

Rapport

Trends en toegankelijkheid in de orthodontie, deel 2

Uitkomsten Onderzoek naar de
toegankelijkheidseffecten op de verlaging van
de orthodontietarieven

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	9
1.1 Aanleiding en achtergrond	9
1.2 Doelstelling onderzoek	9
1.3 Relatie met andere onderzoeken	9
1.4 Onderzoeksmethodiek	10
1.4.1 Onderzoeksopzet	10
1.4.2 Gebruikte bronnen	10
1.4.3 Respons en volledigheid gegevens	10
1.4.4 Methodiek	11
1.5 Afstemming met veldpartijen	12
1.6 Leeswijzer	12
2. Aantallen en omzetten	13
2.1 Aantal gedeclareerde beugelcategorieën	13
2.2 Omzetten	16
3. Orthodontisten en tandartsen	21
3.1 Omzetverhouding tandartsen en orthodontisten	21
3.2 Aantal praktijken	22
3.3 Omzet orthodontische zorg per type aanbieder	23
4. Signalen en reistijd	25
4.1 Signalen	25
4.2 Reistijdanalyse	25
5. Conclusies	27
Bijlagen: Zienswijze ANT en Zienswijze KNMT	28

Vooraf

Voor u ligt het rapport 'Trends en toegankelijkheid in de orthodontie, deel 2'. Hierin geeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de uitkomsten weer van het onderzoek dat de NZa heeft uitgevoerd naar aanleiding van de doorgevoerde verlaging van de orthodontietarieven per 1 juli 2011 en 1 januari 2013.

In dit rapport worden trends in de orthodontische zorg in beeld gebracht, zoals het aantal beugels, de veranderingen in materiaal en techniekkosten en het aantal betrokken consumenten. Daarnaast geeft de NZa antwoord op de vraag wat de verlaging van de orthodontietarieven betekent voor de toegankelijkheid van de orthodontische zorgmarkt.

De Nederlandse Zorgautoriteit

drs. M.A. Ruys
voorzitter Raad van Bestuur a.i.

Managementsamenvatting

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft per 1 juli 2011 en 1 januari 2013 de tarieven voor orthodontische zorg verlaagd. Het doel van dit onderzoek is om eventuele toegankelijkheidseffecten naar aanleiding van deze tariefsverlagingen in de markt voor orthodontische zorg te meten. Om een uitspraak te kunnen doen over de toegankelijkheidseffecten wordt gebruik gemaakt van declaratiebestanden van factureringsmaatschappijen en van Vektis.

Uit de analyses blijkt dat de markt voor orthodontische zorg gegroeid is in de periode 2011 tot en met 2013. Aanbieders zetten meer zorg af. Tegelijkertijd doet zich een (geringe) verschuiving voor: de orthodontische zorg door tandartsen daalt ten faveure van het aandeel dat geleverd wordt door orthodontisten.

Een groeiend deel van de orthodontische omzet bestaat uit omzet die gemoeid is met 'beugelcategorieën'. Deze ontwikkeling duidt erop dat meer beugels zijn geplaatst. Voor een deel hangt dit samen met een groei van het aantal patiënten, voor een ander deel met een toegenomen aantal beugels per patiënt en tot slot voor een deel door toegenomen materiaal- en techniekkosten. Deze laatste twee ontwikkelingen duiden op een toename in de behandelvariatie.

De NZa heeft geen signalen over verminderde toegankelijkheid van orthodontische zorg ontvangen. Uit een analyse van de data blijkt dat de reistijd naar de dichtstbij gelegen aanbieder in de periode nauwelijks is veranderd. De ontwikkelingen in de markt voor orthodontische zorg geven geen aanleiding tot de conclusie dat de tariefaanpassingen de toegankelijkheid hebben verminderd.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding en achtergrond

De tarieven voor orthodontische zorg zijn de afgelopen jaren in belangrijke mate aangepast. De NZa heeft deze tarieven op 1 juli 2011 met 16% verlaagd. Op 1 januari 2012 is het experiment vrije prijzen van start gegaan. Dit experiment is per 1 januari 2013 weer beëindigd. Met het opnieuw invoeren van maximumtarieven, zijn deze opnieuw met 16% verlaagd. Met deze verlagingen is uitvoering gegeven aan het kostenonderzoek dat in 2010 uitgevoerd is door Conquaestor/Significant.¹

De NZa heeft bij de genoemde veranderingen in het tarief aangekondigd dat de ontwikkelingen in de markt gemonitord zouden worden. Het gaat dan om de ontwikkelingen in het volume, het aantal aanbieders van orthodontische zorg en/of het aantal patiënten dat deze zorg heeft gekregen. In het bijzonder is daarbij van belang of de toegankelijkheid van orthodontische zorg gewaarborgd blijft. In dit onderzoek worden daarvoor data van Vektis en factureringsmaatschappijen geanalyseerd.

1.2 Doelstelling onderzoek

Het doel van dit onderzoek is om eventuele toegankelijkheidseffecten die optreden in de markt voor orthodontische zorg te meten. De daarvoor gebruikte databestanden bevatten de declaraties van 1 januari 2011 tot en met 31 december 2013. Met de hierop gebaseerde analyses wordt inzicht gegeven in volume- en toegankelijkheidseffecten na de doorgevoerde tariefwijziging per 1 juli 2011 en 1 januari 2013. Om een uitspraak te kunnen doen over deze effecten worden (ook) vergelijkingen gemaakt met de periode vóór de tariefverlaging.

1.3 Relatie met andere onderzoeken

De NZa heeft reeds in het najaar van 2011 een toegankelijkheidsonderzoek orthodontie uitgevoerd (rapportage februari 2012). Deze analyse richtte zich op de effecten kort na de eerste tariefwijziging (1 juli 2011). Door het korte tijdsbestek en de introductie van het experiment vrije prijsvorming per 1 januari 2012 was het slechts mogelijk om over een beperkte periode te rapporteren. De nu voorliggende analyse betreft eveneens de tweede helft van 2011 maar dan met meer data en meer analyses alsook gegevens over de jaren 2012 en 2013.

In 2013/2014 heeft de NZa eveneens een kostenonderzoek uit laten voeren (door onderzoeksbureau Deloitte). In het kader van dit kostenonderzoek zijn de kosten, opbrengsten en geleverde prestaties van onder meer orthodontisten en tandartsen in kaart gebracht voor de jaren 2011 en 2012. De NZa heeft met deze gegevens de tarieven voor onder meer de orthodontische zorg herijkt.

¹ Zie voor toelichting op deze stap de naar veldpartijen verzonden circulaire met kenmerk CI/12/96c.

1.4 Onderzoeksmethodiek

1.4.1 Onderzoeksopzet

Zoals eerder beschreven, is dit onderzoek gericht op de markt voor orthodontische zorg, waarbij onderzocht wordt welke volume- en toegankelijkheidseffecten zich voordoen na verlaging van de orthodontietarieven. Deze effecten worden voornamelijk gemeten door een analyse te maken van de gedeclareerde beugelcategorieën, omzetten en reistijden in de periode januari 2011 tot en met december 2013. De analyses richten zich op zowel orthodontisten als tandartsen (die orthodontische zorg leveren).

1.4.2 Gebruikte bronnen

De NZa heeft voor de hiervoor genoemde periode data uitgevraagd bij factureringsmaatschappijen en Vektis. Bij de factureringsmaatschappijen gaat het om Infomedics (voorheen NMT FenCS, Infomedics en DFA Services), Famed en Netpoint. Vektis verzamelt de data van (alle) zorgverzekeraars.

Bij zowel de factureringsmaatschappijen als Vektis zijn de volgende gegevens uitgevraagd:

- De gedeclareerde prestaties
- De daarbij behorende tarieven
- Afzonderlijk in rekening gebrachte materiaal- en techniekkosten
- De data waarop deze prestaties geleverd zijn
- De (4-cijferige) postcode van de patiënt
- De AGB-code van de aanbieder
- De postcode van de aanbieder (4 cijfers en 2 letters)

1.4.3 Respons en volledigheid gegevens

Vektis en factureringsmaatschappijen

De NZa heeft zowel de gegevens bij factureringsmaatschappijen als die van Vektis opgevraagd om een zo volledig mogelijk beeld te geven van:

- het aantal aanbieders dat orthodontische zorg levert en
- de aantallen prestaties/omzet van deze aanbieders.

Het grootste deel van de orthodontische zorg valt niet onder de Zorgverzekeringswet. Consumenten kunnen er voor kiezen om zich aanvullend te verzekeren of deze zorg zelf te betalen. Een deel van de consumenten kiest voor het laatste. De consequentie is dat de bestanden van Vektis niet alle gedeclareerde prestaties voor orthodontische zorg zullen bevatten. Het deel dat bij deze data buiten beeld blijft, zijn de prestaties die niet bij de zorgverzekeraar worden gedeclareerd.

Aanbieders van orthodontische zorg kunnen gebruik maken van een factureringsmaatschappij. Uit het eerder genoemde kostenonderzoek blijkt dat in 2012 72,6% van de orthodontisten en 59,5% van de tandartsen daarvan gebruik maakt. Via de factureringsmaatschappijen komt dus eveneens een deel van de markt in beeld. Het deel dat buiten beeld blijft, zijn de prestaties van aanbieders die geen gebruik maken van factureringsmaatschappijen.

Tussen beide datasets zit – zoals uit bovenstaande blijkt – overlap. Vektis heeft in zijn dataset eveneens opgenomen wie de 'indiener' is van de betreffende declaratie. De NZa heeft in de analyses bij de Vektis-dataset alleen die gegevens betrokken die op grond van dit gegeven niet van een factureringsmaatschappij afkomstig is. Het aandeel van deze

prestaties van factureringsmaatschappijen in de dataset van Vektis is 38% in 2012.

