



Consultatiedocument **vrije prijsvorming** mondzorg reactie ZN maart 2008 (9 maart definitief vastgesteld)

Algemeen

Bij de beantwoording van de consultatievragen gaat ZN uit van de vooronderstelling dat er sprake is van door de NZa vastgestelde prestaties en bijbehorende omschrijvingen en dat bedoeld wordt alleen de tarifiering van enkele prestaties vrij te laten worden.

Een aantal antwoorden raakt rechtstreeks de beantwoording van vragen uit het consultatiedocument over herziening van de bekostigingsstructuur mondzorg. Wij verzoeken u dan ook de beantwoording in zijn onderlinge samenhang te beschouwen.

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?

Voor een goed werkende markt is het noodzakelijk dat er een overschot aan zorgaanbieders is. Voor experimenten met vrije prijsvorming is dat voor ZN dan ook een randvoorwaarde. Vanuit dat oogpunt bezien ligt het in de rede dat de opleidingscapaciteit niet zo strikt gereguleerd dient te worden als nu het geval is. De onlangs ingezette inkrimping van de opleidingscapaciteit voor tandartsen zou ongedaan gemaakt moeten worden en de opleidingscapaciteit voor mondhygiënisten uitgebreid. Beter zou zijn die opleidingscapaciteit volledig vrij te laten. Overwegingen die daarbij een rol spelen zijn de volgende:

- Gezien de teruggelopen verzorgingsgraad bij de jeugd zullen in de toekomst complexere behandelingen geïndiceerd worden die door tandartsen moeten worden uitgevoerd;
- Ook door de vergrijzing van de bevolking, waarbij tot op hogere leeftijd het eigen gebit behouden blijft, zal er meer vraag ontstaan naar complexere behandelingen;
- Gezien de hoge gemiddelde leeftijd van tandartsen zullen in de komende jaren meer tandartsen bijv. vanwege pensionering uitstromen dan instromen na afronding van de studie;
- De instromende tandartsen willen voor een steeds groter gedeelte slechts parttime werken of in loondienst.

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?

Voor experimenten op het gebied van vrije prijsvorming moet er naar het oordeel van ZN worden voldaan aan een aantal randvoorwaarden:

- transparant prestatiegebouw met voldoende prikkels om doelmatige zorg te leveren;
- voldoende prikkels voor zorgaanbieders om te contracteren;
- overschot aan zorgaanbieders

Gezien het feit dat in de huidige situatie onvoldoende wordt voldaan aan deze randvoorwaarden is ZN geen voorstander van experimenten met vrije prijsvorming.

Daarnaast is van belang dat de meeste verzekeraars in Nederland een landelijke dekking kennen voor wat betreft hun verzekerdenpopulatie. Het is voor verzekeraars niet uitvoerbaar om voor kleine regio's,

waar experimenten met vrije prijsvorming worden uitgevoerd, aparte polisvoorwaarden te moeten creëren voor zowel de basis- als de aanvullende verzekering.

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.

Zoals ook in het andere consultatiedocument aangegeven mist ZN de kaakchirurgen. Op basis van de functionele omschrijving in het Besluit zorgverzekering bestaat er een overlap in de chirurgische zorg geleverd door de kaakchirurg enerzijds en de tandarts algemeen practicus anderzijds. Naar het oordeel van ZN wordt er in de toelichting op het Bz een onterecht onderscheid gemaakt tussen kaakchirurg en tandarts. Daarbij leveren de kaakchirurgen deels vergelijkbare zorg als de tandarts en zouden daarom betrokken moeten worden in het nieuwe prestatiegebouw.

In de managementsamenvatting worden de markten van de aanbieders van mondzorg nader omschreven. ZN zou daarover graag het volgende willen opmerken.

Onder het kopje "**Marktsegment orthodontie**" (in de managementsamenvatting) kan aanvullend worden opgemerkt dat het aantal orthodontisten in Nederland afneemt door het toenemend aantal uitschrijvingen uit het specialistenregister. De huidige markt voor orthodontie wordt nog steeds gekenmerkt door een toenemende vraag, waarbij steeds meer volwassenen ook behandeld willen worden. Dit kan het aanbod extra onder druk zetten. Ook voor wat betreft de opleiding orthodontie geldt een overheidsregulering voor het aantal opleidingsplaatsen. Deze zou eveneens vrijgegeven dienen te worden, evenals die voor de kaakchirurgen.

