

Uitgangspunten opstellen conceptlijst prestatiebeschrijvingen mondzorg

In deze bijlage licht de NZa toe welke uitgangspunten gehanteerd zijn voor het opstellen van de conceptlijst prestatiebeschrijvingen mondzorg ten behoeve van het experiment vrije prijzen mondzorg.

1. Inleiding

Voorop staat dat in het visiedocument 'Bekostigingstructuur mondzorg' van de NZa (maart 2009) de belangrijkste uitgangspunten voor het bekostigingssysteem en daarbij het beschrijven van de prestaties, zijn genoemd. De belangrijkste adviezen aan de minister zijn geweest dat de prestaties transparant moeten zijn voor consumenten en dat de bekostigingstructuur een mix van verrichtingen en producten moet zijn. Verder is beschreven dat de NZa voor de topreferente zorg, bijzondere tandheelkunde en AWBZ-mondzorg een tijdseenheidssysteem het beste bekostigingssysteem vindt (uurtarief). En dat er meer prestaties op het gebied van preventieve zorg beschreven moeten worden. De minister heeft aangegeven in de voorhangbrief aan de Eerste en Tweede Kamer dat zij de adviezen van de NZa uit het visiedocument overneemt.

Bij het opstellen van de conceptlijst prestatiebeschrijvingen zijn verder de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- uitgangspunten op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)
- uitgangspunten inzake prestaties in een vrije markt;
- aanvullende uitgangspunten.

1.1 *Uitgangspunten op basis van de Wmg*

Op basis van de Wmg stelt de NZa prestatiebeschrijvingen vast voor de mondzorg. Kernvraag voor een prestatiebeschrijving is wat de zorg inhoudt; de NZa hanteert een functionele omschrijving van de zorg. De prestatielijst voor de mondzorg is daarmee voor alle zorgaanbieders in de mondzorg¹ van toepassing. Op basis van deze prestaties moet de geleverde zorg gedeclareerd worden. Voor het vaststellen van declarabele prestaties hanteert de NZa voor alle zorgmarkten, in principe, volgende criteria, waarbij de toepassing van de criteria afhankelijk is van het type markt (vrij of gereguleerd):

Inhoudelijke/tandheelkundige herkenbaarheid

Aanbieder en consument/verzekeraar moeten een prestatie als zodanig kunnen herkennen. Om een nieuwe prestatie toe te voegen, moet er ook een duidelijk verschil met andere prestaties zijn.

Meetbaarheid

Prestaties moeten eenduidig kunnen worden vastgelegd, met name voor het declaratieverkeer en monitoring.

Er moet een minimaal volume zijn (aantal patiënten/geleverde prestaties) en een minimale omzet.

Er moet een evenwicht worden gezocht tussen het 'vermarkten' van nieuw zorgaanbod enerzijds en een wildgroei van prestaties anderzijds. Dit is mede relevant voor (potentiële) marktwerking want prestaties worden pas interessant voor inkoop als sprake is van voldoende volume.

¹ Tandartsen (waaronder bijzondere tandheelkunde, tandheelkunde AWBZ, jeugdmondzorg), orthodontisten, tandprotheticen en mondhygiënist. Kaakchirurgen zijn uitgezonderd.

Spreiding

Prestaties moeten voldoende gespreid zijn over een aantal aanbieders, anders heeft het geen zin om er een landelijk geldende prestatie van te maken.

Pagina
2 van 6

Niet manipuleerbaar

De aanbieder moet niet de mogelijkheid hebben om het aantal prestaties eenzijdig sterk te beïnvloeden, anders dan door hogere reële productie. Dat betekent ook dat prestaties van elkaar te scheiden moeten zijn en weinig mogelijkheid tot aanbod gestuurde vraag en upcoding moeten bieden. Anderzijds moet het ook niet tot onderbehandeling leiden.

Kostenhomogeniteit

Binnen dezelfde prestatiedefinitie moeten de werkelijke kosten niet te veel uit elkaar liggen. Is dat wel het geval, dan kan het beter zijn om er twee prestaties van te maken.

