

Vergaderjaar 2010–2011

32 620

Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr. 20

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 30 juni 2011

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 6 juni 2011 inzake vrije prijsvorming mondzorg (Kamerstuk 32 620, nr. 13).

De op 22 juni 2011 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de minister bij brief van 29 juni 2011 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Smeets

Adjunct-griffier van de commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Clemens

¹ Samenstelling:

Leden: Staaij, C.G. van der (SGP), Smeets, P.E. (PvdA), voorzitter, Smilde, M.C.A. (CDA), Koşer Kaya, F. (D66), Veen, E. van der (PvdA), Gerven, H.P.J. van (SP), Burg, B.I. van der (VVD), Ouwehand, E. (PvdD), Agema, M. (PVV), Leijten, R.M. (SP), Bouwmeester, L.T. (PvdA), Wolbert, A.G. (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink, E.E. (CU), Uitslag, A.S. (CDA), Elias, T.M.Ch. (VVD), ondervoorzitter, Dijkstra, P.A. (D66), Dille, W.R. (PVV), Gerbrands, K. (PVV), Mulder, A. (VVD), Venrooy-van Ark, T. (VVD), Bruins Slot, H.G.J. (CDA), Voortman, L.G.J. (GL) en Klaver, J.F. (GL).
Plv. leden: Dijkgraaf, E. (SGP), Kuiken, A.H. (PvdA), Omtzigt, P.H. (CDA), Berndsen, M.A. (D66), Klijnsmā, J. (PvdA), Ulenbelt, P. (SP), Liefde, B.C. de (VVD), Thieme, M.L. (PvdD), Mos, R. de (PVV), Kooiman, C.J.E. (SP), Arib, K. (PvdA), Vermeij, R.A. (PvdA), Ortega-Martijn, C.A. (CU), Toorenburg, M.M. van (CDA), Lodders, W.J.H. (VVD), Ham, B. van der (D66), Beertema, H.J. (PVV), Bosma, M. (PVV), Straus, K.C.J. (VVD), Miltenburg, A. van (VVD), Ormel, H.J. (CDA), Sap, J.C.M. (GL) en Tongeren, L. van (GL).

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II.	Reactie van de minister	0

I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de minister waarin zij haar voornemen voor de introductie van vrije prijzen in de mondzorg kenbaar maakt. Deze leden steunen het voornemen van de minister. Zij hebben echter nog enkele vragen.

Volgens de huidige wet- en regelgeving met betrekking tot het doorberekenen van tandtechnische kosten is het zo dat tandartsen aan de productie in eigen beheer kunnen verdienen. Wanneer de tandarts de techniekstukken inkoopt bij een tandtechnicus of tandtechnisch laboratorium mag hij alleen de kosten die de tandtechnicus hem in rekening heeft gebracht doorberekenen aan de consument.

Gaat van deze wet- en regelgeving geen verkeerde prikkel uit omdat tandartsen geneigd zijn in eigen beheer tandtechniekstukken te produceren?

De inkoopkosten van tandtechniek zullen dalen door scherpere inkoop door tandartsen wanneer zij hierop zouden kunnen verdienen. Deelt de minister deze stelling, zo vragen de leden van de VVD-fractie. Is de minister bereid om het verbod op het verdienen op de inkoop van tandtechniek per 1 januari 2012 op te heffen?

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de fractie van de PvdA hebben kennisgenomen van het besluit vrije prijzen te introduceren in de mondzorg.

Zoals al eerder betoogd, zijn deze leden tegen dit experiment, vanwege het gebrek aan transparantie wat betreft kwaliteit en het beperkte aanbod van tandartsen. De prikkel om prijzen laag te houden ontbreekt daardoor. Voor veel mensen is een bezoek aan tandarts of orthodontist nu al een behoorlijke aanslag op de portemonnee. Met het vrijgeven van de prijzen, zoals de minister wil, wordt een gezond gebit voor veel mensen onbetaalbaar.

Kwaliteit

Voor het experiment is transparantie van de kwaliteit essentieel. Kwaliteit monitoren kan alleen op basis van goede kwaliteitsindicatoren. De leden van de PvdA-fractie zijn niet gerust op dit punt.

De minister stelt dat de planning is dat de kwaliteitsindicatoren aan het eind van 2011 zijn getest en gereed zijn om te worden uitgevraagd. Dat betekent dat zij op zijn vroegst vlak na de zomer van 2012 voor consumenten en zorgverzekeraars beschikbaar komen. Dan is het experiment al van start gegaan.

De leden van de fractie van de PvdA vragen waarom de minister er dan toch voor kiest het experiment met vrije prijzen al per 1 januari 2012 in te voeren. Hoe kan de consument kiezen voor kwaliteit als die kwaliteit nog niet transparant is?

De minister stelt dat zij kiest voor een experiment van drie jaar in plaats van vijf jaar om druk uit te oefenen op de beroepsgroepen om versneld een toegankelijk en kwalitatief adequaat systeem voor mondzorg neer te

zetten. Zou de druk op deze beroepsgroepen niet groter zijn als het experiment pas ingevoerd wordt nadat een toegankelijk en adequaat systeem is ingevoerd?

Ook de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en de Consumentenbond hebben hun zorgen geuit over de (te) late beschikbaarheid van kwaliteitsnormen. De leden van de PvdA-fractie willen graag een reactie van de minister op de opmerkingen dat de huidige registratiesystemen van mondzorgverleners niet zijn toegerust om de benodigde gegevens over kwaliteit te leveren, zoals onder andere vastgesteld in het onderzoek «Zorg voor kwaliteit, ICT in beeld» van PricewaterhouseCoopers in 2009.

