatiedocument worden diverse varianten benoemd. Daaraan heeft ZN niets toe te voegen.

ZN heeft bij de beantwoording van eerdere vragen zijn voorkeur aangegeven voor productbeschrijvingen. In een ideale situatie zou een bekostigingsstructuur op basis van een abonnement tot de mogelijkheden kunnen behoren. Op basis van een vergelijkbare systematiek als in de huidige UPT zou een bandbreedte-indeling transparant moeten worden vastgesteld om tot een juist abonnementstarief te komen. Zoals gemeld acht ZN het gevaar van mogelijke onderbehandeling te groot, bij het ontbreken van een afdoende en efficiënte controle hierop.

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)

Zie de antwoorden op de vragen 7a en 9a.

Consultatievraag 10d

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

Op dit moment functioneert de collectieve preventie, die bij de gemeentes (lees: GGD) is belegd, zwaar onvoldoende. Mogelijk speelt een rol dat in de financiering van de GGD's geen vast bedrag voor de Tandheelkundige GezondheidsVoorlichting en Opvoeding (TGVO) is opgenomen. Hierin zou veel beter moeten worden voorzien, vandaar dat ook een van de projecten Kies voor gaaf! van de NMT daaraan reeds werkt.

Het dient overwogen te worden of aan het prestatiegebouw mondzorg een prestatie moet worden toegevoegd voor collectieve preventie, ook al valt de financiering daarvan momenteel niet onder de aanspraak van de basisverzekering. Toegenomen collectieve preventie levert immers ook onmiddellijk voordelen voor de individuele preventie en curatie. Mogelijk zou zelfs de financiering van de collectieve preventie heroverwogen moeten worden, waarbij verzekeraars die rol op zich zouden kunnen nemen. Vanzelfsprekend dient dan ook de financiering daarop te worden afgestemd en de gelden daarvoor te worden geoormerkt.

Consultatievraag 10e

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

Zie ook het antwoord op 10 d. Aansluitend op de wens van ZN om te komen tot een beschrijving per product en bij complexe behandelingen daaraan te koppelen tarieven op basis van een bepaalde bandbreedte-indeling geldt ook hier dat er sprake moet zijn van een heldere productbeschrijving per zorgcategorie. Innovaties worden zo eveneens gestimuleerd en kunnen mogelijk leiden tot bijstelling van tarieven.

Preventieve prestaties zouden mogelijk op basis van een abonnementstarief vormgegeven kunnen worden, waarbij wederom wordt opgemerkt dat er dan sprake moet zijn van een efficiënt controlesysteem. Om een abonnementsvorm te kunnen honoreren dient op basis van transparante criteria de behoefte objectief te worden vastgesteld. Voor innovaties kan ook de huidige vigerende innovatieregeling worden gehanteerd, waarbij per verzekeraar individuele afspraken gemaakt kunnen worden.

Consultatievraag 11a

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

Zie de antwoorden op de vragen 7a, 9a, 10b en 10e. Naar het oordeel van ZN heeft de NZa de meetlat op zorgvuldige wijze ingevuld. Op basis daarvan komt ZN tot de conclusie dat een bekostigingsstructuur op basis van productbeschrijvingen, waarbij het aantal producten beperkt wordt gehouden, de meest reële optie is. Zoals eerder gemeld achten verzekeraars het wenselijk om de mogelijkheid te hebben om geborgde kwaliteit te honoreren.

Consultatievraag 11b

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

Zie de antwoorden op de vragen 7a, 9a, 10b en 10^e.

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)

In het schema, zoals dat door de NZa is ingevuld, worden op verschillende plaatsen aanvullingen/differentiaties doorgevoerd, zoals bijvoorbeeld: "mits beperkt aantal producten". Een

dergelijke differentiatie zou op meerdere plaatsen doorgevoerd kunnen worden en leiden tot een herziening van plussen en minnen. Het is ZN niet duidelijk op basis waarvan de nu opgenomen aanvullingen/differentiaties zijn vastgesteld.

Bijvoorbeeld: bij de rij "verrichtingen" zou in de kolom "beperking lastendruk" een min geplaatst kunnen worden, met de toevoeging (bij veel verrichtingen). Wanneer echter toegevoegd wordt (bij weinig verrichtingen) zou de min in een plus kunnen wijzigen.

ZN acht het daarom ook terecht dat in de rij "producten" steeds wordt toegevoegd (mits/tenzij beperkt aantal producten), want bij veel producten worden de risico's vergelijkbaar met de verrichtingen.

Echter ook na het eventueel aanbrengen van nuanceringen leidt het schema voor ZN niet tot een andere conclusie.

