

H O E
H O N O R A B E L
I S E E N
T A N D A R T S



ASSOCIATIE
NEDERLANDSE
TANDARTSEN

ANT

Gebouw 'Kennemerhaghe'

Leidsevaartweg 99, 2106 AS Heemstede

Telefoon: 023 - 524 88 99. Fax: 023 - 524 85 36

E-mail: ANT@ASNET.NL

Bestuur

H.L. van Nouhuys

J.J. Glas

W. Zijp

Raad van Toezicht

Prof. mr H.M.N. Schonis

Prof. G.E. Flögel

Ir. A. Idsinga

Werkgroep

G.J.L. Buurman

G.H.C.M. Kemme

H.L. van Nouhuys

M. Parunovac

I. Shapiro

ANT Adviesgroep b.v.

Gebouw 'Kennemerhaghe'

Leidsevaartweg 99, 2106 AS Heemstede

Postbus 278, 2100 AG Heemstede

Telefoon: 023 - 524 51 45. Fax: 023 - 524 29 12

© Associatie Nederlandse Tandartsen 1998

Niets uit deze uitgave mag worden veeveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Associatie Nederlandse Tandartsen.

Inhoud

INLEIDING	5
DOELMATIGHEID EN TANDHEELKUNDE	6
DE VERANDERENDE RELATIE PATIËNT-TANDARTS	8
DILEMMA'S	12
CONCLUSIE EN OVERWEGINGEN	14
HUIDIGE SITUATIE IN HET KORT	15
Globale Aanbeveling	17
DE HONORERINGSNORM	19
HONORERINGSVORMEN	21
(ON)DOELMATIGHEID IN DE PRAKTIJK	24
EPILOOG	27

INLEIDING

Op allerlei gebied wordt de samenleving geconfronteerd met een groeiende stroom aan maatregelen en veranderingen. Hoewel zij een relatief geringe plaats inneemt in het totaal van de gezondheidszorg is dat ook het geval in de tandheelkunde. Bedoelde maatregelen beogen de tandheelkunde positief te beïnvloeden, zowel aan de zorg- als de budgettaire kant.

De totstandkoming van maatregelen vergt enorme inspanningen.

Desondanks moet worden vastgesteld

dat er uit de praktijk zodanige signalen komen dat moet worden getwijfeld of de resultaten uiteindelijk positief zijn.

Voor de Associatie Nederlandse Tandartsen is dit aanleiding om in het belang van de tandheelkundige beroepsuitoefening hier dieper op in te gaan. Daarbij zal onder meer aandacht worden besteed aan de discrepantie in inzicht tussen degenen die de regels maken en degenen die de regels (moeten) toepassen.

Er wordt met dit rapport een verbreding van inzicht beoogd, opdat de bestaande discrepantie kan worden gereduceerd. Het is de vraag of de relatie patiënt-tandarts (met elk eigen verantwoordelijkheden) die centraal zou moeten staan, door die discrepantie niet erodeert. Immers, de tandarts draagt nog wel de volle verantwoordelijkheid voor zijn handelen, maar heeft gaandeweg niet meer de zeggenschap over deze handelingen. En voor de patiënt geldt dat zijn hulpvraag moet overeenstemmen met vooraf en centraal gedefinieerde voorwaarden en therapieën.

Het voornaamste aandachtspunt is dat een verantwoorde en derhalve doelmatige zorg (afgestemd op de specificiteit van de tandarts en de behoefte van de patiënt) gekoppeld moet zijn aan een daarbij passende honoreringsnorm. Deze norm zal dus niet kunnen zijn gebaseerd op niet aan die zorg gerelateerde financiële gronden of motieven.

*Zonder inzicht
is het
uitzichtloos.*

DOELMATIGHEID EN TANDHEELKUNDE

GEZONDHEID EN WINST

Doelmatigheid in de gezondheidszorg is van fundamenteel belang ten behoeve van gezondheid en kostenbesparing. Het handelen van de arts in het algemeen ten aanzien van doelmatigheid stond in het verleden nooit politiek of publiekelijk ter discussie. Heden ten dage wel en dat heeft zijn oorzaken. De oorzaken houden echter meer verband met kostenfactoren in relatie tot de verzekeringssystema-

*Zo min mogelijk
handelen met
maximaal resultaat.*

tiek dan met de signalering of beleving van ondoelmatigheid van het medisch handelen zelf.

Wat tandheelkundig gezien wel of niet als doelmatig wordt beschouwd,

moet worden gerelateerd aan 'tandheelkundige winst' enerzijds en anderzijds aan de kosten die daarmee gepaard gaan.

Voor de patiënt betekent doelmatige tandheelkunde:

zo min mogelijk tandheelkundig handelen en een maximaal haalbaar resultaat waar het de levensduur betreft van een voor hem/haar comfortabel functionerend en esthetisch kauworgaan.

WENSELIJKHEID EN NOODZAKELIJKHEID

Indien de patiënt de betalende partij is dan zal zijn wens ten aanzien van duurzaamheid, comfort of esthetiek mede worden bepaald door de kosten.

