

Bezwaarschrift

in aansluiting op het Voorlopig Bezwaar van 18 oktober 2011
van de indiener H.L. van Nouhuys, tandarts

Inleiding

Transparantie, kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid daar stuurt de minister van VWS op aan met haar aanwijzing van 21 juli 2011, de vrije prijsvorming in de tandheelkunde betreffend.

De Nederlandse Zorgautoriteit geeft daar met haar beleidsregel BR CU-7033 gehoor aan in de vorm van haar prestatiebeschrijving van 8 september 2011.

Omdat het vertrouwen in de relatie tot de patiënt alles bepalend is, zal het sleutelbegrip van mijn bezwaar de betrouwbaarheid zijn in relatie tot gehoorzaamheid aan die beleidsregel plus prestatiebeschrijving.

De bezwaren tegen deze prestatiebeschrijving kunnen onmogelijk los gezien worden van de aanwijzing van de minister en de beleidsregel ook al kan daar formeel geen bezwaar tegen worden gemaakt in deze casus.

I. BETROUWBAARHEID

1a. In 1986 werd het vrije tarief voor tandheelkundige zorg aan zelf betalende patiënten verboden. Een verplicht verrichtingen tarief, het Uniform Particulier Tarief, werd bij wet (Wet Tarieven Gezondheidszorg) voor iedereen vastgesteld. Zelfs lager declareren was een economisch delict. Hiertegen is bezwaar gemaakt bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven door mij persoonlijk en door de Stichting Onafhankelijke Hulpverlening en ook door de Vereniging van Gespecialiseerde Tandartsen. Het bezwaar werd afgewezen. Ook verzoeken voor afwijkende honoreringsnormen en vormen bij het toenmalige COTG werden afgewezen. Deze stelselwijziging is tot stand gekomen onder leiding van een VVD-minister. (stukken ter onderbouwing.....)

1b. Nu verplicht minister Schippers, ook een VVD-minister, elke tandarts zijn eigen prijs vast te stellen voor tandheelkundige prestaties, die de Nederlandse Zorgautoriteit definieert en voorziet van allerlei bepalingen en voorwaarden. Deze verplichting kan 3 tot 5 jaar duren. Indien de resultaten van dit zogenoemde experiment in de ogen van de minister ongunstig uitpakken, dan zal tot een ander beleid worden over gegaan.

1c. De voortdurende wijzigingen in het beleid – van contractsvrijheid naar een verplicht uniform particulier tarief, vervolgens naar een maximumtarief en nu dan naar een verplichte vrije prijsvorming ten aanzien van bepaalde tandheelkundige prestaties- maken van de overheid niet bepaald een betrouwbare bestuurder. Het is dacht ik een unicum, dat er nu zelfs sprake is van regelgeving met het karakter van een experiment, regelgeving derhalve met een voorbehoud. Dat geeft nog minder rechtszekerheid dan wetgeving zonder slag om de arm. Zowel de tandheelkunde als de tandarts zou bij een dergelijke performance maar weinig vertrouwen bij de patiënt kunnen wekken. Een tandarts wordt dan ook geacht zijn werk te doen met middelen op basis van het begrip ‘evidence based’ om niet voor kwakzalver te worden uitgemaakt. Het laat zich daarentegen aanzien, dat de minister bij haar aanwijzing als ‘middel’ om de zorg te verbeteren steunt op het principe van ‘trial and error’.

1d. Mag van een tandarts worden geëist dat hij een dergelijk ‘middel’ slikt?
Is het niet zijn verantwoordelijkheid al datgene te laten dat zijn integriteit zou kunnen aantasten? Is het belang van een patient gediend met een tandarts die gehoorzaam is aan een beleid dat hem eerst naar links en dan naar rechts stuurt?
Moet een tandarts net zo betrouwbaar worden als de politiek?

1e. Wanneer een patiënt geen vertrouwen heeft in een middel, methode of manier van doen van zijn tandarts, is hij vrij om naar een andere tandarts te gaan. Stel je voor als een zelf betalende patiënt/client iets zou moeten kopen waar hij geen vertrouwen in heeft! Zijn vrijheid is daarom de grootste waarborg voor kwaliteit en is dus zijn grootste belang. Dat geldt ook voor de tandarts. De tandarts heeft echter niet de vrijheid om geen vertrouwen te hebben in het middel van de minister en het dus naast zich neer te leggen. Hij moet zelfs voor dat middel betalen en de mogelijke gevolgen daarvan voor eigen rekening nemen. Dieren, die aan experimenten worden blootgesteld, mogen dat wellicht bekopen met hun leven, ze hoeven er niet voor te betalen om mee te doen.

1f. Ik heb geen vertrouwen in het middel en de methode van de minister. Ik heb niet de vrijheid om haar niet te volgen. Ik heb geen andere keuze dan mijn praktijk neer te leggen of bezwaar te maken. Voor dit laatste heb ik vooralsnog gekozen.

1g. Mij er toe verplichten om voor eigen rekening en risico mee te doen aan een experiment, waarvan niet het individuele resultaat, maar het collectieve resultaat gaat bepalen welk beleid daar op gaat volgen, beschouw ik dan ook als een onrechtmatige daad. Bovendien draagt het alle kenmerken van onbehoorlijk bestuur en machtsmisbruik. Een dergelijk experiment is strijdig met de Rechten van de Mens en druist in tegen de medisch-ethische aspecten, waarop een arts geacht wordt zich bij zijn handelen te beroepen.