Onder het kopje "**Marktsegment tandprothetische zorg**" (in de managementsamenvatting) wordt vermeld dat tandprothetici verplicht cursussen dienen te volgen, dat ze gevisiteerd worden om in aanmerking te komen voor herregistratie. Voor zover bij ZN bekend hanteren veel tandprothetici het HKZ-schema, zij het met behulp van een tweede partijcertificering. ZN is niet bekend met verplichte cursussen, noch met enige vorm van visitatie. Voorts wordt in de twee consultatiedocumenten afwisselend gesproken over een opleiding op MBO- als op HBO-niveau. Volgens ZN is er sprake van een MBO-opleiding in deeltijd.

Er is op dit moment geen sprake van een feitelijke registratie in het kader van de Wet BIG, dus kan er ook geen sprake zijn van herregistratie. De artikel 3 beroepen worden wel feitelijk geregistreerd, maar de artikel 34 beroepen niet.

Onder deze kop wordt niets gemeld over de kwaliteit van de tandprothetische zorg door de tandarts. Bij de prikkels voor de consument wordt in het consultatiedocument vermeld dat de prikkel voor de consument om scherp in te kopen beperkter is voor zorg die vergoed wordt uit de aanvullende verzekering. Naar het oordeel van ZN is dit niet juist. Bijvoorbeeld de volledige prothese wordt voor 75% vergoed vanuit de basisverzekering en vrijwel alle aanvullende verzekeringen kennen een goede dekking voor de resterende 25%. Dat houdt in dat er bij de volledige gebitsprothese nauwelijks een prikkel is voor de consument. Voor de implantaatgedragen volledige gebitsprothese (aanspraak op bijzondere tandheelkundige hulp ex artikel 2.7 lid 1 Bzv) bestaat een beperkte wettelijke eigen bijdrage (€ 90,00 per kaak). Ook in dit geval zal er voor de consument geen prikkel zijn om scherp in te kopen, omdat ook deze wettelijke eigen bijdrage grotendeels vanuit de AV wordt vergoed.

In het kader van de aanvullende verzekeringen (partiële kunsthariprotheses, partiële frameprotheses) is in het algemeen sprake van een hogere eigen bijdrage en kan daar voor de consument dus eerder een mogelijke prikkel tot scherper inkopen worden verwacht.

In het algemeen is ZN van oordeel dat de tandarts de mondzorg blijft coördineren en dat de organisatie van de zorg daarop afgestemd dient te zijn, al was het alleen maar om doublures in diagnostiek en behandeling te voorkomen.

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.

Naar het oordeel van ZN dient de markt beter gespecificeerd te worden voor wat betreft aantallen werkzame zorgaanbieders, die of in loondienst of in een vrije vestiging werkzaam zijn. Er zou voor wat betreft aantallen zorgaanbieders omgerekend moeten worden naar fte's, omdat de trend om meer parttime te gaan werken een vertekend beeld kan geven. Daarnaast is nog een aanzienlijke groep

tandartsen ingeschreven in het BIG-register, terwijl ze niet meer werkzaam zijn en nu mogelijk nog wel worden meegeteld.

Daarnaast lijkt het raadzaam om marktaandeelen nader te specificeren. Bijvoorbeeld: welk aandeel leveren tandprotheticen op de prothetische markt en wat voor regionale verschillen bestaan er op deelmarkten. Een en ander is van vitaal belang om concurrentiemogelijkheden vast te stellen en te constateren of er sprake is van een evenwichtige markt met voldoende aanbod.

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?

Zoals de NZa zelf meldt is er sprake van een zekere balans in de huidige situatie. Dit betekent echter niet dat er sprake is van voldoende aanbod en voldoende keuzemogelijkheden. Daarin zijn regionaal nog te grote verschillen aanwezig om te spreken van een evenwichtige markt. Tevens is er voor bepaalde zorggroepen onvoldoende aanbod. Zoals bij vraag 4 aangegeven bestaat er onvoldoende inzicht in welk aandeel in het zorgaanbod door de diverse beroepsgroepen wordt geleverd.

Omdat de bevolking vergrijsd en tot op hogere leeftijd het eigen gebit behouden blijft zal de vraag naar complexere behandelingen eerder toe- dan afnemen, waardoor nog een onzekere factor wordt toegevoegd. Zie daartoe ook het antwoord op vraag 1.