De leden van de fractie van de PvdA willen ook graag een reactie op de opmerkingen van prof. dr. A.J. Feilzer, decaan van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA), in een artikel in de Volkskrant van 28 mei 2011. Hij stelt dat bij de prestatieomschrijvingen voor de tandarts van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de nadruk ligt op het herstel van schade en niet op een langdurige zorgrelatie die gericht is op preventie. Het experiment zou daarmee uitgaan van een verouderde tandheelkundige aanpak, en onvoldoende ruimte geven aan zorgverlening die gericht is op het bereiken en behouden van mondgezondheid. Is de minister het met deze opmerkingen eens? Zo ja, wat heeft dat voor gevolgen voor het experiment? Zo nee, waarom niet? Hoe verhouden de opmerkingen van de heer Feilzer zich tot de verwachting van de minister dat het experiment met vrije prijsvorming juist meer ruimte geeft voor innovatie? Welke prikkel is er nog voor tandartsen om preventie uit te voeren?

De leden van de PvdA-fractie erkennen dat innovatie in de tandheelkunde en mondzorg belangrijk is. Maar deze leden vragen of de minister ook andere mogelijkheden voor het faciliteren van innovaties heeft onderzocht, zoals keuzevrijheid voor de patiënt en innovatiebudgetten.

Prijsvorming

De leden van de fractie van de PvdA hebben ook een aantal opmerkingen en vragen over de prijsvorming. Verzekeraars onderhandelen niet met tandartsen over hun tarieven. Richtlijnen voor prijzen ontbreken en komen er ook niet. Patiënten zullen dus zelf bij verschillende tandartsen offertes moeten aanvragen. Afhankelijk van het eigen onderhandelingsvermogen zal per keer de prijs worden vastgesteld. Genoemde leden vragen hoe consumenten/patiënten nu kunnen weten wat een redelijke prijs voor welke behandeling is. Waar kunnen consumenten terecht met geschillen en klachten? Welke sanctiemogelijkheden zijn er voor het niet transparant zijn van tandartsen over kwaliteit en prijs, en wie kan die sancties opleggen?

Welke voordelen van vrije prijzen zijn er volgens de minister voor de consument? In hoeverre is de prestatielijst tandheelkundige behandelingen voor consumenten inzichtelijk?

De minister heeft recent ook besloten om alle GGZ-aanbieders, waaronder de vrijgevestigde zorgaanbieders, te budgetteren. Haar motivatie hiervoor is dat het volume en de prijs beheerst moeten worden. De leden van de PvdA-fractie vragen of de minister deze motieven ook niet mee moet wegen in het besluit tot vrije prijsvorming in de mondzorg over te gaan.

Communicatie

Deelt de minister de mening van de leden van de fractie van de PvdA dat een goede publieksvoorlichting van belang is om mensen bewuste keuzes te kunnen laten maken in de mondzorg en daarmee voor het slagen van

het experiment met vrije prijzen essentieel is? Op welke wijze wordt communicatie over de introductie van vrije prijsvorming in de mondzorg naar de Nederlandse bevolking voorbereid, en door wie? Werkt de minister op dit punt samen met mondzorg-, patiënten- en consumentenorganisaties en met verzekeraars? Is de minister bereid hieraan een substantiële bijdrage te leveren? Zo ja, op welke wijze?

De leden van de PvdA-fractie delen de zorgen van de NPCF over kwetsbare groepen en mensen met een verminderde zelfredzaamheid. Financiële drempels en onduidelijkheid kunnen voor deze groepen tot onwenselijke keuzes als «niet behandelen» leiden en het is maar zeer de vraag of deze groepen wel altijd in staat zijn een afgewogen oordeel te maken. Deze leden vragen de minister hoe zij denkt dat de vrije prijsvorming voor deze groepen zal gaan uitwerken.

Capaciteit

De leden van de fractie van de PvdA zien ook problemen aan de kant van het aanbod. Het aantal tandartsen is in vergelijking met andere landen om ons heen beperkt en vooral in bepaalde regio's zijn er tekorten. Bovendien neemt de vraag naar tandartszorg niet af maar nog steeds toe.

In welke regio's precies is er momenteel sprake van ondercapaciteit binnen de mondzorg? Waarom biedt vrije prijsvorming juist voor deze regio's een oplossing? In welke regio's is sprake van overcapaciteit? Welke verwachtingen zijn er ten aanzien van de ontwikkeling en verdeling van de capaciteit door het invoeren van vrije prijzen?

Het Capaciteitsorgaan heeft berekend dat er extra mensen in de mondzorg nodig zijn. Met name om minder afhankelijk te zijn van buitenlandse toestroom en van tekorten in bepaalde regio's. De leden van de PvdA-fractie vragen de minister hoe zij gaat bewerkstelligen dat deze mensen er ook daadwerkelijk komen. Op welke wijze wordt de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg gegarandeerd, wanneer buitenlandse tandartsen in Nederland gaan werken?

De minister wil een experiment van drie jaar. Hoe gaat de NZa-monitor naar de effecten van vrije prijsvorming op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid er precies uitzien? Wat zijn de precieze toetsingscriteria? Is de NZa voldoende in staat om tekorten in een regio te constateren? Welke concrete mogelijkheden heeft de NZa om in te grijpen op het moment dat de prijzen in een regio sterk stijgen?

De NZa heeft aangegeven dat consumenten op dit moment 32% te veel betalen voor orthodontiebehandelingen. De eerste tariefverlaging vindt per 1 juli plaats en de tweede korting van 16% zou per 1 juli 2012 plaatsvinden. Deze leden vragen wat de invoering van vrije prijzen voor gevolgen heeft voor de tweede korting, zal deze wel of niet doorgevoerd worden? Moeten consumenten zelf met hun orthodontist gaan onderhandelen om meer korting te krijgen? Hoe groot wordt de kans geschat dat consumenten een zelfde korting kunnen bedingen als de korting die anders via het maximumtarief gehanteerd zou worden?