Hoewel de datasets na schoning voor de overlap gecombineerd kunnen worden, maakt de NZa bij veel analyses in dit onderzoek gebruik van beide datasets afzonderlijk. In het geval van de factureringsmaatschappijen gaat het dan om alle data die via deze bedrijven gedeclareerd zijn, in het geval van de Vektis-data om het deel waarvan Vektis aangeeft dat deze via andere bronnen bij de zorgverzekeraars zijn gekomen.² Ook een gecombineerde dataset geeft immers geen totaalbeeld van deze markt, de data zijn (gezamenlijk of afzonderlijk) wel goed bruikbaar om verhoudingen en trends door de jaren heen weer te geven.

Volledigheid van bestanden

De databestanden van Vektis zijn gebaseerd op de aanleveringen van individuele zorgverzekeraars aan Vektis. Deze aanleveringen vinden periodiek plaats maar de aanleverdata kunnen verschillen per verzekeraar. Er ontstaat vertraging tussen het moment van behandeling en het moment van registratie doordat de declaraties die Vektis levert voor een deel afkomstig zijn van individueel ingediende nota's van verzekerden. Door de deels handmatige aanlevering kost het meer tijd voordat de bestanden van verzekeraars volledig zijn. Verzekerden kunnen tot uiterlijk 3 jaar na datum nota's indienen bij de zorgverzekeraar.

Omdat de bestanden van Vektis in de loop van 2014 zijn aangeleverd, is het aantal declaraties van 2013 dat nog niet verwerkt is, gering. De NZa gaat in onderstaande analyses daarom uit van de werkelijk aangeleverde gegevens en maakt geen gebruik van schattingen of ophogingen vanwege deze vertraging.³

1.4.4 Methodiek

Aan Vektis en de factureringsmaatschappijen is gevraagd om de gegevens te verstrekken per AGB praktijkcode. Gebleken is dat deze AGB-code niet altijd (goed) geregistreerd wordt en/of dat de *zorgverlenerscode* wordt gehanteerd die niet gelijk is aan de praktijkcode. Ook blijkt dat er verschillende praktijken zijn die gebruik maken van meerdere AGB-codes. Hierdoor is het niet mogelijk alle beschikbare AGB-codes als praktijken te definiëren. Daarom is ervoor gekozen om er bij deze analyses vanuit te gaan dat iedere postcode van zes karakters (1234XX) één individuele praktijk betreft. Deze aanname kan tot een onderschatting van het werkelijke aantal leiden als het (vaak) voorkomt dat meerdere praktijken op één volledig identiek adres (postcode) gevestigd zijn. Anderzijds kan het tot een overschatting leiden als er (veel) praktijken zijn die op meerdere adressen gevestigd zijn en deze (verschillende) adresgegevens gebruiken bij de declaraties. Ook hiervan geldt dat deze gegevens wel bruikbaar zijn voor trends.

Bij deze analyse is de AGB-code wel gebruikt om de praktijk te typeren als hetzij orthodontist hetzij tandarts (de codes die beginnen met een 12- duiden op een tandarts en met een 13- op een orthodontist). Zijn op een postcode van zes karakters AGB-codes gevonden met zowel een 12-

² Eén van deze andere bronnen, is de verzekerde/consument zelf. Net uitgesloten is – gezien de genoemde percentages – dat een deel van deze declaraties toch afkomstig is van de factureringsmaatschappijen (maar dan via de consument) en er dus nog enige overlap blijft bestaan. Ook om die reden worden de datasets deels afzonderlijk geanalyseerd.

³ Zie Toegankelijkheidsonderzoek Orthodontische zorg I, te vinden op de website van de NZa: www.nza.nl.

als een 13-code, dan worden deze als twee afzonderlijke praktijken getypeerd.

Voor de reistijdenanalyse onder paragraaf 4.2 is gebruik gemaakt van de postcodes uit de databestanden van Vektis en de factureringsmaatschappijen en het aantal inwoners per postcodegebied.

1.5 Afstemming met veldpartijen

Een concept-versie van dit rapport is voorgelegd aan de ANT, OVAP, KNMT, ZN en Vektis. Op 9 oktober is een 'consultatie-bijeenkomst' geweest over opmerkingen en verzoeken naar aanleiding van het concept. Naar aanleiding van de opmerkingen en suggesties is de tekst op onderdelen aangepast en zijn analyses toegevoegd.

1.6 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 worden de verschillende analyses weergegeven voor wat betreft de aantallen beugelcategorieën. In het derde hoofdstuk wordt ingegaan op de verschillen tussen orthodontisten en tandartsen. Hoofdstuk 4 ten slotte bevat een reistijdanalyse. In hoofdstuk 5 worden conclusies getrokken.

2. Aantallen en omzetten

In dit hoofdstuk worden de verschillende analyses weergegeven die gebaseerd zijn op de aantallen beugelcategorieën (paragraaf 2.1) en de totale omzetten voor orthodontische zorg (paragraaf 2.2).

2.1 Aantal gedeclareerde beugelcategorieën

Een volledige beugelbehandeling bestaat uit meerdere prestaties. De belangrijkste daarvan is de 'beugelcategorie'. Deze prestatie duidt op het type beugel dat geplaatst is. Bij een onderzoek naar 'aantallen' in de orthodontische zorg, zijn de prestaties 'beugelcategorieën' dan ook meest van belang⁴. Een beugelbehandeling begint in ieder geval met een 'beugelcategorie'. Binnen één beugelbehandeling voor een consument kunnen meerdere beugels geplaatst worden (bijvoorbeeld: eerst uitneembare en vervolgens vaste apparatuur).

De exacte invulling van de regulering in de onderzochte periode (2011-2013) is verschillende keren ingrijpend gewijzigd. Kort weergegeven komen deze wijzigingen op het volgende neer:

- Tot juli 2011 waren de orthodontische prestaties in de regulering opgesplitst in beugelbehandelingen die door orthodontisten werden geleverd en die door tandartsen werden geleverd. Omdat dit onderscheid per 1 juli 2011 is vervallen, moeten voor de eerste helft van 2011 verschillende codes gecombineerd worden. In 2011 werd daarnaast ook gebruik gemaakt van 'overgangstoelagen' bij de overstap naar een andere soort beugel (zie hieronder).
- Per 1 januari 2012 startte een experiment vrije prijsvorming in de orthodontische zorg. Het 'prestatiegebouw' is daarbij ingrijpend gewijzigd. Belangrijk is het aantal gedefinieerde beugels en het feit dat de materiaal- en techniekkosten afzonderlijk in rekening konden worden gebracht.
- Per 1 januari 2013 is het hiervoor genoemde experiment beëindigd. Op voorstel van brancheorganisaties van aanbieders en zorgverzekeraars, is bij deze 'herregulering' de prestatie-indeling van 2012 als uitgangspunt gebruikt. Omdat daarbij tarieven moesten worden bepaald, zijn enkele beugels weer opgedeeld.⁵

In tabel 1 zijn de verschillende prestaties genoemd die horen bij de plaatsing van een beugel. Daarbij zijn de beugelbehandelingen in vier typen ingedeeld.

In de regulering van de verschillende jaren zijn verschillende aanduidingen gebruikt voor het plaatsen van beugels (aanvangstoelagen, beugelcategorieën). In deze toegankelijkheidsanalyse wordt gebruik gemaakt van de term beugelcategorie.

⁴ Er wordt daarbij dus niet gekeken naar het aantal *beugelconsulten*, *nacontroles*, etc.

⁵ Zie voor een uitvoeriger toelichting circulaire CI/12/96c.

Tabel 1: Vergelijking van de prestaties voor 2011, 2012 en 2013

	Codes in 2011	Codes in 2012	Codes in 2013
Plaatsen vacuümgevormde apparatuur	221120 en D18	V471	F471A
Plaatsen uitneembare apparatuur	221130 en D21	V411, V421 V431, V441	F411A, F421A F431A, F441A
Plaatsen partieel vaste apparatuur + linguale apparatuur	221140 en D31 221131 en D22 221144 en D44	V451	F451A, F481A
Plaatsen volledig vaste apparatuur + linguale apparatuur	221150 en D41 221132 en D32 221141 en D32 221155 en D47 221154 en D46	V461	F461A, F491A

Ter toelichting op deze tabel:

- In de analyses die hierna volgen, zijn eveneens de behandelingen meegenomen die gelden voor patiënten met schisis of in ernst vergelijkbaar met schisis. Voor 2011 zijn dat de codes die (in plaats van 2211) beginnen met 2212- of 2214- en voor 2013 zijn dat de codes die eindigen op –B of –C. De reden hiervoor is onder meer dat het onderscheid in de data niet altijd betrouwbaar gemaakt kan worden. In de praktijk is het aandeel van deze afwijkende beugelbehandelingen gering.
- Halverwege 2012 is een prestatie ingevoerd die het gehele beugeltraject omvat (V111 in 2012, F911A in 2013). Deze prestatie kan niet in één van de vier categorieën worden geplaatst en is daarom niet in de tabel opgenomen.

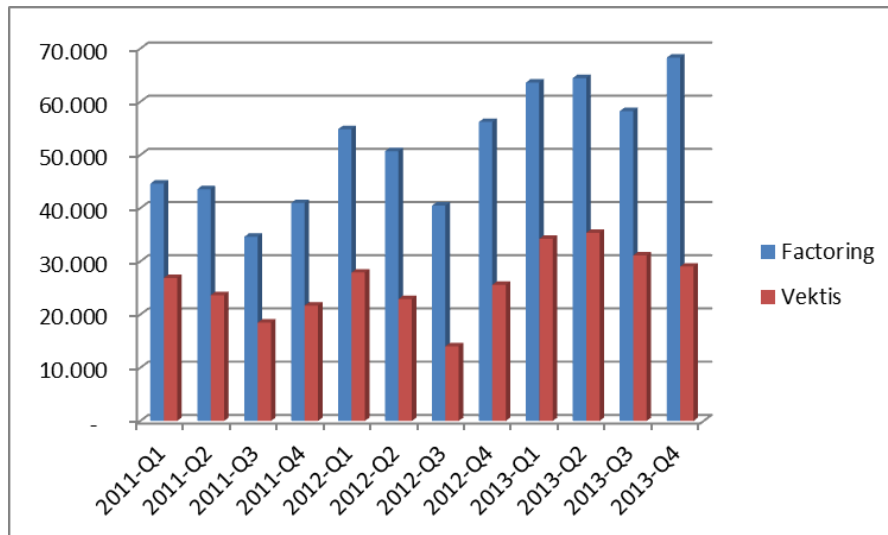
Materialen en technieken

In 2013 dienden de materialen en technieken die ingekocht zijn en aan de behandeling zijn toe te rekenen, afzonderlijk tegen inkoop prijs doorberekend te worden⁶. Door deze wijziging zijn er meer mogelijkheden voor innovaties (in materialen en technieken) en is meer variatie mogelijk. Deze prestaties zijn in de tariefbeschikking van de NZa aangeduid met een sterretje. In 2011 waren de materiaal- en techniekkosten in verreweg de meeste gevallen bij het tarief in begrepen. Uit de dataset blijkt dat in 2013 de materiaal- en techniekkosten wel vaak gedeclareerd zijn met dezelfde code als de beugelcategorie. De declaratie van een individuele beugelbehandeling bevat dan twee regels met dezelfde code: één waarbij het honorarium en één waarbij de materiaal- en techniekkosten zijn gedeclareerd.⁷ De ene regel bevat (meestentijds) het maximumtarief en de andere regel een willekeurig ander bedrag (niet gelijk aan het maximumtarief).