Is de zorgverzekeraar betalende partij dan zal dié het begrip doelmatigheid anders willen definiëren teneinde een instrument te hebben voor kostenbeheersing. Subjectieve aspecten als comfort en esthetiek - die voor de patiënt belangrijk zijn - zijn dan geen goede instrumenten.

Een zorgverzekeraar verbindt het begrip doelmatigheid dan ook liever aan het meer objectiveerbare begrip 'noodzakelijkheid'. Op die manier probeert de zorgverzekeraar onder-

scheid te maken tussen noodzakelijke en niet-noodzakelijke kosten (zie het rapport Dunning).

ESSENTIE OF LUXE

Acute pijn, volledig verstoorde kauwfunctie of een zichtbaar afzichtelijk gebit, lijken objectief gezien noodzakelijk voor behandeling. Daarmee is de vraag niet opgelost aan welke behandelingen men belang moet hechten die een dergelijke noodzakelijkheid hadden kunnen voorkómen. Met andere woorden is genezen dan doelmatiger dan voorkomen!?



*Is genezen
doelmatiger dan
voorkomen!?*

GEEN EENDUIDIGHEID

Het begrip doelmatigheid is niet zodanig eenduidig en in algemene zin te definiëren dat dit een afdoend instrument kan zijn ten gunste van gezondheidsbevordering en kostenbeheersing. In plaats daarvan zal er moeten worden gezocht naar omstandigheden die de doelmatigheid van handelen in relatie tot kosten doen vergroten. Zowel de zorgverzekeraar die de zorg zo graag zou willen objectiveren als de patiënt voor wie dat onmogelijk is, moeten zich kunnen vinden in die omstandigheden.

Hier heeft de politiek een verantwoordelijke taak:

Gezondheidszorg als wens van de patiënt en kostenbeheersing als noodzaak voor het 'systeem' zijn beiden in het belang van de samenleving.

MAATSCHAPPELIJKE VERANTWOORDELIJKHEID

De tandarts is de eerste die kan signaleren (bij zich zelf) wat er gebeurt wanneer de omstandigheden veranderen. Omdat hij de allesbepalende factor is bij het al of niet tandheelkundig handelen en de daarmee gepaard gaande kosten, is juist hij degene die met voorstellen moet komen ter waarborging van zijn doelmatigheid in het belang van zijn patiënten.

DE VERANDERENDE RELATIE PATIËNT-TANDARTS

VERTROUWEN

Vertrouwen tussen tandarts en patiënt is een noodzakelijke voorwaarde voor een goede tandheelkundige zorgverlening.

Integriteit en betrouwbaarheid van de kant van de tandarts is in een zorgsituatie essentieel.

Daarom is het vanuit het oogpunt van beleid belangrijk om te weten waardoor en hoe een basis van vertrouwen wordt beïnvloed.

RELATIEVORMEN

Historisch gezien zijn er twee relatievormen tussen tandarts en patiënt te onderscheiden: een *particuliere* relatie en een *contractuele* relatie. Bij een contractuele relatie is er sprake van een verplichte verzekering van de patiënt naast een overeenkomst tussen de tandarts en de zorgverzekeraar.

VOLLEDIGE REGULERING

Met de uiteindelijke invoering van het Uniform Particulier Tarief (UPT) 1986 is er een einde gekomen aan de zuiver particuliere relatie. Vanaf dat moment worden de diverse tandheelkundige verrichtingen vastgesteld waarvoor een

wettelijk tarief komt te staan.

Verrichtingen die niet de wettelijke goedkeuring hebben kunnen dan ook niet rechtsgeldig in rekening worden gebracht. In feite betekent dit dat

de zuivere particuliere relatie niet meer bestaat. De bij wet 'geregelde' relatievorm is tot norm verheven, zowel zorginhoudelijk als financieel.

Hierbij zij opgemerkt dat de particuliere tandheelkunde in het verleden een hoog aanzien genoot in tegenstelling tot de contractuele tandheelkunde (in casu het ziekenfonds, een 'geregelde' relatievorm).

*Zuivere particuliere
tandheelkunde
bestaat niet meer.*

LASTIGE OPGAAF

Op dit moment kampt de tandheelkundige zorg met een aantal vraagstukken. De beroepsorganisatie namens de tandarts en de zorgverzekeraar namens de patiënt hebben tegenwoordig als taak om zowel de inhoud van de tandheeldkunde als de prijs ervan te bepalen. Deze vertegenwoordigers worden bij de oordeelsvorming over kwaliteit en kosten niet gehinderd door daadwerkelijke ervaring in die zorgverlening.

De beroepsorganisatie wordt geplaagd door klachten over het tarief; de zorgverzekeraar wordt geconfronteerd met



de kosten. Voor het behoud en de verbetering van de kwaliteit en het tarief moet de beroepsorganisatie zich ter wille van haar achterban sterk maken.

Voor de zorgverzekeraar is het van belang om ter wille van haar eigen bestaan de verzekerde vast te houden met goede voorwaarden en een concurrerende premie.