Het Capaciteitsorgaan voorspelt dat binnen tien jaar een «aanzienlijk deel van de tandartsen» met pensioen gaat. De minister zegt hier in haar brief niets over, maar stelt dat zij geen grond ziet om nu of in de nabije toekomst rekening te moeten houden met ernstige capaciteitstekorten. De leden van de fractie van de PvdA willen graag een reactie van de minister op deze opmerking van het Capaciteitsorgaan. Hoe groot is «een aanzienlijk deel» en hoe wordt dit opgevangen?

Uit een onderzoek dat de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) heeft gepresenteerd (februari 2011) blijkt dat slechts 24% van de tandartsen zonder voorwaarden nieuwe patiënten opneemt. 60% van de tandartsen neemt nieuwe patiënten alleen aan op basis van bepaalde voorwaarden. De leden van de PvdA-fractie willen graag een reactie van de minister op deze cijfers. Wat betekenen deze cijfers voor de keuzevrijheid van patiënten? Is bekend hoe de regionale spreiding is van tandartsen die zonder voorwaarden nieuwe patiënten opnemen?

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het besluit van de minister. Zij zijn zeer tevreden over de behoedzame stappen die de minister wil zetten. Enerzijds ruimte geven aan de sector, anderzijds vinger aan de pols om bij eventuele ontoelaatbare effecten het experiment desnoods voortijdig te beëindigen. Dit komt tegemoet aan de randvoorwaarden die namens genoemde leden naar voren is gebracht in het algemeen overleg van 14 april jl.

De leden van de CDA-fractie hebben nog de volgende vragen en opmerkingen. De kwaliteitsindicatoren zijn aan het eind van het jaar getest en gereed om te gebruiken. Pas na de zomer van 2012 komen ze beschikbaar voor zorgverzekeraars en consumenten. Hoe zal dan voor 1 januari 2012 de contractering plaatsvinden? Hoe worden de patiënten betrokken bij de kwaliteitsindicatoren?

Kan de minister aangeven wanneer er sprake is van ontoelaatbare effecten? Horen daarbij ook hoge tarieven? Deze leden willen dat bij de beoordeling van de effecten ook meegenomen wordt dat er echt voldoende spreiding van tandartsen over het land gewaarborgd is.

Er moet voldoende transparantie zijn over kwaliteit, prestatie en prijs. De leden van de CDA-fractie vragen hoe de consumenten goed geïnformeerd worden over de verschillende opties. Vanuit het oogpunt van taakherstelling en toegankelijkheid, maar ook uit kostenoverweging voor de consument, is het belangrijk dat hij weet wanneer hij een mondhygiënist dan wel tandarts zal bezoeken.

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie begrijpen niet de reden van het kabinet om met ingang van 2012 de vrije prijsvorming door te voeren in de gehele mondzorg. Vrije prijsvorming gaat immers uit van de misvatting dat mensen voor het ondergaan van een medische behandeling van hun tanden dezelfde afwegingen kunnen maken als bij het kopen van een auto of televisie.

De kennisasymmetrie en afhankelijkheid die ook de relatie tussen patiënt en tandarts, orthodontisten, mondhygiënist, tandprothetici kenmerken verhinderen het werkelijk functioneren van de tandzorg als markt. Op grond waarvan komt de minister tot de opvatting dat deregulering in de prijsvorming wenselijk is?

Kan de minister ook ingaan op de volgende zaken en de risico's die de leden van de SP-fractie signaleren:

- Een toename van de controle en bureaucratie. Deregulering in de zorg gaat immers gepaard met de noodzaak tot meer toezicht vanwege een groeiend wantrouwen door mogelijke belangenverstrengeling en

- toenemende kwalitatieve verschillen tussen tandzorgaanbieders, en met een toenemende behoefte aan registraties/prestatie-indicatoren.
- Stijgende kosten door volume- en/of prijsstijgingen.
 - Tweedeling in de behandeling van patiënten. Keuze voor lucratieve dure behandelingen en eventuele overbehandeling/te vroege behandeling. Hoe voorkomt de minister dat de verschillen in kwaliteit te groot worden? Betere zorg voor diegenen die het kunnen betalen versus mindere zorg voor diegenen die het niet kunnen betalen? Worden de financiële drempels niet te hoog mede gezien het feit dat bijna 80% van de mondzorg niet verzekerde zorg betreft?
 - Hoe controleert de minister de effecten op de gezondheid van de Nederlandse gebitten in het algemeen? Is er controle op zorgmijndend gedrag en een eventuele toename daarvan als gevolg van deze marktwerking?
 - Hoe zijn de te verwachten ontwikkelingen in het verplichte verzekerde pakket? Hoe gaat de minister controleren dat alle mondzorgbehandelingen voldoende worden aangeboden?
 - Wat zijn de te verwachten ontwikkelingen in het aanvullende pakket/onverzekerde deel van de tandzorg?
 - Is het verantwoord om de vrije prijsvorming in te voeren per 1 januari 2012 als de kwaliteitsindicatoren voor consumenten en verzekeraars pas na de zomer van 2012 ter beschikking komen? Is dit niet in strijd met de voorwaarden zoals de NZa deze in haar advies heeft aangegeven? (Advies vrije prijsvorming mondzorg 2009)
 - Zal de vrije prijsvorming niet leiden tot een erodering van de solidariteit, omdat onderhandelingen over de prijs van de behandeling leiden tot een perceptie dat zorg te koop is in plaats van een recht?
 - Is het niet onwenselijk dat patiënten frequent wisselen van behandelbaar?
 - Is er niet sprake van een tekort aan tandartsen, zie bijvoorbeeld de enorme instroom van buitenlandse tandartsen (180 ten opzichte van 255 die de Nederlandse faculteiten jaarlijks uitstromen)? In hoeverre is de minister bereid de capaciteit fors uit te breiden, ook nog voor komend studiejaar? Vindt de minister niet dat Nederland wat betreft de mondzorg zelfvoorzienend moet zijn en zelf haar mensen moet opleiden? Uiteraard met inachtneming van de Europese regels die gelden voor het vrije verkeer van mensen en goederen. Onderkent de minister dat het spreidingsprobleem dat er is voor de tandzorg niet met marktwerking kan worden opgelost maar dat het opleiden van meer tandartsen geboden is?

