



Nederlandse
Zorgautoriteit

Herziening bekostiging- structuur mondzorg

Verbetermogelijkheden voor prestaties,
tarieven en transparantie

Consultatiedocument

Herziening bekostigingstructuur mondzorg

Verbetermogelijkheden voor prestaties,
tarieven en transparantie

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
Overzicht consultatievragen	13
1. Inleiding	17
1.1 Aanleiding project	17
1.2 De rol van de Nederlandse Zorgautoriteit	17
1.3 Doelstellingen project	18
1.4 Afbakening project	18
1.5 Definitie bekostigingstructuur	19
1.6 Consultatieprocedure	19
1.6.1 Hoe kunt u reageren op de consultatievragen?	19
1.7 Informatiebronnen	20
1.8 Opbouw consultatiedocument	20
2. Analyse huidige bekostigingstructuur	21
2.1 Veranderende zorgvraag	21
2.1.1.1 Preventie	21
2.2 Mondzorg: typen zorgaanbieders	21
2.2.1 Tandarts	22
2.2.2 Orthodontist	22
2.2.3 Mondhygiënist	22
2.2.4 Tandprotheticus	22
2.2.5 Tandtechnicus	23
2.2.6 Assistenten	23
2.3 Bekostigingstructuur	23
2.3.1 Bestaande prestatievarianten	24
2.3.2 Bestaande tariefvarianten	24
2.3.3 Totstandkoming maximumtarieven	25
2.3.3.1 Trendmatige aanpassing	26
2.4 Relevante ontwikkelingen	27
2.4.1 Veranderingen in verzekeringsstelsel	28
2.4.1.1 Inkooprol verzekeraars	29
2.4.2 Veranderde wetgeving: van Wtg naar Wmg	29
2.4.2.1 Overgangsregeling mondhygiënisten en tandprotheticici	30
2.4.3 Taakherschikking	30
2.4.3.1 Van tandarts naar mondarts	31
2.4.3.2 Mondhygiënisten nieuwe stijl	31
2.4.3.3 Teamconcept	31
2.5 Consequenties ontwikkelingen voor bekostigingstructuur	32
2.5.1 Veranderende zorgvraag	32
2.5.2 Verzekeringsstelsel	32
2.5.3 Taakherschikking	32
3. Sterke-zwakteanalyse bekostigingstructuur	35
3.1 Uitgangspunten bekostigingstructuur	35
3.1.1 Transparantie	35
3.1.2 Efficiëntie	35
3.1.3 Kwaliteit	36
3.1.4 Innovatie	36
3.1.5 Lastendruk	36
3.1.6 Wet- en regelgeving	37
3.2 Sterke punten	37
3.2.1 Bekendheid met systeem	37

3.2.2	Eenvoud van het systeem	37
3.2.3	Beloning in overeenstemming met prestatie	38
3.3	Zwakke punten	38
3.3.1	Prestatieregulering	38
3.3.1.1	Hoeveelheid prestaties	39
3.3.1.2	Gebrek aan preventieprestaties	39
3.3.1.3	Gebrek aan innovatie	39
3.3.2	Tariefregulering	40
3.3.2.1	Gebrek aan actuele onderbouwing	40
3.3.2.2	Gebrek aan efficiëntieprikkels	40
3.3.2.3	Gebrek aan controle van declaraties	41
3.3.3	Transparantie-eisen	41
3.3.3.1	Gebrek aan eenduidige prestatiebeschrijvingen	41
3.3.3.2	Gebrek aan transparantie van prijs	42
3.3.3.3	Gebrek aan transparantie van kwaliteit	42
4.	Verbetermogelijkheden	43
4.1	Prestatieregulering	43
4.1.1	Prestatievarianten	43
4.1.1.1	Abonnement	43
4.1.1.2	Verrichtingsysteem	44
4.1.1.3	Producten	44
4.1.2	Beschrijven van prestaties op het gebied van preventie	45
4.1.3	Innovatie stimuleren	45
4.2	Tariefregulering	47
4.2.1	Abonnementsysteem of budgetsysteem	47
4.2.2	Systeem van uurtarieven	47
4.2.3	Verrichtingsysteem	48
4.2.4	Productsysteem	48
4.2.5	Schematisch overzicht effect op uitgangspunten per tariefvariant	49
4.2.5.1	Conclusie effect tariefvarianten op uitgangspunten	51
4.2.6	Overige tariefvarianten	51
4.2.7	Zorg aan complexe patiënten	51
4.2.8	Controle van declaraties	52
4.3	Transparantie-eisen	53
4.3.1	Eenduidige prestatiebeschrijvingen en transparantie van prijs	53
4.4	Implementatiemoment	54
5.	Instellingen voor jeugd tandverzorging	55
5.1	Bekostigingstructuur instellingen jeugd tandverzorging	55
5.1.1	Haal- en brengservice	55
5.1.2	Risicotoeslag	56
5.1.3	Toekomst instellingen voor jeugd tandverzorging	56
5.2	De jeugd als risicogroep voor mondgezondheid	56
5.2.1	Strategieën gericht op risicogroepen	57
5.3	Verbetermogelijkheden	58
6.	Ten slotte	59
	Bijlage 1. Lijst van afkortingen	61
	Bijlage 2. Definitielijst	63
	Bijlage 3. Lijst van geïnterviewde organisaties	65
	Bijlage 4. Vragenlijst interviews	67
	Bijlage 5. Literatuurlijst	69

Vooraf

Voor u ligt het consultatiedocument herziening bekostigingstructuur mondzorg. Dit document bevat een sterkte-zwakteanalyse van de huidige bekostigingstructuur in de mondzorgsector. Het gaat specifiek in op prestatie- en tariefregulering en op transparantie-eisen. Daarna wordt een aantal mogelijkheden beschreven om de huidige bekostigingstructuur te verbeteren.

Voor dit consultatiedocument is onder andere gebruik gemaakt van interviews die de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) van mei tot en met september 2007 heeft gehouden met verschillende organisaties die actief zijn in de mondzorg.

Wij nodigen u uit om op de vragen die in dit document zijn opgenomen te reageren (zie 1.6 voor meer informatie). Uw bijdrage helpt ons om een juiste weergave van de bekostigingstructuur mondzorg en de verschillende sterke en zwakke punten te schetsen en eventuele onjuistheden weg te nemen. Daarnaast dient het om inzicht te krijgen in de mogelijke verbeteringen van de bekostigingstructuur.

Een belangrijke doelstelling van het consultatiedocument is om te toetsen of de analyse die de NZa in dit document presenteert juist en volledig is. Daartoe wordt dit rapport ter consultatie voorgelegd aan overheidsorganisaties, consumentenorganisaties, verzekeraars, aanbieders, brancheorganisaties, onafhankelijke deskundigen en wetenschappelijke organisaties. De NZa plaatst het document ook op haar website.

Dit consultatiedocument geeft nog geen advies over de manier waarop de bekostigingstructuur mondzorg moet worden herzien. Het presenteert voor- en nadelen die aan de diverse verbeteringen verbonden zijn. In het visiedocument dat de NZa opstelt op basis van het consultatiedocument en de reacties daarop, geeft zij wel een advies over de herziening van de bekostigingstructuur mondzorg. De NZa publiceert het visiedocument naar verwachting in april 2008. Aan dit consultatiedocument kunnen geen rechten worden ontleend.

Tegelijk met dit consultatiedocument verschijnt het consultatiedocument *Mogelijkheden voor vrije prijsvorming in de mondzorg*. Ook hierop kunt u reageren. Kijk voor meer informatie op www.nza.nl.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,

drs. A.L.M. Barendregt
portefeuillehouder aanbieders Cure

mr. F.H.G. de Grave
voorzitter

Managementsamenvatting

De Nederlandse Zorgautoriteit heeft in opdracht van het ministerie van VWS de bestaande bekostigingstructuur mondzorg geanalyseerd. In dit consultatiedocument zijn sterke en zwakke punten beschreven, net als verbetermogelijkheden. Voor de analyse is gebruik gemaakt van interviews met organisaties uit de mondzorg en literatuur.

De NZa geeft in dit stadium geen advies over welke verbeteringen naar haar oordeel in de bekostigingstructuur mondzorg moeten worden ingevoerd. Daarvoor wacht zij eerst de reacties op dit consultatiedocument af. De NZa verwerkt deze reacties vervolgens in een visiedocument, waarin zij een advies geeft voor de herziening van de bekostigingstructuur mondzorg. Dit visiedocument met daarin het advies voor de minister van VWS brengt de NZa naar verwachting uit in april 2008.

De huidige bekostigingstructuur is gedefinieerd als het geheel van de mondzorgprestaties met bijbehorende tarieven, inclusief de methodiek voor totstandkoming van tarieven. Het betreft de bekostiging van de tandheelkundige, orthodontische, tandprothetische, mondhygiënische, tandtechnische zorg, van de AWBZ-mondzorg en van de instellingen voor jeugdtandverzorging. Voor deze zorg zijn meerdere prestatielijsten vastgelegd. De tarieven per prestatie zijn met name maximumtarieven. Daarnaast zijn er enkele uurtarieven, kostenbedragen en abonnementstarieven.

Ontwikkelingen die van invloed zijn op de bekostigingstructuur

Ontwikkelingen in de mondzorg die van invloed zijn op de bekostigingstructuur mondzorg zijn, dat:

- de zorgvraag verschuift van curatie naar preventie;
- de opleiding tandarts verandert tot mondarts waardoor de mondarts van de toekomst meer gespecialiseerd is en meer in staat is leiding te geven aan een tandheelkundig team;
- de opleiding mondhygiënist verandert waardoor de mondhygiënist-nieuwe stijl in staat is meer curatieve taken uit te voeren;
- de nieuwe opleidingen tot taakherschikking en het teamconcept moeten stimuleren. De tandarts voert de regie over het zorgproces en concentreert zich vooral op de moeilijke gevallen en laat de meer eenvoudige handelingen over aan de mondhygiënist.

Uitgangspunten bekostigingstructuur

Uitgangspunten voor een nieuwe bekostigingstructuur zijn transparantie voor de consumenten, de zorgaanbieders en de verzekeraars, het stimuleren van efficiëntie, kwaliteit, innovatie en het beperken van de lastendruk. Een bekostigingstructuur moet prikkelen om de juiste patiënten, de juiste zorg (dat wil zeggen niet te veel of te weinig), van de juiste kwaliteit, met de juiste toegang (qua wachttijden en reisafstand), op de juiste tijd, door de juiste zorgaanbieder, tegen de laagste kosten en met een zo laag mogelijke lastendruk. Daarnaast moet een bekostigingstructuur innovatie stimuleren en transparant zijn voor de consumenten, zorgaanbieders en verzekeraars. Randvoorwaarde is dat de bekostigingstructuur aan wet- en regelgeving moet voldoen. In dit geval is dat de Wmg.

Sterke en zwakke punten bekostigingstructuur

Sterke punten van de huidige bekostigingstructuur mondzorg zijn, dat:

- het systeem bekend is bij zorgaanbieders en verzekeraars;
- het systeem (relatief) eenvoudig van opzet is;
- de beloning in overeenstemming met de prestatie is.

Zwakke punten van de huidige bekostigingstructuur zijn dat:

- te veel prestaties zijn beschreven;
- te weinig prestaties gericht zijn op preventie;
- de implementatie van innovaties in de bekostigingstructuur te langzaam gaat;
- de tarieven niet actueel onderbouwd zijn;
- efficiëntieprikkels ontbreken;
- declaraties niet controleerbaar zijn voor de consumenten;
- de prestaties niet eenduidig zijn, waardoor deze niet vergelijkbaar zijn qua prestatie en prijs;
- de prijs van de totale behandeling niet transparant is;
- de kwaliteit van de mondzorg niet transparant is.

Verbetermogelijkheden prestaties, tarieven en transparantie

Op het gebied van prestatieregulering, tariefregulering en transparantie-eisen zijn verbeteringen mogelijk. Verscheidene prestatie- en tariefvarianten zijn toepasbaar voor een nieuwe bekostigingstructuur. Getoetst moet worden welke van deze varianten het best aan de uitgangspunten voor een bekostigingstructuur voldoet.

Prestatieregulering

Kernvraag voor een prestatiebeschrijving is wat de zorg inhoudt. Er zijn drie prestatievarianten mogelijk, namelijk aan de hand van een abonnement, verrichtingen en producten.

Om zorgaanbieders te stimuleren meer preventieve behandelingen te geven, moeten er meer prestaties op het gebied van preventie worden beschreven. Hiervoor kan worden gedacht aan de vroeger bestaande preventiecodes en het opstellen van een algemene preventieprestatie om de noodzaak van preventie per patiënt te bepalen. Dit kan door het plannen van bezinningsmomenten of door gebruik te maken van de Nexøsystematiek.

Om de implementatie van innovaties te stimuleren moeten aanvragen zowel inhoudelijk als financieel deugdelijk zijn onderbouwd. Om deze onderbouwing tot stand te laten komen kan een *innovatiecommissie* helpen door mee te denken over inhoudelijke en financiële aspecten van een innovatie. Nieuwe prestaties moeten *evidence-based* zijn en tot een meetbaar gunstig effect leiden. Omdat voor nieuwe behandelingen niet direct 'evidence' beschikbaar is moet er ook ruimte zijn om te experimenteren met innovaties. Daarvoor is de al bestaande beleidsregel *Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten* bruikbaar.

Tariefregulering

Er zijn vijf tariefvarianten mogelijk, namelijk het abonnementsysteem of budgetsysteem, het systeem van uurtarieven, het verrichtingensysteem en het productsysteem. Na de keuze voor één tariefvariant of een combinatie van deze varianten, is het mogelijk de tarieven vorm te geven als vaste tarieven, maximumtarieven (inclusief

bandbreedtetarieven) of als een basistarief met toeslagen, voor bijvoorbeeld kwaliteit.

Tarieven die gebaseerd zijn op gemiddelde patiënten stimuleren niet om zorg aan complexe patiënten te leveren. Om deze risicoselectie te voorkomen, kunnen prestaties naar zorgzwaarte worden ingedeeld of kan gedacht worden aan een aparte prestatie met passend tarief voor de zorg aan complexe patiënten. Een uurtarief is de meest gunstige tariefvariant voor de zorg aan complexe patiënten.

In het onderstaande schema is per tariefvariant ingevuld in hoeverre deze voldoet aan de uitgangspunten voor een bekostigingstructuur. Op basis van dit schema lijkt het productsysteem het meest geschikte systeem voor de nieuwe bekostigingstructuur, doordat dit systeem als enige aan vier van de vijf uitgangspunten voldoet. Ook de mogelijke risico's zijn beperkt.

Schema 1. Effect tariefvarianten op uitgangspunten bekostigingsstructuur

Uitgangspunt bekostigingsstructuur → Tariefvariant↓	Abonnement	Budget	Uurtarief	Verrichtingen	Producten
Transparantie voor consument	++	++	+	-	+ (mits beperkt aantal producten)
Efficiëntie (hoog volume, lage kosten)	+ (laag volume, lage kosten)	+ (laag volume, lage kosten)	-- (laag volume, hoge kosten)	- (hoog volume, hoge kosten)	+ (laag volume, lage kosten)
Stimulans voor kwaliteit	-	-	+/-	+/-	+
Stimulans voor innovatie	- (wel proces-innovatie)	- (wel proces-innovatie)	+/-	-	+
Beperking lastendruk	+	+/-	+	--	-
Risico aanbod gestuurde vraag	+	+	+	-	+
Risico upcoding	+	+	+	-	- (tenzij beperkt aantal producten)
Risico op toepassen risicoselectie	-	-	+	+	+/-
Risico op ontstaan wachtlijsten	-	-	-	+	+

Verbeteringen om declaraties beter controleerbaar te maken zijn allereerst dat prestaties en tarieven transparant zijn. Controle kan ook plaatsvinden via trendanalyses (*benchmarks*). Ook kan de NZa regels stellen over het in rekening brengen van tarieven. De NZa kan gebruik maken van haar handhavinginstrumenten bij overtredingen van deze nadere regels.

Transparantie-eisen

Om de transparantie op het gebied van keuze-informatie voor de consumenten te bevorderen, moeten de prestatiebeschrijvingen eenduidig zijn opgesteld en moet de prijs van de prestatie transparant zijn. Vele verbeteringen zijn hiervoor mogelijk. Te denken valt aan het beschrijven van prestaties op basis van heldere en objectieerbare criteria, het opstellen van één lijst voor alle prestaties, het makkelijk op kunnen zoeken van prestaties en tarieven, het koppelen van een gemiddelde behandelingsduur aan een prestatie, met hulp van audiovisuele middelen verduidelijken wat een behandeling inhoudt, prestaties indelen in zorgzwaartecategorieën of het verplicht hanteren van het PICO-systeem, opdat de consument vooraf weet welke behandeling hij kan verwachten.

Instellingen voor jeugdtandverzorging

Een specifieke opdracht van het ministerie van VWS is om een evenwichtige vergoedingenbasis voor instellingen voor jeugdtandverzorging te creëren. Deze instellingen verzorgen de mondzorgbehandelingen van patiënten tot 22 jaar. Ze mogen nu een haal- en brengservice en een risicotoeslag declareren naast andere mondzorgprestaties.

Naast de jeugd vormen ook ouderen en mensen met een lichamelijke, verstandelijke of psychische beperking een risicogroep. Verder zijn allochtonen een kwetsbare groep. Het is belangrijk dat patiënten uit alle risicogroepen de juiste mondzorg krijgen, niet uitsluitend de jeugdigen. Deze zorg moet in alle praktijken gaan plaatsvinden. Uit onderzoek blijkt dat strategieën gericht op alleen risicogroepen niet effectief zijn. Een collectieve aanpak voor alle zorgvragers heeft meer succes.

Twee mogelijke oplossingen voor een meer evenwichtige vergoedingenbasis voor instellingen voor jeugdtandverzorging zijn:

Het ontwikkelen van een aparte prestatie met bijbehorend tarief voor zorg aan complexe patiënten, waaronder risicogroepen, geeft een adequate prikkel om die patiënten te behandelen. Instellingen voor jeugdtandverzorging besteden veel tijd aan voorlichting en het preventief behandelen van de jeugd. Het ontwikkelen van meer preventieprestaties doet recht aan de zorg die de instellingen verlenen.

Overzicht consultatievragen

Consultatievraag 1

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

Consultatievraag 2

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

Consultatievraag 3

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

Consultatievraag 4

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

Consultatievraag 5b

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

Consultatievraag 6

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

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)

Consultatievraag 7b

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

Consultatievraag 8a

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

Consultatievraag 8b

Welk uitgangspunt weegt voor u het zwaarst en waarom?

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)

Consultatievraag 9b

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

Consultatievraag 10a

Welke prestatievariant heeft uw voorkeur en waarom?

Consultatievraag 10b

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

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)

Consultatievraag 10d

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

Consultatievraag 10e

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

Consultatievraag 11a

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

Consultatievraag 11b

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

Consultatievraag 11c

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

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)

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)

Consultatievraag 12b

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

Consultatievraag 12c

Welke verbetering(en) heeft uw voorkeur en waarom?

Consultatievraag 13a

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

Consultatievraag 13b

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

Consultatievraag 13c

Welke verbetering(en) heeft uw voorkeur en waarom?