1.2 *Uitgangspunten inzake prestaties in een vrije markt*

In een systeem van vrije prijzen komt transparantie voor de patiënt/consument op de eerste plaats, maar moet er tevens voor gezorgd worden dat de zorgaanbieders in de dagelijkse praktijk goed met de prestaties kunnen werken.

In een systeem van vrije prijzen moeten de zorgaanbieders wel de vastgestelde prestatiebeschrijvingen hanteren, maar de aanbieder kan zijn eigen prijs per prestatie bepalen (dit is zijn *standaardprijs*) en deze kan hij desgewenst bijstellen. De overweging om een prestatie te beschrijven is hierdoor zorginhoudelijk en niet financieel van aard. In een gereguleerde setting dient voor elke prestatie bepaald te worden welke gemiddelde kosten daarin moeten worden verdisconteerd en welke kosten met een toeslag of een andere prestatie moeten worden gedeclareerd.

In de nieuwe systematiek wordt uitgegaan van minder gedetailleerde prestatiebeschrijvingen, waardoor er vrijheid ontstaat om te differentiëren in zorginhoud (binnen de grenzen van de prestatiebeschrijving) en prijs. Dit is een bewuste beleidskeuze. Zo hebben zorgaanbieders binnen de prestaties ruime mogelijkheden om in aanbod te differentiëren, bijvoorbeeld op basis van service, kwaliteit of patiëntvoorkeuren. Zorgaanbieders krijgen hierdoor de ruimte om bijvoorbeeld op basis van kwaliteit 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.

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. 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). Ten behoeve van de transparantie over prijsdifferentiatie worden voorschriften uitgewerkt in een nadere regel. Deze nadere regel wordt later dit jaar door de NZa vastgesteld.

De zorgaanbieder moet, ten behoeve van transparantie, de criteria op basis waarvan wordt afgeweken van de standaardprijslijst openbaar maken, bijvoorbeeld via de website of een beschrijving in de praktijkruimte, zodat de patiënt voorafgaand aan de behandeling inzicht heeft in de criteria die de zorgaanbieder hanteert voor differentiatie. Dit kan door de NZa getoetst worden.

In het kader van de transparantie is bij het beschrijven van de prestaties al voorzien in de volgende prijsdifferentiaties waarvan verwacht wordt dat deze vaak in praktijk zullen voorkomen. Door hierop al te anticiperen wordt eenduidigheid in de sector bewerkstelligd:

- Bij een aantal prestaties is beschreven dat de kosten voor materiaal/techniek geen onderdeel uitmaken van de door de aanbieder vastgestelde standaardprijs per prestatie, maar afzonderlijk in rekening worden gebracht. Deze kosten variëren per patiënt. Deze prestaties zijn gekenmerkt door de toevoeging van een sterretje (*).
- Bij enkele prestaties is al onderscheid gemaakt naar zorgzwaarte, omdat op voorhand duidelijk is dat hier in de praktijk grote variatie in bestaat (bijvoorbeeld bij gebitsreiniging, extracties, het onderscheid in vlakken per vulling en de moeilijkheidsgraad bij een wortelkanaalbehandeling).

De praktijk moet uitwijzen of deze vrijheidsgraden tot gewenste effecten leiden en de transparantie van de grond komt. Afhankelijk van de praktijkervaringen kan de vrijheid door de NZa meer of minder worden ingeperkt.

1.3 *Aanvullende uitgangspunten*

Functionele tarieven

De prestaties zijn functioneel beschreven en zijn zorginhoudelijk van aard. Dit betekent dat de zorg en niet de aanbieder centraal staat. Er is daardoor één lijst opgesteld met mondzorgprestaties die voor alle aanbieders in de mondzorg van toepassing is.

Samenstelling van prestaties

Om de transparantie voor de consument te vergroten zijn de nieuwe prestaties uit een combinatie van verrichtingen en producten uit de bestaande beleidsregel met prestatiebeschrijvingen voor de tandheelkunde samengesteld (verder: UPT-lijst; dit is de in de markt gehanteerde naam voor de bestaande beleidsregel).

