

Verantwoordingsdocument

Toelichting op de berekening van de tarieven in de mondzorg

November 2014

Inhoud

1. Inleiding	4
2. Kostenonderzoek mondzorg	5
2.1 Inleiding	5
2.2 Uitkomsten kostenonderzoek Deloitte	5
2.2.1 Steekproefkader	5
2.2.2 Praktijkopbrengsten	6
2.2.3 Praktijkkosten	7
2.2.4 Productie	8
3. Beleidsuitgangspunten	11
3.1 Kostprijnsprincipes	11
3.2 Beleidsmatige uitgangspunten	11
3.2.1 Toerekenen van kosten en tijdsbesteding	11
3.2.2 Terugrekenen naar FTE	12
3.2.3 Jaar van onderbouwing 2011/2012	13
3.2.4 Beloningen voor eigenaren	14
3.2.5 Vergoeding rendement eigen vermogen (VGREV)	15
3.2.6 Functionele bekostiging	16
3.3 Arbeidskostencomponent	17
4. Tariefherijking in cijfers	20
4.1 Berekening gedeerd rendement eigen vermogen	20
4.2 Vertaling van de onderzoeksresultaten naar het tarief	23
5. Rafelranden	27
5.1 Mondzorg in de AWBZ	27
5.2 Bijzondere tandheelkunde door de algemeen practicus	29
5.3 Tandtechniek in eigen beheer	30
5.4 Orthodontieprestaties in de B/C-categorie	30

1. Inleiding

Voor u ligt het verantwoordingsdocument 'Toelichting op de berekening van de tarieven in de mondzorg'. In dit document licht de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) toe op welke wijze de tarieven voor de tandheelkundige zorg en orthodontische zorg zijn herijkt. Deze tariefherijking is voornamelijk gebaseerd op de uitkomsten van het kostenonderzoek dat uitgevoerd is door Deloitte Consulting BV (hierna: Deloitte). Op basis van dit kostenonderzoek zijn in de tariefformule het 'kostenbestanddeel' en de 'productie' herijkt. Daarnaast wordt ook de 'arbeidskostencomponent', voorheen aangeduid als 'norminkomen', herijkt.

Beleidsoverleggen

Over de in dit document gepresenteerde tariefberekening hebben verschillende overleggen plaatsgevonden met partijen uit het veld. Op 28 augustus en 25 september 2014 heeft een *beleidsoverleg* plaatsgevonden. Naar aanleiding van en in deze overleggen hebben partijen verschillende voorstellen gedaan voor aanpassing van de uitgangspunten of de systematiek. In dit document wordt op sommige plaatsen gerefereerd aan deze overleggen en voorstellen. De volledige tariefherijking is voorgelegd aan de leden van de Adviescommissie Eerstelijns Zorg en Ketens op 29 oktober 2014.

Relevante beleidsregels

De in dit document opgenomen tariefherijking betreft de mondzorg zoals deze vastgelegd is in de beleidsregels (tussen haakjes staat het nummer zoals dat in 2014 geldt):

- tandheelkunde zorg (BR/CU-7093)
- tandheelkundige zorg in de AWBZ (BR/CU-7080)
- orthodontische zorg (BR/CU-7094)

Leeswijzer

In hoofdstuk 2 van dit document worden kort enkele belangrijke resultaten van het kostenonderzoek gepresenteerd. In hoofdstuk 3 worden vervolgens de te hanteren beleidsuitgangspunten bij de tariefbepaling benoemd. Daarbij wordt ook ingegaan op de arbeidskostencomponent. In hoofdstuk 4 wordt de concrete vertaling naar het tarief beschreven. Hoofdstuk 5 gaat in op een aantal overige onderwerpen ('rafelranden').

2. Kostenonderzoek mondzorg

2.1 Inleiding

De mondzorgsector kende tot 2012 gereguleerde tarieven. In de meeste gevallen ging het om maximumtarieven. In het jaar 2012 is het experiment 'vrije prijzen' van start gegaan. Omwille van de begrijpelijkheid en transparantie werd de lijst met prestaties (de 'declaratietitels') daarbij sterk ingekort en patiëntvriendelijker verwoord.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft door middel van een aanwijzing (kenmerk MC-U-3122858) aan de NZa de opdracht gegeven de tarieven in de mondzorg opnieuw te reguleren en daarmee dus het experiment 'vrije prijsvorming' te beëindigen. Sinds 1 januari 2013 zijn dan ook weer gereguleerde tarieven van kracht. Met uitzondering van de orthodontische zorg heeft de prestatiestructuur van vóór 2012 daarbij als uitgangspunt gegolden. De tarieven zoals deze in 2011 van toepassing waren, zijn daarbij (geïndexeerd) opnieuw ingevoerd¹. Voor de orthodontische zorg geldt dat de prestatiestructuur van 2012 als uitgangspunt is genomen.

Gegeven het opnieuw invoeren van een prestatiestructuur met een gedeeltelijk verouderde tariefonderbouwing, zag de NZa aanleiding om hiernaar onderzoek te doen. Het kostenonderzoek mondzorg had als doel het in beeld brengen van de opbrengsten, (praktijk)kosten en productie van aanbieders van mondzorg. Daarnaast werd een onderzoek naar de tijdsbesteding van aanbieders in de mondzorg uitgevoerd. De resultaten van dit onderzoek kunnen worden gebruikt om de tarieven (nader) te onderbouwen en/of te herijken.

De NZa heeft hiervoor een klankbordgroep ingesteld waarvoor vertegenwoordigers van de brancheorganisaties van aanbieders en verzekeraars en de consumentenorganisaties zijn uitgenodigd. De klankbordgroep bestond uit vertegenwoordigers van Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT; tot aan september 2013), Centraal overleg bijzondere tandheelkunde (Cobijt), Consumentenbond (CB), Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT), Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF), Nederlandse Vereniging van Instelling voor Jeugd tandverzorging (NVIJ), Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist (NVM), Organisatie van Nederlandse Tandprothetici (ONT) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

2.2 Uitkomsten kostenonderzoek Deloitte

2.2.1 Steekproefkader

Het onderzoek richtte zich op de mondzorgpraktijk zijnde de aanbieders van mondzorg die zelfstandig prestaties mondzorg in rekening (mogen) brengen. De mondzorgpraktijk kenmerkte zich als een organisatorische eenheid met een eigen administratie, locatie en (juridische) entiteit van waaruit één of meer behandelaren mondzorg aanbieden en declareren.

De mondzorgsector bestaat uit een diverse groep aanbieders, zoals tandartsen, orthodontisten, mondhygiënist en tandprothetici en

¹ Voor de orthodontische zorg is per 1 januari 2013 met de regulering van de tarieven tegelijkertijd een korting van ongeveer 16% verwerkt.

eveneens diverse praktijkvormen. In het algemene onderzoeksrapport (rapport 0) heeft Deloitte beschreven op welke wijze de populaties zijn onderzocht en samengesteld. Tabel 1 geeft een beeld van de omvang van de populatie, de steekproef en het responsaantal. Belangrijk om te vermelden is dat er in de tabel dubbeltellingen voorkomen. Dit komt voort uit het feit dat een praktijk onder meerdere praktijksoorten kan vallen. Zo kan een praktijk tandartspraktijk zijn en tevens een differentiatie voeren zoals angstbegeleiding.

Tabel 1 Aantal mondzorgpraktijken

Type praktijk	Populatie	Steekproef	Respons
Tandartspraktijken	4.967	475	388
AWBZ-praktijken	98	77	54
Praktijken voor mondhygiëne	632	88	73
Orthodontiepraktijken	194	86	77
Ortho-schisiscentra	16	16	3
Praktijken voor tandprothetiek	404	97	70
Instellingen voor jeugd tandverzorging	13	13	12
Pedodontologiepraktijken	45	45	36
Endodontologiepraktijken	51	51	40
Implantologiepraktijken	388	67	53
Parodontologiepraktijken	51	51	40
Tandartspraktijken voor angstbegeleiding	8	8	5
Tandartspraktijken gehandicaptenzorg	12	12	7
Tandartspraktijken voor gerodontologie	11	11	8
Gnathologiepraktijken	37	37	18
Tandartspraktijken maxillo-faciaal-prothetiek	1	1	1

In onderstaande paragrafen worden enkele kerngegevens met betrekking tot de opbrengsten, kosten en productie weergegeven. Daarbij wordt gefocust op de tandartspraktijken, praktijken voor mondhygiëne, orthodontiepraktijken en praktijken voor tandprothetiek. Voor de gegevens van de andere praktijktypen, wordt verwezen naar de deelrapporten 2 en 4 van Deloitte.

2.2.2 Praktijkopbrengsten

Deloitte heeft voor de jaren 2011 en 2012 de totale praktijkopbrengsten in beeld gebracht. Tabel 2 geeft een indicatie van de financiële omvang van de groepen, de ontwikkeling van de totale praktijkopbrengsten van 2011 naar 2012 en het omzetaandeel van de mondzorgopbrengsten.

De tabel laat zien dat tandartspraktijken in 2012 een gemiddelde praktijkopbrengst realiseerden van € 564.998. Dit betekende ten opzichte van 2011 een omzetgroei van zo'n 2%. Praktijken voor mondhygiëne behaalden in 2012 een gemiddelde praktijkopbrengst van € 111.856, hetgeen ten opzichte van 2011 een omzetsijging van ruim 10% betekende. De orthodontiepraktijken alsmede de praktijken voor tandprothetiek kenden in 2012 een gematigde opbrengstontwikkeling (+ 1 tot 1,5%).

De totale praktijkopbrengsten kunnen worden uitgesplitst naar een drietal opbrengstcategorieën. Te onderscheiden zijn omzet mondzorg, omzet techniek in eigen beheer en overige opbrengsten (niet wmg-gerelateerd). Tandartspraktijken realiseerden gemiddeld ruim 98% van de totale praktijkopbrengsten uit de declaratie van de mondzorgprestaties. Dit aandeel bedroeg voor de praktijken voor mondhygiëne gemiddeld ruim 97% en voor de orthodontiepraktijken

ruim 99%. De praktijken voor tandprothetiek behaalden daarentegen gemiddeld 'slechts' ruim 31% van de praktijkopbrengsten uit mondzorgverrichtingen. Ongeveer de helft van de totale praktijkopbrengsten werd uit tandtechniek in eigen beheer behaald.