Bij de bepaling van de aantallen (gestarte) beugelbehandelingen zorgt deze declaratiemethode voor 2012 en 2013 voor een (forse) overschatting. Om hieraan tegemoet te komen heeft de NZa bij de bepaling van het aantal beugeltrajecten alleen die prestatiecodes (uit bovenstaande tabel) meegenomen waarvan geldt dat het gedeclareerde tarief gelijk is aan het maximumtarief (zoals vastgesteld door de NZa). Voor 2012 is deze exercitie niet toe te passen omdat er toen geen maximumtarieven golden. De NZa heeft de verhoudingen zoals die voor 2013 golden (het aantal regels waarop volgens deze aanname een materiaal- en techniekbedrag is gedeclareerd ten opzichte van het totaal) gebruikt om ook de cijfers voor 2012 te corrigeren.

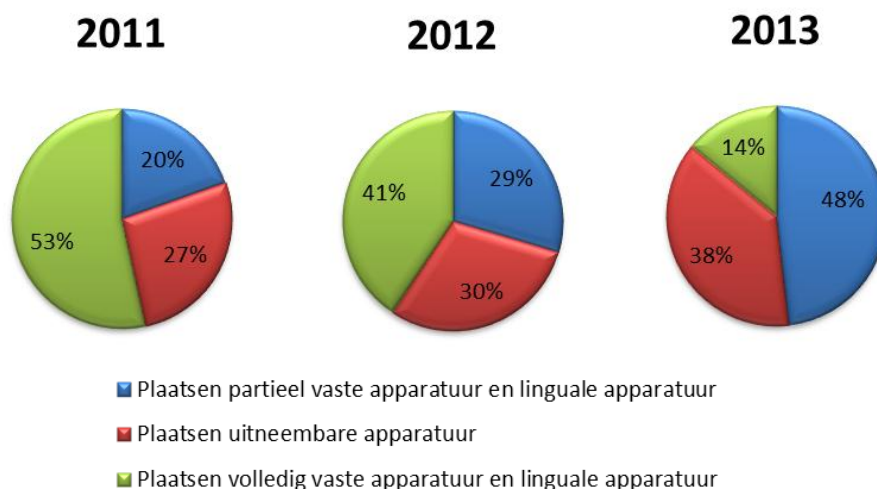
⁶ In 2012 werden de materialen en technieken ook afzonderlijk in rekening gebracht maar niet verplicht tegen inkoop prijs.

⁷ De aanvullend uitgevraagde kolom 'honorarium/materiaal- en techniek' neemt dit probleem niet weg. Deze kolom blijkt zeer beperkt gevuld.

Figuur 1: Aantal beugelcategorieën per kwartaal (2011-2013)

Uit de figuur is af te leiden dat in elk jaar het derde kwartaal het laagste aantal beugelcategorieën kent. Dit seizoenseffect is ook benoemd in het vorige toegankelijkheidsonderzoek en hangt niet samen met tariefaanpassingen (het effect doet zich ook in 2012 voor). Tegelijk is zichtbaar dat er over de jaren heen gemeten sprake is van een groei van het aantal beugelcategorieën en dus een toename van het aantal geplaatste beugels. In 2013 is het totaal aantal beugelcategorieën ongeveer 50% hoger dan in 2011. Een belangrijke vraag is vervolgens wel of de onderliggende samenstelling veranderd is.

Tussen de verschillende type beugelbehandelingen zoals benoemd in tabel 1, zijn er flinke verschuivingen waarneembaar. Zo is het aantal volledig vaste beugelbehandelingen fors gedaald en is het aantal partieel vaste beugelbehandelingen gestegen. In onderstaande figuren is de verhouding van de vier typen binnen de totale dataset weergegeven. De verhoudingen binnen de afzonderlijke datasets wijken hier nauwelijks vanaf. Beugelcategorie 'vacuümgevormde apparatuur' is hier weggelaten vanwege de zeer geringe omvang.

Figuur 2: Verhouding van de beugeltypen (2011-2013)

De NZa heeft over deze verschuiving van 'volledig vast' naar 'partieel vast' de afgelopen tijd verschillende signalen gehad met de melding dat

deze verschuiving zou samenhangen met het tariefverschil tussen deze twee behandelingen. Het tariefverschil zou zodanig zijn dat het lonend is om een patiënt die een volledig vaste beugelbehandeling moet krijgen, tweemaal een partieel vaste behandeling krijgt. In hoeverre dit argument zich in 2013 (meer) voordoet, is moeilijk te bepalen. Er kunnen ook zorginhoudelijke redenen zijn om de volledige behandeling op te splitsen in tweemaal partieel en daarnaast doet deze verschuiving zich gedeeltelijk ook in 2012 al voor, terwijl dat het jaar was waarin de aanbieders zelf de prijzen bepaalden. De forse verschuiving in 2013 is wel opvallend.

2.2 Omzetten

In paragraaf 2.1 zijn de aantallen (nieuwe) beugels weergegeven.

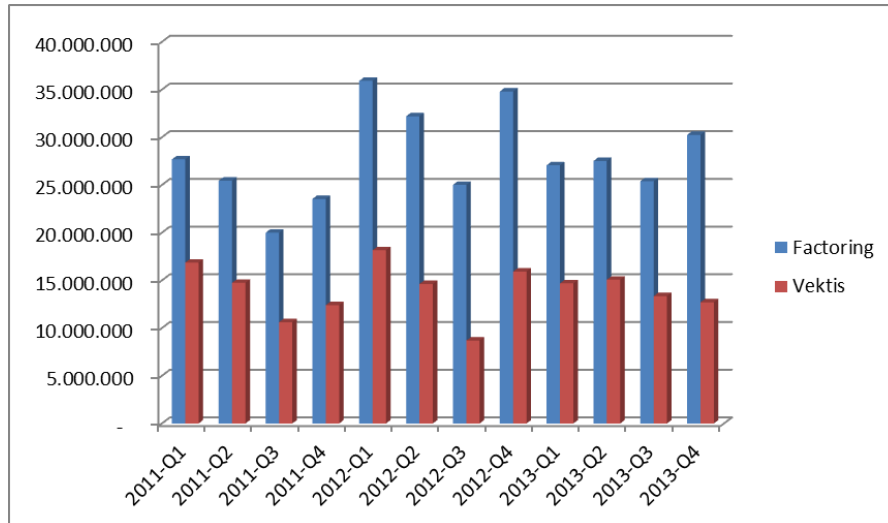
Rapportage over alleen aantallen kent ook beperkingen:

- Zoals hiervoor toegelicht kunnen er verschuivingen optreden in de geleverde beugelcategorieën: als meer 'volledig' vaste beugels verschuift naar 'partieel' vast, betekent dit een toename van het *aantal* zonder eenzelfde (procentuele) toename van de omzet.
- In paragraaf 2.1 is reeds toegelicht dat de aantallen in beeld kunnen worden gebracht door aannames te doen over de declaratiewijze van de materiaal- en techniekkosten. Deze beperking doet zich niet voor bij bepaling van de totale omzet zoals die gemoeid is met de declaratie van beugelcategorieën.

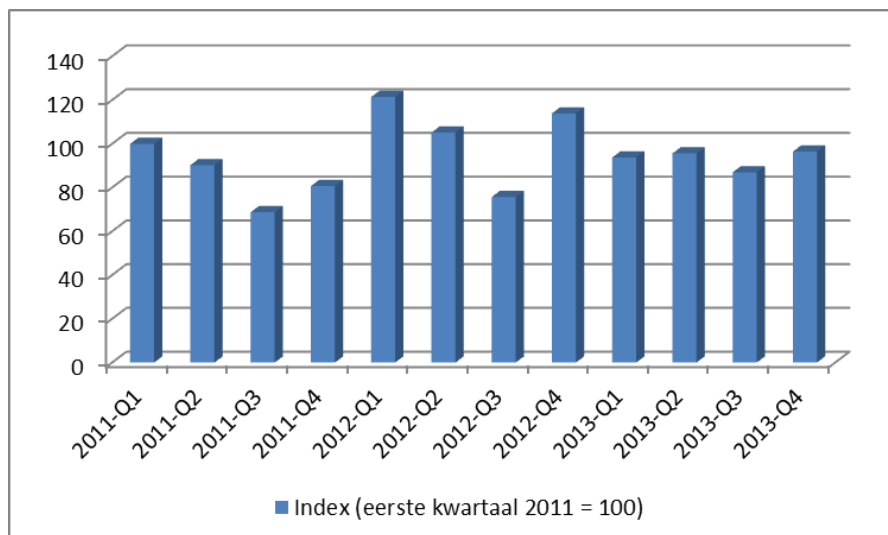
Om bovenstaande redenen wordt in deze paragraaf eveneens de *omzetontwikkeling* weergegeven. In figuur 3 is per kwartaal de omzet weergegeven zoals die behaald is op de declaratie van beugelcategorieën. Daarbij is met de volgende zaken rekening gehouden:

- Voor de jaren 2012 en 2013 is de omzet meegenomen die valt onder de prestaties 'verwijderen beugel' (V711 in 2012 en F492 in 2013). Deze 'activiteit' was in 2011 nog bij de aanvangstoeslag (de in tabel 1 genoemde codes) inbegrepen. Voor een goede vergelijking moeten deze in 2012 en 2013 dan ook meegenomen worden. Bij de F492 is evenwel een 'beugelconsult' inbegrepen (terwijl deze in 2011 afzonderlijk in rekening werd gebracht bij het verwijderen van de beugel). Het exacte aandeel 'beugelconsult' in het totaalbedrag van de F492 is per declaratie niet te bepalen. Gegeven de tarieven voor beugelconsulten wordt een derde van de omzet van de F492 niet meegenomen in de vergelijking.
- Bij 2012 en 2013 is de omzet meegenomen die behaald wordt met de prestatie 'inkopen op uitkomsten orthodontie'. Deze prestatie omvat weliswaar ook consulten etc. maar de in 2013 gedeclareerde bedragen zijn vaak 'deelbedragen' van het totale tarief. Dit deelbedrag lijkt bedoeld voor de *start* van de behandeling.⁸
- Andersom is bij 2011 bij elke beugelcategorie eenmalig een behandelmaandtarief toegevoegd. Bij de prestaties in 2013 geldt immers dat een beugelconsult (de vergelijkbare prestatie voor de behandelmaand), bij de beugelcategorieën is inbegrepen.
- Bij 2011 is de omzet meegeteld die behaald is met de toeslagen voor 'keramische of metalen zelfligerende brackets' (221187 en D55) en voor 'zelfligerende-keramische brackets' (221193 en D59). In 2013 worden deze kosten niet meer via deze toeslag-prestaties in rekening gebracht maar zijn het (aanvullende) materiaal- en techniekkosten.

⁸ Ter illustratie: in 2013 was 2,23% van de totale omzet zoals die in deze analyse meegenomen is, gedeclareerd met de F911A. Het gedeclareerde bedrag bij deze F911A is gemiddeld 13% boven het gemiddelde bedrag van de 'reguliere' beugelcategorieën.

Figuur 3: Omzet over de beugelcategorieën (2011-2013)

Voor de helderheid is in figuur 4 de ontwikkeling weergegeven van deze omzet op de totale database door middel van indexcijfers. De figuur leest als volgt: het eerste kwartaal van 2011 is op 100 gezet en de daarop volgende kwartalen geven de verhouding ten opzichte van dit basisgetal weer. Bij deze ontwikkelingen zijn er wel enige verschillen tussen factureringsmaatschappijen enerzijds en Vektis anderzijds (zoals ook blijkt uit figuur 3). Zo toont Vektis een daling in het laatste kwartaal van 2013 ten opzichte van het derde kwartaal van dat jaar, in tegenstelling tot de ontwikkelingen bij de factureringsmaatschappijen. Mogelijk is dit beïnvloed door het in hoofdstuk 1 genoemde aspect dat met name bij Vektis de gegevens vertraagd aangeleverd kunnen zijn. Echter, de totale omzet in het vierde kwartaal 2013 is – ook in het geval van Vektis – nog hoger dan de omzet in hetzelfde kwartaal van 2011.

Figuur 4: Indexcijfers factureringsmaatschappijen én Vektis van omzet over beugelcategorieën (2011-2013)

Het is belangrijk om de ontwikkelingen van de aantallen én de omzetten naast elkaar te zien. Ook de toename van de omzet kan gedeeltelijk te verklaren zijn door wijzigingen in de prestatielijst. Een omzetsijging kan ook (deels) veroorzaakt zijn door het gebruik van duurdere materialen in 2012 en/of 2013. De materialen en technieken konden immers aanvullend *tegen inkoop prijs* in rekening worden gebracht waarmee het

eenvoudiger is om (desgewenst) ook duurdere materialen en technieken te gebruiken in vergelijking met 2011.

Zoals hiervoor toegelicht, waren de materialen en technieken in 2011 grotendeels in de tarieven reeds verdisconteerd. Bij de overgang naar 2013 zijn deze bedragen 'eruit gehaald'. Bij beugelcategorie 1 tot en met 4 in 2013 ('uitneembare apparatuur') is de vergelijking met 2011 goed te maken. In onderstaande tabel is dan ook zichtbaar gemaakt welk bedrag aan materiaal- en techniek in rekening zou zijn gebracht (als onderdeel van het tarief) wanneer de situatie van 2011 gold en daarnaast welk bedrag in 2013 daadwerkelijk gerekend is. (Deze vergelijking is bij categorie 5 en 6 niet mogelijk omdat de techniekkosten in 2011 voor een groot deel via toeslagen per bracket in rekening werden gebracht. Met de prestaties van 2013 is niet te bepalen hoeveel dat aan toeslagen in 2011 zou hebben gekost.)

Tabel 2: Vergelijking van de materiaal- en techniekkosten

Beugelcategorie*	2011	2013	%-verandering materiaal- / techniekkosten
Categorie 1 (€ 44,64)	€ 1.490.753	€ 2.290.583	53,7%
Categorie 2 (€ 20,38)	€ 979.402	€ 2.450.616	150,2%
Categorie 3 (€ 81,29)	€ 2.514.056	€ 3.433.360	36,6%
Categorie 4 (€ 76,88)	€ 1.082.932	€ 1.700.189	57,0%
Totaal	€ 6.067.143	€ 9.874.748	62,8%

* Tussen haakjes staan de bedragen die per 1 januari 2013 uit de tarieven zijn gehaald omdat ze (in 2011) ter dekking van materialen en technieken dienden.

Duidelijk is dat het totaal aan materiaal- en techniekkosten die bij deze beugelcategorieën gebruikt zijn, is toegenomen. Dat geldt voor alle vier de categorieën. Hoewel bij de declaratiegegevens niets bekend is over (aard van) de feitelijk ingezette materialen, duidt deze ontwikkeling op een vermoedelijke toename in de behandelvariatie.

Tegelijk is ook zichtbaar dat de toename in omzet op materiaal- en techniekkosten (€ 3.807.605) slechts ruim een kwart van de omzettoename op deze beugelcategorie (€ 13.799.649) verklaart. De toename in materiaal- en techniekkosten verklaart in ieder geval bij deze beugelcategorieën niet de toename in de omzet. Deze toename van omzet wordt voornamelijk verklaard door de trend die in figuur 2 waarneembaar is, namelijk een relatieve toename van het aantal uitneembare beugels.

Zoals aangegeven in paragraaf 1.3, laten beide datasets een deel van de markt voor de orthodontische zorg zien. Daarbij geldt dat het Vektis-deel zo veel mogelijk geschoond is voor declaraties die afkomstig zijn van factureringsmaatschappijen. Hoewel de cijfers door meer factoren beïnvloed kunnen zijn (bijvoorbeeld het aantal aanbieders dat gebruik maakt van een factureringsmaatschappij, het aantal verzekeren), geeft onderstaande tabel een indicatie van de *totale* omzetontwikkeling.

Tabel 3: Omzetontwikkeling orthodontische zorg 2011-2013

	%-verandering orthodontische zorg	%-verandering omzet beugelcategorieën/ + materiaal/techniek*
2012 ten opzichte van 2011	7,3%	22,5%
2013 ten opzichte van 2012	-5,8%	-10,4%
2013 ten opzichte van 2011	1,1%	9,7%

* Inclusief materiaal- en techniekkosten, eerste behandelmaandtarief (2011), verwijderen beugel (2012, 2013).

Uit de tabel blijkt duidelijk dat de groei die er in 2012 is geweest voor een groot deel is te relateren aan nieuw geplaatste beugels. Mogelijk is dat een deel van deze groei samenhangt met uitstelgedrag aan de vraagzijde van de markt in de tweede helft van 2011. Ook in 2013 is de groei voor een aanzienlijk deel te verklaren door (omzet die samenhangt met) nieuw geplaatste beugels. Duidelijk is dus dat niet alleen de orthodontische omzet (ondanks de tariefdaling) groeit maar dat de groei voornamelijk plaatsvindt door nieuwe beugels. Hieronder wordt getoond dat een deel van de nieuwe beugels ook nieuwe behandeltrajecten/patiënten betreft.

Aan het begin van deze scan is reeds uitgelegd dat de dataset geen gegevens bevat op het niveau van de individuele consument. Ontwikkelingen in het aantal (nieuw) behandelde consumenten zijn dus niet één-op-één te berekenen. De KNMT heeft in de consultatie erop gewezen dat de ontwikkeling in het aantal gedeclareerde 'gebitsmodellen' een goede indicatie vormt voor de *ontwikkeling* in het aantal consumenten (het gaat daarbij nadrukkelijk niet om de absolute aantallen). In onderstaande tabel is deze weergegeven voor de jaren 2011 en 2013. Daarbij is bij 2013 ook de prestatie F911A ('inkopen op uitkomsten orthodontie') meegenomen omdat bij deze prestatie de F125A ('maken gebitsmodellen') inbegrepen is.⁹

Tabel 4: Ontwikkeling aantal gebitsmodellen (2011 en 2013)

2011 (221105 en D02)	174.348	
2013 (F125A en F911A)	178.846	
2013 ten opzichte van 2011		+ 2,6%

De cijfers uit dit hoofdstuk duiden erop dat méér consumenten geholpen zijn én de consumenten meer zorg hebben ontvangen. Of en in hoeverre dit (mede) veroorzaakt wordt door de tariefdaling, is niet uit de gegevens af te leiden.

⁹ Aan het begin van dit hoofdstuk is er reeds op gewezen dat de kolom 'honorarium/materiaal en techniek' (waarmee aangegeven wordt of de betreffende regel de declaratie van het tarief (honorarium) of materiaal/techniek bevat) slechts beperkt gevuld is. Mogelijk is dat regels met een F911A (uitsluitend) een bedrag voor materiaal/techniek bevatten maar dat dit niet is aangegeven in de dataset (in de hiervoor genoemde kolom).