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)

Consultatievraag 15

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

Consultatievraag 16a

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

Consultatievraag 16b

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

Consultatievraag 17a

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

Consultatievraag 17b

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

Consultatievraag 17c

Welke verbetering(en) heeft uw voorkeur en waarom?

1. Inleiding

1.1 Aanleiding project

Binnen de mondzorg voltrekken zich diverse veranderingen, zoals een vernieuwde opleidingsstructuur, een toenemende taakherschikking tussen zorgaanbieders en samenwerking in teams. Doel van deze veranderingen is om de capaciteitsproblemen in de mondzorg het hoofd te bieden en meer zorg-op-maat te leveren.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS¹) heeft vanwege de genoemde ontwikkelingen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een verzoek ingediend om de bestaande tariefsystematiek van de mondzorg tegen het licht te houden.

Hierbij moet volgens het ministerie van VWS vooral rekening worden gehouden met:

- de bestaande en toekomstige taakherschikking binnen de mondzorg, waarbij een verschuiving plaatsvindt van dagelijkse, routinezorg van de tandarts naar de mondhygiënist en de tandprotheticus;
- de toenemende variëteit en complexiteit van de tandheelkunde zoals de tandarts die bedrijft en de noodzaak om bijbehorende tarieven of prestaties te ontwikkelen;
- het grotere aandeel van preventie binnen de mondzorg en het belang om de uitvoering hiervan te bevorderen;
- het creëren van een evenwichtige vergoedingenbasis voor instellingen voor georganiseerde jeugd tandverzorging;
- toepasbaarheid van vrije prijsvorming voor daarvoor in aanmerking komende verrichtingen.

De NZa is voor de uitvoering van deze opdracht het project herziening bekostigingstructuur mondzorg gestart.

1.2 De rol van de Nederlandse Zorgautoriteit

Het College tarieven gezondheidszorg (CTG) heeft de huidige bekostigingstructuur mondzorg ontwikkeld. Met de inwerkingtreding van de Wmg is het CTG samen met het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) met al hun taken en bevoegdheden opgegaan in de NZa.

In een vraaggestuurde markt staat de consument centraal. Het bewaken en versterken van de positie van de consument is de centrale opdracht van de NZa. Als de consument in staat is goede en geïnformeerde keuzes te maken kan hij zorgaanbieders en verzekeraars stimuleren tot het leveren van kwalitatief goede zorg op een efficiënte manier. De NZa richt zich op het wegnemen van de belangrijkste knelpunten die de zelfredzaamheid van de consument belemmeren. De hoogste prioriteit is het vergroten van de transparantie over de kwaliteit van zorg. Zonder inzicht in de kwaliteitsverschillen van zorgaanbieders kunnen consumenten en verzekeraars geen goede keuzes maken. Dan dreigt het gevaar van opdrijving van de prijs en van uitsluitend concurrentie op prijs en niet op kwaliteit. Het risico bestaat dat de kwaliteit onder de minimumkwaliteit daalt.

¹ In bijlage 1 is een lijst van in dit document gebruikte afkortingen opgenomen. In bijlage 2 zijn definities vermeld.

Het nieuwe zorgstelsel dat in 2006 is ingevoerd gaat uit van gereuleerde marktwerking. Het zorgstelsel kan alleen maar adequaat werken als de spelers doelmatig handelen en daarvoor de juiste prikkels hebben. Bij het sturen op deze doelen speelt de NZa als toezichthouder en regulator een sleutelrol. Een goed werkende markt kan leiden tot een optimale behartiging van de publieke belangen toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van het zorgstelsel.

In 2007 is de NZa in het kader van het markttoezicht begonnen met de ontwikkeling van nieuwe reguleringsinstrumenten. Het project *Herziening bekostigingstructuur mondzorg* is hiervan een voorbeeld. Het gaat bij dit project om de instrumenten doelmatigheidstoezicht (tariefregulering), prestatieregulering (wat is de inhoud van het product?) en transparantie-eisen.

1.3 Doelstellingen project

Hoofddoel van het project *Herziening bekostigingstructuur mondzorg* is om de huidige bekostigingstructuur van de mondzorg tegen het licht te houden. Dit is nodig om te beoordelen of aanpassingen nodig zijn door taakherschikking, taakdifferentiatie en de toenemende aandacht voor preventie, vooral voor de jeugd. Een tweede doel is om over de vernieuwing van de bekostigingstructuur mondzorg een visiedocument uit te brengen met daarin het advies aan het ministerie van VWS.

1.4 Afbakening project

De herziening van de bekostigingstructuur mondzorg is een omvangrijk project. Vandaar dat vooraf heldere keuzes zijn gemaakt wat wel tot de reikwijdte van het project behoort en wat niet.

Tot de reikwijdte van het project behoren in ieder geval de bekostiging van de tandheelkundige, orthodontische, tandprothetische, mondhygiënische en tandtechnische zorg, van de AWBZ-mondzorg en van de instellingen voor jeugd tandverzorging.

Het project *Herziening bekostigingstructuur mondzorg* heeft raakvlakken met twee andere projecten die de NZa in 2007 verricht. Het gaat om:

- Liberalisering sectoren vrije beroepen

De NZa heeft een theoretisch kader en een daaruit voortvloeiende meetlat ontwikkeld waarmee zij kan beoordelen of zorgmarkten voor vrije beroepsbeoefenaren in aanmerking komen voor vrije prijsvorming. In het project *Liberalisering vrije beroepen* heeft de NZa in 2007 onderzocht in hoeverre vrije prijsvorming voor (delen van) de mondzorg gewenst en mogelijk is. Dit betekent dat het onderzoeken van vrije prijsvorming niet tot het project *Herziening bekostigingstructuur mondzorg* behoort. Het consultatiedocument *Mogelijkheden voor vrije prijsvorming in de mondzorg* wordt gelijktijdig met het consultatiedocument *Herziening bekostigingstructuur mondzorg* gepubliceerd.

- Prijsplafondmodel ziekenhuisbekostiging

De NZa werkt in 2007 aan een zogeheten prijsplafondmodel ziekenhuisbekostiging, waarvan de beoogde invoeringsdatum 1 januari 2009 is. De relevantie hiervan voor de mondzorg is dat kaakchirurgen

werkzaam zijn in ziekenhuizen en dat daar ook centra voor bijzondere tandheelkunde zijn gevestigd. De herziening van de bekostiging voor kaakchirurgen en centra bijzondere tandheelkunde valt hierdoor niet onder de reikwijdte van het project herziening bekostigingstructuur mondzorg.

1.5 Definitie bekostigingstructuur

In het project *Herziening bekostigingstructuur mondzorg* wordt onder *bekostigingstructuur* verstaan: *het geheel van de mondzorgprestaties² met bijbehorende tarieven, inclusief de methodiek voor totstandkoming van de tarieven.*

1.6 Consultatieprocedure

Dit consultatiedocument heeft als doel om:

- een sterkte-zwakteanalyse van de bekostigingstructuur van de mondzorg te presenteren;
- verbetermogelijkheden voor het ontwerpen van de bekostigingstructuur in kaart te brengen;
- marktpartijen te consulteren over de analyse die de NZa heeft uitgevoerd en deze te laten aanvullen.

De NZa legt het consultatiedocument via een consultatieprocedure voor aan overheidsorganisaties, consumentenorganisaties, marktpartijen en wetenschappers, met de vraag om de in dit document gepresenteerde analyse van de bekostigingstructuur te toetsen. De consultatievragen zijn opgenomen in het document zelf en wel bij de paragraaf waarop de vraag betrekking heeft. Aan het begin van het document vindt u een lijst met een overzicht van alle vragen die de NZa aan u voorlegt.

De reacties worden gebruikt om het consultatiedocument om te vormen tot een visiedocument. In het visiedocument zal de NZa een definitief advies aan de minister van VWS over de herziening van de bekostigingstructuur mondzorg opnemen. De NZa publiceert het visiedocument naar verwachting in april 2008.

1.6.1 Hoe kunt u reageren op de consultatievragen?

Wij nodigen u uit om **uiterlijk 1 februari 2008** te reageren door de consultatievragen in dit document schriftelijk te beantwoorden. Wij verzoeken u de antwoorden op de vragen zoveel mogelijk te motiveren. U hoeft zich niet verplicht te voelen om op alle vragen een antwoord te geven.

De volgende stap is dat de NZa u in de gelegenheid stelt om uw reactie mondeling toe te lichten in een consultatiebijeenkomst. Tijdens deze consultatiebijeenkomst wordt naast het consultatiedocument *Herziening bekostigingstructuur mondzorg*, ook het consultatiedocument *Mogelijkheden voor vrije prijsvorming in de mondzorg* besproken. Deze bijeenkomst zal plaatsvinden op **donderdag 14 februari 2008 van 14.00 tot 17.00 uur** in het gebouw van de NZa in Utrecht.

Reacties en aanmeldingen voor de consultatiebijeenkomst kunt u vóór 1 februari 2008 per e-mail sturen aan **CURE@nza.nl** of via **Postbus 3017, 3502 GA te Utrecht** ter attentie van **mevrouw Petra Eromosele-Voerman**.

² Met uitzondering van de prestaties kaakchirurgie en bijzondere tandheelkunde.

De NZa hanteert een openbare consultatieprocedure. Uw bijdrage vormt daarom in principe openbare informatie. Waar dat relevant is, zal de NZa in het visiedocument naar individuele bijdragen verwijzen. Een overzicht van de reacties publiceert de NZa op de website www.nza.nl.

1.7 Informatiebronnen

Bij het schrijven van dit consultatiedocument heeft de NZa gebruik gemaakt van de volgende informatiebronnen:

Interviews

Met de verschillende partijen uit het veld zijn afzonderlijk interviews gehouden (bijlage 3). Hierbij is gebruik gemaakt van een vragenlijst bestaande uit open vragen (bijlage 4). Tijdens de interviews heeft de NZa de vragenlijst als leidraad gehanteerd. Ook was er gelegenheid om andere onderwerpen te bespreken. De NZa heeft in dit consultatiedocument de meningen en ideeën van de partijen anoniem verwerkt. Op deze manier is getracht een algemeen beeld te krijgen van alle (verschillende) opvattingen die er heersen, maar ook van mogelijke oplossingsrichtingen die zijn aangedragen.

Literatuur

Behalve de interviews en de brainstormsessies heeft de NZa diverse artikelen en rapporten geraadpleegd³. De adviesrapporten die verschillende commissies hebben opgesteld, hebben hier een grote bijdrage aan geleverd.

Ook de expertise binnen de NZa vormt een belangrijke kennisbron.

1.8 Opbouw consultatiedocument

Hoofdstuk 2 beschrijft de huidige bekostigingstructuur en analyseert de invloed van recente ontwikkelingen op de herziening van de bekostigingstructuur. Uitgangspunten voor een bekostigingstructuur en een sterke-zwakteanalyse van de huidige bekostigingstructuur komen in hoofdstuk 3 aan bod. Op basis van deze analyse presenteert de NZa in hoofdstuk 4 verbetermogelijkheden en enkele aandachtspunten bij de herziening van de bekostigingstructuur. Hoofdstuk 5 gaat dieper op de bekostigingstructuur voor jeugdtandverzorgingsinstellingen in en op de noodzaak om deze aan te passen. Het laatste hoofdstuk biedt een vooruitblik op het vervolgtraject.

³ Een overzicht van de geraadpleegde literatuur is opgenomen in bijlage 5.

2. Analyse huidige bekostigingstructuur

Dit hoofdstuk beschrijft de huidige bekostigingstructuur van de mondzorg. Het eerste gedeelte gaat in op de veranderende zorgvraag, de typen mondzorgaanbieders en de totstandkoming van prestaties en tarieven. Daarna komen ontwikkelingen in de mondzorg aan bod die van invloed (kunnen) zijn op de bekostigingstructuur mondzorg.

2.1 Veranderende zorgvraag

Het vóórkomen van gebitsziekten vertoont een dalende lijn en de verzorgingsgraad van het gebit is toegenomen. Dit komt vooral door het toegenomen gebruik van geïmprimeerde tandpasta en door voorlichting over mondhygiëne via publiekscampagnes, reclame en het geven van informatie op consultatiebureaus en op scholen. In de periode 1981-2005 is het percentage personen met een volledige boven- en onderprothese (tandeloosheid) afgenomen van 31% in 1981 naar 13% in 2005 van de bevolking van 16 jaar en ouder. Deze daling is voornamelijk het gevolg van de verbeterende mondgezondheid in de (jong)volwassen populatie⁴. Aangezien veel jongvolwassenen tijdens hun jeugd een goede gebitstoestand hebben behouden, zal het aantal volwassenen met tandbederf of tandvleesontsteking waarschijnlijk verder dalen, net als het percentage tandeloozen. Verwacht wordt echter dat de zorgvraag zal toenemen, doordat de bevolking tot op oudere leeftijd de tanden en kiezen behoudt en daardoor langduriger mondzorg nodig zal hebben. Ook vinden mensen het steeds belangrijker om een verzorgd en gezond gebit te hebben. De belangrijkste bedreigingen van de mondgezondheid zijn tandcariës en tanderosie, vooral ten gevolge van het veelvuldig consumeren van (zure) frisdrank.

2.1.1.1 Preventie

Door de verbetering van de gemiddelde mondgezondheid is preventie belangrijker aan het worden dan curatie. Preventieve maatregelen kunnen de meest voorkomende gebitsafwijkingen (cariës, gingivitis en tanderosie) helpen te voorkomen⁵. Eén van de speerpunten van het overheidsbeleid van de komende jaren is dan ook het stimuleren van preventie. Binnen dit beleid is het zwaartepunt de afgelopen decennia verschoven van collectieve preventie naar individuele preventie.

Consultatievraag 1

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

2.2 Mondzorg: typen zorgaanbieders

Mondzorg is gericht op het bereiken en handhaven van een optimale functionaliteit van de mond en de directe omgeving, zoals wangen en kaakgewricht. Mondzorg bestaat uit regelmatige screening, professionele preventie, ondersteuning en curatie⁶. Mondzorg wordt verricht door een scala van zorgaanbieders. Onderstaand volgt een opsomming van de

⁴ URL RIVM

⁵ Van Loveren 2006; Truin et al. 2007

⁶ URL RIVM

zorgaanbieders die voor dit project van belang zijn en een inhoudelijke toelichting.

2.2.1 Tandarts

Een tandarts onderzoekt en behandelt gebitten. De werkzaamheden zijn gericht op het voorkomen en behandelen van ziekten en afwijkingen aan het mond- en kauwstelsel. Ook zorgt de tandarts ervoor dat patiënten advies en uitleg krijgen over mondverzorging. De titel *tandarts* is door de wet BIG beschermd (artikel 3) en tandartsen zijn geregistreerd in het BIG-register. De opleiding tot tandarts is per 1 september 2007 gewijzigd in een zesjarige opleiding, waarbij meer aandacht is voor specialisatie en de regie over het zorgproces (zie 2.4.3.1). Met deze wijziging van de opleiding wordt de titel *tandarts* vervangen door *mondarts*⁷.

2.2.2 Orthodontist

Een orthodontist is een tandarts die na zijn studie tandheelkunde een vierjarige fulltime specialistenopleiding heeft gevolgd tot specialist in de dento-maxillaire orthopaedie (orthodontie). Orthodontisten zijn ingeschreven in het NMT-specialistenregister van orthodontisten. Deze inschrijving is erkend door het BIG-register. De orthodontist begeleidt vooral de groei en ontwikkeling van het tand-kaakstelsel. Doel is het verkrijgen van een goed functionerend en regelmatig gebit.

2.2.3 Mondhygiënist

Een mondhygiënist is een paramedicus die op HBO-niveau is opgeleid. Ook dit beroep heeft een wettelijke beschermd titel (art. 34 BIG). Mondhygiënisten zijn geregistreerd in het BIG-register. Binnen de mondzorg is de mondhygiënist *de* deskundige op het gebied van preventie. De taken zijn in eerste instantie gericht op het voorkomen van aandoeningen aan het gebit en de omringende weefsels, zoals cariës en tandvleesaandoeningen. Daarnaast voert de mondhygiënist ook curatieve taken uit, zoals het verwijderen van tandsteen. Ook binnen de curatieve mondhygiënische zorg zijn alle handelingen die de mondhygiënist verricht, gericht op preventie. De mondhygiënist nieuwe stijl is opgeleid om meer werkzaamheden van de tandarts te kunnen overnemen, zoals het behandelen van primaire caviteiten door middel van restauratie met plastische vulmaterialen (zie 2.4.3.2). De patiënt kan zich voor onderzoek en behandeling rechtstreeks tot de mondhygiënist wenden. Indien nodig stuurt deze de patiënt door naar een tandarts.

2.2.4 Tandprotheticus

Ook een tandprotheticus is een op HBO-niveau opgeleide paramedicus. De opleidingstitel tandprotheticus is wettelijk beschermd (art. 34 BIG). Tandprotheticici zijn geregistreerd in het BIG-register. Een tandprotheticus is een specialist in het aanmeten en vervaardigen van gebitsprothesen en andere uitneembare prothetische voorzieningen. De taak van de tandprotheticus richt zich met name op de volledige boven- en/of onderprothese. Een tandprotheticus stelt zelf de diagnose en is zelfstandig verantwoordelijk voor het hele traject van aanmeten en vervaardigen, inclusief nazorg. Voor patiënten die nog in het bezit zijn van natuurlijke gebitselementen is een verwijzing nodig van een tandarts of kaakchirurg. Een tandprotheticus moet ook in het bezit zijn van het

⁷ Doordat er nu nog geen *mondartsen* zijn afgestudeerd wordt in dit document verder gesproken over *tandartsen*.

diploma tandtechnicus. Het verschil met de tandtechnicus is dat de tandprotheticus in de mond werkt, terwijl de tandtechnicus geen directe relatie heeft met de patiënt.

2.2.5 Tandtechnicus

Een tandtechnicus is MBO-opgeleid en maakt tandheelkundige voorzieningen voor het gebit van de patiënt. Hij maakt of repareert hulpmiddelen die het gebit corrigeren, ondersteunen en vervangen. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om bruggen, kronen, protheses en beugels. Een tandtechnicus krijgt opdrachten van een tandarts, orthodontist of kaakchirurg. Zij plaatsen het tandtechnisch werk uiteindelijk in de mond van de patiënt.

2.2.6 Assistenten

Tandartsassistent

De tandartsassistent is MBO-opgeleid en voert werkzaamheden uit ten behoeve van de voorbereiding, uitvoering en afronding van de patiëntenbehandeling. Een aantal deelhandelingen voert de tandartsassistent zelfstandig uit. Dat geldt ook voor het geven van advies, voorlichting en instructies. De tandartsassistent schept de randvoorwaarden waardoor de organisatie van de tandartspraktijk goed verloopt en waardoor andere tandheelkundige professionals in staat zijn patiënten efficiënt en effectief te behandelen. De tandartsassistent werkt in opdracht van de werkgever, wat in veel gevallen de tandarts of tandartsspecialist is. Een tandartsassistent kan zich differentiëren tot een allround assistent, assistent-aan-de-stoel, baliemedewerker, preventieassistent, sterilisatie/(omloop)assistent of hoofdassistent.