Tabel 2 Gemiddelde totale praktijkopbrengsten, per type praktijk

	Tandarts- praktijken	Mond- hygiëne	Ortho- praktijken	Tand- prothetiek
Totale praktijkomzet '11	€ 554.517	€ 101.399	€ 1.150.971	€ 343.662
Totale praktijkomzet '12	€ 564.998	€ 111.856	€ 1.163.524	€ 348.572
%-verschil	+1,9%	+10,3%	+1,1%	+1,4%
Aandeel mondzorg '11	98,4%	97,8%	99,4%	31,6%
Aandeel mondzorg '12	98,3%	95,7%	99,7%	29,2%

2.2.3 Praktijkkosten

Naast de praktijkopbrengsten heeft Deloitte ook de praktijkkosten in kaart gebracht. Tabel 3 geeft de ontwikkeling van de totale praktijkkosten in 2011 en 2012 weer. De tabel laat zien dat de gemiddelde totale praktijkkosten voor de tandartspraktijken in 2012 € 426.665 bedroegen. Dit betekende ten opzichte van 2011 een kostenstijging van 2,5%. De gemiddelde praktijkkosten voor de praktijken voor mondhygiëne waren in 2012 met € 56.474 ruim 11% hoger dan in 2011. Voor orthodontiepraktijken bedroegen de gemiddelde praktijkkosten in 2012 € 801.598. Dit was ruim 5% hoger dan in 2011. Praktijken voor tandprothetiek realiseerden in 2012 gemiddeld € 268.136 aan praktijkkosten. Ten opzichte van 2011 was gemiddeld sprake van een lichte daling van de praktijkkosten (-0,4%).

Tabel 3 Gemiddelde totale praktijkkosten, per type praktijk

	Tandarts- praktijken	Mond- hygiëne	Ortho- praktijken	Tand- prothetiek
Totale praktijkkosten '11	€ 416.056	€ 50.710	€ 762.167	€ 269.234
Totale praktijkkosten '12	€ 426.665	€ 56.474	€ 801.598	€ 268.136
%-verschil	+2,5	+11,4	+5,2	-0,4%

De totale praktijkkosten kunnen worden uitgesplitst naar een groot aantal *kostencategorieën*. Tabel 4 laat voor het jaar 2011 zien dat voor tandartspraktijken de personeelskosten (42%) en de materiaal- en techniekkosten (29%) tot de belangrijkste kostensoorten behoren. Andere, relatief minder belangrijke, kostensoorten betreffen de algemene kosten (10%), de afschrijvingskosten (9%) en de huisvestingskosten (7%). De verdeling van de kostencategorieën onder de orthodontiepraktijken wijkt hier niet veel van af (personeel 45%, materiaal- en techniek 22%, algemene kosten 11%, afschrijving 9% en huisvesting 8%). De kostenverdeling onder de praktijken voor mondhygiëne wordt gekenmerkt door een relatief groot aandeel *algemene kosten* (24%) en *huisvestingskosten* (22%). Het aandeel van de personeelskosten is in verhouding tot die van de tandarts- en orthodontiepraktijken veel geringer (22%). Bij praktijken voor tandprothetiek is de post 'techniek en materiaal' veruit de belangrijkste (37%), gevolgd door de personeelskosten (32%).

Tabel 4 Gemiddelde totale praktijkkosten in 2011, per kostensoort en type praktijk

Kostensoort	Tandarts- praktijken	Mond- hygiëne	Ortho- praktijken	Tand- prothetiek
Techniek en materiaal	€ 119.328	€ 5.092	€ 168.152	€ 99.492
Personeelskosten	€ 173.642	€ 11.949	€ 342.027	€ 86.719
Huisvestingskosten	€ 27.663	€ 11.339	€ 59.438	€ 23.344
Verkoopkosten	€ 5.087	€ 1.668	€ 11.462	€ 10.510
Algemene kosten	€ 42.285	€ 12.312	€ 83.940	€ 21.449
Financieringslasten	€ 8.666	€ 1.507	€ 14.133	€ 3.633
Afschrijvingen	€ 35.548	€ 6.655	€ 71.007	€ 20.642
Overige kosten	€ 3.838	€ 189	€ 12.008	€ 3.445
Totale kosten	€ 416.056	€ 50.710	€ 762.167	€ 269.234

2.2.4 Productie

De gerealiseerde praktijkopbrengsten mondzorg komen voort uit de totale productiewaarde van de praktijken. De productie wordt gerealiseerd via honderden prestatiecodes die staan voor verschillende verrichtingen met een tarief per verrichting. Tabel 5 geeft inzage in de totale gedeclareerde productiewaarden. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen het in rekening gebrachte tarief (honorarium)² en de (doorberekende) materiaal en techniekkosten. Deze onderverdeling sluit aan bij de tariefsystematiek en bij de gegevens die in de productiesoftware van de praktijken worden bijgehouden. Het honorarium en de materiaal- en techniekkosten is het bedrag dat op basis van de productie administratie per hoofdstuk door de praktijken gemiddeld is gedeclareerd.

Uit de tabel valt op te maken dat de omzet vanuit de productiegegevens niet exact gelijk is aan de optelsom van de omzet mondzorg plus omzet techniek in eigen beheer vanuit de winst- en verliesrekening, maar wel zeer nauw aansluit³. Voor de verdere analyses is – conform het advies van Deloitte – voor de *totale* omzet mondzorg uitgegaan van de verantwoorde opbrengsten mondzorg uit de winst- en verliesrekening waarbij de opgegeven aantallen op basis van de productiesystemen gebruikt worden voor de *verhoudingen* binnen deze omzet⁴. Het aandeel doorberekende materiaal- en techniek binnen de omzet volgt immers niet uit de winst- en verliesrekening en moet dan ook met gegevens uit de productiesystemen nader bepaald worden.

² De tarieven zijn ook bedoeld om een deel van de gebruikte materialen (waaronder verbruiksmaterialen) te dekken. Voor het onderscheid met de doorberekende materialen en technieken, wordt hier de term honorarium gebruikt.

³ Het verschil bedraagt voor de meeste groepen minder dan 2%. Voor praktijken voor tandprothetiek, zie verderop in paragraaf 3.4.

⁴ De omzet mondzorg en techniek in eigen beheer vanuit de winst- en verliesrekening zijn ten behoeve van het opstellen van financiële overzichten en belastingaangiftes geschoond en gecontroleerd en daardoor betrouwbaarder. Zie voor een uitvoerige toelichting van Deloitte op deze keuze hoofdstuk 4 van de relevante (deel)rapporten.

Tabel 5 Gemiddelde productiewaarde, per type praktijk

	Tandarts- praktijken	Mond- hygiëne	Ortho- praktijken	Tand- prothetiek
Productiewaarde '11	€ 544.310	€ 99.111	€ 1.133.536	€ 251.638
Honorarium	€ 463.131	€ 98.912	€ 1.121.884	€ 139.400
Materiaal en techniek	€ 81.179	€ 199	€ 11.652	€ 112.238*
Omzetaandeel M/T	0,14914	0,00201	0,01028	0,44603
Omzet mondzorg W/V	€ 545.669	€ 99.190	€ 1.144.576	€ 108.454
Productiewaarde '12	€ 553.742	€ 108.158	€ 1.149.060	€ 234.930
Honorarium	€ 479.040	€ 107.758	€ 1.053.282	€ 127.078
Materiaal en techniek	€ 74.702	€ 400	€ 95.778	€ 107.852*
Omzetaandeel M/T	0,13490	0,00398	0,083353	0,45908
Omzet mondzorg W/V	€ 555.350	€ 107.052	€ 1.159.509	€ 101.632

* Door Deloitte gekenschetst als 'tandtechniek in eigen beheer'.

De NZa bepaalt haar tarieven op grond van een arbeidskostencomponent per fte-eigenaar gekoppeld aan gegevens over de praktijkkosten gerelateerd aan de mondzorgactiviteiten en de "productie-omvang" van praktijken. Voor iedere prestatie is een aantal punten vastgesteld. Deze punten worden per jaar vermenigvuldigd met een door de NZa vastgestelde puntwaarde om het tarief per prestatie vast te leggen. De puntwaarde wordt door de NZa vastgesteld op basis van de per eigenaar- FTE van toepassing zijnde arbeidskostencomponent en de integrale feitelijk aan mondzorgprestaties gerelateerde kosten (gedeeld door deze productie-omvang). Zie daarover meer in hoofdstuk 3.

Op basis van de productiegegevens is voor het jaar 2011 op indirecte wijze een berekening van het aantal punten (productie) gemaakt⁵. Hiervoor is benodigd a) de door de NZa vastgestelde (voorcalculatorische) puntwaarde van 2011, b) de totale verantwoorde praktijkomzet mondzorg uit de winst- en verliesrekening en c) het omzetaandeel materiaal en techniekkosten (M/T) op basis van de productie-administratie. Tabel 6 geeft hierin inzage.

Tabel 6 Aantal gedeclareerde punten in 2011, per type praktijk

	Tandarts- praktijken	Mond- hygiëne	Ortho- praktijken	Tand- prothetiek
Omzet mondzorg W/V	€ 545.669	€ 99.111	€ 1.144.576	€ 251.638
Omzetaandeel M/T	0,14914	0,00201	0,01028	0,44603
Materiaal en techniek	€ 81.382	€ 199	€ 11.765	€ 112.238
Honorarium	€ 464.287	€ 98.912	€ 1.132.811	€ 139.400
Puntwaarde	€ 5,166165	€ 5,166165	€ 0,477982	€ 5,166165
Aantal punten	89.871	19.161	2.369.987	26.983

Voor orthodontie geldt dat per 1 juli 2011 de puntwaarde verlaagd is. De hier verantwoorde omzet is alleen op jaarbasis bekend. Ter berekening van de productie-omvang van orthodontie-praktijken is in notities ten behoeve van de beleidsoverleggen gebruik gemaakt van het *gemiddelde* van deze twee (voorcalculatorische) puntwaarden van 2011. De KNMT heeft erop gewezen dat de omzet in de eerste helft van het jaar doorgaans groter is dan de omzet in de tweede helft.

De NZa heeft naar aanleiding hiervan de puntwaarde berekend door de omzetverdeling te gebruiken zoals deze blijkt uit de data van factureringsmaatschappijen. De NZa heeft ten behoeve van de

⁵ In verband met de vrije prijsvorming is dat voor het jaar 2012 niet mogelijk.

monitoring van de markt reeds eerder de declaratiegegevens van (onder meer) factureringsmaatschappijen ontvangen. Deze gegevens geven geen totaalbeeld van de markt omdat slechts een deel van de declaraties via deze maatschappijen inzichtelijk wordt gemaakt. Daarnaast kan dit 'aandeel' variëren door de tijd afhankelijk van keuzes die praktijken maken ('meer of minder via facturering'). Vanwege dit selectief effect, berekent de NZa de bovengenoemde verhouding op basis van de jaren 2011 tot en met 2013. Daaruit blijkt dat gemiddeld genomen 53,15% van de jaaromzet in de eerste helft van het jaar behaald wordt. De gemiddelde puntwaarde is daarmee gelijk aan 0,477982, zie tabel 7.