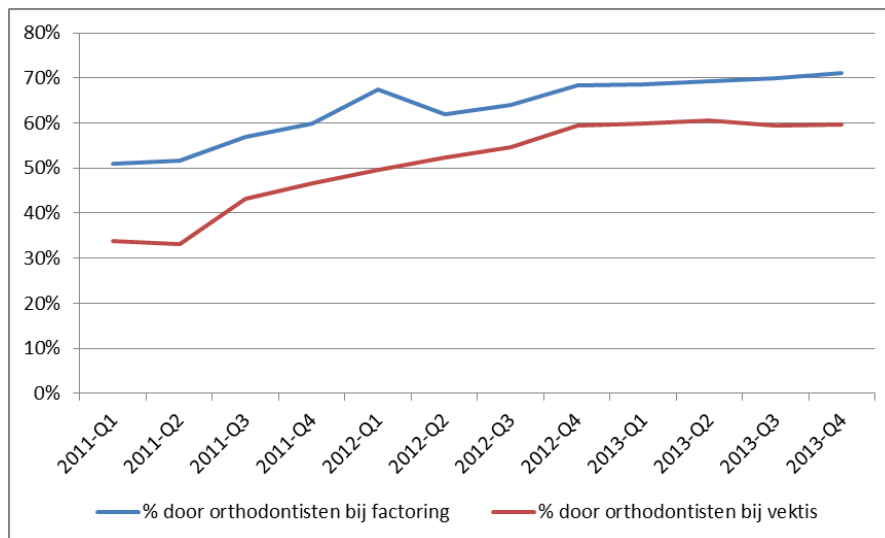
3. Orthodontisten en tandartsen

Orthodontische zorg kan door zowel orthodontisten als tandartsen geleverd worden. Per 1 juli 2011 heeft de NZa de tarieven voor deze zorg functioneel gemaakt hetgeen met zich meebrengt dat hetzelfde (maximum)tarief geldt ongeacht of de tandarts of orthodontist de beugel plaatst. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de verhoudingen in het aanbod van orthodontische zorg tussen orthodontisten en tandartsen en de ontwikkelingen in de afgelopen periode.

3.1 Omzetverhouding tandartsen en orthodontisten

In hoofdstuk 2 is de omzetverhouding weergegeven zoals die landelijk wordt behaald met het leveren van orthodontische zorg. Deze omzet is eveneens te splitsten naar het type aanbieder. In onderstaande figuur is weergegeven welk aandeel van de totale orthodontische zorg geleverd is door *praktijken van orthodontisten* (hierna aangeduid met *orthodontistenpraktijk*). Het resterende is door tandartspraktijken geleverd¹⁰.

Figuur 6: Aandeel omzet geleverd door orthodontistenpraktijken (2011-2013)



De figuur laat zien dat een steeds groter deel van de omzet orthodontische zorg geleverd wordt door orthodontistenpraktijken. Hierbij moet worden aangetekend dat in 2011 een deel van de orthodontisten niet als zodanig was geregistreerd en als tandarts declareerde.

In de volgende paragraaf wordt ingegaan op de ontwikkeling van het aantal orthodontistenpraktijken en tandartspraktijken.

¹⁰ Een klein deel van deze zorg wordt geleverd in centra voor mondzorg of instellingen voor jeugdtandverzorging. Deze worden hier niet meegenomen.

3.2 Aantal praktijken

In hoofdstuk 1 is weergegeven welke gegevens de factureringsmaatschappijen en Vektis hebben opgeleverd. Hoewel ook de AGB-code is uitgevraagd blijkt deze code niet bruikbaar om het aantal (unieke) praktijken te bepalen. Verschillende praktijken maken bij de declaratie gebruik van de AGB-codes die de verschillende zorgverleners hebben die binnen de praktijk werkzaam zijn. Om toch een indicatie van de ontwikkeling in het aantal praktijken te krijgen, is de 6-karakters tellende postcodes gehanteerd. Daarbij is gebruik gemaakt van de dataset van zowel de factureringsmaatschappijen als Vektis. Indien een aanbieder bij beide voorkomt, is deze vanzelfsprekend eenmaal meegeteld.

Een groot deel van de tandartsen die orthodontische zorg leveren, levert slechts een deel van een behandeltraject (of incidenteel een orthodontische prestatie). Omdat dit een vertekend beeld kan geven van het aantal tandartspraktijken dat orthodontische zorg levert, is in onderstaande tabel bij de kolom 'tandartspraktijken' een praktijk slechts meegeteld als deze minimaal één beugelcategorie (start van een behandeltraject) gedeclareerd heeft.

Tabel 4: Aantal orthodontistenpraktijken en tandartspraktijken¹¹

	Orthodontistenpraktijken	Tandartspraktijken
2011 – eerste kwartaal	259	1.282
2011 – tweede kwartaal	259	1.238
2011 – derde kwartaal	264	1.169
2011 – vierde kwartaal	266	1.162
Heel 2011*	286	1.646
2012 – eerste kwartaal	267	1.394
2012 – tweede kwartaal	266	1.314
2012 – derde kwartaal	260	1.167
2012 – vierde kwartaal	266	1.230
Heel 2012	283	1.810
2013 – eerste kwartaal	274	1.221
2013 – tweede kwartaal	269	1.169
2013 – derde kwartaal	264	1.114
2013 – vierde kwartaal	257	1.114
Heel 2013	282	1.594

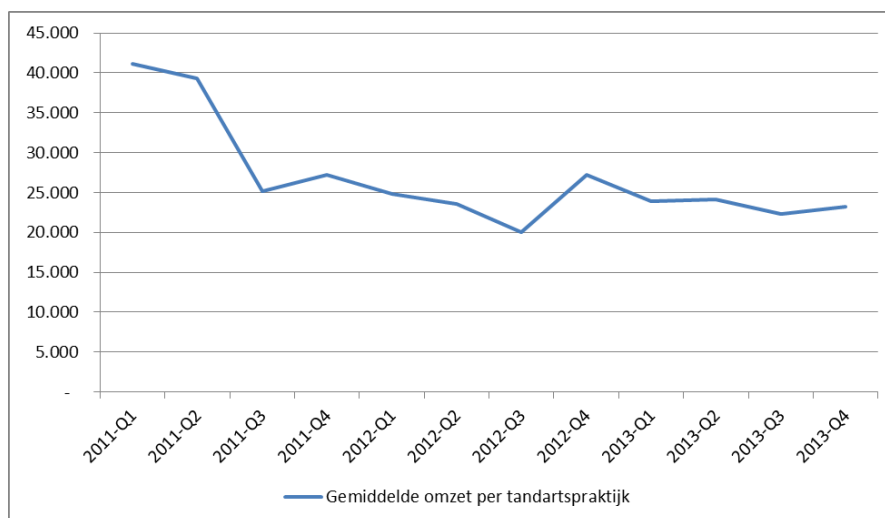
Tabel 3 laat zien dat het aantal orthodontistenpraktijken stabiel blijft en dat het aantal tandartspraktijken dat orthodontische zorg levert, afneemt. Het aantal tandartspraktijken is in 2013 ruim 3% lager ten opzichte van 2011.

¹¹ Het aantal over een geheel jaar is niet de optelsom van de kwartalen: een groot deel van de aanbieders is in meerdere kwartalen actief. Weergegeven is het aantal unieke aanbieders in het betreffende jaar.

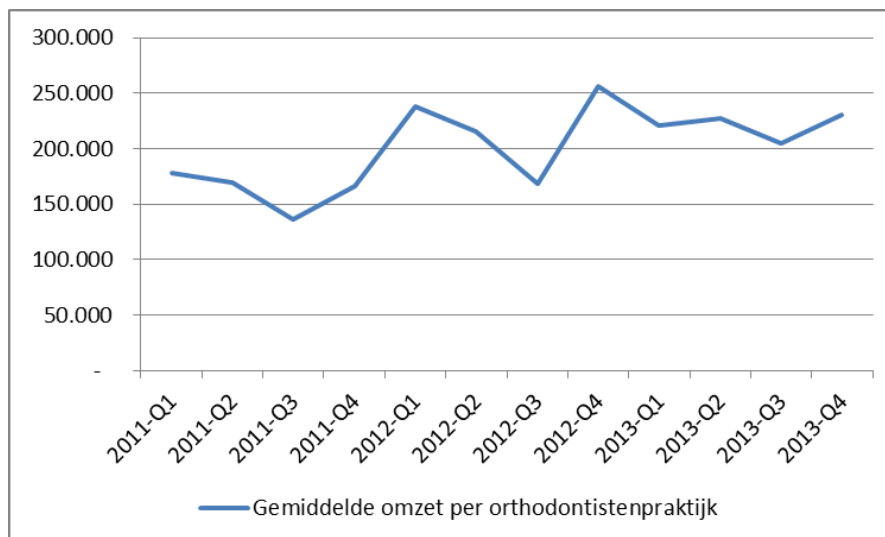
3.3 Omzet orthodontische zorg per type aanbieder

In hoofdstuk 2 en paragraaf 3.1 is voornamelijk gerapporteerd over de aantallen en omzetten op landelijk niveau. Gegeven de aantallen aanbieders zoals weergegeven in paragraaf 3.2 is een indicatie te geven van de ontwikkeling van de orthodontische omzet *per aanbieder*. Belangrijker daarbij is de ontwikkeling dan de absolute hoogte.