Om duidelijkheid over de inhoud van de prestatie voor consumenten, aanbieders en verzekeraars verder te vergroten, is in een toelichting per prestatie beschreven welke handelingen daar in ieder geval onder vallen. De toelichting bestaat uit een niet-limitatieve lijst van handelingen waarin niet wordt voorgeschreven met welke apparatuur/ materialen en (in de meeste gevallen) in hoeveel tijd, de prestatie moet worden uitgevoerd. Dit betekent dat een aanbieder de mogelijkheid heeft een gedeelte van de prestatie (binnen de beschrijving) zelf vorm te geven en op basis daarvan zijn prijs te bepalen. Bij de beschreven prestaties is er van uitgegaan dat alle kosten die in ieder geval nodig zijn om de prestatie te leveren, bij de standaardprijs voor de prestatie worden inbegrepen. In de communicatie tussen zorgaanbieder en patiënt dient de zorgaanbieder helder te maken waarom bepaalde handelingen wel/niet worden uitgevoerd en wat de financiële consequenties hiervan zijn voor de patiënt. Zoals eerder opgemerkt zal dit ook als transparantievoorschrift in een nadere regel worden uitgewerkt.

*Patiëntvriendelijke formulering van prestatie (beschrijvingen)*Pagina
4 van 6

Bij het opstellen van de nieuwe prestaties en de prestatiebeschrijvingen is getracht deze zo patiëntvriendelijk mogelijk te formuleren. Streven is om met de prestatienaam al duidelijk te maken wat de patiënt kan verwachten; in de beschrijving wordt een toelichting gegeven op de inhoud van de prestatie. Voor de herkenbaarheid van de prestaties richting de zorgaanbieder is in de toelichting per prestatie naast de patiëntvriendelijke term ook de medische term opgenomen.

In sommige gevallen is het niet mogelijk gebleken om de medische terminologie helemaal los te laten. Dit vanwege het feit dat het soms om technische zorginhoudelijke onderwerpen gaat die er niet duidelijker op worden als ze in leken taal worden omschreven. In deze gevallen is steeds een afweging gemaakt tussen transparantie voor de patiënt en een duidelijk afgebakende omschrijving die ook voor de zorgaanbieders werkbaar is. De NZa ziet hier een taak voor de zorgverlener om de patiënt goed voor te lichten over de behandeling die uitgevoerd zal worden. Hiervoor is ruimte tijdens de behandeling van het zorgplan, nadat de diagnose is gesteld.

Een van de punten die in het kader van patiëntvriendelijke formulering is besproken is de term (gebits)element. Er is overwogen om het begrip 'element' overal te vervangen door 'gebitselement', maar het projectteam is toch van mening dat de patiënt in staat is om het woord element juist te interpreteren. Daarom is er ook niet voor gekozen om de benaming tand of kies in plaats van element te gebruiken (met uitzondering van de prestaties voor extracties). Het begrip 'element' is in de begripsbepalingen nader omschreven.

Materiaal- en techniekkosten

De beschreven prestaties omvatten in het algemeen ook de kosten van gebruiks- en verbruiksmaterialen. Alleen in die gevallen dat die kosten naar verhouding tot de te leveren prestatie zelf aanmerkelijk uiteen kunnen lopen is door middel van een * aangegeven dat deze kosten apart in rekening kunnen worden gebracht. Het gaat dan om kosten die per patiënt zeer kunnen variëren, zoals de kosten van tandtechniek of bepaalde materialen. Dit wordt gedaan vanuit een oogpunt van transparantie voor de consument. De standaardprijs van de aanbieder zou vanwege deze variatie nooit een reële opgave van de definitieve prijs zijn waardoor consumenten vooraf misleid kunnen worden. De zorgaanbieder dient de consument vooraf te informeren over de te verwachten definitieve prijs.