Tabel 7 Berekening gemiddelde puntwaarde orthodontie in 2011

	Puntwaarde	Aandeel	Gemiddelde
Eerste helft 2011	0,516583	0,531534	0,274581
Tweede helft 2011	0,434184	0,468466	0,203401
Gemiddelde puntwaarde 2011			0,477982

3. Beleidsuitgangspunten

3.1 Kostprijsprincipes

De NZa stelt op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) voor de mondzorg prestaties met bijbehorende maximumtarieven vast. Het kostenonderzoek mondzorg is geïnitieerd om inzichtelijk te maken in hoeverre de huidige mondzorgtarieven nog representatief zijn in verhouding met de anno 2011/2012 gemaakte praktijkkosten en productie. Vooraf is daarbij het uitgangspunt geformuleerd dat het kostprijsonderzoek plaatsvindt op basis van de klassieke methode. Dit betekent dat de kostprijs wordt berekend op basis van de gemiddeld gemeten werkelijke kosten, met als uitzondering het (gederfd) rendement op eigen vermogen. Het herijken van de tarieven op basis van de gemiddeld waargenomen kosten sluit aan op de beleidsregel BR/CU-5063 'Tariefprincipes tweedelijns curatieve zorg' en op de keuzes die tot op heden zijn gemaakt in eerder uitgevoerde kostenonderzoeken in de eerstelijnszorg⁶.

3.2 Beleidsmatige uitgangspunten

Om de (maximum)tarieven in de beleidsregels tandheelkundige zorg en orthodontische zorg te herijken, wordt de puntwaarde opnieuw vastgesteld. Alle prestaties hebben immers een 'aantal punten' en door vermenigvuldiging met de puntwaarde wordt het tarief per prestatie bepaald. De puntwaarde wordt gebaseerd op een 'inkomensdeel' (arbeidskostencomponent), 'praktijkkostendeel' en een 'productie-omvang' (totaal aantal punten). In formulevorm is dat als volgt:

$$\text{Puntwaarde} = \frac{\text{inkomensdeel} + \text{praktijkkostendeel}}{\text{productie (aantal punten)}}$$

$$\text{Maximum tarief} = \text{puntwaarde} \times \text{punteenaantal per verrichting}^7$$

Het kostenonderzoek mondzorg levert de cijfermatige input voor deze formule(s). Hieronder wordt eerst ingegaan op de beleidsmatige uitgangspunten en vervolgens de toepassing in de tariefformule besproken.

3.2.1 Toerekenen van kosten en tijdsbesteding

Deloitte heeft in het kostenonderzoek de totale praktijkopbrengsten van mondzorgaanbieders in kaart gebracht, welke zijn te onderscheiden in opbrengsten mondzorg, omzet techniek in eigen beheer en overige opbrengsten. Deloitte heeft de praktijkkosten echter niet altijd hieraan kunnen toedelen. Dit vanwege het feit dat deze praktijkkosten door de respondenten zelf niet waren uit te splitsen omdat dat in de administratie niet inzichtelijk is. Om die reden is voor de schoning van een aantal kostenposten de omzetverhouding gehanteerd.

Deloitte heeft voor deze methodiek gekozen omdat dit in de gegeven omstandigheden de theoretisch en praktisch meest voor de hand liggende toerekening is. Het toerekenen van gemeenschappelijke kosten

⁶ Zoals het kostenonderzoek orthodontie, huisartsenzorg, logopedie en verloskunde.

⁷ Voor de NZa is het huidige punteenaantal per verrichting een gegeven. Dit betekent dat het punteenaantal per verrichting niet wordt herijkt.

zoals de kosten voor huisvesting, de kosten van baliepersoneel en de algemene kosten wordt aanbevolen en vaak gebruikt wanneer er geen duidelijk verband bestaat tussen bepaalde producten/diensten en de hoogte van deze gemeenschappelijke kosten dan wel gegevens ontbreken die het mogelijk maken om de kosten nauwkeuriger toe te rekenen (zie de toelichting in Rapport 0).

De kosten van (ingekochte) techniek en materiaal kunnen wel goed aan mondzorg en techniek voor eigen beheer worden toegerekend en zijn daarom specifiek uitgevraagd voor mondzorg, techniek in eigen beheer en kosten van de overige opbrengsten. Deze zijn dus niet proportioneel maar op basis van de eigen opgave van de praktijken vastgelegd en gecategoriseerd. De NZa heeft de verdelingen en/of toerekeningen van Deloitte overgenomen.

Naast het toerekenen van de kosten, geldt dat ook voor tijdsbesteding. De regel is dat een mondzorgaanbieder die zich volledig op de (tariefgereguleerde) mondzorg richt (en een kostenstructuur heeft die overeenkomt met het gemiddelde) in staat moet zijn om het redelijk geachte inkomen (arbeidskostencomponent) te behalen. De arbeidskostencomponent wordt in de tariefbepaling dan ook meegenomen met het aandeel mondzorg in de praktijk (zie hoofdstuk 2). Dit betekent dat een gedeelte van een mogelijke overwinst (bruto marge per fte > arbeidskostencomponent) is toe te rekenen aan activiteiten die niet zijn gerelateerd aan de declaraties van de mondzorgprestaties en niet betrokken wordt bij de tariefbepaling.

3.2.2 Terugrekenen naar FTE

De puntwaarde die wordt gebruikt ten behoeve van de tariefbepaling wordt vastgesteld op basis van het per eigenaar FTE van toepassing zijnde inkomen en de mondzorgkosten. Bij de berekening van de hoogte van het aantal FTE-eigenaren spelen vier aspecten een rol:

- De berekening gaat uit van een full time werkweek van zesendertig uur;
- Het aantal FTE is berekend aan de hand van de door de praktijken opgegeven uren per behandelaar of medewerker per week;
- Bij de berekening van het aantal FTE-eigenaren van een praktijk is rekening gehouden met het aantal weken dat de behandelaar in 2011 en/of 2012 beschikbaar was om te werken, de zogenaamde werktijdfactor per jaar;
- Het aantal FTE-eigenaren dat een individuele medewerker meetelt in de FTE berekening is gelijk aan de werktijdfactor per week maal de werktijdfactor per jaar. Voor een individuele behandelaar of medewerker kan deze niet groter zijn dan 1.

De NZa stelt zich op het standpunt dat zij zich voor de bepaling van het tarief kan beperken tot de omzet die de mondzorgprofessionals met de arbeid die zij zelf klaarblijkelijk als redelijk beschouwen in een jaar behalen. Een correctie voor eventuele boven normatieve uren ligt niet voor de hand. Het inkomen van de zorgaanbieder past bij i) een functie waaraan inherent is dat overuren moeten worden gemaakt ii) zonder dat daar altijd een vergoeding tegenover staat.

De NZa benadrukt dat dit geenszins betekent dat het werkelijk te verdienen inkomen van een zelfstandige zorgaanbieder gemaximeerd wordt. Dit inkomen wordt bepaald door de individuele keuzes, kosten en inspanningen. Als zorgaanbieders meer productieve uren leveren, betekent dit voor de individuele praktijk doorgaans meer zorgverlening

die ook in rekening kan worden gebracht. Voor het belonen van dit "meer werken" is het dus niet nodig dat uitgegaan wordt van een andere systematiek – dat wil zeggen een andere fte-bepaling – voor de *tariefbepaling*.

3.2.3 Jaar van onderbouwing 2011/2012

Deloitte heeft de gegevens verzameld voor de jaren 2011 en 2012. Bij de meeste kostenonderzoeken worden twee jaren in beeld gebracht. Uitgangspunt is dat de gegevens van het meest recente jaar worden gebruikt tenzij dat om bepaalde redenen niet mogelijk en/of niet wenselijk is. In het geval van de mondzorg is van dat laatste sprake:

- Het jaar 2012 kende een systeem met vrije prijzen. De prestaties hadden dan ook geen 'puntenaantal' waarmee de productie-omvang dus niet te berekenen is.
- Het jaar 2011 is qua regelgeving zeer goed vergelijkbaar met de huidige situatie omdat de prestatielijst van 2011 als uitgangspunt heeft gediend voor de lijst die nu gebruikt wordt.
- De regulering in 2012 was zodanig vormgegeven dat vertaling naar de regels in een gereguleerd systeem niet mogelijk zijn: zo werden in 2012 materialen en technieken afzonderlijk in rekening gebracht maar hoefden deze niet tegen inkoopprijs te worden doorberekend. Sinds 2013 is dat wel het geval.
- De gegevens van 2011 zijn vollediger en betrouwbaarder in beeld gebracht dan die van 2012. Deloitte meldt: "het jaar 2011 heeft de hoogste N, de meest definitieve belastingaangiften en is het meest vergelijkbaar met de huidige regelgeving". In totaal zijn er 109 deelonthefingen verleend voor het jaar 2012 omdat de benodigde financiële stukken nog niet gereed waren.

De NZa heeft bij de beleidsoverleggen dan ook aangegeven op basis van deze overwegingen de tariefherijking te baseren op de cijfers van 2011. Partijen hebben naderhand voorgesteld om de gegevens van 2012 te gebruiken voor de herijking, dit vanwege het feit dat de productie in 2012 beduidend lager is dan in 2011. Deze gegevens zouden 'bruikbaar' zijn door middel van het toepassen van de aanname dat de prijzen in 2012 gestegen zijn volgens de cijfers zoals de NZa die in de Marktscan Mondzorg december 2012 heeft gerapporteerd (10,7%). De NZa heeft hierop het voorstel als volgt aangepast.

Met de hierboven genoemde aanname is een inschatting te maken van de productie in 2012. Daarbij wordt gebruik gemaakt van een fictieve puntwaarde in 2012 door die van 2011 te verhogen met 10,7%. De productie van de gemiddelde tandartspraktijk is dan ongeveer 6,5% lager dan in 2011⁸.

De NZa heeft los van het kostenonderzoek ten behoeve van de monitoring van de markt de beschikking gekregen over de declaratiedata van de mondzorg van Vektis (zorgverzekeraars) en factureringsmaatschappijen. De cijfers hebben betrekking op de periode 2011 tot en met 2013. De gegevens zijn te combineren doordat Vektis heeft aangegeven welk deel van de door de zorgverzekeraars behandelde declaraties afkomstig was van factureringsmaatschappijen. Op deze manier is de overlap tussen de twee datasets te verwijderen. Uit deze cijfers blijkt dat de totale omzet tandheelkundige zorg in 2013 3,86% hoger is dan in 2011. De puntwaarde in 2013 is 4,51% hoger dan in 2011 (door de indexatie). Daaruit volgt dan ook de conclusie dat de

⁸ De in tabel 6 genoemde puntwaarde van 5,166 wordt dan met 10,7% verhoogd tot een 'fictieve puntwaarde' voor 2012 van 5,719. Het puntenaantal voor 2012 is daarmee 84.007 per tandartspraktijk (in 2011 is dat 89.871, zie tabel 6).

productie in 2013 0,6% lager was dan in 2011⁹.

Voor de vergelijking van 2011 en 2013 zijn ook andere bronnen mogelijk. Zo houdt het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) bij hoe groot de uitgaven zijn die gedaan worden aan tandheelkundige zorg. Het CBS rapporteert de volgende gegevens voor de jaren 2011 tot en met 2013 (de cijfers van 2012 en 2013 kennen een voorlopig karakter):

Tabel 8 Uitgaven aan tandartspraktijken, CBS

Jaar	Uitgaven (in mln.)
2011	2.712
2012	2.818
2013	2.792

Op basis van deze gegevens zou de omzetverandering van tandheelkundige zorg in 2013 ten opzichte van 2011 gelijk zijn aan 2,9%. Voor de bepaling van de volume-ontwikkeling is het net als hierboven is gedaan, van belang om te corrigeren voor de indexatie. Dit leidt tot een volume-daling van 1,5%¹⁰.