1h. Gemakshalve verwijs ik naar de bijlage (brieven en stukken aan de minister van VWS) waar toch duidelijk gewag is gemaakt van de gevolgen van een verplicht verrichtingentarief. Dat is nog niet zo lang geleden. Het is niet aannemelijk gemaakt noch te maken, dat de tandheelkundige professie nu wel kans zal zien om voor de minister gunstiger resultaten te boeken met haar verplichte experiment van vrije prestatietarieven.

II TRANSPARANTIE

2a. De minister eist transparantie. In dat geval is het zaak, dat de minister eerst duidelijk maakt wat op dit moment de problemen zijn, reden waarom zij met een aanwijzing meent te moeten komen. De toelichting is daar niet echt duidelijk over. Het borgen en verbeteren van de bestaande situatie is inhoudelijk weinig zeggend.

Met andere woorden: Zij zal eerst moeten aangeven wat op dit moment als bezwaarlijk wordt gezien in casu de huidige tandheelkundige zorgverlening. Tevens zal ze moeten aangeven wat daar van de mogelijke reden of oorzaak is.

Vervolgens zal ze moeten aangeven waarom ze denkt dat haar aanwijzing een gunstig dan wel een gunstiger effect zal hebben op de toegankelijkheid, de betaalbaarheid en de kwaliteit van de tandheelkunde en hoe ze denkt dit te kunnen meten. Bovendien zal zij vanwege die gewenste transparantie wederhoor moeten geven aan kritische geluiden van maatschappelijk betrokken werkers in het veld. Goed voorbeeld doet immers makkelijker goed volgen.

2b. Voor wat betreft de transparantie van de tandheelkundige zorg aan patiënten kan het volgende worden gezegd. De minister wil af van de uitermate gedetailleerde UPT-lijst van verrichtingen. Ze wil overgaan tot een eenvoudiger lijst van ruimere prestatieomschrijvingen in duidelijke en begrijpelijk taal. Dus in plaats van exclusief te benoemen verrichtingen rondom bijvoorbeeld een kunstgebit ziet zij graag een prijsopgave van zo'n kunstgebit inclusief die eventuele bijbehorende verrichtingen.

Maar vergroot dat de transparantie? Het wordt juist geweld aangedaan. De prijs van een kunstgebit zegt immers net zo weinig als de prijs van een schilderij. Juist door die beperking in specificatie zal een prijs niet meer de lading kunnen dekken, die die prestatie zou moeten of kunnen hebben. Met andere woorden: de kwaliteit zal daaronder gaan lijden, omdat die prestatie zonder die mogelijke bijkomende handelingen hetzelfde aan inkomen kan opleveren. (zie bijlage). Dat geldt evenzeer voor consulten, vullingen, kronen en andere prestaties.

2c. Volgens de aanwijzing wordt de tandarts er toe verplicht een eenduidige prijslijst van prestaties zichtbaar te maken in zijn praktijk dan wel op zijn website. Deze lijst van prestaties zegt alleen iets over de prijs en niets over de waarde. Dat heeft weinig of niets met transparantie te maken.

2d. De randvoorwaarden en de bepalingen rondom de prestatieomschrijvingen zijn bedoeld voor de tandarts. Met name deze randvoorwaarden en bepalingen ontnemen de tandarts zijn verantwoordelijkheid ten aanzien van zijn tandheelkundige prestaties en is dan ook een loochening van zijn afgelegde beroepseed om naar beste weten en kunnen zorg te bieden. De creatieve energie die hij normaal gesproken behoort te steken in het bijstaan van patienten om tandheelkundige problemen op te lossen, moet hij nu steken in het bestuderen van hoe de NZa vorm geeft aan hoe de tandheelkundige zorg er uit moet zien om zijn zorg in ieder geval rechtsgeldig gedeclareerd te krijgen. Dat geeft geen voldoening en stompt af. Als ik zie hoe nadelig een creatieve tandheelkundige oplossing zakelijk kan uitpakken, zal er ongetwijfeld veel creatieve energie gestoken worden in het uitleggen en toepassen van die regelgeving. Dat mag dan ondernemend heten en mogelijk ook een belang van de toeleveranciers dienen, maar ik ben bang dat in een dergelijke ondernemingszin van de tandarts de NZa een rechtvaardigingsgrond ziet om groter te groeien, de voorgestane deregulering ten spijt.

2e. Ik maak dus bezwaar tegen het principe van de prestatiebeschrijving met een overall prijsopgave om dat daarmee de onderbouwing van die prijs niet in beeld komt en dus strijdig is met de eis 'transparantie'. Het is ook niet te begrijpen, dat de minister zich in dit verband niet heeft beperkt tot een vrije prijsvorming ten aanzien van de huidige door de wet reeds vastgestelde verrichtingen.

III KWALITEIT

3a. De belangrijkste kwaliteit van een tandarts is zijn betrouwbaarheid. Met andere woorden: zijn integriteit, dus zijn onkreukbaarheid en eerlijkheid, vormt naast zijn kennis en vaardigheid de belangrijkste basis voor een vertrouwensrelatie met een patiënt. Die betrouwbaarheid staat en valt met zijn gehoorzaamheid aan belangen van derden, zelfs met die van een minister of Nederlandse Zorgautoriteit (zie bijlage Het vrije beroep). Wanneer hij gedwongen wordt tot het hanteren van een prijslijst met prestaties dan betekent dat de facto dat hij een zo goed mogelijk inkomen slechts kan verwerven door zo veel mogelijk prestaties te leveren. Daardoor alleen al wordt de betrouwbaarheid ondergraven. Het leveren van voor de patiënt meest belangrijke prestatie is namelijk het zich onthouden van prestaties dan wel het zodanig uitvoeren van prestaties dat daarmee vervolgprestaties worden voorkomen. Met andere woorden zijn motieven en intenties van zijn handelen zijn voor de patiënt de meest wezenlijke criteria voor kwaliteit.