ONGELIJKWAARDIGHEID

Omdat de zorgverzekeraar kapitaal beheert, betalingen verricht en de kostenkant kent, is zijn positie sterker dan die van de beroepsorganisatie. De laatste biedt namelijk geen daadwerkelijke zorg waaraan financiële eisen gesteld kunnen worden. Alléén door met kwaliteitsvoorstellen te komen (op papier) kan een verbetering worden bepleit. Met welomschreven behandeltrajecten (protocollen en standaarden) zou de kwaliteit van de zorg en met name de controle daarop kunnen worden verhoogd. Als dan een geringer aantal tandartsen deze 'kwaliteitszorg' geeft volgens dat protocol, waardoor er minder patiënten kunnen worden behandeld, daalt het volume. Het totale volume daalt natuurlijk niet wanneer niet tegelijkertijd 'onprotocollaire zorg' wordt verboden of belemmerd. Want pas bij een volumevermindering wil de zorgverzekeraar instemmen met aanpassing van het tarief.

KLACHTREGULERING

In de oorspronkelijke particuliere relatie had de tandarts daadwerkelijke zorg te bieden waarvoor de patiënt betaalde.

Een conflict over kwaliteit en kosten kon in het ergste geval het einde van de relatie tussen tandarts en patiënt betekenen, al of niet na een gang naar de rechter.

Nu kan zich een dergelijk conflict ook voordoen, maar de

*Bij de
rechter wordt het
drukker.*

basale verantwoordelijkheid van de kwaliteit en de kosten liggen nu echter bij de vertegenwoordigende partijen, die in feite nog slechts één probleem lijken te hebben: het kosten-

probleem (de kwaliteit kan immers niet worden ervaren).

De 'rechter' die hier optreedt is niet van incidentele aard, maar is inmiddels geïnstitutionaliseerd aanwezig, niet alleen om te oordelen over het spel maar ook om de regels van het spel te bepalen. De rol van 'rechter' wordt vervuld door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG).

VERLIES VAN INVLOED

Een eventueel conflict tussen de vertegenwoordigende partijen wordt niet meer manifest bij de respectievelijke achterbannen. Het COTG beslist uiteindelijk. Het is moeilijk voor leden van een achterban om zijn vertegenwoordiger aan te spreken en de overheid is machtig en ver weg.

UITSLUITEND KOSTENBEHEERSING

Onvrede over de behandeling of de behandelende persoon uit zich meestal in een conflict over de kosten. Immers over kosten kan worden gepraat, terwijl kritiek op een persoon of behandeling veel moeilijker ligt.

Vertegenwoordigende organisaties 'voelen' alleen maar een kostenaspect. Dit noopt hen tot een abstract kostenbeheersend beleid. De vraag in hoeverre de gevolgen daarvan meer of minder positief zijn, is niet zo eenvoudig te beantwoorden.

ONZICHTBARE KWALITEITEN

Het is niet mogelijk om binnen de bestaande regelgeving en verzekeringssystematiek de kwaliteit van de tandarts in materiële en morele zin enerzijds en de tevredenheid van de patiënt anderzijds vast te stellen en te waarderen.

Wat wel kan worden waargenomen zijn de kostenontwikkelingen en die worden afgewenteld op de gehele achterban.

In welke mate dit de morele en materiële kwaliteit van de tandarts aantast is zoals gezegd voorals-

nog niet te kwantificeren. Het is zeer

wel voorstelbaar dat er bij een neerwaartse tariefontwikkeling tegenover

hogere lasten en toenemende kwaliteits-

eisen spanningen en knelpunten optreden van psychische

en materiële aard (zie ook Jaarrede 1998 van Movir direc-

teur, Jhr mr W.M. de Brauw).



Morele
kwaliteiten zijn niet
kwantificeerbaar.

DILEMMA'S

VERLAGING TARIEF

De zorgverzekeraar - als eerder opgemerkt - heeft grote invloed op de hoogte van het tarief. Verlaging van het tarief vermindert de uitgaven van de zorgverzekeraar. Deze tariefverlaging zet de tandarts aan tot langere werktijden, sneller werken, minder duurzame investeringen e.d. Dit verhoogt het volume aan verrichtingen en kosten.

POLISVOORWAARDEN

De polisvoorwaarden kunnen de indicatiestelling beïnvloeden. Zowel tandarts als patiënt zullen in beider belang de mogelijkheden nagaan (welbegrepen eigenbelang). Ook dit mechanisme draagt bij tot verhoging van het volume en dus tot hogere uitgaven van de zorgverzekeraar.

VERHOGING PREMIE

Verhoging van de premie heeft meer implicaties en geeft spanningen ten aanzien van concurrentie en politiek.

WETTELIJK VASTGESTELDE VERRICHTINGEN

Wettelijk vastgestelde verrichtingen hebben tot gevolg dat de tandarts niet snel wordt geprikkeld in het toepassen van andere of nieuwe (dus niet legaal declarabele) behandelmethoden en aanschaf van innovatieve apparatuur.