De NZa heeft bovenstaande gegevens als volgt meegenomen bij de tariefbepaling. Het volume in 2012 lag beduidend lager dan in 2011. Tegelijkertijd is het niveau van 2013 weer dichtbij dat van 2011 en moet geconcludeerd worden dat er sprake is van een jaar met een incidenteel lager volume. De NZa vindt het – mede gezien de andere, hierboven genoemde redenen – niet terecht wanneer de tariefbepaling gebaseerd wordt op de gegevens van het jaar 2012.

Tegelijkertijd is geconstateerd dat de productie na 2011 wel gedaald is en nog niet terug is op het voor dit jaar gemeten niveau. Om die reden is de NZa bij de bepaling van de component 'productie' in de tariefformule uitgegaan van het gemiddelde van het aantal punten over 2011 en 2012.

De NZa gaat bij de berekening van het aantal punten voor 2012 uit van de door partijen voorgestelde methode van de Marktscan december 2012¹¹. Voor orthodontische zorg is in deze marktscan geen (gemiddelde) prijsverandering berekend. De reden daarvoor is dat orthodontische trajecten doorgaans langer duren en op het moment van de analyse in ieder geval niet voldoende data beschikbaar waren om een adequate (prijs)vergelijking tussen de jaren te maken. De NZa heeft wel de prijsverandering van een aantal veel voorkomende trajecten in beeld gebracht, gedeeltelijk op basis van gegevens van de KNMT (maar dan zonder een gemiddelde te berekenen). De meeste van deze trajecten kenden een prijsdaling. Om deze redenen is voor de huidige analyse bij orthodontische zorg uitgegaan van de productie 2011.

3.2.4 Beloningen voor eigenaren

Het inkomen voor eigenaren wordt in de tariefformule gedekt door het 'inkomensdeel'. Verschillende praktijken hebben wel eigenaren in loondienst en/of betalen vergoedingen die eveneens deel uitmaken van het inkomensdeel (zoals arbeidsongeschiktheidsverzekeringen,

⁹ Deze 0,6% is als volgt bepaald: de omzet is gelijk aan de prijs maal de hoeveelheid. De verandering van de hoeveelheid is dus gelijk aan de omzetontwikkeling gedeeld door de prijsverandering: 1,0386 gedeeld door 1,0451 is 0,994. De hoeveelheid is dus 0,6% lager.

¹⁰ Naar analogie van voetnoot 11: 1,0295 gedeeld door 1,0451 is 0,985 (1,5% lager).

¹¹ Wanneer voor de gemiddelde tandartspraktijk een vergelijking wordt gemaakt van (alleen) de *hoofdcodes 2011* (vullingen, wortelkanaalbehandelingen, etc.) met de productie 2012, blijkt eveneens een volumedaling. Als deze daling gerelateerd wordt aan de door Deloitte gerapporteerde gemiddelde omzetstijging van de tandartspraktijk, komt de *prijsstijging* 2012 dichtbij de uitkomst van deze marktscan.

pensioenpremies, etc.). Bij de bepaling van het praktijkkostendeel worden deze dan ook buiten beschouwing gelaten. Hetzelfde geldt voor de afschrijvings- en financieringskosten van goodwill die naar vaststaand beleid geen deel uitmaken van het tarief.

Deloitte heeft in de marge-berekeningen in de rapporten bovenstaande inkomens voor eigenaren-in-loondienst eveneens buiten beschouwing gelaten. Het vergroot immers de vergelijkbaarheid van praktijken met verschillende rechtsvormen én van praktijken met en zonder eigenaren. Het gaat volledigheidshalve om i) alle (vermogens)uitkeringen aan eigenaren, ii) loon aan eigenaren in loondienst, iii) de afschrijvingen voor goodwill, iv) de financieringskosten van goodwill, v) eventuele management fees, vi) de kosten voor pensioenverzekeringen voor de eigenaren, vii) de kosten voor arbeidsongeschiktheidsverzekeringen voor eigenaren.

Bovenstaande wil niet zeggen dat dit geen legitieme kosten zijn. Ze worden terecht conform jaarrekeningrecht meegenomen in de jaarrekening van praktijken. In de tariefbepaling zijn het evenwel kosten die gedekt worden door middel van de arbeidskostencomponent.

3.2.5 Vergoeding rendement eigen vermogen (VGREV)

De NZa zal in het tarief een normatieve vergoeding opnemen in de vorm van een rentevergoeding op het genormeerd eigen vermogen. Hierbij wordt aangesloten bij de beleidsregel BR/CU 5063 'Tariefprincipes tweedelijns curatieve zorg' waarin is opgenomen dat ondernemersrisico een element kan zijn in de opbouw van tarieven. Dit element beoogt te compenseren voor de kosten van het aanhouden van een financiële reserve die nodig is om risico's op te vangen die een zorgaanbieder niet zelf kan mitigeren en waarvoor geen verzekering mogelijk is.

Ondernemingen zijn over het algemeen voor een deel gefinancierd met vreemd vermogen (leningen waarover een meetbare rente betaald moet worden, VV) en voor een deel met eigen vermogen (EV). De verschaffer van het EV loopt doorgaans meer risico op zijn investering dan een bank op zijn lening. De EV-verschaffer verwacht daarom normaal gesproken een hoger rendement op die investering dan een bank.

Bedrijfseconomisch geldt gederfd rendement op het EV als een kostenpost. Die kosten zijn echter niet te meten in een kostenonderzoek omdat er geen uitgaven aan ten grondslag liggen, het gaat om zogenaamde *opportunity costs*. Dit in tegenstelling tot kosten van vreemd vermogen (betaalde rente op leningen). Het eigen vermogen zelf is wel meetbaar.

De vergoeding voor eigen vermogen is zoals gezegd als uitgave niet te meten; de vergoeding dient derhalve normatief te worden vastgesteld. Ter onderbouwing van een eventuele opslag voor ondernemersrisico geldt een normatief bepaalde forfaitaire kostenpost 'vergoeding voor gederfd rendement op eigen vermogen' (hierna VGREV). De NZa stelt het eigen vermogen waarover de VGREV wordt berekend vast op basis van gemeten eigen vermogens of normatief op 30% van het totale vermogen. Het totale vermogen stelt de NZa vast op basis van gemeten totale vermogens of normatief. Het vergoedingspercentage voor het eigen vermogen bedraagt maximaal het gemeten betaalde vergoedingspercentage voor vreemd vermogen vermeerderd met 2 procentpunten in geval van een uniform maximumtarief.

3.2.6 Functionele bekostiging

Uitgangspunt van functionele bekostiging voor de NZa is dat voor dezelfde prestaties dezelfde tarieven gelden, ongeacht welke zorgaanbieder de zorg levert. Dit principe ligt ten grondslag aan zowel de Zorgverzekeringswet (Zvw) als de Wmg en dient het belang van de keuzevrijheid en betaalbaarheid voor de consument.

Voor de tariefvaststelling is het uitgangspunt dat, mits de resultaten voldoende betrouwbaar zijn, de tarieven gebaseerd worden op de gegevens van de zorgaanbieders:

- die het meest specifiek opgeleid zijn voor het betreffende vakgebied en,
- die het grootste aandeel hebben in de macro-omzet die gerealiseerd wordt met de prestaties van het vakgebied¹²,
- voor wie geldt dat de betreffende prestaties een belangrijk deel uitmaken van de omzet van de individuele zorgaanbieder.

Hierbij wordt ervan uitgegaan dat deze groep zorgaanbieders kiest voor de meest doelmatige wijze van zorgverlening. Het praktijkkostendeel voor tarieven mondzorg wordt dus gebaseerd op de feitelijke en gemiddelde kosten van één van de groepen aanbieders.

Op dit moment zijn de tarieven van de *orthodontische* zorg gebaseerd op de gegevens van de orthodontist en zijn de tarieven van de *tandheelkundige* zorg (tandarts, mondhygiëne en tandprothetiek) gebaseerd op de tandarts. De NZa ziet in de gegevens van Deloitte met inachtneming van de hierboven genoemde uitgangspunten geen reden om hiervan af te wijken, met één uitzondering namelijk voor de *implantologie*.

Zoals reeds beschreven in hoofdstuk 2 heeft Deloitte voor een groot aantal type aanbieders de gegevens in kaart gebracht. Een belangrijke groep vormden de gedifferentieerde tandartsen, dat wil zeggen de tandartsen die zich op een bepaald hoofdstuk van het prestatiegebouw toeleggen. Duidelijk is dat deze groepen veel omzet behalen uit het hoofdstuk waar ze zich op toeleggen (zo heeft de gemiddelde tandarts-endodontologie-praktijk 64% van zijn omzet met endodontologie-prestaties behaald). Tegelijk is zichtbaar dat dit op macro-niveau een zeer beperkt onderdeel is van de totale omzet endodontologie (nl. 9%).

Deze redenering geldt ook voor de praktijken voor tandprothetiek en praktijken voor mondhygiëne. Zo geldt voor de eerste dat de gemiddelde praktijk ruim 60% van de mondzorg-omzet verkrijgt door middel van declaraties met de P-prestaties. Deze prestaties worden ook door de tandarts geleverd. Op macro-niveau is het aandeel van de tandprotheticus – vanwege het veel kleinere aantal praktijken voor tandprothetiek – ruim een kwart van de omzet. Daarmee is geen uitspraak gedaan over de mate van efficiency maar slechts bepaald welk type aanbieder het meest voor de hand ligt voor de *onderbouwing* van het tarief. Bij praktijken voor mondhygiëne geldt dat de omzet met preventie (M-codes en overige preventiecodes) op praktijkniveau ongeveer 66% is maar op macro-niveau resulteert dit in ongeveer 10% van de omzet. Veel preventie werd geleverd door tandartspraktijken waarbij de kostenstructuur van deze praktijken relevant is.

De *uitzondering* doet zich voor bij de praktijken tandarts-implantologie. Binnen de gemiddelde praktijk van deze groep aanbieders vormen de J-

¹² Dat wil dus eveneens zeggen: door de meeste patiënten bezocht worden.

prestaties het belangrijkste hoofdstuk. Door het hogere aantal implantologie-praktijken geldt dat dit op macro-niveau resulteert in een aandeel van meer dan 75%¹³. De NZa berekent dan ook drie puntwaarden:

- Een puntwaarde voor de tandheelkundige zorg (met uitzondering van de implantologie), gebaseerd op de *tandartspraktijk*,
- Een puntwaarde voor de implantologie (J-hoofdstuk), gebaseerd op de *implantologiepraktijk*,
- Een puntwaarde voor de orthodontische zorg, gebaseerd op de *praktijk voor orthodontie (orthodontist)*.