3b. Zowel met het huidige beleid van verrichtingentarieven als met het experiment met prestatietarieven kan deze kwaliteit van onthouding worden gemeten noch getoetst, terwijl juist die kwaliteit van grote invloed is op de kostenontwikkeling.

Voorts is het niet duidelijk hoe de kwaliteit van een indicatiestelling als ook van de verrichtingen respectievelijk prestaties bij dit experiment gemeten gaat worden. Per slot van rekening gaat het vanuit het oogpunt van de patiënt om de kwaliteit van de zorg die gericht is op zijn mondgezondheid en niet zozeer om kwaliteiten buiten zijn mond om.

3c. Dit experiment van vrije prijsvorming van prestaties is dus op zich zelf al geen kwaliteitsbeleid. Het feit dat de prestatiebeschrijving niet aan de tandarts zelf wordt overgelaten, dat dit experiment van tijdelijke aard is en verplicht wordt gesteld en dat dit experiment geen duidelijke, objectieve en adequate toetsingscriteria hanteert dan wel kan hanteren, draagt daar in negatieve zin extra toe bij.

3d. Ik kan mij voorstellen dat zorgverzekeraars veel meer gebaat zijn met de prijslijsten van de tandarts, omdat zij anders dan patiënten niet de beste maar de voordeligste contracten willen afsluiten. Bij dit experiment echter komt de kwaliteit van de zorgverzekeraar zelfs helemaal niet in beeld, terwijl juist die kwaliteit van grote invloed is op de kwaliteit van de zorg.

3e. Omdat over kwaliteit zo veel meer kan worden gezegd, verwijs ik gemakshalve naar de bijlagen.....

3f. Ik maak derhalve bezwaar tegen het feit, dat ik als tandarts gehouden ben mij te beperken tot het hanteren van een prijslijst met prestaties, die mij corrumpeert tot productie en mij niet prikkelt tot het leveren van kwaliteit.

IV BETAALBAARHEID en TOEGANKELIJKHEID

4a. Wanneer de minister de betaalbaarheid als een van de criteria gebruikt om het experiment te beoordelen op geslaagd of niet, is een verwijzing naar het voorafgaande wellicht nog niet voldoende.

4b. De minister is met betrekking tot deze eis niet transparant. Ook is niet duidelijk hoe de NZa de huidige betaalbaarheid/onbetaalbaarheid vast stelt respectievelijk gaat vaststellen. Is het de bedoeling dat er een meting wordt gedaan van wat het collectief van aanbieders van tandheelkundige zorg elk jaar declareert? Omdat de minister ook spreekt over een juiste prijs-kwaliteitverhouding is niet duidelijk hoe de huidige macrokosten gerelateerd zijn aan welke kwaliteit. Als tandarts heb ik slechts de mondgezondheid van mijn patiënten voor ogen. Ik neem niet aan dat de minister, die ook voor ogen heeft voorzover dat überhaupt mogelijk zou zijn. Ook is niet duidelijk welke kwaliteitsverbeteringen er mogen komen in relatie tot welke verhoging van de kosten en in hoeverre die verbetering ten koste mag gaan van de betaalbaarheid danwel toegankelijkheid.

4c. Betaalbaarheid is een relatief begrip en heeft invloed op de toegankelijkheid. Een tandarts met hoge prijzen betekent wellicht weinig wachttijden. In die zin is dus die tandarts heel toegankelijk voor hen die daar prijs op stellen en ontoegankelijk voor diegenen die de middelen daartoe missen of het er gewoon niet voor over hebben. Je zou wel kunnen zeggen dat hoge prijzen de toegankelijkheid belemmeren. Daar staat tegenover dat de macrokosten lager kunnen uitvallen en dat is dan weer positief. Anderzijds kunnen lage prijzen voor een toeloop zorgen. De wachttijden kunnen dan echter langer zijn. De toegankelijkheid is dus wel groot door de betaalbaarheid, maar geringer door de wachttijd. Maar wat gebeurt er dan met de macrokosten?

4d. Gelet op het begrip ‘evidence based’ verwijs ik naar het ziekenfonds oude stijl. In die tijd zorgden onverantwoord lage tarieven voor volle wachtkamers en het failliet van de ziekenfondsen en heeft er op grote schaal een orale kaalslag plaats gevonden (zie bijlage) en stond de kwaliteit er van zeer laag aangeschreven.

4e. Een ander aspect van de betaalbaarheid mag in deze niet onderbelicht blijven. Betreft die betaalbaarheid enkele of alle prestaties? Ik kan mij voorstellen dat pijnbestrijding betaalbaar moet zijn voor iedereen. Passanten die mij in dat geval consulteren behoeven dan ook slechts de helft te betalen van wat zij er voor over hadden toen ze nog pijn hadden. Maar moet die betaalbaarheid ook gelden voor goudwerk of het witter maken van de tanden? Moet het voor iedereen betaalbaar zijn en dus ten minste voor de minst vermogenden? Moet het voor voldoende mensen of voor voldoende min-vermogenden betaalbaar zijn? Wat is dan voldoende? De beleidsregel is hier niet duidelijk over en biedt derhalve geen rechtszekerheid, noch voor de tandarts noch voor de patiënt.

4f. Deze rechtsonzekerheid zou in ieder geval een rechvaardigingsgrond moeten zijn om gevrijwaard te mogen blijven van deelname aan dit experiment dan wel om dit experiment af te blazen.