De leden van de SP-fractie maken zich zeer grote zorgen over de gevolgen van dit experiment. Kan de minister aangeven wanneer voor haar het experiment dient te worden gestaakt? Welke stijging van de macrokosten van de tandzorg in Nederland is voor haar niet meer acceptabel?

De minister stelt voor het experiment tot drie jaar te beperken, is dit omdat zij de risico's te groot acht om het experiment voor vijf jaar toe te staan? De Nederlandse mondzorg behoort tot de betere en meest betaalbare in Europa. Waarom dan toch een voorstel tot dit experiment van vrije prijsvorming?

Hoe beoordeelt de minister het standpunt van de NPCF die ook vrije prijsvorming op dit moment te riskant vindt gezien de resultaten van een enquête die zij heeft gehouden over de voorlichting door tandartsen? Ook maakt zij zich ernstig zorgen over de toegankelijkheid tot mondzorg voor kwetsbare groepen zoals patiënten met een schisis, trauma of mondkanker.

De leden van de SP-fractie vragen of het al met al niet verstandig is in te zetten op het opleiden van meer tandartsen en andere mondzorghulpverleners om zo de bereikbaarheid en dienstverlening te vergroten in plaats van dit risicovolle experiment aan te gaan, temeer daar een aanzienlijk aantal tandartsen vanwege de leeftijd zal stoppen in de komende jaren (zie advies Capaciteitsorgaan).

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie steunen de minister bij het invoeren van vrije prijsvorming en prestatiebekostiging in de mondzorg. Prestatiebekostiging zorgt ervoor dat zorgaanbieders concurreren op prijs en kwaliteit, waardoor de prijs daalt en de kwaliteit van de mondzorg verbetert. Uiteindelijk verkrijgt de patiënt meer inzicht in de prijs-kwaliteitsverhouding van de verschillende aanbieders van mondzorg. Echter, de voorgestelde maatregelen dienen met grote zorgvuldigheid geïmplementeerd te worden. Deze leden constateren dat de minister veel onduidelijkheden heeft weggenomen. Zo zijn de randvoorwaarden voor het experiment verhelderd en zijn er duidelijke doelen opgesteld om het experiment te kunnen beoordelen. De leden van de D66-fractie onderschrijven deze randvoorwaarden en doelen.

Echter, er is één punt waarop de minister volgens de leden van de D66-fractie nog uitleg verschuldigd is. Het experiment heeft een looptijd van drie jaar met een mogelijke uitbreiding tot een totaal van vijf jaar. Het doel van het experiment is om op verantwoorde manier vrije prijsvorming en prestatiebekostiging in te voeren in de mondzorg. Voor prestatiebekostiging is het zeer belangrijk dat de aanbieders en ontvangers van mondzorg duidelijke inzichten hebben in de kwaliteit. Hiervoor zijn heldere kwaliteitsindicatoren nodig. De minister stelt in haar brief dat het experiment wordt gestart op 1 januari 2012. Deze leden vragen hoe dat kan, als de kwaliteitsindicatoren op zijn vroegst vlak na de zomer van 2012 voor consumenten en zorgverzekeraars beschikbaar komen. Hoe kunnen consumenten en zorgverzekeraars de kwaliteit van de aangeboden zorg beoordelen en/of monitoren, als die indicatoren niet beschikbaar zijn bij aanvang van het experiment? De leden van de D66-fractie vinden dat niet kan worden overgegaan tot het experiment van vrije prijsvorming in de mondzorg, als de prestaties van verschillende zorgaanbieders niet inzichtelijk kunnen worden gemaakt.

II. REACTIE VAN DE MINISTER

Hierbij bied ik u mijn reactie aan op de vragen en opmerkingen van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport naar aanleiding van de brief van 6 juni 2011 inzake vrije prijsvorming mondzorg (Kamerstuk 32 620, nr. 13).

Transparantie

De fractie van het CDA wijst op het belang van een goede transparantie, zodat de patiënt of consument een goede keuze kan maken. Ik ben het met de CDA-fractie eens dat de zorg voldoende transparant moet zijn om de consument een verantwoorde keuze te kunnen laten maken. Voor mij is dat de *conditio-sine-qua-non* van vrije prijsvorming in het algemeen. In mijn brief van 6 juni 2011 ga ik uitvoerig in op de voorwaarden die ik stel aan transparantie qua prijs, prestatie en kwaliteit. Inmiddels is door de beroepsgroepen binnen de mondzorg een website ontwikkeld met voor de consument relevante informatie over de mondzorg in het algemeen en de praktijkvoering in het bijzonder (www.allesoverhetgebit.nl). Ook beschikt een groeiend aantal tandartsen over een eigen praktijkwebsite.