3.3 Arbeidskostencomponent

Los van het herijken van het praktijkkostenbestanddeel en de productiecomponent in de tariefformule (waarop de hiervoor genoemde beleidsuitgangspunten betrekking hebben), loopt in de mondzorg een separaat beleidstraject om het norminkomen (ofwel: de arbeidskostencomponent) te herijken. KPMG heeft daarvoor in oktober 2013 een advies uitgebracht. Het advies van KPMG is met partijen besproken tijdens een bijeenkomst van de Adviescommissie Eerstelijns Zorg en Ketens op 9 oktober 2013 en het daarop gebaseerde voorstel van de NZa is besproken tijdens technisch overleggen op 4 december 2013 en 14 mei 2014. Verschillende partijen hebben uitvoerig gereageerd op beide stukken.

Ten behoeve van het overleg op 14 mei jl. heeft de NZa voorgesteld om KPMG een aanvullend onderzoek te laten doen naar een aantal van de door partijen benoemde kritiekpunten. Partijen hebben daarop gereageerd. De NZa heeft tijdens het overleg op 28 augustus jl. toegelicht dat zij naar aanleiding van deze reacties geconcludeerd heeft dat dit voorstel niet op draagvlak van partijen kan rekenen. De NZa heeft daarop voorgesteld om geen gevolg te geven aan het advies van KPMG. In dat geval worden de bestaande arbeidskostencomponenten gebruikt in de tariefformule.

Partijen hebben tijdens het overleg op 28 augustus jl. aangegeven het eens te zijn met de keuze om het KPMG-advies niet te implementeren. Tegelijk zijn de mogelijkheden verkend om op alternatieve wijze de arbeidskostencomponent te herijken. Reden daarvoor is dat naar de mening van partijen het begrip 'ondernemerschap' in deze tijd heel anders is dan in de tijd waarin de arbeidskostencomponent is bepaald (jaren '80). Daarnaast hebben partijen benadrukt dat de tariefbepaling van de NZa nu een sterke nadruk legt op het 'eigenaarschap'. De eigenaar is in de tariefbepaling maximaal één fte. Het onderzoek maakt naar de mening van partijen duidelijk dat één fte-eigenaar evenwel inhoudt dat een relatief groot aantal uren moet worden gemaakt ten behoeve van de praktijk. Als deze uren niet als 'bovennormatief' worden bestempeld en/of niet aanvullend vergoed worden, is de keerzijde dat het inkomen voor deze eigenaar voldoende hoog moet zijn. Partijen zijn van mening dat ook dit rechtvaardigt dat de arbeidskostencomponent verhoogd wordt door middel van een correctie voor ondernemerschap.

In de discussie is ook naar voren gekomen dat steeds meer tandartsen aanvullende opleidingen volgen (en daarmee een gedifferentieerde tandarts worden). De arbeidskostencomponent geldt voor alle tandartsen, bijvoorbeeld ook voor de tandarts-implantologen. Hoewel dit

¹³ De gemiddelde omzet per praktijk op het J-hoofdstuk is € 456.933. Op macro-niveau leidt dat met 388 praktijken tot een omzet van € 177.290.004. De totale omzet op dit hoofdstuk opgeteld leidt tot een macro-bedrag van € 235.813.415. Binnen de implantologie geleverd door *tandartspraktijken* is dit zelfs ongeveer 90%.

aspect los staat van 'ondernemerschap', is een opwaartse aanpassing ook om deze reden niet onredelijk. Los van ondernemerschap staat eveneens het onderdeel 'aankledingsposten' ter discussie. Ook dit is relatief lang geleden bepaald en sindsdien niet (meer) herijkt.

Partijen hebben in hun voorstel van 8 september jl. aangegeven dat voor de herijking in eerste instantie uitgegaan kan worden van de ondernemerschapsopslag zoals die ook bij de huisarts is toegepast, namelijk 11,1%. Deze kan toegepast worden op het bestaande bedrag van de arbeidskostencomponent. Er zijn volgens partijen daarnaast redenen die een hogere opslag of weging voor de tandarts en orthodontist rechtvaardigen. Deze zijn reeds aan bod gekomen tijdens de overleggen op 4 december 2013 en 14 mei 2014. Het voorstel benoemt niet welk percentage daarvoor redelijk is. De NZa heeft hierop het voorstel als volgt aangepast.

Hoewel het huidige bedrag van de arbeidskostencomponent geruime tijd terug bepaald is, geldt niet dat 'ondernemerschap' daar in het geheel geen deel van heeft uitgemaakt. De NZa is het met partijen wel eens dat de factor ondernemerschap steeds belangrijker is geworden. Daarnaast benadrukt de NZa dat ondernemerschap geheel los staat van ondernemersrisico. Zo is dat ook bij de herijking van de huisarts behandeld. Meer risico leidt tot een hogere 'vergoeding gedeerd rendement op eigen vermogen' maar niet tot een hogere arbeidskostencomponent.

Toepassing van (onverkort) meer dan 11,1% ondernemerschapsopslag op het huidige bedrag van de arbeidskostencomponent doet naar de mening van de NZa onvoldoende recht aan het feit dat ondernemerschap op zichzelf al in het huidige bedrag is opgenomen en komt het ook niet tegemoet aan de hiervoor genoemde andere factoren die om herijking vragen. De NZa ziet wel mogelijkheden om de herijking van de arbeidskostencomponent te relateren aan die van de huisarts.

Bij de huisarts geldt dat de methodiek zoals KPMG die heeft geadviseerd op alle onderdelen adequaat toegepast kon worden. Dat geldt voor de vergelijking met de cao (de 'huisarts in loondienst') maar bijvoorbeeld ook voor de herijking van het onderdeel aankledingsposten. Op het primaire inkomen (waar ondernemerschap geen deel van uitmaakt) heeft de NZa een ondernemerschapsopslag toegepast.

De arbeidskostencomponent van de huisarts en tandarts lagen vóór de herijking van het bedrag van de huisarts dicht bij elkaar. De NZa heeft op grond van bovenstaande overwegingen het bedrag van de arbeidskostencomponent van de tandarts mee laten bewegen met de aanpassing die doorgevoerd is bij de huisarts. Indirect is daarmee de 'toetsing aan een markt-cao' en de herijking van de overige onderdelen van de arbeidskostencomponent (ondernemerschap, aankledingsposten) ook toegepast bij de tandarts.

De toename van de arbeidskostencomponent is gelijk aan 12,95%. Met dit bedrag is tegemoet gekomen aan alle hiervóór genoemde redenen voor verhoging. Hiermee wordt de nieuwe arbeidskostencomponent (per 2015) van de tandarts identiek aan die van de huisarts, die van de orthodontist stijgt met hetzelfde percentage als waarmee de arbeidskostencomponent van de tandarts toeneemt (zie tabel 9).

Tabel 9 Arbeidskostencomponent van de tandarts en orthodontist

	Tandarts*	Orthodontist
Niveau 2015 zonder herijking	€ 113.054	€ 149.684
Niveau 2015 met herijking	€ 127.690	€ 169.062
%-verandering	+12,95%	+12,95%

* Deze bedragen gelden eveneens voor de afzonderlijke onderbouwing van de prestaties voor implantologie.

4. Tariefherijking in cijfers

Op grond van de in hoofdstuk 3 genoemde beleidsuitgangspunten is de tariefherijking in cijfers zichtbaar te maken. Daarvoor wordt eerst het gedeerd rendement eigen vermogen berekend (een post die niet uit het onderzoek van Deloitte volgt). Vervolgens wordt in paragraaf 4.2 de tariefformule ingevuld en vertaald naar de situatie van 2015.

4.1 Berekening gedeerd rendement eigen vermogen

Voor de bepaling van het gedeerd rendement op het eigen vermogen zijn de gegevens over financieringslasten en -baten en de vermogensposities (balansen) van belang. Deze gegevens zijn te vinden in hoofdstuk 6 van de deelrapporten (voor tandarts-implantologie gaat het om hoofdstuk 12). De balansgegevens zijn in deze rapporten gerapporteerd voor de rechtspersoon enerzijds en de natuurlijke persoon anderzijds. Hieronder wordt op geaggregeerd niveau de *gemiddelde* balans weergegeven.

Tabel 10 Gemiddelde balans 2011, per type praktijk

Activa		Passiva	
Tandartspraktijk			
Immateriële vaste activa	€ 10.341	Eigen vermogen	€ 180.323
Materiële vaste activa	€ 163.762	Voorzieningen	€ 42.622
Financiële vaste activa	€ 39.272	Langlopende schulden	€ 125.661
Voorraden	€ 5.456	Kortlopende schulden	€ 84.267
Vorderingen	€ 119.169		
Liquide middelen	€ 94.874		
Totaal activa tandarts	€ 432.874	Totaal passiva tandarts	€ 432.874
Orthodontiepraktijk			
Immateriële vaste activa	€ 30.769	Eigen vermogen	€ 701.711
Materiële vaste activa	€ 392.499	Voorzieningen	€ 59.261
Financiële vaste activa	€ 189.794	Langlopende schulden	€ 245.718
Voorraden	€ 26.952	Kortlopende schulden	€ 183.987
Vorderingen	€ 347.332		
Liquide middelen	€ 203.330		
Totaal activa ortho	€ 1.190.677	Totaal passiva ortho	€ 1.190.677
Implantologiepraktijk			
Immateriële vaste activa	€ 36.227	Eigen vermogen	€ 386.876
Materiële vaste activa	€ 265.799	Voorzieningen	€ 51.335
Financiële vaste activa	€ 47.703	Langlopende schulden	€ 172.953
Voorraden	€ 32.737	Kortlopende schulden	€ 210.453
Vorderingen	€ 314.320		
Liquide middelen	€ 124.832		
Totaal activa implanto	€ 821.618	Totaal passiva implantologie	€ 821.618

De NZa stelt vast dat er verschillende balansposten zijn opgenomen waarvan de hoogte vanuit bedrijfseconomisch oogpunt niet past bij of noodzakelijk is voor de bedrijfsvoering van een mondzorgpraktijk. Het gaat bijvoorbeeld om de omvang van de posten vorderingen en de liquide middelen. Zo is bij de tandartspraktijk sprake van een bedrag aan

vorderingen *niet zijnde debiteuren* van € 65.481. Bij de orthodontiepraktijk en implantologiepraktijk gaat het in dit geval zelfs om € 194.296 respectievelijk € 187.263.

Het gevolg van deze situatie is dat er in alle gevallen substantiële financieringsbaten zijn gemeten, namelijk € 1.301 (tandartspraktijk), € 5.439 (orthodontiepraktijk) en € 4.952 (implantologiepraktijk).

Dit brengt de NZa tot de volgende conclusies:

- De financieringsbaten geven een vertekend beeld en moeten niet in mindering worden gebracht op de kosten. De NZa zal deze baten dan ook buiten beschouwing laten bij de bepaling van het tarief.
- De hiervoor genoemde balansen kunnen dan ook niet ongewijzigd als basis dienen voor de bepaling van het gederfd rendement op eigen vermogen. De balans die hiervoor als basis moet dienen, moet daarom normatief opgesteld worden.