V Rol van de zorgverzekeraar

5a. De rol van de zorgverzekeraar moet hierbij betrokken worden. Gaat de zorgverzekeraar meer of minder vergoeden bij meer of minder kwaliteit? Of gaat de zorgverzekeraar vaste bedragen vergoeden en is het verschil so wie so voor rekening van de verzekerde?

Is dat laatste het geval dan zal duidelijk zijn dat de zorgverzekeraar niet voor de kwaliteit gaat, althans niet beloont. Of wordt van de zorgverzekeraar verwacht (en dat verwacht de minister) dat er zo veel mogelijk aanbieders worden gecontracteerd? Gaat die zorgverzekeraar op basis van die contracten met die verschillende prijsopgaven hun verzekerden voordeeltjes bieden als zij zich door hun zorgverzekeraar laten leiden? Met andere woorden: is het dan de bedoeling dat de zorgverzekeraar gaat uitmaken wie de beste (je kunt ook lezen ‘goedkoopste’) tandarts is?

5b. Het ziekenfonds oude stijl had belang bij veel premie input en lage tandartstarieven. In die tijd hadden tandartsen belang bij een hoge productie. Ik neem niet aan dat de minister oude tijden wil laten herleven. Ik zie alleen niet in waarom haar beleid daar niet op aanstuurt. Dit laat onverlet dat de beleidsregel voor wat betreft de kwaliteit zich niet eenzijdig tot tandartsen zou dienen te beperken.

VI. SAMENVATTENDE CONCLUSIE

6a. De minister vraagt van mij dus het onmogelijke, te meer daar het mij verboden is om mijn zorg op basis van een tijdstarief in rekening te brengen dan wel gratis zorg te leveren voor een jaarlijks abonnement dat gelijk is aan een premie van een tandheelkundige verzekering. Of op basis van een aanneemsom of op basis van een door mij zelf gespecificeerde begroting. Ik mag de kosten niet eens overlaten aan de beleefdheid van mijn patiënten. Mocht er al sprake kunnen zijn van marktwerking in de zorg dan zijn juist dat items die daar wezenlijk aan bijdragen.

6b. Mijn betaalbaarheid en mijn toegankelijkheid voor wat betreft mijn tandheelkundige zorg wordt met dit experiment ondergeschikt gemaakt aan de uitslag. Dat betekent dat mijn verantwoordelijkheid ondergeschikt wordt gemaakt aan het gedrag van het collectief. Ik meen dat daardoor het belang van mijn patiënten noch het belang van een voor mij verantwoorde praktijkvoering is gediend.

6c. De doelstelling van de minister -evenals die van de zorgverzekeraar trouwens- spoort dus niet met de doelstelling van mij als tandarts en derhalve ook niet met die van mijn patiënten. Ik ben er zeker van dat die doelstelling ook niet spoort met die van de tandarts in het algemeen ook al kan hij er mee uit de voeten. Maar juist daardoor is de kans groot dat het experiment verkeerd uitpakt. Dat negatieve resultaat zal dan iedere tandarts worden aangerekend net als het uit de hand lopen van de kosten door het UPT. Welke maatregelen de tandarts dan te wachten staan is niet duidelijk. Daarmee is de individuele tandarts dus niet zeker van zijn rechten.

6d. Deze rechtsonzekerheid remt kapitaalintensieve investeringen en ook de investeringen die verband houden met de eisen van de Inspectie Volksgezondheid. Die onzekerheid leidt dan niet tot een innovatief ondernemerschap welke de minister volgens haar aanwijzing wil stimuleren. Die investeringen zouden immers een andere tariefstelling rechtvaardigen. Maar dat is dan een tariefstelling die na het mislukken van het experiment wellicht niet meer mag worden gehanteerd.

VII VERZOEK

Door mee te doen aan dit experiment draag ik medeverantwoordelijkheid en ben ik even zo goed medeplichtig. Omdat ik met dit inzicht onmogelijk mee kan doen, wil ik dan ook het recht hebben om van deelname aan een dergelijk experiment gevrijwaard te blijven en dus ook van de beleidsmatige gevolgen.

Het zou recht doen aan het vrije beroep, het begrip vrije prijsvorming en marktwerking wanneer daartoe in de regelgeving ruimte wordt geboden ook al wil de minister van VWS mij dit laten geloven in heer brief van(zie bijlage)

VIII BIJKOMENDE BEZWAREN

8a. Bezwaar aangaande de implementatie van de prestatiebeschrijving vrije prijsvorming

De implementatie kent geen overgangsregeling. De voorbereidingstijd is met 3 tot 4 maanden kort te noemen. Bezwaar maken en tegelijkertijd inspanningen leveren om per 01 01 2012 rechtsgeldig te kunnen declareren is dan te veel gevraagd. Er wordt bovendien geen enkele rekening gehouden met praktijkhouders die tegen hun pensioen aanlopen. Er is dus geen sprake van maatwerk. Dat is een kwaliteit die in de zorg van belang is. Die zelfde kwaliteit mag ook worden verwacht bij behoorlijk bestuur.

Ik verzoek in deze derhalve om algehele ontheffing van deelname dan wel uitstel tot na de definitieve uitspraak in deze bezwaarprocedure.

8b. Bezwaar aangaande de bepalingen

8b1. ad het doel van de beleidsregel:

Er is voor gekozen de prestaties ruim te omschrijven, zodat de zorgaanbieders binnen de prestaties mogelijkheden hebben om in aanbod te differentiëren. Zorgaanbieders krijgen hierdoor de ruimte om op basis van bijvoorbeeld productassortiment of prijs met elkaar te concurreren. Dit komt tot uitdrukking in de standaardprijslijst die de aanbieders voor de patiënten toegankelijk moeten maken. Tevens biedt dit aanbieders de mogelijkheid om innovaties snel aan te bieden, zonder afhankelijk te zijn van het vaststellen van een nieuwe (gedetailleerde) prestatie door de NZa (tekst uit beleidsregel).