Bij het opstellen van een begroting voor de uitvoering van een behandelplan waarbij techniekkosten worden gemaakt zal de zorgaanbieder uitgaan van een inschatting van de techniekkosten bij een dergelijke prestatie. De patiënt zal dan duidelijk gemaakt moeten worden dat de werkelijke techniekkosten af kunnen wijken van de begroting. Achteraf ziet de patiënt in de factuur voor tandtechniek wat de werkelijk gemaakte kosten zijn.

Bij enkele prestaties, zoals vullingen en kronen, kan een grote variatie voorkomen in het materiaal dat de zorgverleners gebruiken. Toch is bij deze prestaties niet opgenomen dat de materiaal-/techniekkosten separaat in rekening mogen worden gebracht. De reden is dat elke tandarts in het algemeen bewust zal kiezen voor het gebruik van een bepaald materiaal voor een bepaalde prestatie. Daarmee maakt het onderdeel uit van de kostprijsberekening voor die prestatie.

Als in bepaalde gevallen het gebruik van ander materiaal leidt tot een afwijking van de standaardprijs voor de prestatie, zal de tandarts daarover met de patiënt overeenstemming dienen te bereiken. Sommige zorgaanbieders bepleitten een aparte beschrijving van prestaties op basis van het te gebruiken materiaal (bv. composiet of amalgaam vullingen). Afgezien van het feit dat elke zorgaanbieder in het algemeen hetzelfde materiaal gebruikt en dat zal meenemen in de berekening van de kostprijs, belemmert nadere specificatie van prestaties naar gebruikt materiaal innovaties als er nieuw materiaal op de markt komt.

Zorgzwaarte

In de algemene praktijk wordt een prestatie geleverd binnen een zekere bandbreedte van tijdsbesteding en kosten. Deze bandbreedte vormt de basis voor de tariefberekening. In sommige gevallen past de levering van een bepaalde prestatie bij een bepaalde patiënt niet binnen de bandbreedte van de betreffende praktijk, omdat sprake is van een andere zorgzwaarte. Een andere zorgzwaarte kan te maken hebben met de prestatie 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). In dit laatste geval dienen de patiënt en de aanbieder een individuele prijs overeen te komen. De prestatiebeschrijving blijft gelijk, maar de prijs varieert afhankelijk van de zorgzwaarte. Voor enkele prestaties is vooraf wel al onderscheid gemaakt naar zorgzwaarte omdat op voorhand duidelijk is dat hier in de praktijk grote variatie in bestaat (bijvoorbeeld bij gebitsreiniging). Dit is al eerder toegelicht in paragraaf 1.2. De NZa bepaalt in haar regelgeving niet hoeveel (in bedrag of percentage) afgeweken mag worden van het tarief dat op de standaardprijslijst vermeld staat.

Extra prestaties

Ten opzichte van de huidige UPT-lijst is er in de nieuwe prestatielijst meer aandacht voor prestaties ten behoeve van diagnose en preventie.

Meer ruimte voor innovatie

Doordat de nieuwe prestaties minder gedetailleerd zijn omschreven dan huidige prestaties heeft de zorgaanbieder de vrijheid een innovatie toe te passen binnen de grenzen van de prestatiebeschrijving. Hiervoor hoeft geen aparte prestatiebeschrijving te worden vastgesteld. Het standaardtarief van de prestatie kan op basis van de innovatieve methodiek desgewenst worden vastgesteld. Wanneer een innovatie niet onder een van de reeds vastgestelde prestatiebeschrijvingen valt, en derhalve een volledig nieuwe behandeling behelst, moet hiervoor wel een aparte prestatiebeschrijving worden vastgesteld (eventueel op basis van de NZa-beleidsregel "Innovatie").

Hoofdstukindeling

Ook zijn de prestaties niet meer aan een specifiek hoofdstuk gebonden. Voor de leesbaarheid zijn de prestaties wel opgedeeld in hoofdstukken, maar anders dan in de UPT-lijst mogen de zorgaanbieders in principe prestaties uit verschillende hoofdstukken met elkaar combineren. Dit heeft als bijkomend voordeel dat het niet nodig is om bijvoorbeeld voor elk vakgebied separaat de prestatie 'consult' op te nemen.