Figuur 7: Omzet orthodontische zorg per tandartspraktijk (die orthodontie levert)



Figuur 8: Omzet orthodontische zorg per orthodontistenpraktijk



Uit bovenstaande figuren blijkt dat de orthodontische zorg per tandartspraktijk aan het begin van de onderzoeksperiode sterk afneemt. Bij de orthodontistenpraktijk daarentegen neemt deze in dezelfde periode juist sterk toe (tandartspraktijk -28%, orthodontist +35%). Dit hangt mogelijk gedeeltelijk samen met het gegeven dat de tarieven vóór 1 juli 2011 nog verschilden voor de tandarts en orthodontist en uitgeschreven orthodontisten in 2011 weer 'terugkeerden' als orthodontist. De sterke daling bij de tandartspraktijk doet zich immers

vooral halverwege 2011 voor.¹² Daarna lijkt de omzet per praktijk zich redelijk te stabiliseren: zo daalt de gemiddelde omzet van de tandartspraktijk over 2013 ten opzichte van 2012 met 2% en stijgt in dezelfde periode die van de orthodontist met 1%. Dit komt overeen met de eerdere constatering dat het aandeel orthodontische zorg dat geleverd wordt door orthodontisten, toeneemt (zie paragraaf 3.1). Naast de hiervoor genoemde verklaring, geldt de groei van de orthodontistenpraktijk als drijvende kracht.

¹² Overigens is dit slechts beperkt zichtbaar in tabel 3 waar de aantallen aanbieders staan. Dat kan verklaard worden door de methode: als in een kwartaal/jaar op een bepaald adres een declaratie is gedaan, telt deze al mee als aanbieder.

4. Signalen en reistijd

4.1 Signalen

De tarieven voor de orthodontische zorg zijn in de afgelopen periode verschillende keren gewijzigd. Het gaat dan om de eerste tariefkorting per 1 juli 2011, het experiment vrije prijsvorming per 2012 en de tweede tariefkorting per 1 januari 2013. De NZa heeft in die periode een groot aantal signalen ontvangen over de tandheelkundige zorg. Een deel van deze signalen gaat ook over de orthodontische zorg.

Veel terugkerende onderwerpen in de lijst met signalen zijn thema's als 'vermeende upcoding (meer berekend dan toegestaan)', 'wel gedeclareerde maar niet geleverde zorg' en 'gebrek aan transparantie'. Over de periode 2011 tot en met 2013 hadden vijf signalen betrekking op toegankelijkheid. Eén daarvan betrof de orthodontische zorg, te weten een vraag van een consument naar aanleiding van het feit dat de orthodontische zorgaanbieder gedurende het behandeltraject failliet was gegaan. Deze vraag heeft de NZa in 2012 ontvangen. De NZa heeft verder geen signalen ontvangen over dit onderwerp: niet van aanbieders, zorgverzekeraars of van toekomstige consumenten.

4.2 Reistijdanalyse

Een ander gezichtspunt voor de toegankelijkheid, is een analyse van de (potentiële) reistijd van consumenten naar aanbieders. Zien veel consumenten de reistijd naar de dichtstbijzijnde aanbieder toenemen, dan kan dit duiden op een verminderde toegankelijkheid.

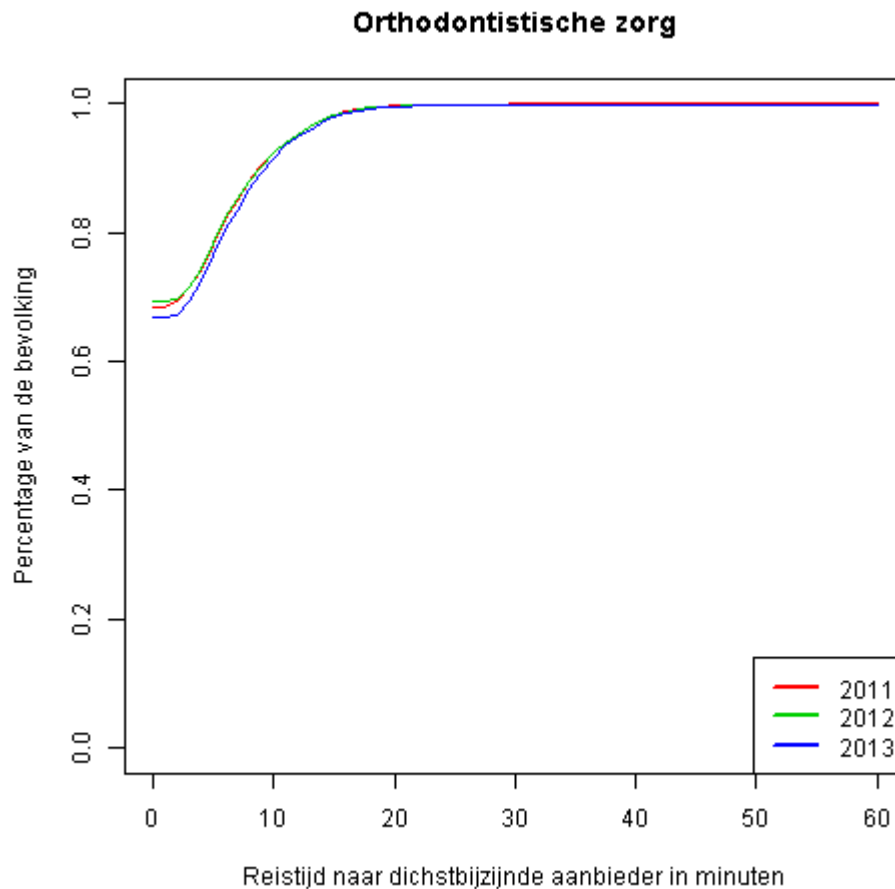
Hoewel een bepaalde praktijk kan besluiten om als gevolg van de tariefverlaging minder orthodontische zorg aan te bieden of zelfs te stoppen met het verlenen van orthodontische zorg, hoeft dit niet te betekenen dat dit direct gevolgen heeft voor de toegankelijkheid. De toegankelijkheid is uit te splitsen in toegankelijkheid in tijd (wachtlijsten) en plaats (reisafstand).

De NZa beschikt niet over gegevens over (eventuele) wachtlijsten. Evenzo is niet bekend, of eventuele wachtlijsten beïnvloed zijn door de tariefmaatregelen. De NZa heeft geen signalen ontvangen over een (toename) van de wachtlijsten.

In figuur 9 is een beeld gegeven van de ontwikkeling van de reistijd naar de dichtstbijzijnde aanbieder van orthodontische zorg.¹³ De figuur laat zien dat de reistijd naar de eerste aanbieder gedurende de laatste 3 jaar vrijwel niet is veranderd. Tussen de 95 en 100% van de bevolking woont op maximaal 15 minuten afstand van een eerste aanbieder.

¹³ Niet meegeteld zijn dus de tandartsen die geen orthodontische zorg aanbieden.

Figuur 9: Percentage van de consumenten dat binnen een bepaalde tijd van de zorgaanbieder woont



In het kort kan de methodiek van de reistijdenanalyse als volgt worden uitgelegd. De analyse van de reistijd is gebaseerd op de eerste 5 posities van de postcode van de zorgaanbieder. Van de 4-cijferige postcodegebieden worden de inwonersaantallen gelijk verdeeld over de postcodegebieden die we op basis van de eerste 5 posities hebben vastgesteld. Per postcodegebied (5 posities) is de reisafstand berekend vanuit het bebouwingszwaartepunt van het postcodegebied tot het bebouwingszwaartepunt van de 5-positie postcode van de eerste aanbieder van aanvangstoeslagen. Het bebouwingszwaartepunt kan gezien worden als de ideale gemiddelde locatie voor alle mogelijke vertrek- of aankomstadressen. Bij deze analyse wordt geen rekening gehouden met de vraag of de dichtstbijzijnde praktijk voldoende behandelcapaciteit heeft.

5. Conclusies

In deze rapportage is een aantal ontwikkelingen geanalyseerd voor de markt voor orthodontische zorg in de afgelopen jaren (2011-2013). Doel van deze analyse is om te monitoren of volume- en omzetontwikkelingen, signalen en reistijden duiden op een vermindering van de toegankelijkheid van de zorg. De NZa trekt op grond van de hiervoor geanalyseerde cijfers de volgende conclusies:

- De totale orthodontische zorg is in de genoemde periode gegroeid. Er zijn meer beugels afgezet. In 2013 zijn meer consumenten in behandeling genomen en dus meer ‘beugelbehandelingen’ gestart. Deze groei manifesteert zich grotendeels in een groei *per aanbieder*.
- In de onderzoeksperiode is een verschuiving waarneembaar van het type aanbieder van deze zorg: naar verhouding wordt steeds meer van deze zorg geleverd door orthodontisten (eind 2013 is dat bijna 70%). Desondanks wordt nog steeds een aanzienlijk deel van de totale orthodontische zorg geleverd in een tandartspraktijk. Ook het *aantal* tandartspraktijken dat (enige) orthodontische zorg levert, blijft groot.
- Voor het jaar 2013 is de omzetontwikkeling niet gelijk aan de prijsontwikkeling: de totale omzet stijgt licht ten opzichte van 2011, daar waar de tarieven juist flink zijn gekort. Dit verschil kan voor een deel verklaard worden door een *toegenomen variatie* in de materialen die gebruikt worden. De kosten van materiaal en techniek zijn namelijk toegenomen.
- De NZa heeft geen signalen gehad over wachttijden of toegenomen reistijden voor orthodontische zorg. De veranderingen in het tarief hebben evenzo *geen significante veranderingen* veroorzaakt in de reistijd van consumenten.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT
t.a.v. Mevrouw Drs. L. de Maat
directeur Toezicht en Handhaving

Onderwerp: Zienswijze monitor
Ons kenmerk: 240215-B-WKN-mw-NZa
Heemstede, 24 februari 2015

Geachte mevrouw De Maat,

U heeft de Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT) uitgenodigd haar zienswijze te geven op de monitor 'trends en toegankelijkheid in de orthodontie II' van november 2014. Wij begrijpen dat deze monitor in principe in zijn definitieve vorm aan ons is voorgelegd en dat de NZa voornemens is onze zienswijze te publiceren gelijktijdig met het verschijnen van de monitor. Wij laten u hierbij weten ermee akkoord te gaan dat onze brief openbaar gemaakt zal worden.