Preventieassistent

De preventieassistent is een tandartsassistent met aanvullende scholing. De preventieassistent verricht handelingen in de mond onder toezicht van de tandarts. Voorbeelden van werkzaamheden van de preventieassistent zijn het geven van voorlichting over mondverzorging, het verwijderen van tandsteen boven het tandvlees en het maken van röntgenfoto's en gebitsafdrukken. De cursus tot preventieassistent is een cursus voor tandartsassistenten die twee jaar in de praktijk hebben gewerkt of de opleiding tot assistent hebben gevolgd. De preventieassistent kan ook preventieve handelingen uitvoeren bij patiënten met eenvoudige problematiek (met alleen oppervlakkige tandvleesontstekingen). Een tandartsassistent met meer dan vijf jaar ervaring wordt automatisch een preventieassistent.

Paro-preventie assistent

De paro-preventie assistent is een preventie-assistent die een cursus heeft gevolgd om patiënten te behandelen met parodontitis.

Consultatievraag 2

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

2.3 Bekostigingstructuur

Bekostigingstructuur is gedefinieerd als het geheel van de mondzorgprestaties met bijbehorende tarieven inclusief de methodiek voor totstandkoming van de tarieven. Kernelementen zijn de beschrijving van de prestaties en de systematiek om aan de prestatie een tarief te koppelen.

Op het continuüm van tariefregulering (vaste prijzen) naar deregulering (vrije prijzen) bevindt de mondzorg zich aan de kant van de regulering. De tarieven zijn in de vorm van maximumtarieven opgesteld. Dit betekent dat er sprake is van een sterk gereguleerde markt.

2.3.1 Bestaande prestatievarianten

Voor de verschillende mondzorgaanbieders bestaan meerdere prestatiebeschrijvingen, die zijn vastgelegd in prestatielijsten. Op dit moment zijn er circa 1100 prestaties beschreven. De bekendste prestatielijst is de zogeheten UPT-lijst (Uniform Particulier Tarief). De UPT-lijst is op 1 oktober 1986 ingevoerd en is gebaseerd op het Cobit-model, dat eind jaren zeventig door de NMT is opgesteld. In eerste instantie gold de UPT-lijst alleen voor particulier verzekerde patiënten. Vanaf 1995/1996 was de lijst ook van toepassing op ziekenfondsverzekerden. De UPT-lijst bestaat uit prestaties voor consultatie en diagnostiek, röntgendiagnostiek, preventie en mondhygiëne, anesthesie, lachgassedatie, restauraties door middel van plastische materialen, endodontologie, restauraties door middel van niet-plastische materialen, gnathologie, chirurgie, uitneembare prothetische voorzieningen, parodontologie, orthodontie, orale implantologie, uurtarieven en abonnementen. Tandartsen kunnen deze prestatielijst gebruiken, en mondhygiënist en tandprotheticus sinds de invoering van de Wmg eveneens (zie 2.4.2.1).

Daarnaast is er een prestatielijst voor zorg die orthodontisten leveren. Deze lijst bestaat uit drie categorieën patiënten: reguliere patiënten, patiënten met (een) afwijking die in ernst met schisis vergelijkbaar is/zijn en patiënten met een cheilo-, gnatho- of palatoschisis.

Voor tandtechniek bestaat er sinds 2005 een prestatielijst die alle mondzorgaanbieders mogen hanteren. Dat is de zogenaamde tarieflijst voor tandtechniek in eigen beheer.

Voor mondzorg aan patiënten die verblijven of behandeld worden in een AWBZ-inrichting, bestaat een afzonderlijke prestatielijst, met drie verschillende uurtarieven. Voor een zorgaanbieder met een eigen praktijk is het tarief hoger omdat hij in de tijd dat hij de patiënt behandelt in de AWBZ-inrichting geen patiënten in zijn eigen praktijk kan behandelen. De kosten van de eigen praktijk lopen dan wel door. Het AWBZ-uurtarief compenseert deze.

Voor alle prestatielijsten geldt dat zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars⁸ (hierna verzekeraars) verzoeken tot wijziging of vernieuwing van de prestaties kunnen indienen. Voorbeelden zijn de vernieuwing van de hoofdstukken parodontologie, endodontologie en orale implantologie. Marktpartijen hebben voorgesteld het hoofdstuk orthodontie te vernieuwen. De andere prestatiebeschrijvingen zijn over het algemeen al jaren niet of nauwelijks gewijzigd.

2.3.2 Bestaande tariefvarianten

Aan de prestaties uit de vorige paragraaf is een tarief gekoppeld. De meest voorkomende tariefvorm in de mondzorg is een maximumtarief per prestatie. Dit is het geval voor bijna de gehele UPT-lijst, de tarieflijst orthodontie en de tarieflijst tandtechniek in eigen beheer. Een

⁸ Ziektekostenverzekeraars zijn volgens de Wmg zorgverzekeraars, AWBZ-verzekeraars en particuliere ziektekostenverzekeraars.

uitzondering vormt de toeslag voor haal/brengservice⁹ die instellingen voor jeugd tandverzorging mogen hanteren. Deze toeslag is een vast tarief.

In de mondzorg is er daarnaast sprake van enkele uurtarieven. Het gaat dan om de levering van prestaties aan patiënten die verblijven of behandeld worden in een AWBZ-inrichting. In de UPT-lijst staan ook uurtarieven voor de behandeling van patiënten die, als gevolg van een verstandelijke en/of lichamelijke beperking, de uitoefening van de tandheelkunde in die mate bemoeilijkt, dat de behandelingsduur langer is dan doorgaans bij de gemiddelde patiënt. Een groot deel van de vrijgevestigde mondhygiënist hanteert ook uurtarieven (zie 2.4.2.1).

Een andere tariefvariant is het abonnementstarief in de UPT-lijst. De abonnementen bevatten een maximumtarief per maand, wat verschilt per zorgzwaartecategorie. Op basis van een aantal vastgelegde criteria, bijvoorbeeld de staat van de mondhygiëne, wordt het aantal abonnementspunten per patiënt bepaald. Afhankelijk van het aantal punten verschil het abonnementstarief per maand.

In de UPT-lijst zijn voor enkele prestaties ook kostenbedragen opgenomen, zoals overheadkosten voor lachgassedatie of kosten voor hechtmateriaal. Dit is gedaan opdat alleen de aanbieders die deze kosten feitelijk maken ze ook in rekening kunnen brengen. Anders zouden deze kosten zijn opgenomen in het praktijkkostenbestanddeel, waardoor alle aanbieders voor deze kostenbedragen een compensatie ontvangen.

De kosten voor materiaal en techniek zijn deels wel en deels niet versleuteld in het tarief per prestatie. Daarnaast geldt dat een zorgaanbieder die zelf tandtechnische stukken maakt daarvoor tarieven moet rekenen volgens de tarieflijst voor tandtechniek in eigen beheer. Deze lijst is gebaseerd op de tarieflijst die het Nederlands Tandtechnisch Genootschap uitbracht¹⁰. De zorgaanbieder kan ook tandtechniekstukken laten maken door een tandtechnicus of tandtechnische onderneming. In dat geval betaalt de tandarts het verschuldigde bedrag aan de tandtechnicus en brengt de tandarts hetzelfde bedrag in rekening aan de patiënt. Het gaat dan om door te declareren kosten. In praktijk bestaat het risico dat inkoopvoordelen ('bonussen en kortingen') die de tandtechnische onderneming aan de zorgaanbieder geeft niet worden doorberekend aan de consument. Een vergelijkbare situatie doet zich voor bij de kosten van geneesmiddelen van apothekhoudenden.

2.3.3 Totstandkoming maximumtarieven

Voor de declaratie van de geleverde mondzorg stelt de NZa prestatiebeschrijvingen en tarieven vast. Per prestatie is een aantal *punten* vastgelegd. De NZa bepaalt de puntentaallen in overleg met de marktpartijen op het moment dat een nieuwe prestatie wordt toegevoegd. Het puntenaantal wijst op de moeilijkheidsgraad, en de daaraan gekoppelde benodigde tijd, per prestatie. Doordat de meeste prestaties niet recent zijn gewijzigd, zijn ook de puntentaallen niet altijd representatief voor de praktijk van vandaag de dag. De tijd die tegenwoordig nodig is voor het verrichten van een prestatie, zal voor een aantal prestaties minder zijn dan tijdens het vaststellen van het

⁹ De haalservice is voor de zorg aan patiënten die worden gehaald naar de praktijk, daar worden behandeld en dan weer naar huis/school worden gebracht. De brengservice is voor instellingen die een dentalcar bezitten en daarin jeugdige patiënten behandelen.

¹⁰ De NMa heeft in 2004 uitgesproken dat het NTG geen tarieflijst mocht uitbrengen. Het CTG verwees voor de tarieven naar deze lijst. Daarom heeft het CTG deze tarieflijst overgenomen.

puntenaantal. Dit komt doordat die prestaties nu door technologische ontwikkelingen sneller of eenvoudiger kunnen worden uitgevoerd. Doordat de puntenaantallen in dat geval te hoog zijn, is ook het tarief te hoog. Andersom kan ook het geval zijn, doordat voor een prestatie de benodigde tijd of kosten zijn toegenomen.

Het maximumtarief van de prestatie wordt berekend door het aantal punten te vermenigvuldigen met de puntwaarde. De algemene rekenregel voor het bepalen van de *puntwaarde* is:

(praktijkkostenbestanddeel + inkomensbestanddeel) / rekennorm

Dit is geen wettelijk vastgelegde methodiek, maar een gangbare methodiek voor de vrije beroepen.

De *rekennorm* is een technisch onderdeel van de rekenformule die fungeert als middel om de gegevens te verwerken tot de puntwaarde. De rekennorm weerspiegelt de productie per (norm)praktijk geteld in punten per jaar. De rekennormen zijn in overleg met marktpartijen opgesteld.

Voor de berekening van de UPT-tarieven is geen rekennorm vastgelegd, zoals bijvoorbeeld voor de orthodontietarieven wel het geval is. Dit komt omdat bij het maken van de UPT-lijst de al in praktijk gehanteerde Cobit-tarieven tariefneutraal zijn omgezet per prestatie. Vóór 1982 hadden de tandartsen individuele tarieven voor particulier verzekerde zorg. Eerst zijn de particuliere tarieven tariefneutraal in de UPT-lijst omgezet, daarna de ziekenfondstarieven en later zijn de particuliere tarieven en ziekenfondstarieven samengevoegd.

De puntwaarde waarmee de tarieven van de UPT-lijst worden berekend tot stand door de geldende puntwaarde te vermenigvuldigen met (omzet jaar t+1 / omzet jaar t). De omzet is het praktijkkostenbestanddeel en inkomensbestanddeel bij elkaar opgeteld. Deze methodiek geldt in de plaats van een tariefberekening met een rekennorm.

Het *inkomensbestanddeel* staat voor het inkomen dat de beroepsbeoefenaar bij een praktijkomvang gelijk aan de rekennormpraktijk in één jaar redelijkerwijs moet kunnen verwerven. Dit is een door de overheid genormeerd bedrag.

Onder het *praktijkkostenbestanddeel* vallen onder andere de kosten voor huisvesting, personeel, scholing, apparatuur en materialen, vervoer, verzekeringen, rente en afschrijving. Kortom, dit zijn de kosten waarmee een praktijk per jaar redelijkerwijs rekening moet houden.

Het inkomensbestanddeel, praktijkkostenbestanddeel en rekennorm verschillen per type zorgaanbieder.

Idealiter worden de praktijkkosten, de rekennorm (volume) en de punten per prestatie periodiek herzien door onderzoek van praktijkgegevens. Op die manier zijn ook de puntwaarde, en daarmee de tarieven, up-to-date.

2.3.3.1 Trendmatige aanpassing

Jaarlijks worden het inkomens- en het praktijkkostenbestanddeel volgens de methode van trendmatige aanpassing geïndexeerd. Deze methode wordt hierna toegelicht.

Voorafgaand aan jaar t wordt een voorcalculatorisch (VC) indexpercentage toegepast op het inkomensbestanddeel en het praktijkkostenbestanddeel waarmee een VC-puntwaarde ontstaat voor

jaar t. Vaststelling van het VC-indexpercentage vindt plaats door het ministerie van VWS. Dit is de basis voor het declareren van de zorg. Wanneer het definitieve indexpercentage bekend is ontstaat de definitieve puntwaarde om de maximumtarieven te berekenen. In de bepaling van de VC-puntwaarde van jaar t+1 wordt het verschil tussen de VC-puntwaarde in jaar t en de definitieve puntwaarde in jaar t gecorrigeerd in de VC-puntwaarde van t+1 (nacalculatie). Dit is de structurele nacalculatie om het tarief op het goede tariefniveau te zetten. Verder is er nog een tijdelijke nacalculatie om het gemiste deel van het definitieve tarief in te halen.

Bijvoorbeeld: Het tarief is in 2007 vastgesteld op € 8, 10. In 2008 blijkt dat dit € 8,25 had moeten zijn. In het tarief voor 2008 wordt het verschil van € 0,15 structureel opgenomen. Daarnaast vindt gedurende één jaar tijdelijk nog eens verwerking van € 0,15 in het tarief voor 2008 plaats. Het tarief in 2007 blijkt namelijk achteraf € 0,15 te laag te zijn geweest.

Deze methode van trendmatige aanpassing geldt voor de UPT-lijst, de tarieflijst orthodontie en de tarieflijst tandheelkunde AWBZ.

Het definitieve indexpercentage wordt gebaseerd op de indexpercentages voor het inkomen, de personeelskosten en de overige kosten. Het indexpercentage voor het inkomen is gebaseerd op gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek. De personeelskosten muteren met het OVA-percentage dat het ministerie van VWS vaststelt en de overige kosten indexeren met het CEP-percentage dat het Centraal Plan Bureau vaststelt.

De maximumtarieven voor tandtechniek in eigen beheer worden jaarlijks trendmatig aangepast met het mutatiepercentage van de puntwaarde tandheelkunde.

[Consultatievraag 3](#)

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

[Consultatievraag 4](#)

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

[Consultatievraag 5b](#)

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

2.4 Relevante ontwikkelingen

Algemene ontwikkelingen in de gezondheidszorg kunnen van invloed zijn op de bekostigingstructuur. Te denken valt aan vraaggestuurde zorg en prestatiegerichte zorg (outputfinanciering). De consument staat centraal en die moet goede handvatten hebben om te kunnen kiezen welke zorg hij nodig heeft. Deze ontwikkelingen zijn van toepassing op de zorg in het algemeen; dit consultatiedocument gaat specifiek over de mondzorg. Daarom beschrijft deze paragraaf ontwikkelingen op het gebied van de mondzorg die van invloed (kunnen) zijn op de bekostigingstructuur.

2.4.1 Veranderingen in verzekeringsstelsel

Onder de Ziekenfondswet was de aanspraak op mondzorg per zorgaanbieder omschreven. Dit houdt in dat in de wet was vastgelegd dat uitsluitend door tandartsen verleende (onderdelen van) zorg was verzekerd. Onder de dekking van het ziekenfondspakket vielen:

- bijzondere tandheelkunde;
- tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar;
- kaakchirurgie;
- volledige prothetische voorzieningen;
- orthodontische hulp als er sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mond-stelsel.

Naast het ziekenfondspakket konden mensen zich particulier voor mondzorg verzekeren.

De aanspraken uit het ziekenfondspakket zijn op 1 januari 2006 volledig overgegaan in de basisverzekering. Een verschil is echter dat de Ziekenfondswet van verstrekkingen uitging, terwijl in de Zorgverzekeringswet (Zvw) alle verzekerde prestaties functiegericht zijn omschreven. Dat betekent dat de wet de inhoud en de omvang van de zorg die verzekerd is omschrijft. Door wie de zorg wordt geleverd, waar en onder welke toegangsvoorwaarden moet de verzekeraar bepalen en opnemen in de modelovereenkomsten. Zo kunnen zorgverzekeraars in hun modelovereenkomsten opnemen dat alleen een prothese wordt vergoed die is gemaakt door een tandprotheticus. Door de functiegerichte omschrijving kan tandheelkundige zorg behalve door tandartsen¹¹ ook worden verleend door mondhygiënist en tandprotheticus.

Het basispakket biedt per 1 januari 2008 dekking voor bijzondere tandheelkunde, tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 22 jaar, chirurgie van specialistische aard (kaakchirurgie) voor volwassenen en uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor boven- of onderkaak. Bij bijzondere tandheelkunde is het uitgangspunt dat gehandicapte verzekerden dezelfde zorg krijgen als niet-gehandicapten. Er is sprake van bijzondere tandheelkunde als de gewone hulp voor de verzekerde niet voldoende is om een tandheelkundige functie te behouden of te verkrijgen die gelijkwaardig is aan de functie die hij zou hebben gehad zonder deze handicap. De tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 22 jaar omvat onder andere periodieke preventieve controle, een incidenteel tandheelkundig consult en het verwijderen van tandsteen. Onder de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek valt de hulp van de kaakchirurg. Verder is van belang dat een verzekerde bij een uitneembare volledige prothetische voorziening een eigen bijdrage van 25% is verschuldigd. Per 1 januari 2008 heeft elke verzekerde een verplicht eigen risico van € 150,- voor zorg die onder de Zvw valt. Mondzorg voor verzekerden tot 22 jaar is hiervan uitgezonderd.

De meeste mondzorg voor volwassenen (22 jaar en ouder) valt niet onder de Zvw. Hiervoor kunnen zij zich aanvullend verzekeren. De meeste aanvullende verzekeringen hebben de vorm van een *sommenpolis*. Per jaar krijgt de verzekerde mondzorg tot een bepaald bedrag vergoed, bijvoorbeeld € 500,- ongeacht welke behandeling is gekregen. Ook zijn er verzekeraars die een bepaald percentage van de kosten vergoeden, bijvoorbeeld 75%. Dit kan weer bepaald zijn tot een

¹¹ Bij tandartsen gaat het om tandartsen algemeen practici en tandartsspecialisten (kaakchirurgen en orthodontisten).

maximumbedrag per jaar. Het vergoedingspercentage kan verschillen per type behandeling. Bepaalde behandelingen komen bij sommige verzekeraars niet voor vergoeding in aanmerking. Dit betekent dat de verzekerde zelf een deel van de kosten betaalt.

2.4.1.1 Inkooprol verzekeraars

Verzekeraars ervaren in principe zelf prikkels om scherp in te kopen. Met een scherpe inkoop kunnen zij hun schadelast voor een bepaalde zorgsoort beperken en hun winst vergroten cq. hun premie verlagen. De prikkel om scherp in te kopen hangt hierbij in grote mate af van het financiële belang of de grootte van de uitgaven aan die specifieke zorgsoort. Hoe groter de uitgaven zijn, des te groter de potentiële besparingen die verzekeraars kunnen verwezenlijken. Door de geringe bereidheid van tandartsen en orthodontisten om contracten te sluiten met verzekeraars (op declaratieafspraken na) is de verzekeraar beperkt in zijn rol om kritisch in te kopen. Een verzekeraar kan zijn schadelast in deze situatie uitsluitend beperken door de vergoedingen te normeren tot bijvoorbeeld een maximumbedrag per verzekerde. Polissen voor mondzorg zijn schadepolissen geworden. De verzekerde heeft er direct belang bij om zelf scherp in te kopen. Daarvoor is het wel van belang dat kwaliteit- en prijsverschillen tussen aanbieders volledig transparant zijn. Anders is er in deze zorgmarkt voor de verzekeraar noch voor de consument sprake van countervailing power.