Het doel van de beleidsregel is niet helder en begrijpelijk gesteld. Die eis mag zeker worden gesteld wanneer datzelfde wordt verwacht van de tandarts naar zijn patiënten toe.

Wat moet worden begrepen onder 'het differentiëren in het aanbod' bij een ruime omschrijving van de prestatie? Wordt aan de tandarts ruimte gegeven om aan te geven dat zijn prestatie van bijvoorbeeld een vulling voorzien wordt van allerlei niet declarabele prestaties? Is het reëel om te verwachten dat een patiënt op die bijkomende niet altijd noodzakelijke opties kan gaan vergelijken?

Hoe reëel of hoe verwarrend is het voor een patiënt om te vergelijken op prijs?

Hoe moet hij omgaan met een prijslijst waar het consult bijvoorbeeld 10 euro is en een kroon 500 euro terwijl op een andere prijslijst een kroon 410 euro is en het consult 100 euro? Waar stoelt de gedachte op, dat de toegankelijkheid van aanbieders voor patiënten tot uitdrukking komt met een prijslijst? Moeten academisch gevormde tandartsen deze voorstelling van zaken maar gewoon geloven?

Prestaties die een code hebben, mogen worden gedeclareerd en vergoed. Volgens het doel van de beleidsregel wordt echter gesuggereerd, dat innovaties snel kunnen worden aangeboden zonder dat een nieuwe prestatie door de NZa behoeft te worden vastgesteld. Het gaat beslist niet te ver om deze regel in de doelstelling dan ronduit als onwaar aan te merken.

8b2. *(tekst beleidsregel)*

Naast de differentiatie in aanbod tussen de verschillende aanbieders, wordt met ruime prestatiebeschrijvingen ook de mogelijkheid geboden om op basis van medische criteria, zoals de specifieke zorgzwaarte van de patiënt, in prijs te differentiëren ten opzichte van de standaardprijs.

De differentiatie in aanbod betreft slechts een andere prijslijst en etalage. Niet de ruime prestatiebeschrijving maar naast de prestatiebeschrijving wordt ruimte geboden om in prijs te differentiëren op basis van medische criteria. In welke mate dat kan en of dat ergens in de prijslijst moet worden opgenomen wordt geen melding gemaakt. Bij medisch gecompromitteerde patiënten is er dus helemaal geen transparantie en duidelijkheid. Hier is dus sprake van ongelijke behandeling.

8b3. *(tekst beleidsregel)*

Een andere zorgzwaarte kan te maken hebben met de behandeling zelf (uitzonderlijk tijdrovende behandeling, uitzonderlijke hoge kosten) of de patiënt bij wie de behandeling wordt uitgevoerd (kleine mondopening, extreme angst; lichamelijke en/of verstandelijke beperking).

Ook hier is sprake van een ongelijke behandeling en absoluut geen transparantie. Overigens zouden lichamelijke en verstandelijke beperkingen gerekend kunnen worden tot medische criteria.

De voorafgaande aankondiging of mededeling dat er zal moeten worden afgeweken van de genoemde prijzen op de prestatielijst vanwege zorgzwaarte of medische criteria kan aanleiding geven tot verstoringen in de relatie met de patient. Afgezien daarvan is een dergelijke aankondiging ongepast en onheus.

Dat wil niet zeggen dat hiertoe dan maar geen ruimte geboden dient te worden.

Dit wil alleen maar zeggen dat hiermee juist de zwakte wordt aangetoond van vaste prijsopgaven van prestaties.

8b4 ad 6. van de beleidsregel

Tot de prestaties in de mondzorg behoren standaard, indien van toepassing, de volgende handelingen die niet afzonderlijk in rekening mogen worden gebracht

Met andere woorden: bepaalde behandelingen behoeven niet noodzakelijkerwijs deel uit te maken van een prestatie. Dat betekent, dat voor een prestatie zonder deze handelingen een zelfde prijsopgave staat. Dat is in strijd met de in de beleidsregel gestelde eis van transparantie. Bovendien wordt daarmee de prikkel tot kwaliteit weggenomen.

Onderstaande handelingen mogen niet worden gespecificeerd meer zijn daarentegen wel transparant en deze bevorderen mogelijk de kwaliteit.

- *het geven van plaatselijke verdoving (lokale anesthesie);*
- *het maken van hechtingen;*
- *het gebruik van een rubberen lapje (cofferdam);*
- *het maken van gips en digitale (gebits)modellen; inclusief eventueel ingipsen in een middenwaarde articulator.*
- *het gebruik van licht, (digitale) beelden en dia's.*
- *het beantwoorden van telefonische vragen;*
- *het voorschrijven van medicatie;*
- *het bespreken van het (reguliere-, vervolg- of alternatieve-) behandelplan en de prognose met de patiënt;*
- *het bespreken van (onderzoeks)resultaten met de patiënt;*
- *het verwijzen naar en rapporteren aan andere zorgaanbieders of verwijzers;*
- *het overleggen met, dan wel informatie inwinnen van andere zorgaanbieders.*

IX Bezwaren aangaande de prestatiebeschrijvingen

9a. A111 Periodieke controle

Een periodieke controle wordt gedaan bij patiënten die reeds bekend zijn.

Als tandarts ben ik op de hoogte van hun specifieke toestand.

Omdat ik maatwerk lever is een periodieke controle van een iemand met een slechtere mondgezondheid anders dan van iemand, waarbij dat niet het geval is. Ook tussen ouderen en jongeren moet ik vaak onderscheid maken.