Voor het opstellen van de normatieve balans, volgt de NZa de regel dat slechts die activa worden meegenomen die noodzakelijk zijn voor een bedrijfsvoering die past bij de zorglevering ('minimale financieringsbehoefte'). Aan de activa-zijde van de balans neemt de NZa mee:

- De *materiële vaste activa*: deze betreffen de deelposten gebouwen, kantoorinrichting & inventaris, praktijkinstrumentarium, ICT, vervoersmiddelen en overige materiële vaste activa. De NZa heeft geen reden om te vermoeden dat de hier genoemde bedragen een onrealistische weergave zijn van de werkelijkheid of anderszijds beïnvloed zouden zijn door activiteiten die niet samenhangen met de zorglevering.
- De *vorderingen*: deze bestaan uit debiteuren en factoring, nog te factureren bedragen maar bijvoorbeeld ook de eerder genoemde omvangrijke post 'overige vorderingen'. Ter bepaling van het noodzakelijk werkkapitaal gaat de NZa uit van het normatief bepaalde bedrag dat verkregen wordt door 1/12 van de omzet te nemen. Deze is gebaseerd op de door praktijken opgegeven betalingstermijn, deze ligt bij elk van de onderscheiden praktijkvormen om en nabij een maand.
- De post *voorraden*, de NZa heeft ook hiervan geen reden om te vermoeden dat deze niet samen zou hangen met de zorglevering.

De posten immateriële vaste activa (voornamelijk goodwill), financiële vaste activa en liquide middelen worden niet opgenomen in de normatieve balans. Het is bestendig beleid van de NZa dat goodwill en de daarmee samenhangende kosten niet in het tarief terug horen te komen. Financiële activa, zoals deelnemingen, zijn niet noodzakelijk voor de zorglevering. Voor de liquide middelen wordt verwezen naar de bepaling van het werkkapitaal (zie onder 'vorderingen').

Aan de passiva-zijde van de balans gaat de NZa uit van een normatieve verhouding van het eigen en vreemd vermogen van 30% respectievelijk 70%. De NZa kiest voor deze normatieve verhouding omdat zij niet via de vergoeding op eigen vermogen (die hoger is dan de kosten op vreemd vermogen) wil belonen dat praktijken inefficiënt veel eigen vermogen in de onderneming hebben. Deze verhouding geldt in het algemeen als een gezonde, efficiënte vermogenspositie en is bij financiering door banken een gebruikelijke verhouding. Ook in andere sectoren is deze verhouding toegepast. Over het algemeen wordt een eigen vermogensaandeel van substantieel minder dan 30% niet geaccepteerd door banken.

Tabel 11 bevat de normatieve balans zoals die is opgesteld op basis van de hierboven genoemde uitgangspunten.

Tabel 11 Normatieve balans 2011

Activa		Passiva	
Tandartspraktijk			
Materiële vaste activa	€ 163.762	Eigen vermogen	€ 64.407
Debiteuren/werkkapitaal	€ 45.472	Vreemd vermogen	€ 150.284
Voorraden	€ 5.456		
Totaal activa tandarts	€ 214.691	Totaal passiva tandarts	€ 214.691
Orthodontiepraktijk			
Materiële vaste activa	€ 392.499	Eigen vermogen	€ 154.450
Debiteuren/werkkapitaal	€ 95.381	Vreemd vermogen	€ 360.382
Voorraden	€ 26.952		
Totaal activa ortho	€ 514.832	Totaal passiva ortho	€ 514.832
Implantologiepraktijk			
Materiële vaste activa	€ 265.799	Eigen vermogen	€ 122.203
Debiteuren/werkkapitaal	€ 108.806	Vreemd vermogen	€ 285.139
Voorraden	€ 32.737		
Totaal activa implantologie	€ 407.342	Totaal passiva implantologie	€ 407.342

Zoals bij de uitgangspunten is verwoord, bedraagt het vergoedingspercentage voor het eigen vermogen maximaal het gemeten betaalde vergoedingspercentage voor vreemd vermogen vermeerderd met 2 procentpunten in geval van een uniform maximumtarief. Door de totale financiële lasten te delen door het vreemd vermogen is een schatting te verkrijgen van het vergoedingspercentage vreemd vermogen. De balanspositie vreemd vermogen is echter een momentopname, de financiële lasten zijn een uitgave op jaarbasis. Om deze vergelijkbaar te maken, zijn in onderstaande tabel de financiële lasten 2012 gedeeld door het gemiddelde van de balanswaarden vreemd vermogen van ultimo 2011 en 2012.

Tabel 12 Vergoedingspercentages vreemd vermogen 2012

	Tandarts- praktijken	Ortho- praktijken	Implantologie- praktijken
Vreemd vermogen ultimo 2011	€ 209.928	€ 429.705	€ 383.406
Vreemd vermogen ultimo 2012	€ 207.104	€ 420.063	€ 378.362
Gemiddeld vreemd vermogen 2012	€ 208.516	€ 424.884	€ 380.884
Financiële lasten 2012	€ 8.288	€ 15.186	€ 9.698
Rente-percentages	4,0%	3,6%	2,5%

De NZa heeft tot op heden in de verschillende eerstelijns sectoren gewerkt met een (basis)vergoedingspercentage van 5%. De NZa ziet op grond van de in tabel 12 genoemde percentages (nog) geen reden om deze lijn te verlaten. Samen met de 2 procentpunten opslag, leidt dat tot een vergoedingspercentage voor het eigen vermogen van 7%.

Resumerend betekent bovenstaande analyse dat de volgende (gemiddelde) 'vergoedingen voor gedeerd rendement eigen vermogen' zijn opgenomen als kostenpost:

- Tandartspraktijk: € 4.509
- Orthodontiepraktijk: € 10.811
- Implantologiepraktijk € 8.554

4.2 Vertaling van de onderzoeksresultaten naar het tarief

Op basis van de beschikbare cijfers kunnen de tariefconsequenties van de beleidsmatige uitgangspunten voor het jaar 2011 als volgt in beeld worden gebracht (zie tabel 13). Het kostenonderzoek mondzorg is geïnitieerd om inzichtelijk te maken in hoeverre de huidige tarieven voor de mondzorg nog representatief zijn in verhouding tot de anno 2011 gemaakte praktijkkosten en productie.

Tabel 13 Puntwaarde 2011, per type praktijk

	Tandarts- praktijken	Orthodontie- praktijken	Implantologie- Praktijken****
Aantal fte-eigenaar (2011 / 2012) *	1,10 / 1,08	1,02 / 1,01	1,23 / 1,19
Aandeel mondzorg (2011) *	98,42	99,57	97,74
Arbeidskostencomponent	€ 107.740	€ 142.648	€107.740
A) Inkomensdeel per fte	€ 106.037	€ 142.041	€ 105.365
Praktijkkosten	€ 416.056	€ 762.167	€ 1.098.201
Schoning praktijkkosten **	- € 120.186	- € 102.490	- € 529.703
Correctie praktijkkosten niet-mondzorg	- € 4.137	- € 2.150	- € 11.765
Vergoedingskosten REV	+ € 4.509	+ € 10.811	+ € 8.554
Praktijkkosten mondzorg	€ 296.242	€ 668.338	€ 565.287
B) Praktijkkosten mondzorg per fte	€ 269.839	€ 656.495	€ 459.649
Productie (aantal punten) in 2011	89.871	2.369.987	170.987
Aantal punten per fte-eigenaar 2011	81.861	2.327.991	139.034
Productie (aantal punten) in 2012	84.007		164.149
Aantal punten per fte-eigenaar 2012	77.468		137.757
C) Productie per fte	79.664	2.327.991	138.395
Puntwaarde per fte-eigenaar (A+B)/C	€ 4,718242	€ 0,343015	€ 4,082608
Huidige puntwaarde per fte-eigenaar	€ 5,219416	€ 0,477982***	€ 5,219416
%-verschil	-9,60%	-28,24%	-21,78%

* De cijfers zijn hier weergegeven afgerond op 2 decimalen. In de verdere analyse is gewerkt met de niet-afgeronde cijfers.

** Correctie praktijkkosten o.b.v. doorberekende materiaal- en techniekkosten (zie tabel 5), correctiefactor goodwill bij vermogenskosten, afschrijvingen goodwill, personeelskosten eigenaren in loondienst, management fee, kosten diverse verzekeringen t.b.v. eigenaar (zie hoofdstuk 7 in rapporten Deloitte).

*** Voor de berekening van deze (gemiddelde) puntwaarde, zie hoofdstuk 2.

**** Het gaat hier om de puntwaarde *gebaseerd op de gegevens van de implantologiepraktijk* en dat is de puntwaarde die geldt voor het J-hoofdstuk.

Op grond van de beleidsregel 'Indexering' vindt jaarlijks een trendmatige aanpassing plaats van zowel het inkomens- als kostenbestanddeel, dat onderdeel vormt van de vaststelling van de hoogte van de puntwaarde. Over de jaren 2012 tot en met 2015 gelden de volgende indexatiepercentages. Tabel 14 geeft hiervan een overzicht.

Tabel 14 Indexatiepercentages over de periode 2012-2015

	DEF2012	DEF2013	DEF2014	VC2015
Inkomen	0,74%	2,16%	1,20%	0,75%
Personeelskosten (OVA)	2,95%	2,64%	1,94%	0,75%
Overige kosten (CEP)	2,41%	2,88%	1,04%	0,75%

Op basis van de jaarlijkse indexatie kan de structurele herijkte puntwaarde per 1 januari 2015 worden berekend. Tabel 15 geeft hiervan een overzicht.

Tabel 15 Puntwaarde 2012-2015, per type praktijk

Type praktijk	DEF11	DEF12	DEF13	DEF14	VC15
Tandartspraktijk					
Inkomensdeel	€ 106.037	€ 106.821	€ 109.129	€ 110.438	€ 125.671
Personeelskosten	€ 132.599	€ 136.510	€ 140.114	€ 142.832	€ 143.904
Overige kosten	€ 137.240	€ 140.548	€ 144.596	€ 146.099	€ 147.195
Productie	79.664	79.664	79.664	79.664	79.664
Puntwaarde tandheelkundige zorg	€ 4,71824	€ 4,81871	€ 4,94372	€ 5,01316	€ 5,23158
Orthodontiepraktijk					
Inkomensdeel	€ 142.041	€ 143.092	€ 146.183	€ 147.937	€ 168.343
Personeelskosten	€ 269.713	€ 277.669	€ 284.999	€ 290.528	€ 292.707
Overige kosten	€ 386.783	€ 396.104	€ 407.512	€ 411.750	€ 414.838
Productie	2.327.991	2.327.991	2.327.991	2.327.991	2.327.991
Puntwaarde orthodontische zorg	€ 0,34302	€ 0,35089	€ 0,36027	€ 0,36521	€ 0,37624
Implantologiepraktijk					
Inkomensdeel	€ 105.365	€ 106.145	€ 108.438	€ 109.739	€ 124.876
Personeelskosten	€ 262.621	€ 270.369	€ 277.506	€ 282.890	€ 285.012
Overige kosten	€ 197.028	€ 201.776	€ 207.587	€ 209.746	€ 211.319
Productie	138.395	138.395	138.395	138.395	138.395
Puntwaarde Implantologie (J-prestaties)	€ 4,08261	€ 4,17853	€ 4,28866	€ 4,35256	€ 4,488634

Bovenstaande toont de nieuwe puntwaarde op voorcalculatorisch niveau 2015 naar aanleiding van de volledige tariefherijking. Om deze tariefaanpassing inzichtelijk te maken is in onderstaande tabel het procentuele verschil weergegeven ten opzichte van het tarief zoals dat per 1 januari 2015 zal gelden.