EENHEIDSVERRICHTINGENTARIEF

Wettelijk vastgestelde (uniforme) verrichtingentarieven hebben tot gevolg dat tandheilkundige indicaties en uitvoering plaats maken voor overwegingen van kosten en baten. Tandheilkundige kwaliteit komt op een gespannen voet te staan met economische (financiële) doelmatigheid. Tijdrovende en risicovolle verrichtingen worden vermeden en zullen leiden tot patiëntenselectie (denk aan bijvoorbeeld ouderen, angstige patiënten en kinderen).

WETTELIJKE PROTOCOLLEN

Op dit moment worden wettelijke behandelprotocollen ontwikkeld in de veronderstelling daarmee de kwaliteit te stimuleren en de uitgaven te beheersen. Dergelijke protocollen moeten controleerbaar zijn voor niet of minder deskundige derden. Hiertoe dienen dan administratieve (deel-)verrichtingen met de extra kosten van dien. Directe curatieve verrichtingen mogen los hiervan niet meer worden gedeclareerd. Naast de afname van de flexibiliteit vergen behandelprotocollen meer tijd. In het licht van een groeiende 'dentalmindedness', de vergrijzing en het afnemend aantal prothesedragers en een tandartsentekort komen daarmee de toegankelijkheid en de bereikbaarheid in het geding. Niet een dergelijk protocol maar deskundigheid en flexibiliteit is waarborg voor kwaliteit en doelmatigheid, uiteraard met integriteit als uitgangspunt.

'Iedere tandarts kent zijn eigen protocol' uit 'On quality of dental care' (proefschrift van J.H.G. Poorterman, UvA '97).
Kop in Trouw, 10 sept. 1998: 'Medisch protocol doet kosten veelal oplopen', aldus arts en onderzoeker M. Berg.

*W*ettelijk
protocol leidt niet tot
maatwerk.

CENTRALE LEIDING

Doordat de zorg in toenemende mate centraal wordt aangestuurd, leiden genoemde dilemma's en knelpunten tot vervreemding, onverschilligheid, opportunisme, burn-out, depressiviteit en stress binnen de professie.

CONCLUSIE EN OVERWEGINGEN

Door goede materiële en hoge morele kwaliteiten (degelijke en doelmatige tandheelkunde) zou het systeem 'winst' kunnen boeken. Omdat het systeem deze kwaliteiten echter niet kan signaleren, laat staan honoreren, zal een eventuele 'winst' worden vertaald in premieverlaging of polisuitbreiding in plaats van een verbetering van het tarief. Hoge productie, lage materiële en morele kwaliteiten (re-treatment en over-treatment) worden wél door het systeem opgemerkt in de vorm van kostenoverschrijdingen.

Als gevolg daarvan zal het tarief het vrijwel altijd moeten ontgelden. Iedere tandarts wordt daardoor getroffen. Materiële en morele kwaliteiten komen onder druk te staan.

De conclusie lijkt dan ook gewettigd dat de gesignaleerde tariefstructuur modellerend werkt op de indicatiestelling in

de tandheeskundige zorgverlening.

Met andere woorden: de integriteit en daarmee de vertrouwensrelatie tandarts-patiënt wordt geweld aangedaan. Op pag. 24, 25 en 26 treft u een aantal praktijkvoorbeelden aan.

*Tariefstructuur
werkt modellerend
op de indicatie
en therapie.*

Indien de slogan opgeld doet dat 'de vervuiler betaalt' dan zal eerst moeten worden aangetoond wie of wat verantwoordelijk is voor de vervuiling van de tandarts-patiënt relatie. Hierbij draait de kern van het probleem om wie waarvoor verantwoordelijk is wanneer het de zorg en de betaling betreft. De vraag is dan in welke mate de tandarts nog verantwoordelijkheid kan dragen voor de zorg en in hoeverre de patiënt verantwoordelijk kan zijn voor het solidariteitsaspect ten aanzien van de financiering.

Kan de zorgverzekeraar zich met de honorering van verrichtingen inlaten, hoe en in welke mate dan? Is het de taak van de beroepsorganisatie om te onderhandelen met de zorgverzekeraar over een uniforme kwaliteit en een uniforme tariefsering, ongeacht de diversiteit onder tandartsen?

HUIDIGE SITUATIE IN HET KORT

Knelpunten ontstaan doordat van de misvatting wordt uitgegaan dat er maar één soort tandheelkunde zou bestaan die van boven af kan worden aangestuurd. De afstand tot de praktijksituatie is daarbij onverantwoord groot. Deze afstand tussen theorie en praktijk zou moeten worden verkleind. Gezien de onlosmakelijke verantwoordelijkheid van de tandarts dient de zeggenschap van de belanghebbende patiënt en tandarts weer bij hen te worden neergelegd. Aangezien een aanzet tot die veranderingen niet van de individuele tandarts kan worden verwacht ligt het voor de hand dat zijn beroepsorganisatie daarin het initiatief neemt.