De tandarts is daarnaast verplicht om in zijn of haar praktijk (of op de praktijkwebsite) een prijslijst toonbaar te maken. De NZa heeft hiertoe een transparante lijst met prestaties opgesteld. Tot slot wordt door de sector, in nauwe samenwerking met patiënten- en consumentenorganisaties en verzekeraars, gewerkt aan transparantie van kwaliteitsinformatie.

Kwaliteitsindicatoren

De fracties van CDA, D66, PvdA en SP vragen aandacht voor het starten van het experiment terwijl kwaliteitsinformatie nog niet beschikbaar is. Met de diverse betrokken partijen binnen de mondzorg heb ik afgesproken dat de kwaliteitsindicatoren aan het eind van het jaar voor implementatie gereed zijn. De voortgang van dit traject ligt op schema; juist het perspectief van vrije prijsvorming heeft gezorgd voor een extra impuls om hierin nu substantiële stappen te zetten. De kwaliteitsindicatoren zijn inmiddels vastgesteld en zullen op korte termijn in een pilot worden getest. Indien uit de pilot blijkt dat deze (nog) slecht uitdraagbaar zijn of (nog) onvoldoende discriminerende waarde hebben eventueel kunnen er ook indicatoren worden geschrapt of worden toegevoegd. Vervolgens zal de uitvraag van de indicatoren begin 2012 sectorbreed worden uitgerold. Dit houdt in dat er gedurende 2012 al keuze-informatie beschikbaar komt. Ik heb ervoor gekozen dit deel van de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren in de experimentfase te laten vallen, omdat hierdoor de dynamiek die door de invoering van vrije prijzen zal ontstaan zoveel als mogelijk kan worden benut.

Daarnaast wil ik benadrukken dat kwaliteitsindicatoren niet de enige keuze-informatie voor cliënten is. Goede en juiste informatie over de praktijk (etalage informatie) en een heldere prijslijst, helpen cliënten ook bij het maken van een goede keus en deze informatie is wel beschikbaar per 1-1-2012.

De fractie van de PvdA vraagt zich af of de druk op de beroepsgroepen niet groter zou zijn als het experiment pas wordt ingevoerd nadat de kwaliteitsindicatoren gereed zijn. Ik denk niet dat dat het geval is. Ik heb een grote bereidheid bij de sector waargenomen om nu substantiële stappen te zetten als het gaat om transparantie van kwaliteit. Stappen die wellicht niet in dit tempo gezet zouden worden als vrije prijzen per 1-1-2012 niet het perspectief is. Bovendien zal de relevantie van de (uitkomsten van de) vastgestelde kwaliteitsindicatoren pas echt blijken in een situatie met vrije prijzen.

De PvdA-fractie vraagt naar mijn visie op het rapport van PriceWaterhouseCoopers (PWC; 2008) de (kwaliteit)registratiesystemen bij tandartsen. PWC komt al in 2008 tot de conclusie dat de automatiseringsgraad bij tandartsen hoog is (95%). Deze is in de tussentijd tweeënhalve jaar waarschijnlijk alleen maar verder gestegen. Inmiddels worden vanuit het project Zichtbare Zorg en vanuit individuele mondzorg-aanbieders gesprekken gevoerd met ICT-leveranciers over aanpassingen binnen de software, nodig voor de invoering van vrije prijsvorming (waaronder de mogelijkheid voor kwaliteitsregistratie). Zowel vanuit Zichtbare Zorg als de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) verneem ik geen signalen dat dit traject niet goed verloopt.

Experiment

De PvdA-fractie heeft vragen gesteld over de invulling en uitvoering van het experiment. De NZa heeft mij gemeld dat zij haar format voor het invoeren van vrije prijsvorming zal hanteren, aangevuld met specifieke meetinstrumenten voor de mondzorg. Dit format bevat een uitgebreide set van indicatoren om de effecten op betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit te meten. Voor de toetsingscriteria verwijs ik naar bladzijde 4 van

mijn brief van 6 juni 2011. Deze criteria zullen door de NZa verder worden geoperationaliseerd tot hanteerbare indicatoren en binnen voornoemd format worden ingepast. In antwoord op de vraag van de PvdA-fractie of de NZa ook regionale tekorten kan constateren, kan ik u melden dat de NZa in de eerste plaats de landelijke toegankelijkheid zal monitoren. Indien daar aanleiding toe bestaat kan de NZa inzoomen op de specifieke toegankelijkheid in een regio. Als de prijzen dusdanig stijgen dat de betaalbaarheid en toegankelijkheid in gevaar komen, kan de NZa mij adviseren om in te grijpen. Dat zou ultiem kunnen leiden tot een voortijdige beëindiging van het experiment. De SP-fractie vraagt naar mijn overwegingen om te kiezen voor een driejarig in plaats van een vijfjarig experiment. Ik heb hiervoor gekozen om de druk op partijen, om ook daadwerkelijk invulling te geven aan de kwaliteitsindicatoren, hoog te houden. Mijns inziens bevat een experiment met de duur van vijf jaar die druk onvoldoende.

Contractering

Bij het tot stand komen van de kwaliteitsindicatoren zijn de consumentenorganisaties (Consumentenbond en NPCF) nadrukkelijk betrokken, de fractie van het CDA vroeg daarnaar. Met betrekking tot haar vraag over de contractering, geldt dat op dit moment nauwelijks tandartsen worden gecontracteerd. Dat is een van de zorgpunten die ik met de Nederlandse Zorgautoriteit deel. Van de vrije prijsvorming verwacht ik echter een grotere bereidwilligheid van tandartsen om te contracteren omdat zorgverzekeraars, net als destijds in de fysiotherapie, meer ruimte krijgen om met voorkeursaanbieders te gaan werken en ook afspraken kunnen maken om hoge kwaliteit te kunnen belonen. In mijn brief van 6 juni 2011 heb ik aangegeven dat ik een hogere contracteringsgraad als een van de slaagfactoren van het experiment beschouw.