Tabel 16 Procentuele tariefmutatie in 2015, per type praktijk

Puntwaarde	Tandheelkundige zorg	Orthodontisch zorg	Implantologie (J-hoofdstuk)
Tarief 1 januari 2015 *	5,55115	0,38191	5,55115
Tarief 1 juli 2015 **	5,23158	0,37624	4,48863
%-verschil	-5,76%	- 1,48%	- 19,14%

* Dit is de puntwaarde na (uitsluitend) indexatie ten opzichte van 2014.

** Dit is de puntwaarde na indexatie (ten opzichte van 2014) én (volledige) herijking van het inkomensdeel (arbeidskostencomponent), kostenbestanddeel (praktijkkosten) en productie.

In de beleidsoverleggen is opgemerkt dat de afzonderlijke herijking van de implantologie-prestaties met zich mee brengt dat het in tabel 16 genoemde percentage voor de tandheelkundige zorg niet meer de werkelijke, gemiddelde tariefaanpassing van de volledige tandheelkundige zorg weergeeft. Eén van de hoofdstukken van de

tandheelkundige zorg (het J-hoofdstuk) kent immers een grotere daling van het tarief en dat beïnvloedt het gemiddelde. Dit gemiddelde van de tandheelkundige zorg is evenwel – anders dan bij het hoofdstuk orthodontie – ook bepaald op de gegevens van deze implantologie-praktijken. Partijen pleitten er dan ook voor om de tariefherijking tandheelkundige zorg aan te passen dan wel de afzonderlijke onderbouwing voor het J-hoofdstuk los te laten. De NZa heeft hierop de tariefberekening als volgt aangepast.

In hoofdstuk 2 van dit document is toegelicht dat het kostenonderzoek veel verschillende groepen aanbieders in beeld brengt. Het kostenonderzoek laat zien dat de verschillen (in kosten, opbrengsten, etc.) tussen deze groepen groot kan zijn. In hoofdstuk 3 van dit document is vervolgens geconcludeerd dat van één specifiek hoofdstuk in de prestatielijst gesteld kan worden dat deze voor het grootste deel door zo'n specifieke groep aanbieders geleverd wordt (en dus veel minder in de reguliere tandheelkundige praktijk). Dit betreft de implantologie. De omzet op dit hoofdstuk is zo sterk geconcentreerd bij de implantologie-praktijken dat het voor de onderbouwing van de tarieven voor implantologie volgens de NZa voor de hand ligt om aan te sluiten bij de gegevens van deze praktijken en niet die van alle tandartspraktijken. Het feit dat een reguliere tandartspraktijk ook gevolgen ondervindt van deze keuze, maakt dat niet anders.

Gevolg van deze gedifferentieerde onderbouwing is wel dat de tariefkorting voor de gemiddelde tandartspraktijk anders is dan het in tabel 16 genoemde percentage voor tandheelkundige zorg (5,76%). Dit zou anders worden wanneer de tariefherijking gebaseerd zou worden op de groep tandartspraktijken *exclusief* tandarts-implantologen. Nadeel daarvan is evenwel dat de tandarts-implantologen ook deze overige prestaties leveren en in sommige gevallen (zoals bij het R-hoofdstuk) zelfs beduidend meer dan de gemiddelde tandartspraktijk.

De NZa heeft de onderbouwing van de tandheelkundige zorg om deze reden niet aangepast maar ziet wel een andere mogelijkheid om de tandartspraktijk te compenseren voor de keuze om het hoofdstuk implantologie afzonderlijk te onderbouwen. Deloitte heeft in de rapporten inzichtelijk gemaakt op welke wijze de omzet (honorarium én materiaal- en techniekkosten) van de gemiddelde tandartspraktijk is opgebouwd (paragraaf 4.2 in het rapport 1A). Daaruit blijkt dat de gemiddelde tandartspraktijk een honorarium-omzet op het J-hoofdstuk heeft van € 17.932. De 'extra'-korting op dit hoofdstuk ten gevolge van de afzonderlijke onderbouwing van de J-prestaties is gelijk aan 19,14% minus 5,76% maal dit bedrag. Gesteld kan worden dat de gemiddelde tandartspraktijk hierdoor € 2.400 méér wordt gekort. Dit bedrag wordt gecompenseerd door een vermindering van het puntenaantal in de tariefonderbouwing tandheelkundige zorg (zie tabel 17).

Tabel 17 Gecorrigeerde puntwaarde tandheelkundige zorg

	Tandheelkundige zorg
Omzet J-hoofdstuk	€ 17.932
Omzet na korting van 19,14%	€ 14.500
Omzet na korting van 5,76%	€ 16.900
Extra-korting	€ 2.400
Puntwaarde tandheelkundige zorg 2011	€ 4,71824
Extra korting in puntenaantal	509
Aangepast puntenaantal tandheelkundige zorg	79.156
Puntwaarde per 1 januari 2015 (tabel 16)	€ 5,55115
Nieuwe puntwaarde 2015 tandheelkundige zorg	€ 5,26519
%-verschil	5,15%

Tandartspraktijken die beperkt aan implantologie doen, worden door deze aanpassing (meer dan) volledig gecompenseerd voor de hogere korting op het J-hoofdstuk. Deze compensatie heeft daarnaast ook een positief effect op de tandarts-implantologie-praktijken. Ook bij deze groep wordt de gemiddelde korting op praktijkniveau minder.

5. Rafelranden

In hoofdstuk 4 is de onderbouwing uitgewerkt van de tarieven voor de prestaties zoals die voorkomen in de beleidsregels tandheelkundige zorg en orthodontische zorg. Los daarvan is er een afzonderlijke beleidsregel met uurtarieven voor de mondzorg in het kader van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), een prestatielijst tandtechniek in eigen beheer en een beleidsregel met een toeslag voor de haal-/brengservice en/of instellingstoelage voor de instellingen voor jeugd tandverzorging. In dit hoofdstuk wordt op deze onderwerpen ingegaan.

5.1 Mondzorg in de AWBZ

Op dit moment zijn er drie uurtarieven voor de tandheelkundige zorg "als omschreven bij of krachtens de AWBZ die geleverd wordt aan patiënten die verblijven of behandeld worden in instellingen die zijn toegelaten voor de functies behandeling en verblijf als omschreven in het Besluit zorgaanspraken AWBZ". Deze uurtarieven zijn beschreven in beleidsregel BR/CU-7080. De uurtarieven kennen een onderbouwing door middel van een inkomensbestanddeel, praktijkkostenbestanddeel en een rekennorm (in uren). De drie uurtarieven zijn als volgt onderscheiden:

- tandheelkundige hulp aan patiënten die behandeld worden in de AWBZ-instelling door zorgaanbieder zonder huispraktijk (U01);
- tandheelkundige hulp aan patiënten die behandeld worden in de AWBZ-instelling door zorgaanbieder met een huispraktijk (U02);
- tandheelkundige hulp aan patiënten die verblijven in de AWBZ-instelling in de eigen huispraktijk van de zorgaanbieder (U03);

Er vindt al geruime tijd (beleids)discussie plaats met het veld over de wijze waarop bovenstaande uren ingedeeld en onderbouwd zijn¹⁴. Belangrijkste vraagstuk daarbij is of de doorgaande praktijkkosten zoals die deel uitmaken van de tariefonderbouwing voor de prestaties U02 en U03 nog voldoende passen bij de huidige werkwijze. Immers, in tegenstelling tot de tijd waarin deze prestaties zijn vastgesteld, geldt nu meestentijds dat de zorglevering in de praktijk doorgaat als de tandarts zorg levert in de AWBZ-instelling.

In het kostenonderzoek is afzonderlijk aandacht geschonken aan de tandartspraktijken die zich toeleggen op de mondzorg in het kader van de AWBZ. Er zijn overigens slechts weinig praktijken die uitsluitend deze uurtarieven declareren. Omdat er veel praktijken zijn die wel AWBZ-mondzorg leveren maar dan slechts zeer beperkt, heeft Deloitte een criterium gehanteerd van minimaal 50.000 euro omzet op basis van deze uurtarieven. Daarmee is een groep praktijken geselecteerd die in belangrijke mate AWBZ-mondzorg leveren. Voor een volledige beschrijving van de selectie van deze praktijken wordt verwezen naar de Rapporten 0 en 4. In onderstaande tabel worden enkele kerngegevens gerapporteerd over deze AWBZ-praktijken. Ter vergelijking zijn ook dezelfde gegevens voor de reguliere tandartspraktijk opgenomen.

¹⁴ Er zijn door het veld ook verschillende voorstellen voor aanpassingen gedaan. Zo hebben de brancheorganisaties gezamenlijk bij de herregulering per 2013 reeds verzocht om de U03 als het enige uurtarief voor alle AWBZ-mondzorg vast te stellen (voorstel van 24 september 2012). Dit voorstel is destijds niet overgenomen omdat de NZa onderbouwing via een kostenonderzoek noodzakelijk achtte. Daarnaast is tijdens een overleg op 27 maart 2014 gebleken dat partijen zich kunnen vinden in het terugbrengen tot twee uurtarieven.

Tabel 18 Omzet, kosten en marge van de AWBZ-tandartspraktijken in relatie tot de tandartspraktijken

	AWBZ-tandartspraktijken	Tandartspraktijken	%-verschil
Omzet mondzorg 2011	€ 528.432	€ 545.669	3,3%
Omzet mondzorg 2012	€552.501	€ 555.350	0,5%
%-verschil	+ 4,6%	+ 1,8%	
Aandeel uurtarieven AWBZ (2011)*	20,4%	0,00%	
Praktijkkosten 2011**	€ 372.222	€ 373.116	0,2%
Praktijkkosten 2012	€ 389.197	€ 380.854	-2,1%
%-verschil	+ 4,6%	2,1%	
Aantal fte-eigenaren 2011	1,0	1,1	
Aantal fte-eigenaren 2012	0,93	1,08	
Marge per fte 2011	€ 156.533	€ 157.174	-0,4%
Marge per fte 2012	€ 176.372	€ 160.913	9,6%

* Uitgaande van de via het CAK opgegeven omzet met de uurtarieven (€ 107.749)

** Hier zijn de kosten gepresenteerd conform methodiek en uitgangspunten in paragraaf 3.2 en hoofdstuk 7 van Deloitte.

Op dit moment bestaat de onderbouwing van de uurtarieven uit een aantal kostenbedragen en een urennorm die lang geleden tot stand zijn gekomen en voornamelijk normatief bepaald zijn. Mede door de verwevenheid met andere kosten (er zijn zeer weinig praktijken die volledig AWBZ-mondzorg leveren, waardoor de praktijkkosten dus betrekking hebben op meerdere typen omzet) is het moeilijk om deze aannames één-op-één te toetsen aan of te herijken met de gegevens zoals die in rapport 4 zijn gepresenteerd. Op basis van bovenstaande gegevens in tabel 18 concludeert de NZa evenwel dat tandartspraktijken die een (naar verhouding) fors aandeel van hun omzet uit de uurtarieven AWBZ behalen, geen duidelijk andere kostenstructuur hebben dan de gewone tandartspraktijk. Evenzo wijkt de marge per fte (in 2011) nauwelijks af van die van de gemiddelde tandartspraktijk. De conclusie is dan ook dat het in belangrijke mate toeleggen op de AWBZ-mondzorg niet leidt tot een hogere of lagere marge. De marge die op de uurtarieven behaald wordt, is in lijn met die welke behaald wordt op de andere mondzorgprestaties.