*Uniformiteit is
geen realiteit.*

BESTAAND BEELD

Het beeld van de laatste 20 jaar: stijgende premies, dalende tarieven, hogere lasten, geavanceerde technologie, minder toegankelijkheid voor de minder bevoorrechten, kwaliteitsverlies en undertreatment bij de minder goed verzekerden en overtreatment bij de goed verzekerden. Omzetten nemen toe (dus de kosten van de zorgverzekeraar) en de netto rendementen (het inkomen van de tandarts) nemen af.

BEZWAREN

- ◆ het eenheidsverrichtingentarief moedigt de productie aan
- ◆ een hogere productie vergroot de kans op kwaliteitsverlies
- ◆ een lagere kwaliteit verhoogt de vraag om zorg
- ◆ een hogere productie betekent meer kosten voor de zorgverzekeraar (lagere winst)
- ◆ meer kosten leiden tot premieverhogingen of pakketverkleiningen (afname toegankelijkheid) en een lager eenheidsverrichtingentarief
- ◆ een verlaging van het eenheidsverrichtingentarief noodzaakt tot productieverhoging

De vergoeding is thans gefixeerd op een wettelijk vastgesteld maximum verrichtingentarief, al dan niet verzekerd op basis van meer of minder restitutie. Overschreden budgetten worden hersteld door middel van: premieverhoging, pakketverkleining en/of tariefverlaging met als gevolg een compensatie in de productie. Vanwege het gevaar (en de aanwijzingen) van kwaliteitsverlies worden kwaliteitssystemen ingevoerd die overwegend van administratieve, bureaucratische en 'cosmetische' aard zijn.

Tandartsen die zich toeleggen op preventie en kwaliteit en derhalve veelal een lagere produktie hebben, zetten minder om. Indien dit winst zou betekenen voor de zorgverzekeraar dan komt die winst nooit ten goede aan een verbetering van het tarief van die tandartsen, maar wordt er eerder gedacht aan een premieverlaging of pakketverruiming in het kader van de concurrentie tussen zorgverzekeraars.

Met andere woorden:

Preventie en kwaliteit komen de tandarts niet ten goede!

Een en ander zal leiden tot een uitgestelde vraag naar spoedeisende en intensievere tandheelkundige zorg.



GLOBALE AANBEVELING

PLURIFORMITEIT

De eenvormigheid qua honorering en financiering moet plaats maken voor meervormigheid. Er is pas keuzevrijheid als er keuzemogelijkheden zijn voor zowel tandarts als patiënt. Wanneer er geen keuzemogelijkheden zijn, is er ook geen ruimte voor het dragen van verantwoordelijkheid. Bovendien dragen de diverse keuzemogelijkheden ertoe bij dat de spanningen in het huidige stelsel mogelijk worden weggenomen.

UITZONDERINGEN

Het is voorstelbaar dat er uitzonderingen moeten worden gemaakt ten aanzien van bepaalde groeperingen binnen de samenleving. Daarbij valt te denken aan jeugd, medisch gecompromitteerde patiënten, slachtoffers van bijvoorbeeld ongevallen. Op grond van de specifieke omstandigheden zouden hier dus beperkingen moeten worden gesteld aan de keuzemogelijkheden. Beperkingen van zorginhoudelijke aard kunnen daarbij uiteraard niet in het algemeen en van te voren worden vastgesteld. Ook hier behoort het accent te liggen op individueel maatwerk.

PROFESSIONELE VERANTWOORDELIJKHEID

Iedere tandarts draagt zijn eigen professionele verantwoordelijkheid. Hiervoor dient hij dan ook de nodige ruimte te hebben. Het is zijn persoonlijke maatschappelijke verantwoordelijkheid om daar waar sprake is van de uitzonderingen zich daarnaar te voegen.

MAATSCHAPPELIJKE VERANTWOORDELIJKHEID

De beroepsorganisatie van de tandarts heeft de verantwoordelijkheid voor het onderbouwen van de diverse honoreringsnormen als richtlijn. In dit verband moet worden uitgegaan van de kostenkant van een tandartspraktijk.

De normen moeten zodanig worden onderbouwd dat zowel de kwaliteit van de beroepsuitoefening als van de zorg kan worden gewaarborgd. Daarnaast zullen er financieringsmodellen dan wel verzekeringsvormen moeten worden ontwikkeld die de bestaande mechanismen doorbreken.

POLITIEKE VERANTWOORDELIJKHEID

Rechtszekerheid is een politieke verantwoordelijkheid.

Voor de continuïteit van de tandheelkundige zorgverlening dient er een betere afstemming plaats te vinden tussen 'startende' en 'stoppende' tandartsen. Het zou derhalve op zijn plaats zijn indien het succes in kwalitatief en preventief opzicht niet wordt beantwoord met een verminderde instroom aan tandartsen, maar met het op peil houden van het tandartsenbestand dat aan dat succes heeft bijgedragen.

DE HONORERINGSNORM

Normen en waarden zijn gebonden aan cultuur en tijd.