Wij begrijpen van de NZa dat, ondanks positieve conclusies inzake de toegankelijkheid, er signalen zijn ontvangen waardoor het sein voor wat betreft deze deelsector tijdelijk op oranje staat. De ANT vindt het van groot belang dat alle twijfels die mogelijk zijn gerezen zo spoedig mogelijk worden weggenomen. Daarbij moet vanzelfsprekend het uitgangspunt zijn dat de regelgeving helder is en wordt nageleefd. Wij zijn vooral van mening dat aanvullend onderzoek vereist is omdat de signalen in de monitor niet nader feitelijk onderbouwd worden. Daarmee ontbreekt o.i. op dit moment de basis voor verdere besluitvorming over de orthodontie. De ANT zal graag de gesprekspartner zijn van de NZa om het onderzoek richting en duiding te geven.

Ons standpunt inzake deze monitor is als volgt:

- 1) De ANT deelt de conclusie van de monitor dat de toegankelijkheid van de orthodontische zorg op peil is gebleven.
 - 1a) De NZa heeft gedurende de 3-jaars periode 2011-2013 welgeteld één signaal gehad over toegankelijkheid in de orthodontische zorg. De monitor bevestigt daarmee hetgeen op grond van dit ene signaal verwacht mocht worden inzake de toegankelijkheid.
 - 1b) De onderzoeksvraag die de NZa niet stelt, maar die o.i. wel beantwoord zou moeten worden, is of er een correlatie (en mogelijk oorzakelijk verband) bestaat tussen de huidige toegankelijkheid en de omzet die kennelijk de laatste jaren op peil gebleven is. Te denken valt hierbij met name aan de orthodontische zorg verleend door tandartsen en aan de mogelijkheid dat op dit moment nog minder

efficiënt werkende tandartsen en/of orthodontisten in een (volgende) tariefsdaling aanleiding vinden hun praktijk te staken.

- 2) De ANT meent dat voorzichtig ook de conclusie mag worden getrokken dat de betaalbaarheid van deze zorg goed is gebleven.
- 2a) Toegankelijkheid en betaalbaarheid, naast kwaliteit, zijn de twee voornaamste criteria waarop de NZa toetst. Interessant genoeg besteedt de NZa in deze monitor geen expliciete aandacht aan de betaalbaarheid.
- 2b) Uit de monitor komt naar voren dat er meer consumenten zijn geholpen en de consumenten meer zorg hebben ontvangen. Tevens constateert de monitor dat er meer beugels worden geplaatst. Er wordt in deze monitor niet geconstateerd dat de prijzen voor orthodontische zorg gestegen zijn. Dan zou geconcludeerd mogen worden dat de betaalbaarheid niet is verminderd.
- 2c) In Nederland geleverde beugels behoren objectief gezien tot de goedkoopste in Europa. Wij willen daarmee geen uitspraak doen over de absolute hoogte van de kosten van behandeling maar vinden dat dit perspectief wel mag worden meegenomen. De kosten van behandeling hebben o.i. alles te maken met de in veel praktijken (ver) doorgevoerde efficiency en optimale, althans verbeterde, bedrijfsvoering binnen de orthodontiepraktijken.
- 3) Er is onlangs een zeer omvangrijk kostenonderzoek afgesloten door Deloitte waar zowel door de NZa als de veldpartijen zeer veel geld en tijd ingestoken is. Dit onderzoek heeft de mondzorgsector en daarmee ook de orthodontische zorg zeer uitvoerig in kaart gebracht. Niettemin lukt het ons niet de aansluiting te vinden tussen de rapportages van Deloitte en de voorliggende monitor. Wij vinden deze aansluiting een eerste vereiste, gezien de enorme inspanning die voor dit rapport verricht is, en verzoeken de NZa de rapportage van Deloitte niet alleen te vermelden maar volledig te integreren in de monitor.
- 3a) In het bijzonder geldt het volgende: de tarieven orthodontie worden herijkt per 1 juli 2015 gebaseerd op onderzoek over geheel 2011 en 2012. Gedurende deze periode heeft de eerste tariefsdaling plaatsgehad én is het experiment met de vrije prijzen uitgevoerd. We mogen er dus van uit gaan dat per 1 januari 2013 een voor de NZa acceptabele evenwichtstoestand moet hebben bestaan tussen volumes, omzetten en praktijkwinsten. Immers, na aanpassing van de arbeidskostencomponent zijn de tarieven hierop gebaseerd waarbij tevens vooruitgelopen is op de impact van de tweede tariefsaanpassing per 1 januari 2013. De periode die vervolgens met name onderzocht en van commentaar moet worden voorzien is het jaar 2013. Voor dat jaar rapporteert de monitor een daling met 5.8% van de omzet orthodontische zorg. Dat wijst dus op het mogelijk doorwerken van de tweede tariefsdaling, zoals beoogd door de NZa.
- 3b) Wij constateren dat de NZa ook bij dit onderzoek weer aanzienlijke problemen is tegengekomen inzake de beschikbaarheid van data. Er zijn veel deelbestanden die voortdurend schuiven. Zowel data op een tijdstip als het verloop over de jaren zijn problematisch. Twee tariefsdalingen, een experiment en codewijzigingen compliceren het beeld. De NZa poogt daarbij tot consistentie te komen maar moet daarvoor veel aanpassingen en veronderstellingen maken. Daaronder bijvoorbeeld

dat bepaalde verhoudingen constant in de tijd zijn. Er ontbreken echter gevoeligheidsanalyses rond de veronderstellingen waardoor voor de lezer niet duidelijk wordt hoe zeker de aannames zijn. De laatste paragraaf op pagina 11 van de monitor geeft een goede illustratie. Er is sprake van overschatting, dat wordt opgevangen met een kunstgreep in 2013 die echter in 2012 niet is toe te passen, hetgeen weer wordt opgelost met een veronderstelling rond vaste verhoudingen tussen 2012 en 2013 etc.

- 4) Door het afzonderlijk in rekening mogen brengen van materiaal- en techniekkosten is de innovatie en behandelvariatie in Nederland duidelijk toegenomen. Dit kan er dus op duiden dat de kwaliteit is toegenomen en dat de zorg doelmatig genoemd mag worden.
- 4a) Wel hebben wij signalen opgevangen dat er een (aanzienlijke) spreiding in deze kosten optreedt. Zonder aanvullende statistische analyses kunnen wij daar geen oordeel over vormen. De monitor verschaft daar momenteel geen enkel inzicht in.
- 4b) Statistisch onderzoek en de publicatie van spreidingstabellen kan ook de informatievoorziening aan de zorgverleners zelf ten goede komen en de transparantie van de zorg voor de patiënt bevorderen. Daarmee wordt de keuzevrijheid van de patiënt verder inhoud gegeven.
- 5) Vast lijkt te staan dat er een belangrijke verschuiving heeft plaatsgevonden in de methode van behandeling waarbij de volledig vaste beugelbehandeling is vervangen door twee partiële vaste behandelingen. Alles duidt erop dat zowel patiënten als zorgverleners deze aanpak als een duidelijke kwaliteitsverbetering beschouwen. In die zin mogen we de huidige aanpak doelmatig noemen omdat deze beantwoordt aan de stand van de praktijk.
- 6) De ANT is van mening dat, afgezien van de conclusie inzake toegankelijkheid en mogelijk de betaalbaarheid, geen andere conclusies kunnen worden getrokken op basis van deze monitor. Het ontvangen van een signaal door de NZa maakt van het signaal nog geen constatering en van de constatering nog geen "feit". Een monitor, net zoals de marktscan, zou zich o.i. moeten beperken tot het presenteren van feiten. Dat vereist gedetailleerde aanvullende statistische analyse. Alleen dan is er zinvolle en verantwoorde duiding mogelijk in een begeleidende brief. Er kan alleen betekenisvol verder gesproken worden nadat berekend is wat een volledige beugelbehandeling vanaf 1 januari 2013 kost in vergelijking met een complete beugelbehandeling die per 1 juli 2011 was afgerond (gecorrigeerd voor inflatieverschillen). Daarbij moet dan verschil in behandelvariatie en verschil in beugelcategorie worden meegenomen en beoordeeld worden op doelmatigheid en kwaliteit.
- 6a) De Wmg beoogt de introductie van marktwerking en, waar mogelijk, de afwezigheid van prestatiebeschrijvingen en tarieven. Van zorgaanbieders wordt verwacht dat zij zich gedragen als ondernemers. Het wordt daarom van orthodontisten verwacht dat zij, naast de inhoudelijke zorgplicht, hun bedrijfsvoering optimaliseren hetgeen tot uitdrukking komt in de resulterende bedrijfswinsten. Alleen door zo te handelen is het de NZa mogelijk gemaakt de tarieven recentelijk fors naar beneden bij te stellen en behoort de beugelbehandeling in Nederland tot de allergeedkoopste, want meest efficiënte, in

Europa. De NZa bepaalt de prestatiecodes en koppelt daar de tarieven aan. De mondzorgverleners passen hun bedrijfsvoering daar vervolgens op aan. De opmerking in de monitor als zou het "lonend" zijn een bepaalde behandeling uit te voeren en een andere niet verdraagt zich o.i. niet met de door de NZa gehanteerde uitgangspunten. Zomin zondermeer geconcludeerd mag worden dat orthodontisten vanuit financiële beweegredenen zouden hebben gedeclareerd.

- 6b) Het is mogelijk dat er van de door de NZa vastgestelde tarieven economische prikkels uitgaan. Met andere woorden dat het beleid onbedoelde gevolgen heeft die de NZa niet of althans in onvoldoende mate voorzien heeft. Destijds was dat het uitschrijven van orthodontisten uit het register. Functionele bekostiging heeft dat effect weer ongedaan gemaakt. Mogelijk dat het op peil blijven van de omzet na de tariefsdalingen hier ook een voorbeeld van is. Dat kan als zodanig de beroepsgroep niet worden aangerekend omdat deze handelt zoals door de Wmg beoogd is en zoals door de NZa wordt gestimuleerd. Voor zover wij dat kunnen nagaan is de zorg die verleend wordt doelmatig en is de kwaliteit de afgelopen jaren verbeterd. Bij gebrek aan verdere analyse en onderbouwing kunnen geen uitspraken gedaan worden.
- 7) Tot slot merken wij op dat deze monitor al in eerste concept in september vorig jaar verschenen is. Het hoofddoel van deze monitor is de toegankelijkheid te onderzoeken. De signalen waar de NZa nu over spreekt waren toen ook al bekend. Maar een monitor moet eerst de feiten blootleggen alvorens er duiding kan worden gegeven. Het had dan ook in de lijn der verwachting gelegen dat de NZa de achterliggende zes maanden gebruikt zou hebben om nadere statistische analyses te verrichten en de signalen uit te bouwen tot constatering en de constatering tot feiten. Dat is niet gebeurd, althans de ANT beschikt over geen andere informatie dan in de nu voorliggende monitor. Daarmee is de NZa mede verantwoordelijk dat het sein momenteel nog op oranje staat. De route om de twijfels snel weg te nemen is in deze brief aangegeven en de ANT houdt zich beschikbaar om de NZa daarbij te assisteren.