Meerwaarde vrije prijsvorming

De fractie van de PvdA vraagt of ik ook andere wegen heb verkend om innovatie in de mondzorg te bevorderen dan via vrij prijsvorming. Daarbij wijst zij op de keuzevrijheid van de patiënt en innovatiebudgetten. Wat de keuzevrijheid van de patiënt betreft kan ik kort zijn; juist de invoering van vrije prijzen zal de keuzevrijheid van patiënten bevorderen. De SP-fractie vreest een toename van de bureaucratie, ondermeer als gevolg van registratiesystemen, controle en het hanteren van kwaliteitsindicatoren. Ik ben het op dit punt niet met de SP eens. Het dereguleren van tarieven betekent juist een forse daling in bureaucratische inspanningen. Ik denk aan de technische overleggen bij de NZa, het geven van aanwijzingen door mijn ministerie om nog maar te zwijgen over de regelmatige rechtszaken over vastgestelde tarieven. Wel kan het zijn dat de individuele beroepsbeoefenaar, zeker in de beginperiode, een administratieve lastenverzwaring zal ervaren. Met een goed ingericht ICT-systeem moet het echter mogelijk zijn deze lasten tot een minimum te beperken.

Ontoelaatbare effecten

De leden van de CDA-fractie vragen wanneer sprake is van ontoelaatbare effecten. Onder ontoelaatbare effecten versta ik ontwikkelingen die de betaalbaarheid, toegankelijkheid of de kwaliteit van zorg in gevaar brengen. Dat kan inderdaad ook betrekking hebben op te hoge prijzen. De NZa zal hierop continu toezien. In dat verband vraagt de PvdA-fractie waarom er richtprijzen ontbreken, dit zou patiënten of hun zorgverzekeraars meer houvast geven bij hun onderhandelingen met de zorgaanbieders. Samen met de NZa ben ik van mening dat het afkondigen van richtprijzen averechts werkt op het creëren van vrijheid binnen de

tariefstelling. De richtprijzen zullen gauw leidend zijn voor de marktprijs (ze zullen als minimumprijs worden gezien) en daardoor de effecten van vrije prijsvorming belemmeren (pricesetting). Bovendien blijft de vraag dan overeind waarop deze richtprijzen moeten zijn gebaseerd en wie deze vaststelt. Naar mijn oordeel behoren «richtprijzen» vanuit de vrije marktwerking vanzelf te ontstaan als algemeen aanvaarde prijzen. Daarmee ontstaan vanzelf de «redelijke prijzen» zoals de PvdA-fractie deze benoemt. Essentieel bij dit alles blijft mijn eerder genoemde wettelijke verplichting om de prijzen in de wachtkamer of via de website duidelijk toonbaar te maken. Indien dit niet gebeurt kan de NZa op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) sancties opleggen. De vraag van de SP-fractie welke macromeerkosten ik toelaatbaar acht, kan ik niet beantwoorden. Elke uitspraak mijnerzijds hierover beïnvloedt een zuivere uitkomst van het experiment. Daarmee is niemand gediend. Een ontoelaatbaar effect zou ook een vermindering van zorginhoudelijke kwaliteit kunnen zijn, terecht dat de leden van de SP-fractie hierop wijzen. Sinds enige jaren monitort het College voor zorgverzekeringen (CVZ) de zorginhoudelijke kwaliteit van de mondzorg en rapporteert mij hierover in periodieke verslagen (Signalement Mondzorg). Dat zal het College ook blijven doen tijdens het experiment met de vrije prijsvorming. Voor wat betreft de ontwikkelingen binnen het verzekerd effect, waar de SP-fractie naar vraagt, geldt dat zorgverzekeraars een zorgplicht hebben. Dat verandert niet met de invoering van de vrije prijsvorming. Met betrekking tot ontwikkelingen rondom de eventuele afname van het aanvullend pakket, kan ik nu geen uitspraken doen, omdat dit één van de elementen is waarop de NZa zal monitoren.

Voorwaarden inschrijven nieuwe patiënten

De PvdA-fractie maakt melding van een onderzoek van de NMT naar voorwaarden waaronder nieuwe patiënten worden ingeschreven. Voor zover er voorwaarden worden gesteld zijn deze dermate ruim dat zij niet belemmerend hoeven te werken. Voorbeeld van een dergelijke voorwaarde is de mate van gemotiveerdheid voor een goede gebitsgezondheid. De SP-fractie vraagt of het niet onwenselijk is als patiënten frequent wisselen van zorgaanbieder. Het is mij niet duidelijk wat hierop tegen zou zijn, als dit recht doet aan de zelfbeschikking van de patiënt. Slechter zou de situatie zijn indien een patiënt uit onwetendheid of gewoonte bij een zorgaanbieder blijft, terwijl hij of zij kwalitatief betere zorg kan krijgen tegen een lagere prijs. De ontwikkeling van goede kwaliteitsindicatoren, maken het voor de patiënt gemakkelijker een dergelijke keuze te maken.

Klachtenregeling

De fractie van de PvdA vraagt naar de mogelijkheden van patiënten om klachten in te dienen of geschillen te beslechten. Op grond van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz) zijn zorgaanbieders verplicht om over een klachtenregeling ter beschikken. Indien dit niet het geval is zal de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) ingrijpen en eventueel sancties opleggen. In aansluiting daarop is op initiatief van de Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT) door de mondzorgsector de Stichting Garantiefonds Mondzorg in het leven geroepen. Deze stichting voorziet in terugbetaalmogelijkheden indien is vastgesteld dat het afgeleverde werk niet strookt met de algemene standaard van beroepsuitoefening. De patiënt kan er ook voor kiezen dat een andere bij de stichting aangesloten tandarts de behandeling voor de patiënt kosteloos uitvoert. De NMT beschikt over een vergelijkbare garantieregeling.