Radicale veranderingen worden als revoluties gezien, geleidelijke veranderingen als groei en ontwikkeling. Veranderingen in de tarifiering/honorering van

de tandarts op basis van nieuwe inzichten zullen een geleidelijk karakter moeten hebben en moeten uitgaan van bestaande feiten en cijfers. Voor

een onderbouwing van de honorering van de tandarts moet dus worden uitgegaan van bestaand cijfermateriaal.

De prijs van een product of dienst is opgebouwd uit een kostenbestanddeel en een winst (= inkomensbestanddeel).

Naast het kostenbestanddeel en het inkomensbestanddeel speelt ook de 'waardigheid' van de tandarts een niet in geld uit te drukken belangrijke rol. Hiervan stamt het begrip honorarium (ereloon). Van oudsher is een honorarium niet maatschappelijk noch persoonlijk in concreto te verantwoorden. Het was dan ook geen afdwingbare vordering. Kortom een erekwestie (Hippocrates).

Het huidige cultuurbeeld vraagt om een verantwoording van de kosten (transparantie), een maatschappelijk (politiek) aanvaardbaar kosten- en inkomensniveau, maar vraagt ook om kwaliteit en keuzemogelijkheden.

In de particuliere tandheelkunde werd van oudsher een honorarium gehanteerd. Het ziekenfondstarief was gebaseerd op de bereidheid van de tandarts om daarvoor een bepaalde prestatie te leveren. Dit tarief werd afgestemd op premiehoogte, dekkinggebied en ervaringscijfers. Het particuliere tarief was het tarief dat meer vanuit de tandheilkundige optiek van de individuele tandarts was ontstaan. De patiënt moest bereid zijn dat te betalen.

Voor de bepaling van de huidige kosten van een tandartspraktijk moet worden uitgegaan van de investeringskosten, exploitatiekosten en een inkomensbestanddeel.

*Transparantie
in kosten
en inkomen.*

Voor de bepaling van de kosten van een tandarts-stoeluur is het van belang om aan te kunnen geven hoeveel uren maatschappelijk verantwoord zijn en welk deel daarvan declarabel is. Het aantal declarabele uren moet de kosten kunnen dekken en een daarbij passend maatschappelijk aanvaardbaar inkomen genereren.

*Wat is
een aanvaardbaar
inkomen?*

De norm van het inkomen zou overeen kunnen komen met het modale gezinsinkomen, het gemiddelde salaris van een leerkracht middelbare school, het loon van een vrachtwagenchauffeur, het salaris van een parlementariër, het salaris van een wetenschappelijk hoofdmedewerker, een officier van justitie of een adviserend tandarts van een ziekenfonds.

Los van de vraag òf en met wie de tandarts zich qua inkomensniveau zou moeten vergelijken, moet met de volgende aspecten rekening worden gehouden:

Welke risico's loopt een tandarts die gesalarieerde werknemers niet lopen? Bij hoeveel gedeclareerde behandel tijd moet het gewenste (noodzakelijk geachte) inkomensniveau worden gehaald?

Bovendien moet men hierbij nog denken aan risico's van onderbezetting, debiteurenrisico's, kosteloos 'mislukkingen' overdoen en 'sociaal' werk, risico's van de beroepsaansprakelijkheid, arbeidsongeschiktheid en andere ondernemersrisico's.

HONORERINGSVORMEN

De kosten- en inkomensnorm vormen het uitgangspunt bij de onderbouwing van de hierna te bespreken honoreringsvormen. Zowel om beleidsmatige als om de huidige culturele redenen als flexibiliteit, pluriformiteit, maatwerk en marktwerking moet er zoals reeds aanbevolen sprake zijn van meer dan één honoreringsvorm.

HET TIJDSTARIEF

Het tijdstarief is het eenvoudigst. De onderbouwing van de norm is het beste in tijd uit te drukken. De patiënt kan de aan hem bestede tijd het makkelijkst controleren.

Echter indien het om financiering dan wel verzekeren gaat, zal er een vertaling moeten worden gemaakt in aantoonbare verrichtingen/produkten, indien de polis niet de tandheelkunde in het algemeen financiert/verzekert doch slechts een aantal handelingen resp. verrichtingen. Toch zal het tijdstarief geen beletsel mogen zijn, wanneer de verzekeraar voor maximale restituties opteert of voor maximale claims in guldens per periode. Een tandarts kan zijn declaraties dan zodanig opmaken dat daarin tot uiting komt wat hij gedaan heeft, de hoeveelheid bestede tijd en het berekende totaal

bedrag. Het is hier niet de plaats om te oordelen in hoeverre het tijdstarief gunstig of ongunstig is in relatie tot financieringsmogelijkheden. Vanuit het oogpunt van de tandarts ten opzichte van een zelfbetalende patiënt moet deze honoreringsvorm in ieder geval niet strafbaar zijn. Beleidsmatig gezien, zo dit al noodzakelijk is, is er geen betere beheersing mogelijk: er mag dan sprake zijn van een 24 uren-economie, meer uren zijn er niet per dag.