2.4.2 Veranderde wetgeving: van Wtg naar Wmg

Per 1 oktober 2006 is de Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg) vervangen door de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Waar in de Wtg sprake was van tarief- en prestatieregulering per groep zorgaanbieders (*organen voor gezondheidszorg*), is de tarief- en prestatieregulering in de Wmg (deels) functioneel omschreven. Functioneel omschreven houdt in dat de zorg centraal staat en niet zo zeer is relevant welke zorgaanbieder de zorg levert.

De werkingssfeer van de Wmg wordt bepaald door het begrip 'zorg'. Dit begrip is als volgt gedefinieerd (art. 1 sub b Wmg):

1. zorg als omschreven bij of krachtens de Zvw/AWBZ;
2. handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg als bedoeld in artikel 1, eerste lid, Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (wet BIG) voor zover uitgevoerd, al dan niet onder eigen verantwoordelijkheid, door personen, ingeschreven in een register als bedoeld in artikel 3 van die wet of door personen als bedoeld in 34 van die wet en voor zover die handelingen niet zijn begrepen onder 1.

In het geval van de mondzorg gaat het om de tandarts (inclusief de tandartsspecialist), de mondhygiënist en de tandprotheticus.

Structurele uitbreidingen of beperkingen van de toepassing van bepalingen van de Wmg kunnen bij algemene maatregel van bestuur worden vastgelegd op grond van artikel 2, eerste respectievelijk tweede lid, van de Wmg. Het *Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg* is een uitwerking van dat artikel.

Tandtechniek valt alleen in het geval van een volledige prothese onder hoofdregel 1. In dat geval maakt het niet uit door wie de zorg geleverd wordt. Indien het om handelingen betreffende een partiële prothese gaat, vallen de handelingen onder hoofdregel 2, mits deze worden geleverd door een tandarts of een tandprotheticus. Indien de partiële prothese geleverd wordt door een tandtechnicus, valt dit niet onder hoofdregel 2 en daarmee buiten de Wmg.

Voor elk individueel geval dient apart bekeken te worden of de te leveren prestaties onder de Wmg vallen en zo ja, onder welke hoofdregel. Indien geleverd door een tandtechnicus valt dezelfde zorg niet onder de Wmg, waar diezelfde handelingen geleverd door de tandarts en tandprotheticus wel onder de Wmg vallen.

2.4.2.1 Overgangsregeling mondhygiënist en tandprotheticus

Vrijgevestigde mondhygiënist en tandprotheticus vallen per 1 oktober 2006 onder de Wmg en daardoor onder de beleidsregels voor tandheelkunde. De bestaande bekostigingsstructuur is echter niet toegesneden op de zorg die deze aanbieders verlenen. Daarom zijn overgangsregelingen getroffen.

Voor de periode van 1 oktober 2006 tot 1 januari 2008 was er sprake van een overgangsregeling voor de tandprotheticus. Het is hun toegestaan een productprijs met eigen codering te declareren, waarbij de productprijzen te herleiden zijn tot onderdelen die corresponderen met de prestaties in de UPT-lijst en de tarievenlijst tandtechniek in eigen beheer. Per 1 januari 2008 vervalt de overgangsregeling, op verzoek van de beroepsgroep, en mogen de tandprotheticus geen productprijzen meer gebruiken.

Voor de periode van 1 oktober 2006 totdat de nieuwe bekostigingsstructuur mondzorg in werking is getreden, geldt er een overgangsregeling voor de mondhygiënist. De vrijgevestigde mondhygiënist zijn van oudsher gewend om met name uurtarieven in rekening te brengen. Dit is tijdens de overgangsperiode ook toegestaan.

2.4.3 Taakherschikking

Taakherschikking betekent dat werktaken structureel anders worden verdeeld over beroepsbeoefenaren. De Adviesgroep Capaciteit Mondzorg (Lapré, 2000) adviseerde om binnen de mondzorg op grotere schaal het teamconcept en taakherschikking in te voeren. Hierbij zou de dagelijkse, reguliere mondzorg zoveel mogelijk worden verschoven van de tandarts naar de mondhygiënist. De verwachting is dat de zorg doelmatig is en de beschikbare menskracht beter wordt benut. Ook zag de Adviesgroep in de aanpak met het teamconcept belangrijke kwaliteitsvoordelen, doordat de tandarts zijn handen vrij krijgt om zorg op academisch niveau te verlenen. Dat sluit goed aan bij de toegenomen maatschappelijke behoefte aan meer complexe tandheelkunde. Mensen houden steeds langer hun natuurlijke gebit en er komen steeds meer geavanceerde behandelmethoden.

De Commissie Innovatie Mondzorg (*commissie-Linschoten*) heeft de voorstellen van de Adviesgroep verder uitgewerkt (2006). Een advies van deze commissie is om over tien jaar de preventie van cariës en parodontitis bij een grote groep patiënten met een stabiele mondgezondheid te laten verzorgen door de vierjarig opgeleide mondhygiënist met ondersteuning van de (preventie)assistent. De meer complexe behandelingen worden uitgevoerd door de zesjarig opgeleide tandarts, die dan mondarts gaat heten. Indien nodig verwijst de tandarts de patiënt door naar de orthodontist of de kaakchirurg. Deze herschikking van taken tussen de tandarts en de mondhygiënist vindt bij voorkeur plaats wanneer de mondzorgverleners onder  n dak zijn gehuisvest en de mondarts de regie over het zorgproces voert (teamconcept), maar kan ook de vorm hebben van een samenwerkingsverband tussen professionals in zelfstandige praktijken. De adviezen van de Commissie Innovatie Mondzorg zijn in praktijk

uitgevoerd¹². Om deze taakherschikking mogelijk te maken, is een aantal veranderingen aangebracht in de opleidingsstructuur.

2.4.3.1 Van tandarts naar mondarts

De opleiding tandheelkunde heeft plaatsgemaakt voor de opleiding tot mondarts. Met ingang van 1 september 2007 is de duur van de opleiding tandheelkunde, die oorspronkelijk vijf jaar duurde, verlengd met één jaar. Ook is het curriculum verzwaaard. Na afronding van deze zesjarige opleiding, waarvan drie jaar voor de bachelor en drie jaar voor de master, is iemand mondarts. Deze zesjarige opleiding stelt een mondarts beter dan de huidige tandarts in staat om complicerende factoren in de algemene gezondheidstoestand in relatie te brengen met de mondgezondheidssituatie. Ook is een mondarts beter in staat om tandheelkundige behandelingen uit te voeren en leiding te geven aan een tandheelkundig team¹³. Door deze ontwikkeling komen er in de toekomst meer gespecialiseerde tandartsen. Specialisaties zijn mogelijk in de endodontologie, de parodontologie, de gnathologie, de implantologie en de pedodontologie.

Het aantal opleidingsplaatsen voor tandheelkunde is op advies van de Commissie Innovatie Mondzorg verminderd. Reden is dat in de toekomst de mondhygiënist nieuwe stijl de dagelijkse, reguliere mondzorg voor een groot deel kan overnemen. Kanttekening bij dit beleid is dat dan wel het aantal opleidingsplaatsen volledig benut moet zijn. Dat is nu (nog) niet het geval. Voor een goed werkende markt is echter voldoende aanbodcapaciteit nodig.

2.4.3.2 Mondhygiënisten nieuwe stijl

Voor de uitoefening van taakherschikking is de opleiding tot mondhygiënist uitgebreid van drie tot vier jaar en is het curriculum aangepast. In opdracht van een tandarts mag de mondhygiënist-nieuwe stijl in het kader van onderzoek ioniserende straling toepassen, lokale anesthesie toepassen en primaire caviteiten behandelen door middel van preparatie voor restauratie met plastische vulmaterialen¹⁴. Naast het aanleren van de extra curatieve taken, is de mondhygiënist-nieuwe stijl beter voorbereid op een wetenschappelijke reflectie op het eigen handelen¹⁵. Het aantal opleidingsplaatsen tot mondhygiënist is vergroot. In 2006 zijn de eerste mondhygiënist-nieuwe stijl (bachelor of health) afgestudeerd.

2.4.3.3 Teamconcept

Het teamconcept gaat uit van het verlenen van tandheelkundige zorg door een tandheelkundig team. De tandarts is opgeleid om de regie over het zorgproces te voeren. Ook de invoering van de opleiding tot mondhygiënist-nieuwe stijl moet het teamconcept stimuleren. Bepaalde handelingen, met name de preventieve taken, kan de mondhygiënist uitvoeren in plaats van de tandarts. Op deze manier kan de tandarts zich concentreren op de 'moeilijke' gevallen en efficiëntie in zijn bedrijfsvoering inbouwen. Om het werk te kunnen volhouden wisselt de tandarts deze 'moeilijke' behandelingen af met het verlenen van basiszorg. De teamsgewijze aanpak, waarbij tandartsen, mondhygiënisten, preventiemedewerkers en tandprothetici samenwerken, geldt als een doelmatige en doeltreffende manier om patiënten adequaat te helpen. Het betekent een efficiënte inzet van

¹² Tweede Kamer, nr. 159

¹³ Tweede Kamer, nr. 159

¹⁴ Staatsblad, 2006

¹⁵ Tweede Kamer, nr. 159

beschikbare menskracht en waarschijnlijk een kwaliteitsimpuls. Dit is het gevolg van mogelijkheden voor tweedemeningsvorming, collegiale bijsturing en stimulans van arbeidssatisfactie¹⁶. Mondzorgteams werken volgens het teamconcept bij voorkeur samen in één praktijk, maar ook kunnen er goede afspraken zijn gemaakt met andere zorgaanbieders, bijvoorbeeld op het gebied van doorverwijzing. Er is dan sprake van ketenzorg. In dat geval moet er tussen de diverse partijen wel een goede onderlinge communicatie bestaan.

Consultatievraag 6

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

2.5 Consequenties ontwikkelingen voor bekostigingstructuur

De bekostigingstructuur van de mondzorg moet hoe dan ook worden aangepast aan de veranderde wetgeving. In deze paragraaf staat de invloed van de andere geschetste ontwikkelingen op de bekostigingstructuur centraal.

2.5.1 Veranderende zorgvraag

De huidige bekostigingstructuur van de mondzorg is voornamelijk gericht op curatie en niet op preventie. Preventie leidt tot een betere mondgezondheid. Het gebrek aan preventieve prestaties voor zorgaanbieders vormt geen stimulans om meer aan preventie te doen, omdat zij deze prestaties niet of slechts beperkt kunnen declareren. Zeker voor mondhygiënist-nieuwe stijl is de huidige bekostigingstructuur een prikkel om zich meer te richten op die curatieve behandelingen waarvoor zij zijn opgeleid, dan op preventie. Dit terwijl mondhygiënist juist bij uitstek zijn opgeleid om preventie aan te bieden. De bekostigingstructuur moet het geven van preventie stimuleren.

2.5.2 Verzekeringsstelsel

Prestaties worden van oudsher niet afhankelijk gesteld van hetgeen in de Ziekenfondswet/Zorgverzekeringswet is opgenomen. Behandelingen die onder de beroepsgroep gebruikelijk zijn en wetenschappelijk bewezen, moeten namelijk tot hun recht (kunnen) komen in de prestaties. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) bepaalt of deze prestaties in aanmerking komen voor opname in het basispakket. Ook hiervoor geldt dat de zorg moet voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Het is aan de verzekeraars om de zorgprestaties die niet onder het basispakket vallen al dan niet te vergoeden via aanvullende verzekeringen.

2.5.3 Taakherschikking

De toenemende taakherschikking moet met name in de praktijk gaan plaatsvinden. Zorgaanbieders moeten hun nieuwe kennis en bevoegdheden in praktijk toepassen, al dan niet in samenwerking met een team. In de bekostigingstructuur moeten de typen zorg die de diverse zorgaanbieders leveren in prestaties tot uitdrukking komen. Door de taakherschikking hoeven geen *nieuwe* behandelingen in prestaties te

¹⁶ Tweede Kamer, nr. 159

worden opgenomen. Het enige dat verschuift is *wie* de behandelingen mag uitvoeren. Op dit punt is aanpassing van de bekostigingsstructuur niet nodig.

De huidige tarieven zijn vastgesteld op het inkomens- en kostenniveau van de tandartsen en orthodontisten. Dit stimuleert taakherschikking binnen de eigen praktijk. De tandartsen en orthodontisten laten de meer eenvoudige zorg over aan mondhygiënist, tandprotheticici of assistenten die in loondienst van de praktijk zijn en richten zich vooral op de moeilijke gevallen. Het is namelijk de tandarts of orthodontist die de prestatie *declareert*. Wel is het zo dat de tarieven die zijn vastgesteld op het inkomen- en kostenniveau van tandartsen en orthodontisten, terwijl aanbieders met lagere inkomens en kosten de prestatie feitelijk leveren, te hoog zijn vastgesteld.

De tandartsen en orthodontisten worden in de huidige bekostigingsstructuur financieel niet geprikkeld om door te verwijzen naar andere aanbieders buiten de eigen praktijk. Dit terwijl tarieven moeten prikkelen om de zorg doelmatig te organiseren. Tandartsen en orthodontisten moeten financiële prikkels ervaren om zelf meer complexe zorg te verlenen en voor eenvoudigere zorg door te verwijzen naar de mondhygiënist en tandprotheticici, zowel binnen als buiten de eigen praktijk.

[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)

[Consultatievraag 7b](#)

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

3. Sterke-zwakteanalyse bekostigingstructuur

Dit hoofdstuk gaat eerst in op de uitgangspunten voor het vormgeven van een nieuwe bekostigingstructuur voor de mondzorg. Daarna volgt een sterkte-zwakteanalyse van de huidige bekostigingstructuur. Over het algemeen zijn er meer zwakke punten dan sterke punten te noemen. Dit wijst erop dat aanpassingen in het systeem wenselijk zijn.

3.1 Uitgangspunten bekostigingstructuur

Een bekostigingstructuur moet prikkelen om de juiste patiënten, de juiste zorg (dat wil zeggen niet te veel of te weinig) te leveren, van de juiste kwaliteit, met de juiste toegang (qua wachttijden en reisafstand) op de juiste tijd, door de juiste zorgaanbieder, tegen de laagste kosten en met een zo laag mogelijke lastendruk. Daarnaast moet een bekostigingstructuur innovatie stimuleren en transparant zijn voor de consumenten, de zorgaanbieders en de verzekeraars. Getoetst moet worden welke van de prestatie- en tariefvarianten die in dit hoofdstuk beschreven zijn hier het best aan voldoen.

3.1.1 Transparantie

De consument moet op basis van informatie over verschillen tussen kwaliteit en prijs van zorg een goede keuze kunnen maken. Daarvoor is transparantie van de markt nodig. De NZa heeft de taak om de transparantie op de markt te bewaken en te bevorderen (art. 38 en 39 Wmg). Zorgaanbieders zijn verplicht om over de producten die zij aanbieden op een zodanige manier informatie te geven dat deze voor de consument begrijpelijk en gemakkelijk onderling vergelijkbaar is. De NZa heeft de bevoegdheid om transparantie-eisen op te leggen. Omstandigheden waarin consumenten kunnen kiezen voor kwalitatief goede zorgaanbieders tegen de juiste prijs, vormen de motor voor de goede werking van zorgmarkten. Daarom is het belangrijk dat de zorgconsument de mogelijkheid krijgt bewust te kiezen op grond van vergelijkende informatie en daarmee zowel zorgaanbieders als verzekeraars aanzet tot kwaliteitsverbetering. De consument moet dan wel in staat zijn een keuze te maken *en* hij moet ook zelf aangezet worden tot bewust keuzegedrag. Een geïnformeerde keuze is alleen mogelijk als alle relevante informatie voor die keuze voorhanden is. Dat vergt *transparantie* van informatie over kwaliteit, prijs, wachttijden en prestaties. Informatie moet toegankelijk, begrijpelijk, vergelijkbaar en juist (betrouwbaar) zijn.

Prestatiebeschrijvingen moeten eenduidig en uniform zijn, zodat zij qua prestatie en prijs beter vergelijkbaar zijn. Zorgvraaggerichte prestatiebeschrijvingen leiden tot meer keuzemogelijkheden voor de verzekeraars en de consumenten. Prestaties moeten aansluiten bij de internationale standaarden en *best practices*. Een grotere systeemtransparantie leidt tot grotere mogelijkheden om de rechtmatigheid van de declaraties te controleren. Dit draagt bij aan het vertrouwen in de mondzorg en in de betaalbaarheid daarvan.

3.1.2 Efficiëntie

Uitgangspunt is dat de tarieven in de mondzorg er op gericht moeten zijn efficiëntie te stimuleren. Dit is nodig om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden. De bestaande methodiek van

praktijkkostenbestanddeel + inkomenbestanddeel gedeeld door de rekenorm kan daarbij gehandhaafd blijven. Wel moeten de tarieven gebaseerd zijn op actuele informatie over werkelijke kosten, productie (volume) en tijdsbesteding van alle typen mondzorgaanbieders. Ook moeten tarieven dekking bieden voor reële gemiddelde kostprijzen en de kosten van een gemiddelde mondzorgpraktijk dekken. Verder is het noodzakelijk de tarieven regelmatig op een uniforme manier te herijken, opdat aanbieders geprikkeld blijven om efficiënt te werken. Er moet zo min mogelijk sprake zijn van prikkels tot *aanbod gestuurde vraag* en *upcoding*¹⁷. Daarnaast moeten de tarieven dusdanig zijn opgesteld dat de aanbieders geen financiële prikkel hebben om risicoselectie toe te passen.

In het algemeen is het zo dat voor het reguleren van tarieven een mix van tariefssystemen de sterkste prikkel tot efficiëntie geeft. Te denken valt aan de bekostigingstructuur van huisartsen, waarbij de huisarts zijn praktijkkosten vergoed krijgt door het inschrijftarief per verzekerde (abonnement) en zijn inkomen verwerft door het consulttarief (verdeeld in tijdseenheid) en door modules voor patiënten met een hogere zorgzwaarte (ouderen). De optimale mix is echter nog niet gevonden¹⁸.

3.1.3 Kwaliteit

De bekostigingstructuur moet de kwaliteit van zorg borgen en stimuleren tot verbetering daarvan. Daarvoor zijn outputmetingen en kwaliteitscriteria nodig. Die criteria moeten waarborgen dat het streven naar doelmatigheid uiteindelijk niet leidt tot vershraling van de zorg. Voor het vergelijken van kwaliteitsindicatoren is het noodzakelijk om de prestaties uniform te definiëren.

3.1.4 Innovatie

Innovatie van zorg moet gestimuleerd worden. Innovatie kan immers de kwaliteit van zorg positief beïnvloeden. Het is noodzakelijk dat in het systeem ruimte is voor innovaties, die zonder grote vertragingen moeten kunnen worden geïmplementeerd, en het systeem moet uitnodigen tot innovatie. Het systeem dient *evidence-based* werken te stimuleren.