Feilzer

De fractie van de PvdA vraagt naar een reactie op de visie van professor Feilzer (decaan ACTA) dat het Nederlandse stelsel voor de mondzorg curatie boven preventie stelt. Hij pleit voor een meer evenwichtige verhouding. Ik ben het met professor Feilzer eens dat er in het verleden inderdaad een scheefgroei ten gunste van de curatieve mondzorg bestond. In de afgelopen jaren zijn er van overheidswege forse stappen gezet om curatie en preventie meer in balans te brengen. Daarbij denk ik in de eerste plaats aan het sterker positioneren van de mondhygienist via aanpassingen binnen de Wet BIG (uitbreiding bevoegdheden, directe toegang) en het in stand houden van een uitgebreid pakket voor jeugdmondzorg. Maar het kan altijd nog beter. Dat is ook de reden geweest om expliciet aan de NZa te vragen om bij het opstellen van de nieuwe prestatielijst meer evenwicht aan te brengen tussen curatieve en preventieve prestaties. De NZa heeft hier gehoor aan gegeven. Zo is bijvoorbeeld de non-invasieve behandeling bij kinderen opgenomen. Deze lijst zal vanaf 1 januari 2012 met de invoering van de vrije prijsvorming worden gehanteerd.

GGZ

De PvdA-fractie vraagt zich af waarom ik onder andere binnen de GGZ-sector besluit om te budgetteren, terwijl ik dat voor de mondzorg juist niet doe. Allereerst wil ik benadrukken dat ik vrije prijsvorming in de mondzorg beoog omdat dit een impuls zal geven aan: kwaliteit van zorg, innovaties in de mondzorg en ondernemerschap van mondzorg professionals. De aanbeveling om alle aanbieders in de GGZ te budgetteren ligt vooral in het feit dat er binnen de GGZ geen sprake is van een gelijk speelveld tussen de wel gebudgetteerde aanbieders en de niet gebudgetteerde aanbieders. Dit speelt niet binnen de mondzorg sector en ik zie dan ook geen aanleiding om tot budgettering over te gaan. Temeer daar mondzorg voor het grootste deel vanuit de aanvullende verzekering gefinancierd wordt.

Kwetsbare groepen

De fracties van de PvdA en de SP maken zich zorgen over de betaalbaarheid van mondzorg voor kwetsbare groepen en mensen met een verminderde zelfredzaamheid. Daarbij gaan deze fracties er kennelijk op voorhand vanuit dat de prijzen, voor de genoemde patiëntencategorieën, zullen stijgen. Het zal echter nog moeten blijken hoe de prijsontwikkeling gaat verlopen. Zo zullen sommige verrichtingen duurder worden, terwijl anderen juist goedkoper worden. Met betrekking tot kwetsbare groepen geldt dat de Zorgverzekeringswet onder de aanspraak op Bijzondere Tandheelkunde voorziet in mondzorg voor patiënten die niet zondermeer in een reguliere tandheelkundige setting kunnen worden behandeld. Dan gaat het veelal om patiënten met lichamelijke en geestelijke beperkingen of extreme angst voor de tandarts. De SP-fractie wijst tevens op de toegankelijkheid voor patiënten met ernstige aandoeningen als schisis, mondkanker en traumapatiënten. Deze aandoeningen vallen doorgaans onder de aanspraak van geneeskundige zorg, zoals bedoeld in de Zorgverzekeringswet, waarmee de vergoeding van deze zorg is gedekt.

Tweedeling in de zorg

De SP-fractie is beducht voor een tweedeling in de zorg en vreest overbehandeling of te vroege behandeling. Als minister van VWS maak ik mij sterk voor solidariteit binnen de samenleving voor die zorgdomeinen waarvoor wij ons collectief verantwoordelijk voelen. Voor de mondzorg is

dat voor mij in de eerste plaats de mondzorg voor de jeugd en de mondzorg voor mensen met lichamelijke- en geestelijke beperkingen die niet zondermeer binnen een reguliere praktijk kunnen worden behandeld. Daarnaast hebben bewoners van intramurale AWBZ-instellingen in het kader van hun verblijf recht op mondzorg. Verder is al eerder besloten om de mondzorg voor volwassenen buiten de basisverzekering te plaatsen. Terecht wat mij betreft, omdat volwassenen goed in staat zijn om de verantwoordelijkheid voor een goede mondgezondheid op te pakken. Bovendien geldt dat ruim driekwart van de Nederlanders aanvullend is verzekerd voor mondzorg. Met betrekking tot eventuele overbehandeling zie ik ook een belangrijke rol voor de kwaliteitsindicatoren. Hiermee krijgen individuele tandartsen immers inzicht in hun behandelingsgemiddelde.