Het gaat niet aan om het argument van 'tijd rekken bij het tanden trekken' aan te halen. De patiënt mag even zo goed doordrongen worden van het feit dat tijd geld kost!



Bovendien zouden architecten, advocaten, ambtenaren e.d. allen als verdacht kunnen worden aangemerkt, want daar kan de cliënt zelfs niet aan den lijve ondervinden hoeveel tijd er aan hem is besteed. Het tijdstarief is een honoringsvorm die productiedruk wegneemt. Het is een belangrijke conditie die het mogelijk maakt een hoge kwaliteit te kunnen realiseren.

HET ABONNEMENTSTARIEF

De norm voor een abonnementstarief zou kunnen worden gevonden uit de huidige gemiddelde omzet exclusief tandtechniekkosten gedeeld door het aantal patiënten. Dit tarief legt meer het accent op het onderhoud respectievelijk het bijhouden van eenmaal afbehandelde (gestabiliseerde) patiënten. Deze honoringsvorm bestaat ook bij huisartsen. Er is hierbij sprake van een vaste geldbron ter financiering

van het tandheelkundig onderhoud. Bij de één wat meer bij de ander wat minder. Een nadeel is gevaar voor verwaarlozing naast het ontbreken van prikkels tot handelen of tot ver-

*P*reventie en
preventie voorkomen
géén inkomen.

beteren. Overigens kan hier naar mogelijkheden worden gezocht die deze nadelen kunnen opheffen. Voordeel is dat de gezondheidswinst ten goede komt aan de tandarts in plaats van premie-inkomsten voor de zorgverzekeraar.

HET VERRICHTINGENTARIEF

Met het huidige verrichtingentarief worden de gemiddelde (noodzakelijke?) omzetten gemaakt. Met andere woorden de hoogte van het huidige tarief zou daarom gelijk een indicatie kunnen zijn voor de norm. Toch moet hierbij een kanttekening worden gemaakt.

Wanneer het restaureren van een kies bijvoorbeeld 800 gulden mag kosten met behulp van een kroon en nog geen 100 gulden wanneer het een grote vulling betreft met een 3-vlaks composiet, dan is alleen al dit verschil moeilijk uit

te leggen. Hierbij wordt de te besteden tijd dan wel het tijdsverschil buiten beschouwing gelaten. Hiermee wil slechts worden gezegd dat wanneer de tijdsbesteding resp. het tarief van de vulling met een factor 2 tot 3 wordt verhoogd de totale kosten lager zouden kunnen uitvallen vanwege de dan lagere productie aan kronen.

Een tijdsonderbouwing van de meest voorkomende behandelingen en verrichtingen zal wellicht leiden tot een herschikking van de bestaande verrichtingentarieven.

Maar ook hier geldt het uitgangspunt dat de honorering van de tandarts iets anders is dan de vergoeding die daarvoor staat bij een zorgverzekeraar.

EEN COMBINATIEVORM

De tandarts moet vrij zijn om te kiezen. Hij kan akkoord gaan met het niveau van de vergoeding van de zorgverzekeraar als hét algemene niveau of hij kiest zijn eigen norm (of de norm van zijn beroepsorganisatie) waar de patiënt/zorgverzekeraar zich aan conformeert.

Overigens is het ten behoeve van een risicospreiding voor de algemeen-practicus wellicht goed om alle drie de honoreringsvormen binnen de praktijkvoering toe te passen.

Bovendien neemt dit de spanningen weg als gevolg van de bestaande verzekeringssystematiek.

HONORERING EN KWALITEIT

De professie heeft de verantwoordelijkheid om die kwaliteit te leveren die zij kan leveren. Mensen kunnen echter niet tot eerlijkheid worden gedwongen. Het is wel mogelijk om slechte kwaliteit effectief te sanctioneren, mits er geen 'excuus' bestaat van opgelegde minimale condities.

Hoe het ook zij: het gaat niet aan een oordeel uit te spreken over wat nu als goed of minder goed moet worden aangemerkt. Mondige tandartsen en patiënten moeten de vrijheid hebben op basis van eigen voorkeuren keuzen te maken.

(ON)DOELMATIGHEID IN DE PRAKTIJK

Het streven naar doelmatig handelen waar het tandheelkundige hulp betreft is geen eenvoudige opgave. Het is vaak een kwestie van wikken en wegen. Een aantal voorbeelden bedoeld voor met name niet-tandartsen dienen hier ter illustratie en een beter begrip.

KUNSTGEBIT MET FRANJE?

Een vrouw op leeftijd heeft een duidelijk zichtbare gouden kroon. De toestand van haar hele gebit is zo slecht dat een volledig kunstgebit de beste oplossing is. De vrouw vraagt of het mogelijk is om een gouden kies in het kunstgebit op te stellen, omdat men haar nu eenmaal zo kent.

Standpunt van de tandarts:

Om psychische redenen een volkomen begrijpelijke wens. De doelmatigheid is hier gebaseerd op cosmetische en psychische overwegingen.

Mogelijk standpunt van een adviserend tandarts van een ziekenfonds: onnodig kostbaar en niet doelmatig ten aanzien van de kauwfunctie.