Ik hanteer derhalve verschillende tijdsafspraken voor deze prestatie, omdat er verschil is.

Deze code is voor mijn praktijkvoering dus ongeschikt. Het kan niet zo zijn dat ik een vaste prijs hanteer voor verschillende prestaties.

9b. A211 Probleemgericht consult

De theorie is anders dan de praktijk. Een probleemgericht consult is een consult dat gericht is op een probleem. De NZa gaat te ver om mij te vertellen wat dat zoal kan inhouden. Ze begeeft zich op het terrein waar zij niet die autoriteit heeft. In de praktijk is er vaak sprake van meer dan een probleem. In mijn praktijkvoering wordt aan de hand van telefonische informatie meer of minder tijd gereserveerd. Bovendien is een consult een 'verbale' prestatie. Het is een raadpleging zonder meer. Het probleem kan meer of minder complex zijn, meer of minder tijd kosten om daar achter te komen, doe al of niet gepaard gaan met extra

handelingen. Daaropvolgend zijn als oplossing diverse handelingen/prestaties mogelijk. Die zijn soms zeer uitlopend en variëren in behandeltime. Een vaste prijs is dus uit den boze. Ook hier is maatwerk kwaliteit.

9c. A231 Intake consult

In mijn praktijk hanteer ik een kennismakingsgesprek en informeer ik de patiënt hoe ik te werk ga en wat hij van mij mag verwachten. Bij een akkoord beperk ik mij tot een 'global look' in de mond om te beoordelen hoe lang de eerste afspraak voor de intake kan duren. De duur van die afspraak vertoont aanzienlijke verschillen. Een vaste prijs is niet 'verkoopbaar' als die afspraak maar heel weinig tijd in beslag neemt.

9d. C112, C113, C213 en C214

Hier wordt een tijdsindicatie gegeven. De behandeltime zou minimaal een x-tal minuten moeten duren. Hier wordt maar al te zeer duidelijk dat de tijdsfactor een rol speelt. Die tijdsfactor wordt bij vullingen en kronen niet als belangrijk gezien. Dat is een miskenning van het gegeven dat ook die prestaties in meer of minder tijd verricht kunnen worden, de kwaliteit gemakshalve maar even buiten beschouwing gelaten.

Voorts zal een innovatie om bijvoorbeeld uitgebreid tandsteen te kunnen verwijderen in een tijdsbestek van slechts 5 minuten lang op zich laten wachten. Deze tijdsaanduiding is dus in strijd met de doelstelling conform de aanwijzing respectievelijk beleidsregel.

9e. E111 t/m E114

Hier wordt de prestatie 'vulling' qua prijsstelling slechts gedifferentieerd in het aantal vlakken. Hier is totaal geen transparantie in kwaliteit. De zorgzwaarte wordt niet zozeer bepaald door het aantal vlakken maar veel eerder door locatie, uitgangspunt en materiaalkeuze en of samenstelling daarvan. Tegenover het verrichten van meer dan 1 prestatie in die E-categorie in 1 zitting staat vaak een tijd, die geringer is dan wanneer die prestaties in afzonderlijke zittingen hadden plaatsgevonden. Daarom zou een prijsopgave van slechts 1 vulling hoger moeten kunnen uitvallen dan wanneer er meer vullingen in dezelfde zitting worden vervaardigd.

Een prijsstelling per verrichting/prestatie geeft dus geen transparant beeld van de reële kosten per tijdseenheid. Bovendien is de kans groot dat de aanbieder zichzelf hierdoor corrupteert.

9f. E311 t/m E321

Hiertegen bestaat hetzelfde bezwaar als bij E111 t/m E114 met dit verschil dat de bijkomende prestaties, die niet apart in rekening gebracht mogen worden, een nog grotere rol spelen. Het zal voor iedereen duidelijk en transparant zijn dat bij meer dan 1 restauratie per zitting deze bijkomende prestaties niet met eenzelfde factor zullen behoeven te worden vermenigvuldigd. Het is dus geenszins transparant om bijkomende prestaties als afdrukken, modellen, verdoving en gebitsregistratie niet declarabel te maken. Ook voor wat betreft de met een sterretje aangeduide kosten kunnen dan veel lager uitvallen.

9g. Kunstgebit

Deze prestatie wordt blijkbaar beschouwd als een schilderij als er 'schilderij' op staat. Een enkele prijsopgave voor deze prestatie doet de patiënt te kort. Hij heeft er recht op om te weten dat er kunstgebitten in soorten en maten zijn. Een patiënt dient ook te weten dat de

moeilijkheidsgraad voor een goed functionerend kunstgebit in belangrijke mate afhangt van zijn persoonlijke omstandigheden.

9h. J311 *Trekken tand of kies*

Het trekken van een element, het mechanisch reinigen en desinfecteren van de wond (wondtoilet) en het geven van instructie aan de patiënt.

J315 *Moeizaam trekken tand of kies*

Het trekken van een element waarbij gebruik moet worden gemaakt van een roterend instrumentarium, dan wel andere instrumenten die noodzakelijk zijn om het element te kunnen trekken. Het betreft hier complexe instrumentaria en geen elevatoren (hevels) en extractietang. Tot deze prestatie behoort ook een wondverband en het geven van instructie aan de patiënt.

Waarom wordt hier de extractie nader geduid? Waarom een extra duiding van moeizaamheid! Bij de eenvlaksvulling wordt dat ook niet gedaan. Laat staan dat hierbij vermeld wordt dat er met koeling moet worden geboord en dat de caviteit ontdaan dient te worden van de smeerlaag en eventueel voorzien moet worden van een onderlaag bij heel diepe caviteiten. Of er moet voor vullingen en dergelijke ruimte worden ingebouwd inclusief een nadere duiding van wat daaronder dient te worden verstaan of de prestatielijst moet net als bij de vullingen e.d. volstaan met de begrijpelijke aanduiding 'het trekken van een tand/kies'.