Ook nieuwe technologische ontwikkelingen kunnen voor een toenemende zorgvraag zorgen en daarmee het aanbod onder druk zetten.

Consultatievraag 6

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

In de huidige markt is er al een tendens naar enige "wildgroei". Zie daartoe ook de waarschuwendende circulaire van de IGZ van februari 2008. ZN heeft daarin overigens op dit moment onvoldoende inzicht en acht nader onderzoek naar voorkomende vormen van taakdelegatie aangewezen.

Daar waar al sprake is van vergaande taakdelegatie kan deze mogelijk verder toenemen, maar daar waar nog sprake is van solistisch werkende aanbieders is deze herschikking waarschijnlijk niet zonder meer te verwachten. Regionaal zal dit in de huidige marktsituatie waarschijnlijk zelfs niet overal mogelijk zijn.

Bij ketendienstverlening dient de onderlinge verwijzing goed geregeld te zijn. De beste waarborgen daarvoor ontstaan - zoals de commissie Linschoten verondersteld - mogelijk in een teamconcept, maar daarnaar is naar het oordeel van ZN nog onvoldoende onderzoek gedaan en berust dat nog teveel op veronderstellingen.

Zoals bij de beantwoording van de vragen van het andere consultatiedocument al is aangegeven dienen de beroepen van assistent, preventie- en paro-assistent beter gedefinieerd te worden, omdat op dit moment geen sprake is van eenduidige opleidingseisen en daardoor voor consument en verzekeraars niet inzichtelijk is wie er feitelijk behandelt.

Bij verdergaande vormen van taakdelegatie dient overigens ook rekening te worden gehouden met toegenomen kosten voor management en bedrijfsvoering, waardoor de zorg mogelijk efficiënter wordt verleend, maar niet per definitie goedkoper.

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 belemmert?

Ja, dit betreft mogelijk een van de belemmerende factoren.

Consultatievraag 8

Mist u andere toetredingsdrempels?

Wanneer er plaatselijk sprake is van voldoende zorgaanbod kan dit belemmerend werken voor toetreding, omdat het lastiger wordt een rendabele praktijkvoering te realiseren. Ook komt het incidenteel nog voor dat nieuwe aanbieders geweigerd worden voor deelname in avond-, nacht- en weekenddienstregelingen.

Consultatievraag 9

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

Alleen wanneer er sprake is van voldoende transparantie en kwaliteitswaarborgen zal de consument een verantwoorde keuze kunnen maken. Zo lang die waarborgen er niet zijn lijkt - op basis van economische principes - een keuze op basis van prijs de enige mogelijkheid. Een sterke arts-patiëntrelatie maakt het overstappen naar een andere zorgaanbieder lastiger. Het lijkt waarschijnlijk dat de binding met een reguliere zorgaanbieder, zoals de tandarts, groter is dan met een aanbieder, zoals bijvoorbeeld een tandprotheticus, voor incidentele zorg. Daarbij lijkt de prijs in een aantal gevallen een minder belangrijke rol te spelen, met name op het gebied van de esthetische tandheelkunde. Het is onvoldoende duidelijk of het Duitse systeem van inschrijving op bepaalde behandelingen op internet in Nederland zou kunnen werken, omdat het huidige prestatiegebouw in Nederland totaal anders is opgebouwd dan in Duitsland. Voor verder marktinzicht wordt ook verwezen naar de beantwoording van de vragen in het consultatiedocument over de structuurherziening.

Consultatievraag 10

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

Ja, op dit moment is de kwaliteit van de mondzorg in zijn geheel onvoldoende geborgd en onvoldoende transparant. Dus is noch voor de consument noch voor verzekeraars duidelijk waar zorg - ongeacht de prijs - het beste ingekocht kan worden. Er wordt weliswaar op diverse fronten gewerkt aan kwaliteit, maar nog te vrijblijvend, alleen vrijwillig, te weinig gestructureerd en onbekend bij de consument. Een ISO- of HKZ-certificering zegt iets over protocollen en inrichtingseisen, maar niets over de feitelijk geleverde kwaliteit, die overigens heel moeilijk inzichtelijk is te maken in de huidige situatie. In het consultatiedocument over de herziening van de bekostigingsstructuur is daar al het een en ander over opgemerkt. Eventuele pilots of experimenten zouden eigenlijk pas uitgevoerd kunnen worden wanneer er voldoende transparantie en kwaliteitsborging is ontstaan na invoering van de nieuwe bekostigingstructuur en er sprake is van een overschot aan zorgaanbieders.