3.1.5 Lastendruk

Een bekostigingstructuur moet zo min mogelijk lasten¹⁹ veroorzaken. Aspecten die daarbij een rol spelen zijn het onderhoud van het systeem (hoe meer prestaties des te meer onderhoud nodig is) en de hanteerbaarheid van het aantal prestaties. Consumenten moeten met een relatief geringe inspanning relevante prijsinformatie en kwaliteitsinformatie kunnen raadplegen.

¹⁷ Aanbod gestuurde vraag/ supplier induced demand: de zorgaanbieder ervaart prikkels om extra, medisch gezien niet noodzakelijke zorg te leveren om daarmee extra inkomen te genereren.

Upcoding: zorgaanbieders ervaren de prikkel om duurdere, complexere verrichtingen te leveren dan medisch noodzakelijk is.

¹⁸ Research paper NZa, 2007

¹⁹ Lastendruk bestaat uit administratieve lasten (kosten voor zorgaanbieders en verzekeraars om te voldoen aan de inhoudelijke informatieverplichtingen die voortvloeien uit de regels van de NZa) en inhoudelijke nalevingskosten (kosten die zorgaanbieders en verzekeraars moeten dragen om te voldoen aan de inhoudelijke verplichtingen die voortvloeien uit de regels van de NZa).

3.1.6 Wet- en regelgeving

De nieuwe bekostigingstructuur moet voldoen aan de veranderde wet- en regelgeving. In dit geval is dat de Wmg. Zoals reeds eerder is aangegeven is de tarief- en prestatieregulering in de Wmg (deels) functioneel omschreven. Functioneel omschreven houdt in dat de zorg centraal staat en niet zo zeer relevant is welke zorgaanbieder de zorg levert. Dit betekent dat bepaalde prestaties in praktijk door meerdere zorgaanbieders kunnen worden geleverd. Hierbij is het uitgangspunt dat er één prestatie is met één bijbehorend tarief. De prestatie kan voor Zvw-zorg niet langer worden toebedeeld aan meerdere zorgaanbieders met daaraan gekoppeld een apart tarief. Nu staat bijvoorbeeld in de UPT-lijst dat het uitvoeren van een initiële parodontale behandeling door een tandarts € 26,70 kost en door een mondhygiënist € 19,80. Dit is onder de Wmg niet langer mogelijk.

Consultatievraag 8a

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

Consultatievraag 8b

Welk uitgangspunt weegt voor u het zwaarst en waarom?

3.2 Sterke punten

Sterke punten van de huidige bekostigingstructuur mondzorg zijn:

- de bekendheid met het systeem;
- de eenvoud van het systeem;
- beloning is in overeenstemming met de prestatie.

Hierna volgt een uitwerking van deze sterke punten.

3.2.1 Bekendheid met systeem

De zorgaanbieders en verzekeraars zijn bekend met het huidige bekostigingssysteem. Het wordt al jaren gehanteerd en betrokken zijn daaraan gewend. Voor de zorgaanbieders is duidelijk welke behandeling wel of niet onder een bepaalde prestatiebeschrijving valt. Zij weten hoe zij een bepaalde behandeling moeten declareren. Nieuwe mondzorgaanbieders maken zich het systeem snel eigen. Kanttekening bij de huidige bekostigingstructuur is echter dat zij totaal niet transparant is voor de consument.

3.2.2 Eenvoud van het systeem

De huidige bekostigingstructuur van de mondzorg is relatief eenvoudig van opzet. Het inkomensbestanddeel is wettelijk vastgesteld. Om de puntwaarde te berekenen, hoeft alleen het praktijkkostenbestanddeel en de reknorm bepaald te worden. Beide waarden zijn meetbaar. De ervaring leert echter dat vaak discussie ontstaat over wat wel en niet tot de werkelijke praktijkkosten behoort.

Naast deze variabelen zijn de punten per prestatie nodig. Het puntenaantal wijst op de moeilijkheidsgraad en de daaraan gekoppelde benodigde tijd per prestatie. Dit betekent dat een uitgebreid onderzoek naar de werkelijk benodigde tijd per prestatie noodzakelijk is. Deze benodigde tijd is meetbaar, maar het onderzoek is niet eenvoudig en roept ook veel discussie op. Het berekenen van de maximumtarieven en het jaarlijks indexeren van de tarieven vindt plaats volgens een bewezen

berekeningsmethode en die is vrij gemakkelijk toepasbaar. Ook hier is echter de kanttekening te maken dat deze methodiek niet transparant is voor de consument.

3.2.3 Beloning in overeenstemming met prestatie

Het voordeel van de huidige bekostigingstructuur van de mondzorg is dat het een prikkel tot efficiënt werken bevat en dat de zorgaanbieder in rekening kan brengen wat hij heeft geleverd. Hierdoor wordt de zorgaanbieder in principe voor alle werkzaamheden beloond. Er is een directe relatie tussen prestatie en beloning. Dit stimuleert de zorgaanbieder om alle benodigde behandelingen uit te voeren.

Kanttekening is dat de bestaande bekostigingstructuur de zorgaanbieder ook stimuleert om meer of duurdere behandelingen uit te voeren dan noodzakelijk is en dat het taakherschikking naar aanbieders buiten de eigen praktijk niet bevordert.

De huidige bekostigingstructuur houdt rekening met de duur of de complexiteit van een behandeling door het puntenaantal per prestatie. De beloning is daarmee in principe in overeenstemming met de te leveren prestatie. Al eerder is echter geconstateerd dat de huidige puntenaantallen al jaren niet zijn herzien en dat daardoor het tarief niet altijd meer recht doet aan de werkelijk te leveren prestatie.

3.3 Zwakke punten

In 3.1 zijn uitgangspunten voor een nieuwe bekostigingstructuur voor de mondzorg beschreven. De huidige bekostigingstructuur voldoet niet aan alle uitgangspunten. De zwakke punten zijn:

Prestatieregulering

- de hoeveelheid prestaties
- gebrek aan preventieprestaties
- gebrek aan innovatie

Tariefregulering

- gebrek aan actuele onderbouwing
- gebrek aan efficiëntieprikkels
- gebrek aan controle van declaraties

Transparantie-eisen

- gebrek aan eenduidige prestatiebeschrijvingen
- gebrek aan transparantie van prijs
- gebrek aan transparantie van zorgkwaliteit

De zwakke punten zijn het gevolg van nieuwe ontwikkelingen (preventie), achterstallig onderhoud (onderbouwing prestaties en tarieven) en structurele gebreken (gebrek aan efficiëntieprikkels, transparantie en innovatie). Deze zwakke punten worden hierna toegelicht.

3.3.1 Prestatieregulering

Voor zorg die aanbieders mogelijk leveren stelt de NZa prestatiebeschrijvingen op. Als de NZa een prestatiebeschrijving heeft vastgesteld, mag een zorgaanbieder geen tarief in rekening brengen voor producten of prestaties die van de beschrijving afwijken. Die vastlegging betekent ook dat de consument, de verzekeraar en de zorgaanbieder weten waarover zij onderhandelen en wat de inhoud van de prestatie is.

Op het gebied van prestaties laat de huidige bekostigingstructuur drie zwakke punten zien, namelijk de hoeveelheid prestaties, een gebrek aan preventieprestaties en een gebrek aan innovatie.

3.3.1.1 Hoeveelheid prestaties

Voor de mondzorg zijn een groot aantal prestatiebeschrijvingen opgesteld. Het zijn er nu circa 1100. Minder prestaties zijn nodig vanwege de transparantie-eisen en beperking van de lastendruk.

3.3.1.2 Gebrek aan preventieprestaties

De bestaande UPT-lijst is vooral gericht op curatie en zeer beperkt op preventie. Het verrichten van preventieprestaties is niet of slechts beperkt te declareren. Dit stimuleert zorgaanbieders niet om preventie uit te voeren. Vóór 2002 was er sprake van meer preventieprestaties. Deze zijn echter versleuteld in het consulttarief (inclusief verhoging van het tarief), waardoor dit gedeelte van de preventie onzichtbaar is geworden. Het gebrek aan prestaties op het gebied van preventie volstaat niet meer in het licht van de ontwikkeling naar een toenemend belang van preventie. Het vormt met name een probleem voor zorgaanbieders die preventie als core business hebben, zoals mondhygiënisten²⁰. Zij hebben in het huidige systeem weinig mogelijkheden om preventieve verrichtingen te declareren.

3.3.1.3 Gebrek aan innovatie

In de bestaande bekostigingstructuur van de mondzorg is wel ruimte voor innovatie, maar de implementatie daarvan verloopt langzaam.

De gezondheidszorg is voortdurend in beweging door nieuwe inzichten en technologische ontwikkelingen. Dat geldt ook voor de mondzorg. Zorgaanbieders verdiepen zich in hun vakgebied en willen patiënten kunnen behandelen op basis van de jongste inzichten en met gebruikmaking van de modernste technieken. De doorslaggevende factor voor toepassing van een innovatie in zorgverlening is echter de mogelijkheid om als zorgaanbieder een bepaalde techniek of ingreep te kunnen declareren. Daarvoor is het nodig dat een prestatiebeschrijving is opgesteld.

Zorgaanbieders en verzekeraars kunnen bij de NZa een aanvraag indienen om één of meerdere prestatiebeschrijvingen op te stellen of te wijzigen. De NZa kan dit ook op eigen initiatief doen. De opname van innovatieve behandelingen in prestatielijsten kost tijd. Hierbij vormt vaak niet het opstellen van de prestatiebeschrijving een probleem, maar het vaststellen van het bijbehorende tarief. Complicerende factoren zijn dat aanvragen voor nieuwe prestaties vaak onvoldoende financieel en inhoudelijk (evidence-based) zijn onderbouwd. Ook komt het steeds vaker voor dat marktpartijen over de gewenste veranderingen van mening verschillen. Dit bemoeilijkt het werk van de NZa, waardoor het snel opnemen van innovatieve behandelingen in de prestatielijsten wordt geremd. Het gevolg is dat de toepassing van innovaties in de praktijk wordt gefrustreerd. Wel is het zo dat het inherent aan regulering is dat de reguleerder altijd achter de praktijk aanloopt.

De meeste prestatiebeschrijvingen zijn dusdanig ruim dat dezelfde behandeling, maar dan met een nieuwe techniek of nieuwe apparatuur, wel onder de bestaande prestatiebeschrijving valt (substitutie van

²⁰ Om op de korte termijn aan dit gebrek aan preventieprestaties tegemoet te komen, is een overgangsregeling voor de mondhygiënisten opgesteld (zie 2.3.2).

bestaande zorg). Het bijbehorende tarief is vaak niet voldoende, omdat voor de nieuwe behandeling investeringen noodzakelijk zijn, waardoor de kosten stijgen. Andersom kan ook, namelijk dat de kosten juist dalen ten opzichte van de conventionele methode.

3.3.2 Tariefregulering

Zwakke punten van de huidige bekostigingstructuur van de mondzorg op het gebied van tariefregulering zijn een gebrek aan actuele onderbouwing, gebrek aan efficiëntieprikkels en een gebrek aan controle van declaraties. Deze zwakke punten worden hierna toegelicht.

3.3.2.1 Gebrek aan actuele onderbouwing

De huidige punten per prestatie en de puntwaardes zijn niet onderbouwd op basis van actuele gegevens over werkelijke kosten, productie (volume) en tijdsbesteding. De huidige onderbouwing is sterk verouderd. Dit geldt met name voor de UPT-lijst. De tarieven voor tandtechniek in eigen beheer zijn in feite helemaal niet onderbouwd, omdat de tarieven die het Nederlands Tandtechnisch Genootschap (NTG) hanteerde zijn overgenomen. De puntwaarde orthodontie is recenter onderbouwd op basis van een onderzoek naar kosten, omzet en inkomen van orthodontisten, verkregen uit jaarrekeningen. De punten per prestatie orthodontie zijn echter niet recent onderbouwd.

Doordat de meeste puntenaantallen en puntwaardes - en daarmee de tarieven - al jaren niet zijn herzien, doen de tarieven niet altijd meer recht aan de werkelijk te leveren prestatie. Dit is negatief van invloed op de betaalbaarheid.

3.3.2.2 Gebrek aan efficiëntieprikkels

De huidige bekostigingstructuur van de mondzorg is een verrichtingsstelsel. Er is een directe relatie tussen prestatie en beloning. Dit brengt de volumeprikkel met zich mee dat zorgaanbieders zoveel mogelijk verrichtingen willen declareren, om daarmee extra inkomsten te genereren. In het algemeen is het zo dat te lage tarieven tot onderproductie en het ontstaan van wachtlijsten leiden en te hoge tarieven tot overproductie. Het risico is aanwezig dat de zorgaanbieder prikkels ervaart om extra, medisch gezien niet noodzakelijke zorg te leveren om daarmee extra inkomen te genereren (*aanbod gestuurde vraag*). Daarnaast kunnen zorgaanbieders de prikkel ervaren om duurdere, complexere verrichtingen te leveren dan medisch noodzakelijk is. Dit effect wordt ook wel *upcoding* genoemd. Het systeem prikkelt hierdoor niet tot het leveren van de meest efficiënte zorg, wat juist nodig is uit het oogpunt van betaalbaarheid.

Voor tandtechniek die bij tandtechnische ondernemingen is ingekocht moet de mondzorgaanbieder de prijs voor de ingekochte tandtechniek rechtstreeks in rekening brengen bij de consument. Hierdoor heeft de zorgaanbieder wel de prikkel om in te kopen op kwaliteit, maar niet op prijs. Voor een deel van de prestaties zitten de kosten voor materialen en techniek wel in het tarief en kunnen die kosten niet afzonderlijk worden gedeclareerd. De aanbieder ervaart de prikkel om de kosten te verlagen, waarbij het risico bestaat dat dit ten koste gaat van de kwaliteit.

Voor de consument is de prijs van tandtechniek niet transparant, waardoor deze zijn rol als kritische inkoper niet kan vervullen. Daarbij is de consument geïnteresseerd in de totaalprijs van de behandeling en minder in de aspecten van de prijs, zoals de kosten voor tandtechniek.

De verzekeraar zou deze inkooprol op zich kunnen nemen. De prikkels voor verzekeraars om scherp in te kopen zijn beperkt (zie 2.4.1.1). Dit betekent dat er op het gebied van tandtechniek die wordt ingekocht bij een tandtechnische onderneming, geen prikkel tot efficiëntie is. Bij tarieven waar tandtechniek onderdeel is van het tarief bestaat de efficiëntieprikkel wel, maar dit kan ten koste gaan van de kwaliteit.

3.3.2.3 Gebrek aan controle van declaraties

Zoals in 3.3.3 wordt beschreven ontbreekt de transparantie van prijs voor consumenten. Daardoor is het voor consumenten niet goed mogelijk de declaraties te controleren. Ook is er sprake van informatieasymmetrie waardoor de consument een controle sowieso moeilijk kan uitvoeren. Dit brengt de risico's van *upcoding* en het risico van *aanbod gestuurde vraag* met zich mee. Dit zijn feitelijk economische delicten. Het heeft een nadelig effect op de betaalbaarheid van zorg.

Een controlerende rol is hier vooral weggelegd voor de verzekeraars. Zoals al eerder geconstateerd, is de inkooprol van verzekeraars beperkt en zijn polissen voor mondzorg schade-polissen geworden. Voor verzekeraars weegt het totale schadebedrag aan mondzorg voor verzekerden niet op tegen de tijd en het geld die het kost om uitgebreide declaratiecontroles te houden.

Ten tijde van de Ziekenfondswet was er het Tandheelkundig controle instituut (TCI), dat controles uitvoerde op onterecht gedeclareerde behandelingen. Deze instantie had een sterke preventieve werking op frauduleus handelen. Enige jaren geleden is het TCI opgeheven.

3.3.3 Transparantie-eisen

In de huidige bekostigingstructuur van de mondzorg is sprake van een gebrek aan eenduidige prestatiebeschrijvingen, transparantie van prijs en transparantie van kwaliteit. Dit wordt hierna toegelicht.

3.3.3.1 Gebrek aan eenduidige prestatiebeschrijvingen

Door eenduidige prestatiebeschrijvingen weten zowel de consument, de verzekeraar als de zorgaanbieder wat zij inkopen respectievelijk aanbieden. In de huidige bekostigingstructuur ontbreekt het aan eenduidige prestatiebeschrijvingen.

Voor de mondzorg zijn veel prestaties vastgelegd omdat er niet één standaardbehandeling is. Dit geeft de zorgaanbieder de mogelijkheid uit een set van prestaties de prestatie te kiezen die (het meest) van toepassing is. Dit heeft er wel toe geleid dat het aantal prestaties in de loop der jaren enorm is uitgebreid. Een opschoning heeft nauwelijks plaatsgevonden. Het gevolg is dat er nu circa 1100 prestaties zijn beschreven. De beschrijving van de huidige prestaties is bijzonder medisch-technisch van aard en daardoor voor consumenten moeilijk te begrijpen.

Daarbij is het voor de consument moeilijk na te gaan wat er precies 'in de mond is gedaan'. Het is voor de consument lastig te beoordelen of de prestaties die in rekening zijn gebracht ook de prestaties zijn die de zorgaanbieder heeft uitgevoerd. Ook is het moeilijk om vast te stellen welke prestaties wel en niet tegelijk mogen worden gedeclareerd. Vanwege het feit dat er sprake is van een verrichtingensysteem, zal de zorgaanbieder voor de totale behandeling meestal meerdere prestaties in rekening moeten brengen. De consument heeft behoefte aan informatie over welke behandeling in totaal is geleverd en niet welke losse

verrichtingen daarvoor nodig zijn. Hij wil bijvoorbeeld weten dat een gaatje in zijn tand is gevuld en niet dat het daarvoor nodig is om te etsen, een onderlaag aan te brengen en een vlaksrestauratie uit te voeren.

3.3.3.2 Gebrek aan transparantie van prijs

De consument heeft behoefte aan informatie over de prijs van de totale behandeling. Deze totale prijs is in de huidige bekostigingstructuur voor hem echter niet transparant, dat wil zeggen noch voorafgaand aan de behandeling, noch achteraf. In de wachtkamer hangen geen prijslijsten, zodat de consument vooraf niet weet wat de prijs van de verschillende prestaties is en achteraf die prijs niet kan controleren. Daarbij zorgt de enorme hoeveelheid prestaties ervoor dat de consument de prijs niet gemakkelijk en snel kan opzoeken. Ook is er deels sprake van dezelfde prestaties waarvan het tarief echter per type zorgaanbieder verschilt.

3.3.3.3 Gebrek aan transparantie van kwaliteit

In de huidige bekostigingstructuur is de kwaliteit van de mondzorg niet transparant. Informatie over kwaliteit is – naast transparante prestatiebeschrijvingen en transparantie van prijs – voor consumenten en verzekeraars van belang om een weloverwogen keuze te maken. Alleen door bij de keuze voor een aanbieder bewust te letten op de geleverde kwaliteit, kunnen consumenten zorgaanbieders stimuleren om die kwaliteit ook daadwerkelijk te leveren. Wanneer de consument of verzekeraar uitsluitend op de prijs van de geleverde zorg let, bestaat er immers een risico dat zorgaanbieders niet investeren in de kwaliteit van de geleverde zorg. De consument heeft behoefte aan informatie over de borging van de kwaliteit en aan informatie over de kwaliteitsverschillen tussen verschillende aanbieders.

In het consultatiedocument *Mogelijkheden voor vrije prijsvorming in de mondzorg* wordt dieper op transparantie van kwaliteit ingegaan.