De NZa wil recht doen aan het gegeven dat de kostenpost 'doorgaande praktijkkosten' niet meer bij deze tijd past. Op het eerste gezicht betekent deze conclusie echter dat de tarieven van de U02 en U03 (flink) verlaagd zouden worden; de doorgaande praktijkkosten vormen namelijk driekwart van de praktijkkosten in de onderbouwing van deze uurtarieven. Tabel 18 laat evenwel zien dat het voor de doorgaande praktijkkosten opgenomen bedrag in de tarieven wel nodig is om de (met andere prestaties vergelijkbare) marge te behalen.

Naast de discussie over de doorgaande praktijkkosten, is ook meermaals gemeld dat het tarief van de U01 uit de pas loopt met de andere prestaties en het moeilijk is om voor dat bedrag tandartsen bereid te vinden om hun werkzaamheden te verrichten. Hoewel het volgens de NZa nog geen uitgemaakte zaak is dat deze veronderstelde arbeidsmarktproblemen (alleen) door de hoogte van het tarief worden veroorzaakt, is wel opvallend dat de U01-prestatie zeer weinig gedeclareerd wordt door de praktijken die zich toeleggen op de AWBZ-

mondzorg. Afzonderlijke herijking van de U01 lijkt door het geringe aantal dan ook niet mogelijk.

Op grond van bovenstaande feiten en overwegingen past de NZa de prestaties en tarieven voor de tandheelkundige zorg in het kader van de AWBZ als volgt aan:

- De prestatie U01 wordt geschrapt. In de daar beschreven situaties kan de U02 worden gedeclareerd.
- De afzonderlijke onderbouwing van de prestaties U02 en U03, waaronder de post 'doorgaande praktijkkosten', wordt geschrapt.
- De huidige tarieven van de U02 en U03 worden aangepast met het in paragraaf 4.2 genoemde percentage waarmee de overige tandheelkundige zorg wordt herijkt.
- In de toekomst worden deze twee uurtarieven aangepast met de gebruikelijke mutatie van de tarieven (en dus geen indexering van onderliggende kostenposten).
- De prestaties U02 en U03 worden opgenomen in de beleidsregel tandheelkundige zorg.

Hiervoor is reeds genoemd dat de prestatie U01 zeer weinig gedeclareerd wordt. Voor de aanbieders die wel van deze prestatie gebruik maken, geldt dat ogenschijnlijk sprake is van een forse tariefstijging. De NZa benadrukt dat sprake is van *maximum* uurtarieven. Het is aan het zorgkantoor om (al dan niet via de AWBZ-instelling) de daadwerkelijke vergoedingshoogte in het individuele geval overeen te komen met de mondzorgaanbieder. Daarbij kan bijvoorbeeld ook rekening worden gehouden met het type zorgverlener.

5.2 Bijzondere tandheelkunde door de algemeen practicus

Net als voor de AWBZ-mondzorg is er bij de bijzondere tandheelkunde, welke wordt verricht door de algemeen practicus, sprake van een honorering door middel van een uurtarief (de U10). De U10 en de hiervoor genoemde U01, U02 en U03 lopen wel uiteen. Dit is deels veroorzaakt doordat de U10 een puntenaantal heeft en dus door middel van de puntwaarde een tarief verkrijgt.

Anders dan voor de AWBZ-mondzorg zijn er bij de door Deloitte onderzochte populaties geen te vinden die in belangrijke mate bijzondere tandheelkunde leveren. De puntwaarde van de U10 afzonderlijk baseren op een dergelijke groep is dus niet mogelijk. Bij ongewijzigde systematiek zou de U10 dan ook meegaan met de herijkte puntwaarde zoals genoemd in paragraaf 4.2.

In de hiervoor genoemde beleidsdiscussie hebben partijen vaak aangedragen dat verschillende uurtarieven moeilijk verdedigbaar zijn en hebben partijen aangegeven het wenselijk te vinden om de relatie met het puntenaantal los te laten. Inhoudelijk heeft de U10 de meeste raakvlakken met de U03. In beide gevallen is er immers sprake van tandheelkundige zorg die vanwege de bijzondere aard of de afwijkende doelgroep per uur gehonoreerd wordt en die in de praktijk van de tandarts plaatsvindt.

Om bovenstaande recht te doen, koppelt de NZa daarom het tarief van de U10 aan de (nieuwe) U03. De U05 (het uurtarief in vijf minuten) blijft in dezelfde verhouding staan tot de U10 als nu het geval is. Beide prestaties zullen niet meer via een puntenaantal opgebouwd worden maar jaarlijks muteren door middel van de procentuele verandering van de overige prestaties. Gevolg van deze keuze is wel dat de U05 en de

M01, M02 en M03 niet meer gelijk zullen zijn. Er is geen reden om bij deze laatste drie prestaties het puntenaantal los te laten (maar deze op 2,2 te houden).

5.3 Tandtechniek in eigen beheer

De beleidsregels mondzorg kennen verschillende prestaties waarvoor de (specifiek) ingekochte techniek en/of materialen afzonderlijk in rekening kunnen worden gebracht (tegen inkoopprijs). Deze prestaties zijn aangeduid met een sterretje (*). Vervaardigt de zorgaanbieder zelf deze techniek, dan dient gedeclareerd te worden conform de prestatielijst tandtechniek in eigen beheer.

Van de in het kostenonderzoek betrokken groepen aanbieders, maken vooral de praktijken voor tandprothetiek gebruik van deze prestatielijst. Niet alleen op macro-niveau is het aandeel van de tandprothetici het grootst¹⁵, de gemiddelde praktijk voor tandprothetiek behaalt bijna de helft van zijn omzet door middel van deze werkzaamheden en bijbehorende declaraties.

Deloitte heeft in rapport 1D toegelicht dat de verdeling van de omzet over de i) mondzorg, ii) techniek in eigen beheer en iii) overige opbrengsten bij de tandprothetici niet anders dan met aannames te maken is. Omdat een groot deel van de praktijken geen adequate onderverdeling heeft kunnen maken, is de gemiddelde verhouding gebaseerd op een groep van 22 praktijken die dat wel konden en bij wie die verhouding overeenkwam met de aangeleverde prestatiegegevens.

Daar waar deze verdeling voor de opbrengstenkant gecontroleerd kon worden aan de hand van prestatiegegevens, is dat aan de kostenkant niet mogelijk. Immers, voor deze verdeling van de kosten zijn geen prestatiecodes te gebruiken. Daarvoor moeten dan ook verder gaande aannames worden gehanteerd.

Op grond van deze gegevens en overwegingen herijkt de NZa de tarieven op de prestatielijst Tandtechniek in eigen beheer niet, met uitzondering van de prestaties die één-op-één gekoppeld zijn aan de prestaties U10/U05 van de beleidsregel tandheelkundige zorg. De tarieven voor tandtechniek in eigen beheer zullen jaarlijks muteren door middel van de procentuele verandering van de prestaties tandheelkundige zorg.

5.4 Orthodontieprestaties in de B/C-categorie

In paragraaf 4.2 is de herijking van onder meer de tarieven orthodontische zorg beschreven. Daarbij kwamen alleen de prestaties aan bod die onder de A-categorie vallen (en dat betreft verreweg het grootste deel van de orthodontische zorg).

In het kostenonderzoek is ook onderzoek gedaan naar aanbieders van de prestaties die in de B/C-categorie vallen, dat willen zeggen de praktijken die orthodontische zorg leveren aan patiënten met een cheilo-/gnatho-/palatoschisis (categorie C) of patiënten met een in ernst met schisis vergelijkbare afwijking(en) (categorie B). Het grootste deel van de

¹⁵ Deloitte rapporteert € 168.861 omzet op basis van tandtechniek in eigen beheer. Met een populatie van 404 praktijken leidt dat tot ruim € 68 miljoen over de gehele populatie. Dezelfde rekensom leidt bij de tandartsen tot bijna € 20 miljoen.

daarvoor aangeschreven schisiscentra blijken echter niet zelfstandig mondzorgprestaties te declareren. De in het team betrokken orthodontist declareert dan vaak zelf (vanuit zijn praktijk) de geleverde zorg. Het aantal overgebleven schisiscentra is volgens Deloitte te beperkt om evenwichtige gemiddelden te rapporteren, reden waarom volstaan is met een beperkte, kwalitatieve duiding (zie rapport 1C). Tegelijk zijn er ook geen orthodontiepraktijken uit de groep 'orthodontisten' voor wie de B/C-prestaties een belangrijk onderdeel van de omzet oplevert.

In juli 2011 zijn de tarieven voor orthodontische zorg herijkt naar aanleiding van een kostenonderzoek van Conquaestor/Significant. Daarbij zijn de tarieven voor de B/C-prestaties ongemoeid gelaten. Een belangrijke overweging daarbij was het feit dat de efficiency-voordelen die reguliere orthodontie-praktijken hebben kunnen behalen, niet in dezelfde mate opgaan voor de zorg die geleverd moet worden aan patiënten die in de B- of C-categorie vallen. Er zijn geen aanknopingspunten om nu tot een andere conclusie te komen.

Tegelijkertijd betekent een afzonderlijke tariefonderbouwing van de prestaties uit de B/C-categorie ook dat de tariefmutaties uiteen kunnen gaan lopen. De verhouding van de personeelskosten en overige kosten voor de A-categorie enerzijds en de B/C-categorie anderzijds zijn immers verschillend. Bij de aanpassing van de tarieven per 1 januari 2014 deed dit zich al voor (A-categorie +3%, B/C-categorie +4,41%). Hierdoor kunnen de tarieven verder uiteen gaan lopen hetgeen moeilijk uitlegbaar is.

Met het oog hierop is besloten de afzonderlijke onderbouwing van de tarieven in de B/C-categorie los te laten en deze tarieven in de toekomst te muteren met de indexatie van de A-categorie. De herijking die voor de A-categorie wordt doorgevoerd (-1,48%, zie paragraaf 4.2) wordt niet doorgevoerd voor de B/C-categorie.