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?

Bij de prikkels voor verzekeraars wordt opgemerkt dat zij door scherp inkopen mogelijk een hogere winst kunnen behalen. Hier wordt voorbijgegaan aan het feit dat een groot aantal verzekeraars nog steeds bestaat uit een "onderlinge" rechtspersoon. In die gevallen zal of de premie omlaag gaan of de dekking kunnen worden uitgebreid. O.a. door het gebrek aan contracteerbaarheid en de voorkomende upcoding bieden veel verzekeraars nu alleen maar schadeverzekeringen (zogenoemde sommenpolissen) meer aan, vanwege de eenvoudige beheersbaarheid daarvan.

Regionaal lijken er in sommige gevallen minder aanvullende polissen afgesloten dan wordt gesuggereerd. De genoemde 88% in het consultatiedocument is een veel te hoge inschatting en is mogelijk gebaseerd op een algemeen percentage aanvullende verzekeringen, die niet in alle gevallen mondzorg aanvullend verzekert. Navraag bij de leden van ZN laat zien dat het percentage verzekerden met enige vorm van aanvullende tandartsverzekering varieert van 50 tot 65%!

Verzekeraars willen heel graag goede zorg inkopen, maar gezien de huidige markt is dat helaas niet voldoende mogelijk. Consumenten zouden beter geïnformeerd moeten worden, zodat ze weten voor welke behandeling ze kiezen en tot welke zorgaanbieder ze zich het beste zouden kunnen wenden op basis van een eenmaal gemaakte keuze. Zoals al eerder opgemerkt verschillen de marktaandelen van de verschillende beroepsgroepen, waarbij het aannemelijk is dat de tandarts op dit moment een overheersende rol speelt in alle vormen van zorg. Ook geldt dat wanneer onderdelen van zorg elders zijn ingekocht de nazorg daarvan wel gewaarborgd dient te zijn. Tevens dient er vanuit preventief perspectief gezien continuïteit te zijn in de relatie met de zorgaanbieder.

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?

Aangegeven wordt dat een verzekeraar sturingsmogelijkheden heeft in de polis op de prestaties mondhygiëne en tandprothetici. Dit geldt wel voor de polissen van de aanvullende verzekeringen. Ten aanzien van prestaties ten laste van de basisverzekering geldt dit in veel mindere mate. Er is immers

sprake van zorgplicht. De enige sturingsmogelijkheid is dan gelegen in een eventueel op te leggen restitutiekorting voor de verzekerde, waarbij de verzekeraar ook nog aan moet tonen dat die voldoende zorg heeft ingekocht. Dit is, gezien de lage contracteergraad, niet in overeenstemming met de huidige situatie.

Bovendien bestaan er geen richtlijnen waarmee aangetoond kan worden dat er voldoende zorg is ingekocht. Zoals eerder gemeld is het zeer aannemelijk dat het marktaandeel van tandartsen op het gebied van mondhygiëne en prothetiek structureel hoger is.

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

Het aantal tandprotheticici (tp) en vrijgevestigd mondhygiënist (vmmh) is aanmerkelijk lager dan het aantal tandartsen en orthodontisten. Vanuit het verleden vielen tp en vmmh niet onder de WTG en hebben verzekeraars, ook ter bescherming van hun verzekerden, met beroepsgroepen overlegd over de wijze van contractering en de administratieve afhandeling daarvan. Omdat veel verzekeraars vanuit het verleden nog een sterke regionale dekking kenden waren veel tp en vmmh lokaal enigszins afhankelijk van contracten met verzekeraars om praktijk te kunnen voeren. Als zodanig hadden verzekeraars enige marktmacht ten aanzien van de beroepsgroepen tp en vmmh.

In de huidige situatie kennen de mondhygiënist nog een overgangsregeling in het kader van de Wmg. Voor de tandprotheticici is die per 1 januari 2008 geëindigd. Tandprotheticici zijn nu veel minder bereid tegen een lager tarief te contracteren dan in het verleden en zijn van mening dat ze hetzelfde bedrag moeten kunnen declareren als de tandarts, waardoor de contractering anno 2008 veel moeizamer verloopt dan in het verleden.