9i. X751 *Tijdtarief mondzorg AWBZ*

Deze prestatie betreft het leveren van mondzorg als omschreven bij of krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) die geleverd wordt aan patiënten die verblijven of behandeld worden in instellingen die zijn toegelaten voor de functies behandeling en verblijf als omschreven in het Besluit zorgaanspraken AWBZ. Het gaat bij deze prestatie om het in rekening brengen van het honorarium voor de aanbieder, de reiskosten en de techniekkosten.

Andere prestaties mogen niet in rekening worden gebracht in combinatie met deze prestatie, met uitzondering van de prestaties verdoving door middel van een roesje (met code X611) of verdoving door middel van algehele narcose (met code X631).

Delen van het (uur)tarief zijn, naar rato van de feitelijk bestede tijd, te berekenen in eenheden van 5 minuten.

Door middel van de verpleegprijs van een AWBZ-instelling worden alle personele en materiële kosten vergoed (zoals rente- en afschrijvingskosten, kosten verbruiksmateriaal, salarissen assistenten). Deze kosten mogen niet met de prestatie tijdtarief mondzorg AWBZ in rekening worden gebracht.

De materiaal- en/of techniekkosten mogen afzonderlijk in rekening worden gebracht.

Hier moet of mag een tijdstarief in rekening worden gebracht? De hoogte van dat tarief is dus vrij. Hoe moet de hoogte van het 5-minutentarieff worden beoordeeld door ofwel de betrokken patiënt of wel de betrokken instelling waar het gaat om kwaliteit?

Ook hier wordt het bewijs geleverd dat de NZa met deze prestatiebeschrijving met twee maten meet.

9j. X781 Tijdtarief topreferente mondzorg

Topreferente zorg betreft de behandeling van weinig voorkomende en moeilijk te behandelen aandoeningen. Het kan gaan om de behandeling van meerdere, al dan niet met elkaar samenhangende aandoeningen, of een eenvoudige aandoening met ingewikkelde complicaties. Voor de behandeling is zeer specialistische kennis en/of apparatuur vereist. Dit betekent dat topreferente zorg ook vernieuwend kan zijn. Voor topreferente zorg is een sterke interactie tussen patiëntenzorg en klinisch wetenschappelijk onderzoek noodzakelijk. Dit betekent dat de topreferente zorg in principe alleen kan worden gegeven binnen de setting van of in hechte samenwerking met een medische/ tandheelkundige faculteit of een academisch ziekenhuis.

Andere prestaties mogen niet in rekening worden gebracht in combinatie met deze prestatie, met uitzondering van de prestaties verdoving door middel van een roesje (met code X611) of verdoving door middel van algehele narcose (met code X631).

Delen van het (uur)tarief zijn, naar rato van de feitelijk bestede tijd, te berekenen in eenheden van 5 minuten.

De materiaal- en/of techniekkosten mogen afzonderlijk in rekening worden gebracht.

Hier blijkt dat het steeds ingewikkelder wordt om nog een en ander in regels te vatten. Tandheelkunde wordt bijna een juridisch probleem. Ik stel mij voor dat zeer ingewikkelde problemen in de praktijk ofwel door tandartsen in dienstverband dan wel op basis van de minnelijkheid (want ook die bestaat er nog) worden aangepakt.

9k X111 Deelprestatie avond-, nacht-, en weekendbehandeling

Deze deelprestatie mag in rekening gebracht worden indien behandelingen worden uitgevoerd tijdens de volgende momenten (onregelmatige uren):

- *weekendhandeling tussen zaterdag 00.00 uur en zondag 24.00 uur;*
- *avond- en nachtbehandeling tussen 17.00 uur en 08.00 uur;*
- *behandelingen op algemeen erkende feestdagen of gelijkgestelde dagen volgens de Algemene Termijnenwet.*

Deze prestatie mag niet in rekening gebracht worden indien de uren die als onregelmatige uren zijn genoemd voor de betreffende zorgaanbieder als reguliere (niet-incidentele) praktijkwerktijden gelden.

Wanneer er sprake is van een spoedbehandeling dan betreft dit of een eigen patient of een passant. Dit zijn twee verschillende situaties en vraagt dus al om differentiatie.

Is het een passant dan is de vraag reeel in hoeverre er dan nog ruimte voor hem is om een marktonderzoek te doen op prijs, laat staan kwaliteit.

Ook hier ontkomt de NZa er niet aan slechts mechanisch te redeneren teneinde zo veel mogelijk te willen controleren en te beheersen. Dit geeft alleen een schijnzekerheid naar de patienten toe en is het tevens een legitimatie van de tandarts om in zijn recht te staan voor zolang het experiment duurt. Het heeft niets met medemenselijkheid te maken, hetgeen toch ook een kenmerk is van goede zorg.