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)

In feite zou de huidige verrichtingenlijst ook aangemerkt kunnen worden als een zeer geëxpandeerde lijst met afzonderlijke producten, veelal in de vorm van allerlei deelprestaties om tot een eindproduct te komen. Ook in het verleden is ZN er, in allerlei onderhandelingstrajecten van herzieningen van bestaande hoofdstukken uit de tariefbeschikking, steeds voorstander van geweest om het aantal deelverrichtingen beperkt te houden en zoveel mogelijk te clusteren.

In het kader van de structuurherziening lijkt het ZN een goed moment om alsnog een groot aantal deelprestaties te clusteren tot een declareerbaar product, waarvan ook voor de consument duidelijk wordt wat hij daarvoor ontvangt.

Concluderend kan worden gesteld dat ZN sterk de voorkeur heeft voor een product- c.q.

verrichtingensysteem, waarbij het aantal producten/verrichtingen, zoveel als mogelijk, wordt beperkt.

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)

In het antwoord op vraag 10a heeft ZN aangegeven voorstander te zijn van een bekostigingsstructuur op basis van productbeschrijvingen aan de hand van een vast te stellen bandbreedte. In de nieuwe beleidsregels dient nadrukkelijk de aandacht gevestigd te worden op de Wet op de Geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO), waarbij het tot de taak van de zorgverlener gerekend wordt om de consument op heldere wijze te informeren over de indeling in bandbreedtecategorie/complexiteit en de gevolgen daarvan voor het daaraan te koppelen tarief.

In het kader van controle op declaraties zou ZN in toekomstige beleidsregels graag weer de verplichting opgenomen zien om voor de diverse producten de gebitselementnummering op te nemen. Volgens de huidige beleidsregels bestaat er voor bijvoorbeeld een vulling of een kroon geen verplichting meer om aan te geven welk gebitselement feitelijk is behandeld. De nummering van gebitselementen is overigens ook heel eenvoudig aan de consument uit te leggen. Het opnemen van de verplichting het nummer van het gebitselement in de declaratie te vermelden leidt nauwelijks tot extra administratieve lasten en wel tot meer transparantie/specificatie voor de consument. De zorgverlener is, in het kader van de dossierplicht, toch al verplicht te registreren welk gebitselement is behandeld. Het kost geen extra moeite dit ook op de declaratie te vermelden.

ZN acht een benchmark een geschikt hulpmiddel om een discussie aan te gaan over verschillende consumptiepatronen, maar is er niet van overtuigd dat een benchmark goed toepasbaar is als controlemiddel, o.a. vanwege afwijkingen in demografische gegevens en praktijkopbouw, ook al worden deze deels door case-mix correcties ondervangen.

Consultatievraag 12b

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

In vroeger jaren bestond er een onafhankelijk Tandheelkundig Controle Instituut (TCI). Overwogen moet worden om een dergelijk instituut nieuw leven in te blazen. De huidige controlemogelijkheden in Nederland op het gebied van zorginhoudelijke kwaliteit en prijs zijn vrijwel nihil, te meer door het ontbreken van heldere kwaliteitsnormen en productomschrijvingen. Een dergelijk controle instituut dient door alle partijen te worden gedragen. Een systeem van onderlinge visitatie, waarvan het kostendeel dan betrokken zou moeten worden betrokken in de honorering, zou mogelijk meer bijdragen aan een efficiënte markt.

Consultatievraag 12c

Welke verbetering(en) heeft uw voorkeur en waarom?

Het oprichten van een onafhankelijk controle-instituut. Op een eventuele benchmark is in vraag 12a al nader ingegaan. Ook voor eventuele controlemogelijkheden geldt dat er sprake dient te zijn van een

transparant prestatie-tariefgedebouw, zodat declaraties voor eenieder inzichtelijker en beter controleerbaar worden. Zie daartoe ook de aanbeveling in het antwoord op vraag 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)

Voor de consument zijn zaken als etalagefunctie, bejegening etc goed te beoordelen. De feitelijke zorginhoudelijke kwaliteit (lees: de meest aangewezen behandeling, op het juiste tijdstip, op efficiënte wijze uitgevoerd met kwalitatief de beste materialen en natuurlijk ook voorzien van een adequate honorering) zal ook in de toekomst voor de consument moeilijk te beoordelen zijn.

Samen met beroepsgroepen, consumenten en overheid moeten transparantie en efficiëntie worden gegarandeerd. Tevens dienen zo spoedig mogelijk prestatie-indicatoren ontwikkeld te worden, die door alle partijen worden gedragen. Zoals al eerder gemeld zouden verzekeraars in het nieuwe prestatiegebouw graag ruimte zien voor het maken van aanvullende afspraken over kwaliteit, transparantie en prikkels om te contracteren. In het algemeen dient gestreefd te worden naar uniformiteit en standaardisatie, met voldoende ruimte voor individuele zorgverzekeraars.

Consultatievraag 13b

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

In de antwoorden op eerdere vragen is de mening van ZN voldoende aan bod gekomen.