Met vriendelijke groet,
Associatie Nederlandse Tandartsen



Drs. W.F. Kniese,
Vicevoorzitter ANT



Nederlandse Zorgautoriteit
t.a.v. mw. drs. L. de Maat, directeur Toezicht en Handhaving
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

Datum 24 februari 2015
Ons kenmerk ajrr-guzd681
Telefoon 030 6076202
E-mail a.j.rijnsburger@knmt.nl

Betreft: Zienswijze KNMT op NZa-rapportage "Toegankelijkheidsonderzoek orthodontie II"

Geachte mevrouw De Maat,

Naar aanleiding van het overleg van 10 februari jongstleden heeft u de KNMT uitgenodigd haar zienswijze op het NZa-rapport "Toegankelijkheidsonderzoek orthodontie II" schriftelijk toe te lichten. Deze zienswijze treft u aan in de bijlage. Wij hopen hiermee de bij de NZa gerezen twijfels ten aanzien van de betaalbaarheid en kwaliteit van de orthodontische zorg in Nederland weg te nemen.

Uiteraard zijn wij gaarne bereid tot het geven van een nadere toelichting.

Met vriendelijke groet,,

mw. N.M. Kroezen
secretaris

Bijlage: 1

Zienswijze betreffende de NZa-rapportage "Toegankelijkheidsonderzoek orthodontie II".

Aanleiding

Op basis van het door de NZa in 2010 uitgevoerde kostenonderzoek heeft de NZa besloten de tarieven voor orthodontische zorg per 1 juli 2011 en per 1 januari 2013 te verlagen. Om eventuele toegankelijkheidseffecten naar aanleiding van deze tariefsverlaging te meten, heeft de NZa onderzoek gedaan. Inmiddels is de rapportage van deel II gereed. Een van de conclusies is dat de omzetontwikkeling voor het jaar 2013 ten opzichte van 2011 niet gelijk is aan de prijsontwikkeling in die jaren. Daarnaast blijkt uit de rapportage:

- er zijn meer beugels geplaatst;
- de patiënt kiest voor andere behandelmethoden;
- er is een grotere variatie in kostprijs van een beugel;
- de orthodontist behandelt meer patiënten per jaar;
- de toegankelijkheid is niet verminderd.

In het overleg van 10 februari 2015 heeft de NZa aangegeven dat zij toeziet op de toegankelijkheid, betaalbaarheid en de kwaliteit van de geleverde zorg. De toegankelijkheid is op grond van dit onderzoek niet in het geding, concludeert de NZa. De KNMT onderschrijft dat. Maar de NZa heeft daarnaast wel twijfel of de betaalbaarheid en de kwaliteit onder druk staan. Deze twijfel komt voort uit de bovengenoemde conclusie met betrekking tot de omzet- en prijsontwikkeling. Met name ten aanzien van dat punt willen wij het volgende opmerken.

Resultaten

Een analyse van de relatie tussen omzetontwikkeling en prijsontwikkeling kan alleen zinvol gemaakt worden, als hierbij ook de ontwikkelingen in het volume worden betrokken. Immers, omzet is prijs maal volume. Blijkbaar sluit de gemeten omzetontwikkeling niet aan bij de verwachtingen die de NZa hierbij had, gegeven de korting op de tarieven in 2011 en 2013. Indien alle ontwikkelingen die hierbij van belang zijn worden meegenomen, is het de vraag of die verwachtingen reëel zijn.

Met de invoering van de gewijzigde prestatieomschrijvingen in 2012 is de lang gekoesterde wens om meer ruimte te krijgen voor innovatieve, patiëntvriendelijke en bewezen betere behandelwijzen ingevuld. Nadat de NZa de minister reeds in 2009 heeft geadviseerd om de tariefregulering voor orthodontie los te laten, met als reden meer keuzevrijheid voor de patiënt en meer ruimte voor innovatief aanbod voor de zorgaanbieder, is daarvoor een nieuwe prestatielijst ontwikkeld, die in 2012 is ingevoerd. Deze prestatielijst is in 2013 niet of nauwelijks gewijzigd. Vanwege de herinvoering van de tariefregulering per 1 januari 2013 moesten er voor de nieuwe verrichtingenlijst tarieven worden bepaald. De tariefstelling voor de prestatielijst 2013 is afgeleid van de tariefstelling voor de verrichtingenlijst 2011, rekening houdend met de eerdere NZa-besluiten met betrekking tot de tariefcorrectie. Deze operatie is uitgevoerd met als uitgangspunt dat vergelijkbare behandelingen uitgevoerd in 2013 ten opzichte van 2011 overeenkomstig de tariefsverlaging goedkoper zouden worden.

Tegelijk met deze tariefcorrectie heeft de patiënt door het continueren van de nieuwe, in 2012 ingevoerde prestatielijst veel meer keuze gehouden in behandel mogelijkheden. Deze combinatie leidt ertoe dat innovatieve, comfortabele en esthetisch mooiere beugels konden worden aangeboden tegen ongeveer de prijs van een beugelbehandeling, zoals die in 2011 en eerdere jaren gebruikelijk was. Gezien het feit dat de patiënt gebruik heeft gemaakt van deze uitgebreidere mogelijkheden lijkt er geen probleem te zijn wat betreft betaalbaarheid en de prijs/kwaliteitsverhouding. De patiënt krijgt immers kwalitatief hoogwaardigere zorg zonder daar meer voor te hoeven betalen dan de in 2011 gebruikelijke behandeling.

Deze ontwikkeling, gecombineerd met meer patiënten per praktijk, leidt tot het beeld dat door de NZa wordt geschetst in de conclusies van het rapport: *Voor het jaar 2013 is de omzetontwikkeling niet gelijk aan de prijsontwikkeling: de totale omzet stijgt licht ten opzichte van 2011, daar waar de tarieven juist gekort waren met 16%.*

Deze conclusie sec is inderdaad opmerkelijk indien er wordt uitgegaan van ongewijzigde omstandigheden in 2013 ten opzichte van 2011. Met het bovenstaande hebben wij duidelijk gemaakt dat dit geenszins het geval is. De verklaring voor een licht stijgende omzet is dat de patiënt andere keuzes heeft gemaakt dan voorheen en dat er meer patiënten zijn behandeld. De kosten die samenhangen met die andere keuzes en het andere volume, gekoppeld aan de verschuiving van patiënten tussen zorgaanbieders, leidt tot de geschetste omzetontwikkeling.

Deze conclusie wordt ondersteund door de gegevens die in het rapport zelf worden gepresenteerd. In hoofdstuk 2 is een analyse gemaakt van de ontwikkelingen in aantal beugels, beugelcategorieën en omzetten. In dit hoofdstuk wordt in 2.1 beschreven dat de groei van het aantal beugelcategorieën en dus het aantal geplaatste beugels groot is. In 2013 is dat aantal 50% hoger dan in 2011 (pagina 12). Vervolgens wordt in paragraaf 2.2 beschreven dat er sprake is van hogere materiaal- en techniekkosten, meer omzet uit geplaatste beugels en meer behandelde patiënten. Van deze ontwikkelingen kan tevens worden afgeleid dat er door de patiënt gekozen is voor nieuwe behandelmethoden. Of deze keuze is beïnvloed door de tariefdaling in 2013 is niet uit de gegevens af te leiden, maar is zeker niet ondenkbaar. Immers, indien door de wijzigingen in de tariefstelling de patiënt een nieuwe, moderne behandel mogelijkheid krijgt tegen dezelfde prijs van de in 2011 (en eerder) gebruikelijke, maar minder innovatieve behandeling, is een verschuiving naar de nieuwe mogelijkheden aannemelijk. Zeker indien daarbij wordt meegewogen dat wat betreft de bedragen die door zorgverzekeraars via aanvullende verzekeringen worden vergoed niet zijn bijgesteld.

Conclusie

Uit deze rapportage kan volgens de KNMT worden geconcludeerd dat er geen problemen zijn met de toegankelijkheid, de betaalbaarheid en de kwaliteit van de orthodontische zorg en dat de patiënt gebruik heeft gemaakt van de verruiming van de behandel mogelijkheden die door de invoering van de nieuwe prestatielijst zijn ontsloten. Dit sluit naadloos aan bij het beleid van de NZa (zie het advies van de NZa aan de minister van VWS in 2009): *een betere prijs/kwaliteitsverhouding en meer ruimte voor innovatie en de beloning daarvan.* De ontwikkeling van de omzet afgezet tegen de tariefontwikkeling kan en mag niet los worden gezien van alle andere ontwikkelingen die van invloed zijn op de omzet. Zoals in het begin al is aangegeven, de omzet wordt bepaald door prijs maal zorgvolume. Uit het rapport blijkt duidelijk dat het zorgvolume, zowel wat betreft de inhoud (beugelcategorieën) als wat betreft de omvang (meer beugels en meer patiënten), is gestegen. Deze groei in het zorgvolume, gekoppeld aan hogere materiaal- en techniekkosten per behandeling en lagere tarieven, leidt tot het gemeten omzetniveau.

Blijkbaar compenseren deze ontwikkelingen elkaar grotendeels, maar wat betreft inhoud is de geboden zorg in 2013 niet meer vergelijkbaar met die van 2011. Het doel lijkt bereikt, meer zorg van hogere kwaliteit zonder dat daarvoor de kosten zijn toegenomen.