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)

Consultatievraag 9b

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

4. Verbetermogelijkheden

In hoofdstuk 3 heeft de NZa de uitgangspunten en de sterke en zwakke punten van de huidige bekostigingstructuur van de mondzorg beschreven. Om de zwakke punten op te lossen en te voldoen aan de genoemde uitgangspunten voor een bekostigingstructuur, zijn een aantal verbeteringen mogelijk. Deze komen in dit hoofdstuk aan bod.

In de bestaande bekostigingstructuur zijn de volgende verbeteringen mogelijk:

prestatieregulering

prestaties opnieuw beschrijven; mogelijke varianten zijn:

- abonnement
- verrichtingen
- producten
- beschrijven van prestaties op het gebied van preventie
- innovatie stimuleren

tariefregulering

tarieven bepalen; mogelijke varianten zijn:

- abonnement of budgetsysteem
- systeem van uurtarieven
- verrichtingsysteem
- case-paymentsysteem/productensysteem
- vaste tarieven en maximumtarieven/bandbreeddetarieven
- basistarief met (kwaliteits)toeslag
- tarief per zorgzwaartecategorie
- zorg aan complexe patiënten
- controle van declaraties

transparantie-eisen

eenduidige prestatiebeschrijvingen en transparantie van prijs

Het hoofdstuk sluit af met enkele aandachtspunten bij het herzien van de bekostigingstructuur.

4.1 Prestatieregulering

De NZa stelt prestatiebeschrijvingen op voor zorgprestaties. Kernvraag voor een prestatiebeschrijving is wat de zorg inhoudt. Voor het beschrijven van prestaties zijn enkele varianten mogelijk. Die varianten worden hierna beschreven. Per variant komt het effect op de transparantie van de prestatie en op de lastendruk aan de orde. Ook het stimuleren van innovatie komt aan bod. Aan prestaties kunnen verschillende tariefvarianten worden gekoppeld. Die staan centraal in paragraaf 4.2.

4.1.1 Prestatievarianten

Er zijn drie varianten voor het beschrijven van prestaties mogelijk, namelijk aan de hand van een abonnement, verrichtingen en producten.

4.1.1.1 Abonnement

Een abonnementsysteem vat alle mogelijke activiteiten in één prestatie met daaraan gekoppeld een tijdsperiode waarin de prestatie kan worden

geleverd. Dit is een transparant systeem voor de zorgaanbieders, de verzekeraars en de consumenten. De lastendruk is beperkt doordat per tijdsperiode slechts één declaratie nodig is.

4.1.1.2 Verrichtingensysteem

In een verrichtingensysteem worden alle mogelijke activiteiten voor een behandeling als prestatie omschreven. Eén activiteit is één verrichting. Voor een totale behandeling kunnen één of meerdere verrichtingen nodig zijn. De huidige prestatiebeschrijvingen zijn te definiëren als een verrichtingensysteem.

Voordeel van een verrichtingensysteem is dat voor elk unieke behandeling kan worden geput uit een reeks van verrichtingen. Dit geeft de zorgaanbieder veel behandelvrijheid. Nadeel is dat het, gezien de diversiteit aan mondzorgbehandelingen, noodzakelijk is om een uitputtende reeks aan verrichtingen op te stellen. Dit leidt tot een zware lastendruk. Elke nieuwe behandeling, die bestaat uit een aantal activiteiten, moet in nieuwe verrichtingen worden opgenomen of toebedeeld aan bestaande verrichtingen. Een behandeling zal over het algemeen uit meerdere verrichtingen bestaan. De consument heeft behoefte aan informatie over welke behandeling in totaal is geleverd en niet welke losse verrichtingen daarvoor nodig zijn. Hierdoor is een verrichtingensysteem niet transparant voor de consument.

Als het aantal verrichtingen voortdurend blijft groeien zullen ook de zorgaanbieders en verzekeraars een gebrek aan transparantie ervaren. Een verrichtingensysteem vereist regelmatige vernieuwing. Het brengt een aanzienlijke lastendruk met zich mee doordat voor zorgaanbieders en verzekeraars een gedetailleerd administratie- en declaratiesysteem nodig is.

4.1.1.3 Producten

Een productsysteem houdt in dat alle benodigde prestaties worden samengevoegd tot één product. Zo kan een product ontstaan voor het 'vullen van een gaatje' in plaats van allerlei losse verrichtingen, zoals een tweevlaksrestauratie, etsen ten behoeve van composiet en anesthesie. Dit bevordert de transparantie voor de consument, de zorgaanbieders en de verzekeraars. Voorwaarde is wel dat de producten helder omschreven en objectiveerbaar zijn. Als de producten niet helder zijn, zal telkens voortdurend discussie ontstaan over de specificatie en toereikendheid van de producten, zodat er steeds opnieuw vraag is naar extra producten. Dat betekent een vermindering van de transparantie en een verzwaring van de lastendruk. Het is mogelijk producten dusdanig ruim te omschrijven dat voortdurende vernieuwing van de prestatielijst niet nodig is. Daardoor wordt behandeling volgens *state of the art* gestimuleerd. Wel is na verloop van tijd aanpassing van het tarief op de innovatieve behandelwijze noodzakelijk. Een voorbeeld uit de ziekenhuizen is dat onder het product 'knieoperatie', niet alleen de klassieke knieoperatie valt, maar ook de kijkoperatie. De kijkoperatie is de innovatieve behandeling. Het tarief voor de DBC is gebaseerd op de klassieke operatie. Een kijkoperatie gaat echter sneller en is goedkoper. Het tarief voor het product moet dan ook omlaag als de kijkoperatie gemeengoed is geworden.

Ook een productsysteem vraagt om regelmatige vernieuwing. Afhankelijk van de hoeveelheid producten is een meer of minder gedetailleerd administratie- en declaratiesysteem nodig. Beide onderhoudselementen leiden tot een aanzienlijke lastendruk. Producten moeten medisch herkenbaar en kostenhomogeen (vergelijkbare kosten en inzet) zijn. Inherent aan het productsysteem is

dat er altijd een spanningsveld zal blijven bestaan tussen kostenhomogeniteit en medische homogeniteit.

4.1.2 Beschrijven van prestaties op het gebied van preventie

Op dit moment zijn de meeste prestaties gericht op curatie en nauwelijks op preventie. Het is nodig om meer prestaties op het gebied van preventie te beschrijven. Om zorgaanbieders te stimuleren preventieve behandelingen te geven, moet preventie immers declarabel zijn. Dat is vooral van belang voor zorgaanbieders die preventie als core-business hebben. Ook past dit in de ontwikkeling naar een toenemend belang van preventie.

De preventieprestaties moeten toepasbaar zijn op de totale patiëntenpopulatie. Onderzoek wijst uit dat strategieën niet puur op risicogroepen moeten worden gericht. Een collectieve aanpak voor *alle* zorgvragers is effectiever. Een mogelijkheid hiervoor is om de vroegere preventiecodes (*M-codes*) opnieuw in te voeren.

Een andere optie is het opstellen van een algemene preventieprestatie om de noodzaak van preventie per patiënt te bepalen. Dit betekent dat per patiënt een zorgplan wordt opgesteld dat gebaseerd is op een risico-inschatting. Dit geeft de consument inzicht. Aan de hand van bijvoorbeeld bezinningsmomenten of de Nexøsystematiek kan een plan van aanpak worden ontwikkeld en besproken met de patiënt.

Bezinningsmomenten: Op deze momenten vindt een beoordeling plaats van de gehele gebitssituatie en een nieuwe weging van alle bestaande (voor)oordelen. Daarnaast evalueert de zorgaanbieder of de zelfzorg in de voorafgaande periode adequaat is geweest en stelt hij een plan op voor de volgende periode, waarbij de bedreigingen voor het gebit uitdrukkelijk worden besproken²¹.

Nexøsystematiek: Bij deze systematiek die in Denemarken is ingevoerde bepaalt de zorgaanbieder op eenvoudige wijze het risico van de patiënt. Motivatie en het meest recente cariësverleden spelen hierbij een belangrijke rol. Het gescoorde risico bepaalt het controle-interval voor de patiënt. Tijdens bezoeken wordt aandacht besteed aan factoren die de mondgezondheid bepalen en aan het reinigen van het gebit²².

In een abonnement is alle zorg opgenomen, ook preventie. Een abonnementsysteem prikkelt om preventie te leveren.

4.1.3 Innovatie stimuleren

In de huidige bekostigingstructuur van de mondzorg is al ruimte voor innovatie, doordat aan de huidige prestatielijst(en) een nieuwe behandeling toegevoegd kan worden. De implementatie gaat echter langzaam. Het is de bedoeling dat innovaties zonder grote vertragingen kunnen worden geïmplementeerd. Het systeem dient *evidence-based* werken te stimuleren.

Een snelle implementatie wordt allereerst gestimuleerd wanneer marktpartijen aanvragen indienen die zowel inhoudelijk als financieel deugdelijk zijn onderbouwd. Om deze onderbouwing tot stand te laten komen kan ook gedacht worden aan een *innovatiecommissie* die meedenkt over de inhoudelijke en financiële aspecten van de innovatie. Deze commissie kan op verzoek van het veld of uit eigen beweging

²¹ Van Loveren & Eijkman, 2003

²² Van Loveren & Eijkman, 2003

beoordelen of het noodzakelijk is om bestaande prestaties en tarieven aan te passen aan nieuwe behandelmogelijkheden, of dat nieuwe prestaties nodig zijn doordat nieuwe behandelingen zijn ontwikkeld en bewezen effectief zijn. De commissie kan ook een rol krijgen in het evalueren van het nut en de noodzaak van bestaande prestaties. Een dergelijke commissie moet bestaan uit mensen die onafhankelijk zijn, over een brede kennis van en ervaring met de mondzorgpraktijk beschikken, en van de nieuwste wetenschappelijke inzichten en behandelmogelijkheden op de hoogte zijn. Bij een positief oordeel van deze commissie kan de NZa de prestatiebeschrijving vaststellen. Voor het opstellen van DBC's voor ziekenhuizen is er ook een dergelijke commissie, namelijk de Medisch Wetenschappelijke Adviesraad van DBC-Onderhoud. Deze raad adviseert over innovatie, over de invoering van nieuwe zorgproducten en over de verwerking daarvan in de DBC-systematiek.

Om een volledig nieuwe prestatie toe te voegen moet de innovatieve behandeling een bewezen (*evidence-based*) en meetbaar gunstig effect hebben. Omdat voor volledig nieuwe behandelingen niet direct 'evidence' beschikbaar is, moet er ook ruimte zijn om met innovaties te experimenteren. Daarvoor is in 2007 de beleidsregel *Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten* in werking getreden. Door deze beleidsregel kunnen zorgaanbieders en verzekeraars een nieuw zorgproduct declareren, doordat zij in de overeenkomst zelf de prestatiebeschrijving en het tarief vastleggen. Het gaat om prestaties die door innovatie een betere prijs-kwaliteitverhouding van levering van zorg aan de patiënt realiseren. Partijen kunnen gedurende maximaal drie jaar experimenteren. Deze beleidsregel is ook van toepassing op de mondzorg en maakt daarmee ook hier innovatie mogelijk. Tijdens de experimenteerperiode moet onderzoek naar de effecten van de innovatie plaatsvinden. Als na de experimenteerperiode blijkt dat de innovatie *evidence-based* is, kan de behandeling verwerkt worden in de prestatielijst.

Een innovatie van een reeds bestaande behandeling moet de prijs-kwaliteitsverhouding verbeteren. De opbrengsten van de innovatie moeten hoger zijn dan de kosten. Een betere prijs-kwaliteitsverhouding betekent dat verzekeraars en zorgaanbieders:

- óf de kwaliteit van de zorg voor de patiënt verbeteren zonder de prijs van de zorg te verhogen,
- óf de prijs van de zorg verlagen zonder dat de kwaliteit van de zorg voor de patiënt wordt verlaagd,
- óf zowel de kwaliteit van de zorg voor de patiënt verhogen als de prijs van de zorg verlagen,
- óf de kwaliteit van de zorg voor de patiënt verhogen met een toename van de prijs die in verhouding beperkt is.

[Consultatievraag 10a](#)

Welke prestatievariant heeft uw voorkeur en waarom?

[Consultatievraag 10b](#)

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

[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)

Consultatievraag 10d

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

Consultatievraag 10e

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

4.2 Tariefregulering

In paragraaf 4.1 stond het beschrijven van prestaties voor mondzorg centraal. Nu komen mogelijke tariefsystemen aan bod, waarmee aan de prestaties een tarief wordt toebedeeld. Per tariefvariant wordt nagegaan of de variant voldoet aan de uitgangspunten van een nieuwe bekostigingstructuur. Dit is samengevat in een schema, waaraan een conclusie is verbonden.

4.2.1 Abonnementsysteem of budgetsysteem

Het abonnementsysteem is een systeem waarbij de zorgaanbieder een vast bedrag per ingeschreven patiënt ontvangt, ongeacht het aantal geleverde behandelingen en ongeacht de mate waarin de patiënt daadwerkelijk zorg consumeert. Het budgetsysteem is een systeem waarbij de aanbieder een budget ontvangt dat gebaseerd is op een aantal parameters. Het abonnementsysteem is een variant van het budgetsysteem, waarbij er sprake is van maar één parameter, namelijk het aantal ingeschreven verzekerden.

De efficiëntieprikkel is qua kosten sterk als de zorg niet kan worden afgewenteld op andere zorgaanbieders (bijvoorbeeld de kaakchirurg in de tweedelijnszorg). De zorgaanbieder loopt namelijk een volledig risico op de kosten en heeft een sterke prikkel om het aantal dure behandelingen te beperken. Deze prikkel is positief als hierdoor het aantal dure behandelingen die niet medisch-noodzakelijk zijn wordt beperkt. Als echter ook beperking van het aantal dure behandelingen plaatsvindt terwijl die behandelingen wel medisch noodzakelijk zijn, dan beïnvloedt het abonnementsysteem de kwaliteit van zorg negatief. Er is wel een prikkel om efficiënt te werken, maar niet om veel te produceren. In een abonnementsysteem is de efficiëntieprikkel op het volume zwak doordat de zorgaanbieder geprikkeld wordt het totale aantal verrichtingen te beperken. Daarvan kunnen wachtlijsten het gevolg zijn, vooral voor moeilijke patiënten. De zorgaanbieder wordt geprikkeld tot een zo groot mogelijke praktijk (met veel abonnementen), tot het leveren van zo min mogelijk zorg binnen het abonnement en tot het toepassen van risico-selectie. Voor het uitvoeren van meer behandelingen, wat voor risicovollere patiënten nodig is, krijgt hij immers niet meer betaald.

4.2.2 Systeem van uurtarieven

Het uurtarief is een systeem waarbij de zorgaanbieder een vast bedrag per tijdseenheid ontvangt, ongeacht het aantal behandelingen dat hij in die tijd levert. De prikkel om efficiënt te produceren, dat wil zeggen veel behandelingen in weinig tijd, is zwak. Net als in het abonnement of budgetsysteem loopt de zorgaanbieder een volledig risico op de kosten en heeft hij een grote prikkel om het aantal dure behandelingen te beperken. Het uurtarief geeft in vergelijking met het abonnementsysteem minder reden tot risicoselectie.

Voor zowel het abonnementsstelsel als budgetstelsel en het stelsel van uurtarieven geldt dat de financiële vergoeding los staat van de geleverde inspanning. Dit brengt het risico van onderproductie en het ontstaan van wachtlijsten met zich mee. De transparantie van de prestatiebeschrijvingen is in deze systemen groot, omdat er slechts één prestatiebeschrijving nodig is, waar alle zorg onder valt. Ook de transparantie van prijs is groot, omdat de consument hetzij een abonnement heeft hetzij per tijdseenheid moet betalen. De consument kan de prijs controleren met de tijd die de behandeling heeft geduurd. De lastendruk is, vergeleken met een verrichtingen- of productstelsel, beperkt. Afhankelijk van het aantal budgetparameters kan een budgetstelsel een meer of minder zware lastendruk opleveren.

4.2.3 Verrichtingensysteem

De huidige bekostigingsstructuur is grotendeels een verrichtingensysteem (*fee-for-service*). Hierbij ontvangt de zorgaanbieder een vast bedrag voor iedere geleverde diagnostische en therapeutische verrichting. Er is een één-op-één relatie tussen de geleverde inspanning en de financiële vergoeding. De volumeprikkel is groot, omdat de zorgaanbieder veel patiënten in weinig tijd wil behandelen. Dit betekent dat de kosten per patiënt dalen. De zorgaanbieder wil zoveel mogelijk prestaties declareren om daarmee extra inkomsten te genereren. Voordeel is dat dit leidt tot een hoge productie en weinig wachtlijsten. Er is geen sprake van een prikkel tot risicoselectie. De zorgaanbieder kan voor iedere patiënt de verrichtingen declareren, ook voor moeilijkere patiënten. Er is geen prikkel tot efficiëntie. Als de tarieven de gemiddelde kosten per verrichting dekken ontbreekt iedere prikkel om goedkopere behandelmethoden te substitueren door duurdere. Het verrichtingensysteem heeft als risico dat het leidt tot *aanbod gestuurde vraag*: de zorgaanbieder ervaart prikkels om extra, medisch gezien niet noodzakelijke zorg te leveren om daarmee extra inkomen te genereren. Daarnaast kunnen zorgaanbieders de prikkel ervaren om duurdere, complexere verrichtingen te leveren dan medisch noodzakelijk is. Dit effect wordt ook wel *upcoding* genoemd. De lastendruk is groot, doordat voor zorgaanbieders en verzekeraars een gedetailleerd administratie- en declaratiesysteem nodig is. Dit wordt versterkt als het aantal verrichtingen voortdurend blijft groeien. Een behandeling zal over het algemeen uit meerdere verrichtingen bestaan. De consument heeft geen inzicht in de losse verrichtingen en hij *wil* dit ook niet hebben. Hij is geïnteresseerd in het totaalproduct. Daarover is geen informatie beschikbaar. Dit betekent dat de zorg voor de consument niet transparant is.

4.2.4 Productstelsel

Het productstelsel is een systeem waarbij de zorgaanbieder een vast bedrag per behandelde patiënt ontvangt dat gebaseerd is op de prijs per diagnose, ongeacht het aantal verrichtingen (prestaties). Het productstelsel wordt ook *case-paymentsysteem*, prestatiegericht systeem of het ABC-systeem (*Activity Based Costing*) genoemd. Voorbeelden van het productstelsel zijn het DRG-systeem (*Diagnosis Related Group*) en het DBC-systeem (*DiagnoseBehandelingsCombinatie*), dat voor de Nederlandse ziekenhuizen is ingevoerd.