Capaciteit

De fractie van de PvdA stelt vast dat het tandartsaanbod in Nederland in vergelijking met landen om ons heen beperkt is. Ook de fractie van de SP vraagt aandacht over de capaciteit in de mondzorg. Uit cijfers van het Council of European Chief Dental Officers blijkt dat de tandarts/populatie-verhouding in Nederland 1:2000 is. Dat is inderdaad hoger dan het Europese gemiddelde (1:1400). Daar staat echter tegenover dat Nederland voorop loopt met de beschikbaarheid van andere professionals in de mondzorg (mondhygiënist, tandprotheticus), waardoor deze getallen niet zondermeer vergelijkbaar zijn. In mijn brief van 6 juni 2011 ben ik uitvoerig ingegaan op mijn visie op de capaciteit in de mondzorg. Ik heb gezegd dat zowel het Capaciteitsorgaan als de NZa hebben vastgesteld dat er op dit moment geen aanleiding is om tekorten vast te stellen. Ik heb ook gezegd dat in die regio's waar zich eventueel toch nog tekorten zouden voordoen, juist vrije prijsvorming soelaas kan bieden. Immers, met vrije prijzen is het voor tandartsen minder aantrekkelijk om «op een kluitje» te zitten, zoals nu nog veelal het geval is rondom de opleidingssteden Groningen, Amsterdam en Nijmegen. Naar mijn verwachting zal de vrije prijsvorming leiden tot een betere spreiding van tandartsen over het land. Ook kan de invoering van vrije prijsvorming ertoe leiden dat tandartsen minder dan nu het geval is in deeltijd zullen werken, waardoor ook meer capaciteit voorhanden komt. Tot slot heb ik in mijn brief ook gewezen op de relatief grote instroom van buitenlandse tandartsen. Uit cijfers van het Centraal Informatiepunt Beroepen in de Gezondheidszorg (CIBG) blijkt het merendeel afkomstig te zijn uit de buurlanden Duitsland en België. Deze tandartsen beschikken over een geldig Europees diploma en kunnen rechtstreeks in Nederland aan de slag (via registratie in BIG-register). Tandartsen die niet beschikken over een Europees diploma ondergaan een uitgebreid theoretisch en praktisch assessment onder auspiciën van het CIBG. Daarmee is voldoende waarborg aanwezig voor de tandheelkundige kwaliteit van uit het buitenland instromende tandartsen.

Mijn reactie op de stelling van het Capaciteitsorgaan dat «een aanzienlijk deel van de tandartsen met pensioen gaat», zoals de PvdA-fractie die aanhaalt, is de volgende. Het spreekt voor zich dat de vergrijzing, net als in andere maatschappelijke sectoren, ook binnen de mondzorg haar tol eist. Maar tegelijkertijd doet zich de vraag voor of wij elke met pensioen gaande tandarts één-op-één met een nieuwe tandarts moeten vervangen. Wat dat betreft heb ik veel positievere verwachtingen van taakherschikking dan de aannames die het Capaciteitsorgaan doet. Zo gaat het Capaciteitsorgaan uit van een maximaal haalbare taakherschikking van 15%, terwijl ik meer waarde hecht aan de oorspronkelijke visie van de Adviesgroep Capaciteit Mondzorg en de commissie-Linschoten om in te zetten op een taakherschikking van 50% van de reguliere, dagelijkse mondzorg van tandartsen naar mondhygiënist. Nog los daarvan komt

het Capaciteitsorgaan zelfs bij haar conservatieve inschatting van de taakherschikking uit op een daling van het aantal tandartsen van 8 600 in 2008 naar 7 067 in 2025. Ik vind dat vooralsnog geen cijfers om nu de opleidingscapaciteit te verhogen, zeker niet gelet op de zojuist genoemde instroom van buitenlandse tandartsen en al helemaal niet gelet op de krappe budgetten waarmee wij te maken hebben.

Orthodontie

Met betrekking tot de orthodontie, vraagt de PvdA-fractie of de tweede tranche van de tariefkorting (zijnde 16%) nog wel doorgaat als de vrije prijsvorming wordt ingevoerd. Het spreekt voor zich dat de NZa na invoering van de vrije prijsvorming geen tariefkortingen meer kan en zal invoeren. Ik kan geen inschatting maken in hoeverre consumenten of hun zorgverzekeraars zelfstandig de tariefkorting van 16% kunnen uit onderhandelen, maar de handvatten worden daarvoor wel gegeven door middel van de invulling van de randvoorwaarden.

Opheffen verbod verdienen inkoop tandtechniek

De VVD-fractie vraagt in hoeverre het verbod kan worden ingetrokken om te verdienen op de inkoop van tandtechniek. Daar kan ik kort over zijn. Het gebod dat de tandarts één-op-één de techniekkosten aan de patiënt doorberekent komt met de invoering van de vrije prijsvorming te vervallen. De invoering van vrije prijsvorming zal eveneens de marktwerking binnen de tandtechniek bevorderen. Tandartsen zullen prijsbewuster tandtechniek inkopen om hiermee de kosten voor de consument te drukken. Daarmee vergroot de tandarts zijn marktpositie voor de consument. Tandtechnische laboratoria zullen meer dan voorheen rekening gaan houden met hun prijsstelling, waardoor de inkoopkosten van tandtechniek zullen dalen. Voorts kan de tandarts zelf de techniek in eigen hand te nemen, hoewel dat om een uiterst beperkt aantal zal gaan. Ik verwacht dus van de vrije prijsvorming ook een verscherping van de prijsstelling binnen de tandtechniek.

Communicatie

Een goede publieksvoorlichting over vrije prijsvorming is essentieel, zo vindt de fractie van de PvdA. Met de diverse mondzorgpartijen ben ik in overleg over een goede voorlichting van het publiek. In de zogenaamde eindejaarscampagne vanuit mijn ministerie over wijzigingen in het zorgstelsel, zal ik aandacht aan de vrije prijsvorming in de mondzorg besteden. Parallel daaraan zijn nu al verschillende mondzorgkoepels actief om hun leden te informeren over de ophanden zijnde ontwikkelingen. Ten slotte zal ook de NZa, in afstemmingen met consumentenorganisaties, bijdragen aan een goede publieksvoorlichting.