De volgorde van de hoofdstukken is gekozen op basis van de frequentie waarmee de onderscheiden groepen van prestaties in de algemene praktijk zullen voorkomen. Zo zullen prestaties in de paragraaf 'consultatie en diagnostiek' bij elke patiënt vaak voorkomen, gevolgd door prestaties in de paragraaf 'preventie en nazorg' en zo verder.

De prestaties in de paragraaf 'beugels' worden maar bij een beperkte categorie patiënten geleverd en staan daarom achteraan in de lijst. Als laatste omvat de paragraaf 'diversen' prestaties die in uitzonderlijke gevallen worden geleverd en die prestaties die niet onder een specifiek onderdeel van de mondzorg vallen zoals 'mondzorg aan huis'.

Codering

Na overleg met Vektis is bij de codering uitgegaan van één letter en drie cijfers. Een bepaalde letter betreft een inhoudelijke samenhangende groep van prestaties, maar heeft geen betrekking op de inhoud van die groep van prestaties. Het gebruik van de letters en cijfers is zodanig dat er ruimte is om eventueel later prestaties toe te voegen. Door het koppelen van 'voorloopcodes' aan deze codes kunnen anderen, zoals verzekeraars en onderzoekers, voor hen relevante analyses maken van de gedeclareerde prestaties (bv. voor het onderscheid Zorgverzekeringswet/niet-Zorgverzekeringswet).

1.4 Geen onderdeel van de conceptlijst prestatiebeschrijvingen

Service

Niet voor alle situaties kan een prestatie worden vastgesteld. Prestaties die alleen gericht zijn op extra service zijn niet opgenomen in de nieuwe prestatielijst omdat het geen zorg betreft waar de Wmg op van toepassing is. Dit betekent dat de NZa niet de bevoegdheid heeft om hiervoor prestaties vast te stellen.

Het staat aanbieders vrij om desgewenst apart de kosten in rekening te brengen voor het leveren van de extra service. Denk aan de kosten van een niet nagekomen afspraak of de haalservice (jeugd tandverzorging). Net als in de huidige beleidsregel wordt er in de nieuwe prestatielijst niets opgenomen over 'administratiekosten'.

Zo is ook niet ingegaan op het verzoek van enkele wetenschappelijke verenigingen om een aparte prestatie 'voorbereiding praktijkruimte' op te nemen. 'Vorbereiding praktijkruimte' is geen zorgprestatie en de kosten ervan kunnen tot uiting komen in de kostprijs van de zorgprestaties.

Aanspraak

De verzekerde aanspraak is niet ter bepaling aan de NZa en maakt derhalve, net als in de huidige gereguleerde markt, geen onderdeel uit van de prestatiebeschrijvingen. Het is aan de markt om te verduidelijken of de zorg voor een individuele patiënt wel of niet ten laste van de Zvw of AWBZ gebracht mag worden. De prestatiebeschrijvingen hebben niet als doel om dit onderscheid in verzekerde zorg / niet-verzekerde zorg te expliciteren.

Kwaliteit

De NZa hecht grote waarde aan kwaliteitsinformatie daar dit de transparantie van de markt vergroot.

Kwaliteitsnormen zijn echter ter bepaling aan de sector en de Inspectie voor de gezondheidszorg, niet aan de NZa. Derhalve verbindt de NZa geen kwaliteitsnormen aan de prestatiebeschrijvingen. Ook in de toelichtingen bij prestaties zullen geen kwaliteitsnormen worden ingebouwd. Voor de declaratie van sommige prestaties is een bepaalde indicatie nodig die op basis van protocollen wordt vastgesteld (bijvoorbeeld DPSI-score, DETI-score). Waar relevant wordt dit wel in de prestatiebeschrijvingen opgenomen, net als in de huidige situatie.