In een productstelsel is er een één-op-één relatie tussen de geleverde inspanning en de financiële vergoeding. De efficiëntieprikkel in het productstelsel bestaat eruit dat de zorgaanbieder geprikkeld wordt om, gegeven de diagnose, voor de goedkoopste behandeling te kiezen en het

aantal verrichtingen beperkt te houden. Voor sommige patiënten is de productprijs te hoog, voor andere te laag. Dit prikkelt de zorgaanbieder om de kosten zoveel mogelijk te beperken. Productfinanciering moet stimuleren tot innovatief gedrag: hoge kwaliteit tegen een lage prijs. Per productprestatie is een bepaalde prijs vastgelegd. Het is aan de zorgaanbieder hoe de prestatie wordt geleverd. Een productsysteem is een goed middel om precies te kunnen zien welke kosten er gemaakt worden en wat de prijs voor elk onderdeel is. Het stimuleert de consument en de verzekeraar om de goedkoopste producten in te kopen. Door een eenduidige productdefinitie is benchmarking mogelijk. Een productsysteem is transparant voor de consument, de zorgaanbieders en de verzekeraars. Voorwaarde is wel dat er een enigszins beperkte hoeveelheid, helder gedefinieerde producten is. Hoe transparant de producten moeten zijn verschilt voor consumenten en professionals. Consumenten hebben, zo blijkt uit de ziekenhuiswereld, uitsluitend behoefte aan informatie over welke behandeling is geleverd en wat de totaalprijs is. Zij hebben geen behoefte om de opbouw van de prijs te kennen. Zorgaanbieders en verzekeraars hebben die behoefte wel. Wanneer de producten niet helder omschreven en controleerbaar zijn, is het risico van *upcoding* aanwezig. Een productsysteem kan leiden tot risicoselectie (*cherry picking*), waarbij zorgaanbieders duurdere patiënten doorverwijzen naar andere zorgaanbieders of waarbij deze zelfs niet worden behandeld. Een ander risico is dat zorgaanbieders bezuinigen op de kwaliteit door minder verrichtingen te leveren dan noodzakelijk (onderbehandeling). Hoe meer producten er worden omschreven, des te groter de lastendruk. Het DBC-systeem heeft geleerd dat steeds discussie ontstaat over de specificatie en toereikendheid van de DBC's, waardoor steeds opnieuw vraag is naar extra producten. Dit leidt tot een vermindering van transparantie en een toename van de lastendruk.

4.2.5 Schematisch overzicht effect op uitgangspunten per tariefvariant

Per tariefvariant is nagegaan of de variant voldoet aan de uitgangspunten voor een bekostigingstructuur. Daarnaast zijn de risico's van *aanbod gestuurde vraag*, *upcoding*, *risicoselectie* en het ontstaan van wachtlijsten geanalyseerd. Dit is in het onderstaande schema overzichtelijk opgenomen. Een + staat voor een positief effect, een – voor een negatief effect. Een extra + of – duidt op een sterker effect. Bij de risicopunten betekent een + dat het risico niet of weinig aanwezig is.

Schema 1. Effect tariefvarianten op uitgangspunten bekostigingsstructuur

Uitgangspunt bekostigingsstructuur → Tariefvariant↓	Abonnement	Budget	Uurtarief	Verrichtingen	Producten
Transparantie voor consument	++	++	+	-	+ (mits beperkt aantal producten)
Efficiëntie (hoog volume, lage kosten)	+ (laag volume, lage kosten)	+ (laag volume, lage kosten)	-- (laag volume, hoge kosten)	- (hoog volume, hoge kosten)	+ (laag volume, lage kosten)
Stimulans voor kwaliteit	-	-	+/-	+/-	+
Stimulans voor innovatie	- (wel proces-innovatie)	- (wel proces-innovatie)	+/-	-	+
Beperking lastendruk	+	+/-	+	--	-
Risico aanbod gestuurde vraag	+	+	+	-	+
Risico upcoding	+	+	+	-	- (tenzij beperkt aantal producten)
Risico op toepassen risicoselectie	-	-	+	+	+/-
Risico op ontstaan wachtlijsten	-	-	-	+	+

4.2.5.1 Conclusie effect tariefvarianten op uitgangspunten

Op basis van dit schema kan gesteld worden dat alleen het productsysteem een positief effect heeft op vier van de vijf uitgangspunten, namelijk transparantie, efficiëntie, innovatie en kwaliteit. Ook de risico's zijn redelijk beperkt. Het productsysteem lijkt daarom het meest geschikte systeem voor de nieuwe bekostigingstructuur.

4.2.6 Overige tariefvarianten

Naast de keuze voor een tarief per abonnement, budget, uur, verrichting of product is nog een onderverdeling mogelijk. Het tarief per abonnement, budget, uur, verrichting of product kan worden vormgegeven als vast tarief of maximumtarief of bandbreedtetarief. De gedachte achter deze laatste twee varianten is het stimuleren van concurrentie op prijs. In het algemeen is alleen een maximumtarief geen prijsprikkel, zeker niet als de declaratiesystemen tarieven die lager zijn dan het maximumtarief afwijzen. Een maximumtarief moet zijn ingebed in andere concurrentiebevorderende prikkels, zoals een veilingsysteem. De zorgaanbieder moet de noodzaak voelen om te concurreren op prijs, hetzij door de concurrerende zorgaanbieders in zijn omgeving, hetzij doordat de consument c.q. de verzekeraar bewust zorg kiest op prijs. Een vast tarief heeft geen enkele prikkel tot concurrentie op prijs in zich. Er mag immers niet worden afgeweken van het vaste tarief.

Naast een maximumtarief of bandbreedtetarief kan ook gedacht worden aan een basistarief per prestatie met de mogelijkheid om een kwaliteitstoelage te declareren indien wordt voldaan aan een aantal heldere en meetbare kwaliteitscriteria. Consumenten kunnen dan kiezen of zij bereid zijn te betalen voor aantoonbaar meer kwaliteit.

Naast een kwaliteitstoelage kunnen ook andere modules worden gehanteerd. Voorwaarde is dat de criteria voor deze modules helder en meetbaar zijn.

4.2.7 Zorg aan complexe patiënten

De tarieven van verrichtingen en producten zijn gebaseerd op een gemiddelde patiënt. Een systeem van tarieven dat gerelateerd is aan gemiddelde patiënten geeft de prikkel om risicoselectie uit te voeren, omdat het tarief niet toereikend is voor patiënten die zeer sterk afwijken van het gemiddelde. Te denken valt bijvoorbeeld aan patiënten met een verstandelijke of lichamelijke beperking en mensen met een psychische aandoening, zoals extreem angstige patiënten.

Ook een abonnementsysteem of budgetsysteem prikkelt de zorgaanbieder niet om dit soort patiënten te behandelen. De zorgaanbieder krijgt voor een makkelijke patiënt evenveel betaald als voor een moeilijke patiënt. In dat geval behandelt de zorgaanbieder liever makkelijke patiënten.

Dat deze patiënten afwijken van het gemiddelde maakt in een systeem van uurtarieven niet uit. De zorgaanbieder wordt betaald per uur, ongeacht of één patiënt of meerdere patiënten behandeld zijn.

(Een) afzonderlijke prestatie(s) met bijbehorend tarief dat gericht is op deze categorie complexe patiënten geeft wel een adequate prikkel om deze patiënten te behandelen. De prikkel om risicoselectie uit te voeren is te voorkomen door de prestaties te differentiëren naar zorgzwaarte. Prestaties per zorgzwaartecategorie zijn algemeen van aard, maar goedkoper of duurder naar gelang de zorgzwaarte van de patiënt. De gemiddelde tijd per zorgzwaarte is namelijk anders. Voorwaarde is wel

dat in de indeling in zorgzwaartea op basis van heldere, meetbare criteria wordt toegepast. Deze criteria moeten ook voor de consument transparant zijn. Anders bestaat het risico van *upcoding*.

Consultatievraag 11a

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

Consultatievraag 11b

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

Consultatievraag 11c

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

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)

4.2.8 Controle van declaraties

Indien de prestaties en tarieven voor de consument transparant zijn, heeft hij beter zicht op de juistheid van de declaraties. Hiermee wordt het risico van *upcoding* al enigszins verminderd, omdat de consument de declaratie makkelijker kan controleren. Wel is het zo dat er altijd sprake zal zijn van informatie-asymmetrie tussen zorgaanbieder en consument. Ook het risico van *aanbod gestuurde vraag* blijft aanwezig.

Daarnaast zou controle kunnen plaatsvinden via trendanalyses (*benchmarks*). Dit is bij uitstek een taak voor verzekeraars, maar ook de zorgaanbieders kunnen dit oppakken. Te denken valt aan bijvoorbeeld het Farmacotherapeutisch Overleg waarbij huisartsen en apothekers gezamenlijk het voorschrijfgedrag bespreken en actief zoeken naar redenen van grote afwijkingen (zowel positief als negatief) in dat gedrag. Een dergelijke methodiek kunnen mondzorgaanbieders op het gebied van declaraties van prestaties en tarieven opzetten.

Conform artikel 37 Wmg kan de NZa regels vaststellen, inhoudende aan wie, door wie of op welke wijze, onder welke voorwaarden of met inachtneming van welke voorschriften of beperkingen een tarief in rekening wordt gebracht. Als een overtreding van een nadere regel is geconstateerd kan de NZa bestuursrechtelijk optreden, kortweg handhaving genoemd. De NZa gebruikt handhaving om het consumentenbelang in de zorgsector waar nodig veilig te stellen en voor het creëren van een gelijk speelveld. Daarvoor heeft de NZa de volgende handhavinginstrumenten:

- het geven van een aanwijzing;
- het toepassen van bestuursdwang;
- het opleggen van een last onder dwangsom;
- het opleggen van een boete.

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)

Consultatievraag 12b

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

Consultatievraag 12cWelke verbetering(en) heeft uw voorkeur en waarom?**4.3 Transparantie-eisen**

Om juiste beslissingen te kunnen nemen, moeten consumenten goed geïnformeerd zijn. De NZa vindt het belangrijk dat de transparantie van zorg en de kwaliteit van de zorg verbetert. Op die manier kunnen consumenten de diensten van zorgaanbieders en verzekeraars met elkaar vergelijken en weloverwogen keuzes maken. Bovendien stimuleert transparantie zorgaanbieders tot concurrentie op kwaliteit, waardoor het algehele kwaliteitsniveau van de zorg kan toenemen.

Verbeteringen op het gebied van transparantie van kwaliteit komen in het consultatiedocument *Mogelijkheden voor vrije prijsvorming in de mondzorg* aan bod.

4.3.1 Eenduidige prestatiebeschrijvingen en transparantie van prijs

Om de transparantie op het gebied van keuze-informatie voor de consument te bevorderen moeten de prestatiebeschrijvingen eenduidig zijn opgesteld en moet de prijs van de prestatie transparant zijn. Doordat prestaties en tarieven aan elkaar gekoppeld zijn worden de transparantieverbeteringen hierna gezamenlijk beschreven. Er is een aantal verbeteringen (of een mix van oplossingen) mogelijk:

- prestaties beschrijven op basis van heldere en objectieerbare criteria die door de consument, de zorgaanbieder en de verzekeraar te begrijpen zijn;
- één lijst voor alle zorgprestaties opstellen;
- het aantal prestaties verminderen in aantal (nu circa 1100 prestaties);
- opschoning van prestatielijsten: achterhaalde prestaties schrappen;
- prestaties en tarieven moeten makkelijk opzoekbaar zijn bij zorgaanbieders, bij de NZa, bij consumentenorganisaties en bij websites zoals www.kiesbeter.nl. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door de meest voorkomende behandelingen als 'standaardprijslijst' verplicht op te hangen in de wachtkamer of te vermelden op websites, waarbij in begrijpelijke taal wordt uitgelegd wat er onder welke prestatie en welk tarief valt;
- de gemiddelde behandeltijd koppelen aan een prestatie. De consument kan op die manier controleren of de duur van de behandeling klopt met de duur van de gedeclareerde prestaties;
- audiovisuele hulpmiddelen kunnen verduidelijken wat een behandeling inhoudt en deze letterlijk zichtbaar maken (in de wachtkamer, op websites). Bij het inzichtelijk maken van een behandeling kunnen naast foto's ook animatiefilmpjes uitkomst bieden. Het is dan mogelijk om stapsgewijs te volgen wat er in de mond van een patiënt gaat plaatsvinden. Eventueel kan dit ook vooraf aan de behandeling in de wachtkamer gebeuren. Zo een audiovisuele benadering is ook geschikt voor consumenten die de Nederlandse taal niet (voldoende) machtig zijn of voor analfabeten;
- verrichtingen samenvoegen tot logische producten met één bijbehorende prijs;
- prestaties indelen in zorgzwaartecategorieën, zodat de consument vooraf weet welk behandeltraject hem te wachten staat en welke prijs daaraan verbonden is. Te denken valt aan het ICON-systeem

orthodontie²³ en de ANT-classificatie "Mondgezondheid en behandelbehoefte²⁴";

- Om vooraf aan te geven wat de consument voor behandeling kan verwachten, moet de zorgaanbieder verplicht het PICO-systeem hanteren. PICO-systematiek staat voor probleem (P), (nieuwe) interventie (I), de behandelstrategie waarmee wordt vergeleken (C: *comparison*) en de uitkomst die men beoogt te bereiken (O: *outcome*). Dit systeem dwingt de zorgaanbieder concreet te formuleren waarom hij bepaalde behandelingen verricht of bepaalde adviezen geeft. Het PICO-systeem vormt een onderdeel van het curriculum tandheelkunde.²⁵

Consultatievraag 13a

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

Consultatievraag 13b

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

Consultatievraag 13c

Welke verbetering(en) heeft uw voorkeur en waarom?

4.4 Implementatiemoment

Als de keuze valt voor een volledige omslag, dan is het gevolg dat alle mondzorgaanbieders en verzekeraars in één keer op een nieuwe manier moeten werken. Ook de consument moet hier aan wennen. Dit betekent dat het invoeren van een nieuwe bekostigingsstructuur mogelijk geleidelijk moet plaatsvinden. Aan de andere kant leidt dat er weer toe dat gedurende een langere periode twee systemen naast elkaar bestaan. Dit levert een grotere lastendruk op en leidt tot onduidelijkheid voor consumenten. Vanuit dit oogpunt is een *big-bang-verandering* gewenst. Voor beide invoeringsmomenten kunnen bepaalde criteria worden opgesteld, waaraan voldaan moet zijn om met de implementatie te kunnen beginnen

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)

²³ Daniels & Richmond, 2000. ICON:

de Index of Complexity, Outcome and Need (ICON), waarmee orthodontische afwijkingen gekwalificeerd kunnen worden, zowel vóór als na de behandeling.

²⁴ ANT, 2007. ANT-classificatie Mondgezondheid en behandelbehoefte:

Meting van de zorgoutput vindt plaats door middel van een classificatie van de mondgezondheid in vier categorieën: 1. zeer gezond, laag risico, 2. gezond, risico's aanwezig, 3. ongezond, hoog risico, en 4. zeer ongezond, ernstig risico. De taak van de zorgaanbieder bestaat er in om iedere patiënt te classificeren en de behandeling erop te richten dat de patiënt in een lagere risicoklasse wordt ondergebracht.

²⁵ Van Loveren, 2007b

5. Instellingen voor jeugd tandverzorging

Het ministerie van VWS heeft de NZa gevraagd om een evenwichtige vergoedingbasis voor instellingen voor jeugd tandverzorging te creëren. Om deze specifieke opdracht niet te onderbelichten, wordt in dit hoofdstuk bij de jeugd tandverzorgingsinstellingen afzonderlijk stilgestaan.

5.1 Bekostigingsstructuur instellingen jeugd tandverzorging

De instellingen voor jeugd tandverzorging verzorgen de tandheelkundige behandeling van patiënten tot 18 jaar (per 1 januari 2008 tot 22 jaar). De georganiseerde jeugd tandverzorging richt zich met name op jeugdige patiënten uit de zogenoemde tandheelkundige risicogroepen. De instellingen voor jeugd tandverzorging werven jeugdige patiënten actief via bijvoorbeeld scholen. Deze patiënten kunnen worden behandeld in een dentalcar.

De instellingen voor jeugd tandverzorging zijn voortgekomen uit de vroegere schooltandartsdiensten, die grotendeels zijn opgeheven. In de jaren zeventig gaven de schooltandartsdiensten tandheelkundige voorlichting. In de jaren tachtig kregen op grond van de Wet collectieve preventie volksgezondheid de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD's) de verantwoordelijkheid voor de tandheelkundige gezondheidsvoorlichting aan de jeugd van 4 tot 18 jaar. De jeugd van 0-4 jaar krijgt voorlichting via de consultatiebureaus.

5.1.1 Haal- en brengservice

Instellingen voor jeugd tandverzorging mogen in combinatie met een periodieke controle van een jeugdige patiënt maximaal twee keer per jaar een tarief toeslag voor de haal- en brengservice in rekening brengen. Dit is een individueel vast tarief per instelling. De kosten voor de haal- en brengservice worden gedeeld door het aantal periodieke controles. De toeslag is een vast tarief en wordt achteraf nagecalculeerd.

De *haal*service is bestemd voor de zorg aan patiënten die de instellingen voor jeugd tandverzorging naar de praktijk halen, daar behandelen en vervolgens weer naar huis of school brengen. De kosten voor de haalservice worden vooraf per instelling bepaald op basis van een begroting van de totale, werkelijke kosten voor het vervoer (bijvoorbeeld minibus) van de patiënten van de school naar de behandelpaats en terug.

De *breng*service is bestemd voor instellingen voor jeugd tandverzorging die een dentalcar bezitten en daarin jeugdige patiënten behandelen. Ze gaan met de dentalcar naar de patiënt toe. De kosten voor de brengservice worden bepaald aan de hand van het verschil tussen de exploitatiekosten per tandartsstoel in de dentalcar en het jaarlijks vastgestelde franchisebedrag per stoel.

De haal- en brengservice is niet te omschrijven als zorg, zodat deze haalservice niet onder de reikwijdte van de Wmg valt en buiten de bevoegdheden van de NZa. Het vormt een extra service die de zorgaanbieder verleent. Vergelijk dit bijvoorbeeld met de apotheker die de medicatie bij de mensen thuis aflevert of met de rijdende röntgenbus.

5.1.2 Risicotoeslag

Naast de toeslag voor de haal- en brengservice mogen instellingen voor jeugdtandverzorging de maximumtarieven voor tandheelkundige hulp voor de behandeling van risicogroepen verhogen met een toeslagpercentage van maximaal 5%. Dit is ontstaan vanuit de gedachte dat de behandeling van deze patiënten meer tijd kost.

5.1.3 Toekomst instellingen voor jeugdtandverzorging

Er is een trend zichtbaar dat de instellingen steeds meer reguliere jeugdige patiënten behandelen, die bijvoorbeeld in de omgeving van de instelling wonen. Ook komen steeds meer jeugdige patiënten uit de risicogroepen zelfstandig naar de praktijk. Patiënten worden minder gehaald en gebracht.

De instellingen voor jeugdtandverzorging houden zich in beperkte mate ook bezig met zorg aan andere doelgroepen. Zo worden de dentalcars eveneens ingezet voor de zorg aan ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen. Sporadisch worden ook mensen die in asielzoekerscentra verblijven, geholpen.