Daarbij komt dat zorg geleverd door tandprotheticici voor een veel groter percentage onder de basisverzekering valt dan de zorg geleverd door de tandartsen. Mondhygiënist en tandprotheticici zijn nu bezig hun huidige positie op de mondzorgmarkt te bevechten en kennen vanwege het incidentelere karakter van de behandelingen een minder sterke arts-patiëntrelatie. Ook een rechtstreekse betaalrelatie met een verzekeraar leidt tot een hogere contracteerbereidheid van deze beroepsgroepen, omdat ze i.h.a. minder zaken doen met factoringbedrijven dan tandartsen.

Consultatievraag 14

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

Zolang het aantal vrijgevestigde mondhygiënist en tandprotheticici zo laag is zal er een ongelijk speelveld blijven bestaan. Veel tandartsen zullen, zelfs als ze prestaties zouden kunnen delegeren, zelf uitvoerder blijven of wel delegeren en daarvoor hogere tarieven declareren. Dit alleen al vanwege het feit dat in de naaste omgeving geen geschikte aanbieder voorhanden is, waarbij opgemerkt wordt dat dit ook sterk regionaal bepaald is. Door deze factoren kan de patiënt langer bij de tandarts blijven dan strikt noodzakelijk is, waardoor de taakherschikking wordt ondermijnd en er daardoor ook te hoge tarieven worden betaald.

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?

ZN deelt de analyse van de NZa.

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?

ZN deelt ook hier de analyse van de NZa.

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?

Zoals aangegeven geeft bestaande wetgeving voldoende bescherming in dezen.

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?

Zelfs daar waar sprake is van enige marktmacht (zie ook het antwoord op vraag 13) zal geen verzekeraar misbruik maken van die marktmacht. De aanbieder wordt daarin immers beschermd door o.a. de Mededingingswet.

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?

Afwenteleffecten vinden nu ook plaats, zij het dat ze niet ingegeven worden door de houding van de zorgaanbieder, maar door het Besluit zorgverzekering (Bz).

In artikel 2.7 lid 5 sub a is opgenomen dat de volwassen verzekerde recht heeft op tandheelkundig chirurgische hulp van specialistische aard. In de toelichting op dit artikel is opgenomen dat het alleen hulp betreft geleverd door de kaakchirurg. Een aantal tandartsen is heel goed in staat om een deel van deze hulp in de eerste lijn te leveren, maar wanneer daarvoor geen dekking is opgenomen in de aanvullende verzekering zal vaak verwijzing naar de tweede lijn volgen. Naar het oordeel van ZN is deze inconsistentie in het Bz ook strijdig met de bedoelde functionele aanspraak en leidt dit tot negatieve substitutie, al is daarnaar geen onderzoek gedaan. Omdat de kaakchirurgische hulp geen deel uitmaakt van dit consultatiedocument zal het voor de onderzochte markt geen gevolgen hebben. Zoals ook nu aan de orde is bestaat een reëel risico dat complexere behandelingen en behandeling van bijzondere zorggroepen, die op zich geen aanspraak op tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen vanuit het Bzv zijn, worden doorverwezen naar Centra voor Bijzondere Tandheelkunde.

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?

ZN deelt de analyse van de NZa.

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?

ZN deelt de analyse van de NZa, waarbij wordt opgemerkt dat bij een herziening van de bekostigingsstructuur van de mondzorg, met een nadrukkelijke voorkeur voor een productbeschrijving en een beperkt aantal producten, er minder risico voor upcoding aanwezig is.

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? Wanneer is dit volgens u niet het geval?

Het risico voor verschuivingen in zorgactiviteiten lijkt ZN reëel aanwezig. Met name als er - regionaal - onvoldoende zorgaanbod is loopt de consument het risico van andere noodzakelijke zorg verstoken te blijven. Dit risico bestaat overigens nu ook al gezien het aantal subspecialisaties in de mondzorg, waarbij tandartsen zich kunnen toeleggen op delen van de mondzorg die hun voorkeur hebben.

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.

Nee, in de fysiotherapie is er sprake van een andere markt. Veel fysiotherapeuten hebben een overeenkomst en declareren via Vecozo. Dit is minder het geval in de mondzorg. In de mondzorg zal vrije prijsvorming daarom mogelijk tot grotere lastendruk leiden. Er zal dus ook sprake moeten zijn van andere prikkels, zoals eerder aangegeven in o.a. het consultatiedocument over de structuurherziening.