Noot: in het kader van de ziekenfondswetgeving zou bij het vervullen van deze wens het zelfs verboden zijn om deze extra kosten bij de patiënt in rekening te brengen, tenzij de patiënt alle kosten voor haar rekening neemt.

TREKKEN VAN GEZONDE KIEZEN?

Bij een verplicht verzekerde patiënt, die niet zo gemotiveerd is, moeten in de bovenkaak twee voortanden en twee kiezen worden getrokken. De overige tanden en kiezen zijn in redelijk goede staat.

Advies van de tandarts:

Voorlopig een gedeeltelijke prothese met twee tanden en twee kiezen. Dit is de goedkoopste oplossing. Voor een meer duurzame oplossing kan worden besloten wanneer



de motivatie tot verzorging en behoud verbetert.

Verzoek van de patiënt:

Alle tanden en kiezen trekken ten behoeve van een volledig kunstgebit, want alleen een volledig kunstgebit wordt door het ziekenfonds vergoed.

Vraag: mag/moet de tandarts gezonde tanden en kiezen trekken op grond van overwegingen die door de bestaande regelgeving in de hand worden gewerkt?

Voorbeeld: PRIJSPROTOCOL?

Een onverzekerde patiënt van 35 jaar heeft problemen met zijn tandvlees. De tandvleesproblemen betreffen een paar zogenaamde 'pockets'. Deze kunnen worden verholpen door middel van een grondige pocket behandeling. Volgens een wettelijk protocol is de tandarts verplicht de conditie van het tandvlees eerst nauwkeurig vast te leggen. Voor de patiënt brengt deze extra administratieve verrichting alleen maar hogere kosten met zich mee en heeft dus geen invloed op de gezondheid van zijn tandvlees. Volgens het wettelijke protocol is het niet toegestaan uitsluitend de curatieve behandeling te doen en in rekening te brengen.

Vraag: moet de tandarts het protocol (de wet) negeren indien de patiënt vanwege die extra kosten van de behandeling afziet?

Voorbeeld: RÖNTGENFOTO'S TE WEINIG?

Bij een jonge man (jurist) van 30 jaar wordt bij het eerste bezoek aan zijn nieuwe tandarts volstaan met slechts twee röntgenfoto's van de kiezen, omdat het gebit klinisch gezien er gezond uitziet. Op de foto's blijken de kiezen dan ook gaaf te zijn. Bij het opnemen van de anamnese zegt de man chronisch moe te zijn en vaak last te hebben van hoofdpijn. Na twee jaar wordt deze man door zijn huisarts verwezen naar het ziekenhuis. Op een aldaar gemaakte overzichtsfoto wordt een tumor in de bovenkaak ontdekt. Indien de tandarts een volledige röntgenstatus had

gemaakt (ca 12 foto's) in plaats van 2 dan was deze tumor eerder ontdekt. De tandarts wordt door de man aangeklaagd, omdat de tandarts zich heeft beperkt tot het maken van slechts 2 foto's.

Vraag: moet bij elke nieuwe patiënt een volledige röntgen-status worden gemaakt ook al bestaat daarvoor geen duidelijke aanwijzing? (Een wettelijk protocol nodig? Kosten!?)

Voorbeeld: FINANCIËEL OF EMOTIONEEL?

Een jonge vrouw van 35 jaar dreigt vanwege een in het verleden opgelopen trauma haar kleine en verkleurde snijtand te verliezen in een verder puntgaaf gebit. Ze wil dat de tandarts er alles aan doet om die tand te redden.

Behandeladvies van de tandarts:

Een plaatje of een (ets)brug en in de toekomst desnoods een implantaat. Het redden van de tand door middel van parodontale chirurgie, een wortelkanaalbehandeling, een stiftopbouw met een kroon is niet alleen kostbaar maar heeft nauwelijks een kans van slagen.

Vraag: moet de tandarts rekening houden met de belangen van de zorgverzekeraar, indien alle opties gedekt zijn? Moet de tandarts de wens van de patiënt respecteren wanneer zij bereid is de kosten zelf te dragen en het risico van de slechte prognose te aanvaarden?

EPILOOG

DE VOLGENDE STAP

Niet één stap maar meerdere stappen is pas bewegen.

- ◆ Dit rapport als discussiestuk is een eerste stap.

Het is in feite een uitwerking van de doelstellingen van de Associatie Nederlandse Tandartsen.

- ◆ Een tweede stap is pas gerechtvaardigd wanneer zowel de politiek en de overheid als de tandheekkundige professie zich kunnen vinden in de geschetste problematiek.

Die tweede stap zal een meer concrete invulling moeten zijn van de normen en vormen. Voor deze tweede stap

is een democratische goedkeuring daarvan binnen de ANT vereist, voordat dit als een voorstel kan worden voorgelegd aan de overheid.

- ◆ De derde stap is de goedkeuring van de overheid.

Deze derde stap is het begin van een beweging in de richting van zelfregulering, individuele en maatschappelijke verantwoordelijkheid.