9l. Ik heb mij maar beperkt tot de meest gangbare prestaties. Het gaat te ver om bij elk punt stil te staan. In zijn algemeenheid maak ik bezwaar tegen het feit dat de NZa bij de

uitvoering van haar taak zich begeeft op het terrein en de verantwoordelijkheid van de tandarts, die daartoe een academische opleiding heeft genoten en een eed heeft afgelegd. Daardoor wordt de tandarts in zijn functioneren belemmerd en beperkt. Indien de tandarts als een verlengstuk en dus met het inzicht van de NZa moet gaan functioneren dan zal de innovatie zich eerder beperken tot het verbeteren van de toepassing van de voorschriften dan tot innovaties die leiden tot een verlies aan inkomen of omzet.

x Bezwaren aangaande de slagingscriteria

10a. In de toelichting bij de aanwijzing tot het vrijgeven van de prijzen in de mondzorg (kenmerk MC-U-3072981) geeft de Minister van VWS aan dat *de invoering van vrije prijsvorming geslaagd is indien een kwalitatief, toegankelijk en betaalbaar systeem voor mondzorg voorhanden is.*

Hier wordt gesproken over een betaalbaar systeem voor mondzorg en niet over betaalbare zorg. Het ziekenfonds was een onbetaalbaar systeem met betaalbare tandheelkunde. De particuliere tandheelkunde van voor de stelselwijziging was een systeem dat geen cent kostte; het was een private aangelegenheid. Het systeem dat nu wordt voorgestaan vraagt nu al om veel ontwikkel- en beheerskosten. Met de vrije prijsvorming is de kans dus reeel dat we en een duur systeem introduceren en hogere tarieven.

10b. *Het systeem moet dusdanig zijn dat:*
- de behandelkwaliteit en de serviceverlening aantoonbaar is verbeterd (op grond van in de praktijk getoetste kwaliteitsindicatoren)

Deze eis is alleen zinnig wanneer het mogelijk zou zijn een maat te geven aan de huidige behandelkwaliteit per tandarts/patient dan wel per professie/bevolking en vervolgens een maat in de jaren die daarop volgt. Tot op heden is niet waargemaakt dat zulks mogelijk is. Kwaliteit van zorg is een veelomvattend begrip en laat zich niet makkelijk vangen in een paar criteria. Het zijn niet meer dan goede voornemens en bedoelingen.

10c. *- er meer innovatie tot stand is gekomen (nieuwe behandelmethoden; materialen; technieken), resulterend in een ruimer productassortiment;*

Hoe hard is deze eis? Is een ruimer productassortiment dan van meer belang dan van betere producten? In hoeverre mogen deze producten duurder zijn? Is het niet de omgekeerde wereld wanneer de NZa hierin de minister adviseert in plaats van dat dat aan de tandheelkunde/tandarts/patient overgelaten wordt. Het is overigens maar de vraag of voor die eventuele innovatie wel een prestatiebeschrijving wordt afgegeven. Voor mijn methode van angstbestrijding bijvoorbeeld bestaat geen code, laat staan of een verzoek daartoe vlug soelaas biedt.

10d. - *er significant meer keuze-informatie beschikbaar is gekomen en de consument op basis daarvan aantoonbaar kan wisselen van zorgverlener.*

Is meer keuze-informatie een harde eis? Kan die eis fatsoenshalve gesteld worden zowel op macro als op microniveau? Hoe groot is nu die keuze-informatie, wat is die waard en hoeveel groter moet die worden? Dit criterium is zowel onduidelijk als irrelevant.

Van tandarts veranderen is nooit moeilijk geweest voor zover er geen zorgverzekeraar bij betrokken is. Dit criterium is niet aangetoond bestaanbaar. Met andere worden het kunnen veranderen van tandarts wordt niet door de tandarts/tandartsen tegengewerkt. Mogelijk beperken zorgverzekeraars hun verzekeren in die vrijheid. Dit criterium zou dus geen rol mogen spelen bij de beoordeling van het experiment.

10e. - *er voldoende spreiding van capaciteit over het land is ontstaan;*

Hier kunnen tandartsen niets aan doen en mag dus geen criterium zijn om dit experiment terug te fluiten.

10f. - *er tussen de verschillende disciplines evenwichtige marktverhoudingen zijn, waarbij tandartsen in een gelijk speelveld met de mondhygiënist en tandprotheticci verkeren;*

Dit criterium is zo vaag dat hiermee willekeurig kan worden omgesprongen

10g. - *zorgverzekeraars meer (inhoudelijke) contracten met zorgverleners in de mondzorg hebben gesloten;*

Dit zou nog geen eis mogen zijn zolang niet bekend is hoe zorgverzekeraars omgaan met de vrije prijsvorming in relatie tot hun restituties en de kwaliteit.

10h. - *de prijsontwikkeling niet leidt tot te hoge prijzen die dusdanig hoog zijn dat de toegang tot de zorg in gevaar komt.*

Ontoegankelijkheid door te hoge prijzen is als een bioscoop zonder bezoekers. Deze eis is niet alleen normatief maar ook vaag en zelfs irreeel.

10i. Algehele conclusie: de criteria zijn dusdanig gesteld dat de tandheeskundige professie geen enkele mogelijkheid heeft om een eventueel negatief oordeel van de minister over dit experiment aan te vechten.

Dat alleen al moet een reden zijn om de tandarts niet te mogen dwingen aan dit experiment zijn medewerking te geven.

Het is immers niet minder dan pervers wanneer tandartsen worden aangezet tot innoveren en investeren, waardoor zij mogelijk hogere tarieven zullen gaan hanteren om vervolgens zonder een reële mogelijkheid van verweer te worden teruggesloten door de minister op advies van de NZa die zulke vage criteria naar willekeur kan aanwenden.

Nota Bene

Prijslijsten van prestaties vormen een belemmering in het verlenen van clementie.

Een patient hoeft niet te weten wanneer ik als aanbieder mild reken.

Voorzover ik al zou willen spreken van concurrentie dan is daartoe het middel prijslijst beslist mager te noemen. Als aanbieder zou je ook moeten kunnen concurreren (een voor mij vies woord) door middel van andere betalingsvormen en betalingsregelingen.