Consultatievraag 13c

Welke verbetering(en) heeft uw voorkeur en waarom?

In de antwoorden op eerdere vragen is de mening van ZN voldoende aan bod gekomen en komt kort samengevat neer op: één lijst met prestaties op productniveau, waarbij het aantal prestaties zo beperkt mogelijk wordt gehouden en de prijs zoveel als mogelijk op een geëigend niveau wordt vastgesteld. Daarbij moet de mogelijkheid van eventuele upcoding vrijwel onmogelijk worden gemaakt en moet het prestatiegebouw de mogelijkheid in zich dragen om geborgde en gecontracteerde kwaliteit te honoreren.

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)

Naar het oordeel van ZN dient de voorgestelde productontwikkeling en de daaraan te koppelen tarieven, op basis van bandbreedte-indeling heel zorgvuldig te geschieden in overleg tussen partijen en de controle op het geheel afdoende ingeregeld te worden. Wanneer dat is geschiedt pleit ZN voor een "big bang"-invoering. Onafhankelijk van welke keuze er ook zal worden gemaakt voor een nieuwe bekostigingsstructuur zal het zeker een grondige herziening betreffen v.w.b. de transparantie van de zorgverlening en de daaraan gekoppelde prijs. Het lijkt niet logisch om dat gefaseerd in te voeren, want het is aan de consument niet uit te leggen dat delen van zorg transparanter zijn geworden, maar andere delen op oude basis worden voortgezet. Wel dient een realistische termijn in acht te worden genomen, zodat verzekeraars polissen aan kunnen passen en hun administratie tijdig kunnen inregelen. Dit vergt minimaal één jaar aan verwerkingstijd, zeker wanneer het zorginkoopbeleid daarop moet worden aangepast. Eventuele aanpassingen in polisvoorwaarden voor de basisverzekering dienen immers ook al voor 1 juli van een jaar aangeleverd te worden bij de NZa en er dient voldoende tijd te zijn voor het aanpassen van polisvoorwaarden van aanvullende verzekeringen. Administratieve systemen dienen aangepast en uitgetest te zijn, zodat verwerking zo foutloos mogelijk plaats kan vinden. Vanzelfsprekend kost ook de communicatie naar zorgverleners en consumenten de nodige tijd, waarbij de consument zich ook bewuster dient te worden van zijn rol in een nieuwe markt.

Resumerend kan worden gesteld dat voldoende tijd een absolute randvoorwaarde is voor alle partijen in het veld.

Consultatievraag 15

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

Ja, waarbij aangetekend wordt dat de verschillende tarieven voor de JTV nu door de NZa worden vastgesteld, maar waarvan de verschillen aan de verzekerden niet altijd goed kunnen worden uitgelegd. Bij een financiering op basis van bandbreedte wordt deze uitleg beter mogelijk.

Consultatievraag 16a

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

Neen, want er worden nog risicogroepen gemist, zoals illegalen, drugsverslaafden en dak- en thuislozen worden gemist, evenals de steeds grotere groep jeugd die niet meer bij de tandarts komt. ZN acht een goede bereikbaarheid en toegankelijkheid van de mondzorg voor deze groepen ook van wezenlijk belang.

In de consultatiedocumenten wordt de mondzorg in het kader van de AWBZ niet of nauwelijks benoemd, terwijl uit onderzoek is gebleken dat ook daar risicogroepen bestaan.

Consultatievraag 16b

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

Ja, zie ook het antwoord op vraag 1, waarbij ZN heeft aangegeven dat er integraal meer aandacht aan de collectieve preventie besteed dient te worden. Soms lijkt het goed om de focus gericht te houden op een bepaalde risicogroep om betere uitgangspunten, zoals bijvoorbeeld gerichte individuele preventie, voor zorg te realiseren.

Consultatievraag 17a

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

ZN onderschrijft de verbetermogelijkheden van de NZa. Gezien de eerder geformuleerde wens om te komen tot een productbeschrijving, met mogelijk een daaraan gekoppeld tarief gebaseerd op een bandbreedte-indeling, wordt recht gedaan aan de diverse risicocategorieën en zou dit niet voorbehouden moeten zijn aan afzonderlijke instellingen, maar van toepassing moeten zijn op alle zorgaanbieders. De gewenste transparantie voor een bandbreedte-indeling is eerder uitgebreid toegelicht, want een eventuele hogere honorering voor een complexere behandeling dient te geschieden op basis van objectieve en toetsbare criteria.

Consultatievraag 17b

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

De huidige privacywetgeving maakt het onmogelijk om gericht bepaalde risicogroepen te benaderen. Het verdient aanbeveling om in dat kader criteria te ontwikkelen die toch een gerichte aanpak mogelijk maken.

Consultatievraag 17c

Welke verbetering(en) heeft uw voorkeur en waarom?

Zie eerdere antwoorden.