Consultatievraag 15

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

5.2 De jeugd als risicogroep voor mondgezondheid

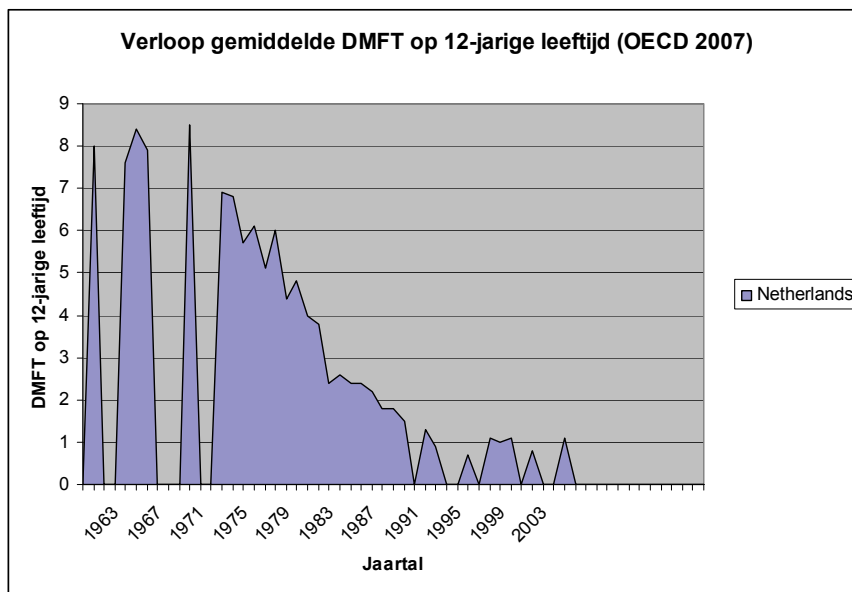
Jeugdigen vormen binnen de mondzorg een risicogroep. Alhoewel hun mondgezondheid in de laatste decennia sterk is verbeterd, laat de mondgezondheid van de jeugd nog steeds te wensen over.

Het goede nieuws is dat het aantal gaatjes in het melkgebit bij 6-jarigen is afgenomen van gemiddeld achttien tot gemiddeld vier en bij 12-jarigen in het blijvende gebit van gemiddeld acht tot gemiddeld één gaatje²⁶.

Figuur 1 geeft op basis van cijfers van de OECD uit 2007 weer hoe de DMFT-score (een optelsom van de gebitselementen in het blijvend gebit die door cariëslaesies is aangedaan) zich door de jaren heen heeft ontwikkeld: van een score van acht gebitselementen in de jaren zestig tot een gemiddelde van één gebitselement nu.

²⁶ Van Loveren, 2006

Figuur 1. Verloop gemiddelde DMFT op 12-jarige leeftijd in Nederland (cijfers OECD 2007)



De belangrijkste bedreiging van de mondgezondheid bij kinderen is tandcariës. Nog altijd heeft circa 45% van de kinderen van zes jaar cariës in het melkgebit. Bij 12-jarigen ligt het percentage kinderen met tandcariës in het blijvend gebit op 32%. Daarnaast is de verzorgingsgraad slecht: het aantal onbehandelde gaatjes in het melkgebit en blijvend gebit is toegenomen^{27, 28}.

Ook tanderosie is bij jongeren een toenemend probleem. Tanderosie is een vorm van slijtage van het glazuur, vooral veroorzaakt door het veelvuldig consumeren van (zure) frisdrank. Naar schatting 24% van de 12-jarige kinderen heeft in 2007 erosieve gebitsslijtage²⁹.

5.2.1 Strategieën gericht op risicogroepen

Naast de jeugd vormen ook ouderen en mensen met een lichamelijke, verstandelijke of psychische beperking een risicogroep³⁰. Verder zijn alloctonen een kwetsbare groep. Uit onderzoek op andere gezondheidszorggebieden blijkt dat strategieën die gericht zijn op risicogroepen (hoge-risico-interventies) niet effectief zijn. Een collectieve aanpak voor *alle* zorgvragers heeft meer succes. Dit komt omdat in de niet-risicogroep in totaal gezien meer gezondheidswinst is te behalen dan in de risicogroep. Ook voorkomt een collectieve maatregel dat personen die niet specifiek als risicogroep zijn aangemerkt, maar wel enig risico lopen, buiten de boot vallen. Door dezelfde norm aan allen op te leggen kunnen de personen zonder risico ook als voorbeeld fungeren³¹.

Consultatievraag 16a

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

²⁷ URL NIGZ

²⁸ CVZ, 2004

²⁹ URL NIGZ

³⁰ URL RIVM

³¹ Van Loveren, 2003

Consultatievraag 16b

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

5.3 Verbetermogelijkheden

Het is belangrijk dat patiënten uit alle risicogroepen de juiste mondzorgbehandeling krijgen, en niet uitsluitend jeugdigen. Het maakt niet uit of deze zorg voor risicogroepen nu wordt verleend in een specifieke instelling, zoals de instelling voor jeugdtandverzorging, of in een reguliere tandartspraktijk. Waar het om gaat is de zorg. Het behandelen van de risicovolle patiënten moet in reguliere praktijken (gaan) plaatsvinden en niet alleen in aparte instellingen, zoals die er nu zijn voor de jeugd.

Zoals in 4.2.7 is geconcludeerd, is een tarief dat gebaseerd is op een gemiddelde patiënt niet toereikend voor complexere patiënten. Een gemiddeld tarief prikkelt niet om de risicovolle patiënt te behandelen. Het ontwikkelen van een afzonderlijke prestatie met bijbehorend tarief dat gericht is op de patiënten uit risicogroepen geeft wel een adequate prikkel om deze patiënten uit de risicogroepen te behandelen. Een uurtarief is de meest gunstige tariefvariant voor deze prestatie.

Instellingen voor jeugdtandverzorging besteden veel tijd aan voorlichting en het preventief behandelen van de jeugd. Ontwikkeling van meer preventieprestaties doet recht aan de zorg die de instellingen verlenen.

Dit zijn twee mogelijke oplossingen voor een meer evenwichtige vergoedingenbasis voor de instellingen voor jeugdtandverzorging, De bestaande toeslagen kunnen dan vervallen. De extra kosten die een instelling voor jeugdtandverzorging maakt voor het behandelen van jeugd met een verhoogd risico, zijn in de tarieven van de nieuwe prestaties voor risicogroepen en preventie verdisconteerd.

Consultatievraag 17a

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

Consultatievraag 17b

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

Consultatievraag 17c

Welke verbetering(en) heeft uw voorkeur en waarom?

6. Ten slotte

In dit consultatiedocument heeft de NZa een beschrijving gegeven van de huidige bekostigingstructuur mondzorg, met daarbij een analyse van de sterke punten en zwakke punten. Voor de zwakke punten zijn verbetermogelijkheden aangegeven, met de daaraan verbonden voor- en nadelen. De NZa geeft in dit stadium geen advies over welke verbeteringen naar haar oordeel in de bekostigingstructuur moeten worden ingevoerd. Daarvoor wacht zij eerst de reacties op dit consultatiedocument af. De NZa verwerkt deze reacties vervolgens in een visiedocument, waarin zij een advies geeft voor de herziening van de bekostigingstructuur. Dit visiedocument met daarin het advies aan de minister van VWS brengt de NZa naar verwachting uit in april 2008.

Als de minister het advies van de NZa overneemt, start de NZa het ontwikkelen en implementatietraject van de nieuwe bekostigingstructuur. Op dat moment bepaalt de NZa ook de aanpak van dit project.

Bijlage 1. Lijst van afkortingen

ANT	Associatie Nederlandse Tandartsen
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BIG	Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
CTZ	College toezicht zorgverzekeringen
CVZ	College voor zorgverzekeringen
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie
DMFT-score	Decayed, Missing & Filled Teeth score
DRG	Diagnosis Related Group
ICON	Index of Complexity, Outcome and Need
NMT	Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PICO	problem, intervention, comparison, outcome
TCI	Tandheelkundig Controle Instituut
UPT	Uniform Particulier Tarief
VC	voorcalculatorisch
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
Wtg	Wet tarieven gezondheidszorg
Zfw	Ziekenfondswet
Zvw	Zorgverzekeringswet

Bijlage 2. Definitielijst

Aanbod geïnduceerde vraag	Ook supplier induced demand genoemd. Hiervan is sprake wanneer een zorgaanbieder prikkels ervaart om extra, medisch gezien niet noodzakelijke zorg te leveren om daarmee extra inkomen te genereren.
Bekostigingstructuur	Het geheel van de mondzorgprestaties met bijbehorende tarieven, inclusief de methodiek van totstandkoming van de tarieven. In dit document betreft het de bekostiging van tandheeldkundige, orthodontische, tandprothetische, mondhygiënische en tandtechnische zorg, van AWBZ mondzorg en van instellingen voor jeugdtandverzorging.
DMFT-score	Een score die bestaat uit een optelsom van het aantal aangetaste (Decayed), ontbrekende (Missing) en gevulde (Filled) definitieve tanden bij één individu. Decayed, missing & filled teeth. Deze score dient als maat voor de prevalentie van cariës.
Evidence-based practice	Het gewetensvol, expliciet en oordeelkundig gebruik maken van het huidige beste bewijsmateriaal om beslissingen te nemen voor de individuele patiënt. Het betreft kennis uit wetenschappelijke hoek, kennis uit professionele ervaring en kennis en verwachtingen van de patiënt.
Lastendruk	Lastendruk bestaat uit administratieve lasten (kosten voor zorgaanbieders en verzekeraars om te voldoen aan de inhoudelijke informatieverplichtingen die voortvloeien uit de regels van de NZa) en inhoudelijke nalevingskosten (kosten die zorgaanbieders en verzekeraars moeten dragen om te voldoen aan de inhoudelijke verplichtingen die voortvloeien uit de regels van de NZa).
Risicoselectie	De zorgaanbieder maakt onderscheid in patiënten met een hoog gezondheidsrisico en een laag gezondheidsrisico. Vanuit kostenperspectief selecteert de aanbieder de gezonde, en dus goedkopere, risicopatiënten uit de patiëntenpopulatie en alleen deze patiënten worden behandeld.
Taakherschikking	Werktaken worden structureel anders verdeeld over beroepsbeoefenaren.

Upcoding

Zorgaanbieders ervaren de prikkel om duurdere, complexere verrichtingen te leveren dan medisch noodzakelijk is.

UPT-lijst

Een lijst waarin alle tandheelkundige prestaties zijn beschreven. Tevens staan op deze lijst de bijbehorende maximumtarieven vermeld die voor die bewuste prestatie in rekening mogen worden gebracht.

Verzekeraars

Zorgverzekeraars, AWBZ-verzekeraars en particuliere ziektekostenverzekeraars.

Bijlage 3. Lijst van geïnterviewde organisaties

ACTA	Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam
ANT	Associatie Nederlandse Tandartsen
CAT	College Adviserend Tandartsen
Consumentenbond	
CVZ	College voor zorgverzekeringen
Elysee Dental	
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ivoren Kruis	
NMT	Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde
NPCF	Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie
NVIJ	Nederlandse Vereniging van Instellingen voor Jeugd tandverzorging
NVvK	Nederlandse Vereniging voor Kindertandheelkunde
NVM	Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist
ONT	Organisatie van Nederlandse Tandprothetici
SRI	Stichting Regionale Instelling voor Jeugd tandverzorging
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

Bijlage 4. Vragenlijst interviews

Huidige situatie

1. Hoe ziet de markt voor mondzorg er nu uit? (vraag en aanbod)
2. Noem de vijf belangrijkste marktontwikkelingen die u de komende 10 jaar voorziet?
3. In hoeverre hebben een toenemende taakherschikking en taakdifferentiatie effect op de bestaande en de toekomstige bekostigingstructuur?
4. Wat zijn de knelpunten van de huidige bekostigingstructuur?
5. Wat zijn de oorzaken van de knelpunten in de huidige bekostigingstructuur?

Nieuwe bekostigingstructuur

6. Wat zijn de belangrijkste eisen/ randvoorwaarden voor een nieuwe structuur?
7. Op welke wijze kan de bekostigingstructuur verbeterd worden?
8. Hoe maken materiaal- en techniekkosten onderdeel uit van de door u voorgestelde structuur?
9. Wat zijn de voordelen van uw voorstel tot een nieuwe structuur?
10. Wat zijn de knelpunten van uw voorstel? Zijn die oplosbaar?
11. Op welke wijze bevordert de nieuwe structuur de concurrentie tussen zorgaanbieders?
12. Met wie wil uw achterban concurreren, op welk niveau en waarmee?
13. Op welke wijze kunnen efficiëncyprikkels worden ingebouwd in de structuur? Waardoor worden zorgaanbieders geprikkeld efficiënter te werken?
14. Op welke manier kan transparantie van prestaties en prijzen worden bevordert voor consumenten? (dus hoe kunnen de behandelingen inzichtelijk en controleerbaar worden gemaakt voor consumenten)
15. Welke rol ziet u weggelegd voor zorgaanbieders, verzekeraars en consumenten in de door u voorgestelde nieuwe structuur?
16. Wat zijn de effecten voor consumenten op kortere en langere termijn (winsten/gevaren) van uw voorstel? (bv. op het gebied van financiering/kwaliteit/toegankelijkheid)
17. Hoe fraudebestendig is de nieuwe structuur? Hoe kan fraude worden voorkomen en/of gecontroleerd in de nieuwe structuur?
18. Wat is de haalbaarheid van uw voorstel? (denk hierbij aan wenselijkheid, draagvlak en implementatieduur)
19. Welke rol kan uw organisatie spelen in een implementatietraject?

20. In hoeverre zal uw achterban de door u voorgestelde structuur accepteren?
21. Is een eventuele 'overgangsregeling'/'vangnetregeling' nodig als gevolg van een nieuwe structuur? Zo ja, welke vorm en voor hoe lang?

Kwaliteit

22. Hoe wordt de kwaliteit van zorg in de nieuwe structuur geborgd en verbeterd?
23. Zou u willen dat kwaliteitsindicatoren/ uitkomstindicatoren worden ontwikkeld en waarom wel/niet?
24. Wie zou dergelijke kwaliteitsindicatoren moeten ontwikkelen?
25. Hoe kunnen kwaliteitsindicatoren een rol spelen bij het verbeteren van transparantie en de totstandkoming van prijzen?

Innovatie

26. In hoeverre kan innovatie worden gestimuleerd, maar vooral worden geïmplementeerd en dan ook op een snelle, verantwoorde wijze?
27. Voor wie is er een taak weggelegd om de tarieflijsten te vernieuwen?

Overige vragen

28. Hoe kan preventie een plaats krijgen in een nieuwe structuur?
29. Hoe kan de mondzorg aan jeugdigen gestimuleerd worden?
30. Kent u vergelijkbare situaties, zoals tariefstructuren in andere sectoren/landen, waar u lessen voor ons uit kunt meegeven?
31. Heeft u tips voor het projectteam (wat wel en vooral wat NIET doen)?
32. Heeft u overige vragen en/of opmerkingen?

Bijlage 5. Literatuurlijst

ANT, 2007

Associatie Nederlandse Tandartsen (2007). *Kwaliteitszorg in de tandheelkunde. Een andere benadering in het kader van de veranderende sector tandheelkunde. Samenvattend beleidsdocument*. Heemstede: ANT.

Berg, 2006

Berg, M., Bos, M.J.A.M., Brom, H.L.F (2006). DBC's kunnen veel simpeler. *Medisch Contact*. 5: 196-199.

Commissie Innovatie Mondzorg, 2006

Commissie Innovatie Mondzorg (2006). *Innovatie in de Mondzorg. Advies*. Leiden: Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven.

CVZ, 2004

Abbink, E.J.A.A., & Den Dekker, J. (2005). *Signalement Mondzorg 2004*. Diemen: College voor zorgverzekeringen.

URL CVZ

www.cvz.nl > zorgpakket > mondzorg

Daniels & Richmond, 2000

Daniels, C., & Richmond, S. (2000). The development of the Index of Complexity, Outcome and Need (ICON). *Journal of Orthodontics*. 27: 149-162

URL GGD

http://www.ggd.nl/kennisnet/uploaddb/downl_object.asp?atoom=31486&VolgNr=190

Van Loveren, 2006

Van Loveren, C. (2006). *Preventie: een kwestie van samenwerken. Oratie bij aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

Van Loveren, 2007a

Van Loveren, C. (2007). Preventie een kwestie van samenwerken. *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde*. 114, 93-94.

Van Loveren, 2007b

Van Loveren, C. (2007). *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde*. 114: 154-154.

Van Loveren & Eijkman, 2003

Van Loveren, C., & Eijkman, M.A.J. (2003). Preventie op koers? Investeren blijft noodzaak. *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde*. 110, 493-499.

URL NIGZ

<http://focus.nigz.nl> > thema mondgezondheid

URL RIVM

http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o4237n16906.html
> Nationaal Kompas Volksgezondheid > zorg > eerstelijnszorg > mondzorg

RVZ 2002

Raad voor Volksgezondheid (2002). *Taakherschikking in de gezondheidszorg*. Zoetermeer: RVZ.

Research paper NZa, 2007

Seinen, I. & Smolders, N. (2007). *Research paper "An optimal remuneration system for General Practitioners"*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

Staatsblad, 2006

Staatsblad 2006; 147, Besluit 21 februari 2006 Functionele zelfstandigheid.

TNS NIPO, 2005

TNS NIPO (2005). *Tanderosie? Nooit van gehoord! De(on)bekendheid van tanderosie onder ouders en tandspecialisten*. Amsterdam: TNS NIPO.

Truin et al., 2007

Truin, G.J., Frencken, J.E., Mulder, J., Kootwijk, A.J., & De Jong, E (2007). Prevalentie van tandcariës bij 6- en 12- jarige en tanderosie bij 12-jarige Haagse kinderen in de periode 1996-2005. *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde*. 114,

Tweede Kamer, nr. 159

Tweede Kamer, vergaderjaar 2005–2006, 30 300 XVI, nr. 159



Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
E info@nza.nl
I www.nza.nl

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is de toezichthouder op alle zorgmarkten in Nederland en ziet toe op zowel de zorgaanbieders als verzekeraars, op zowel de curatieve markten als op de markten voor langdurige zorg. De NZa heeft een aantal wettelijke taken: het vaststellen van prijzen en budgetten, markttoezicht en waken over goede uitvoering van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ. Daarbij staat het belang van de consument voorop: er moet voldoende, toegankelijke, betaalbare en goede zorg zijn.

De NZa is marktmeester voor die delen van de zorgmarkt waar vrije prijzen gelden. Als blijkt dat op een bepaalde deelmarkt geen daadwerkelijke concurrentie tot stand komt, heeft de NZa verschillende instrumenten om in te grijpen. Markttoezicht gaat ook over het bevorderen van inzichtelijkheid (transparantie) van markten en over goede keuze-informatie voor consumenten. Informatie moet helder en vergelijkbaar zijn en mag niet misleidend zijn.

Als er (nog) geen vrije prijzen gelden, stelt de NZa tarieven of prestatiebeschrijvingen vast voor een groot deel van de gezondheidszorg. Het toezicht op de zorgverzekeringswetten bestaat er bijvoorbeeld uit dat de NZa bewaakt dat verzekeraars aan hun zorgplicht en acceptatieplicht voldoen en dat ze zich houden aan het verbod op premiedifferentiatie. De NZa zet ook in op flinke vermindering van de bureaucratie. Ze neemt haar eigen regels grondig onder de loep, maar spreekt ook beleidsmakers, andere toezichthouders én marktpartijen aan op hun verantwoordelijkheid als dat nodig is om het aantal regels en voorschriften te beperken.