

Mijne dames en heren,

Allereerst mijn complimenten met de Consultatiedocumenten Mondzorg; doorwrochte werkstukken waarin vrijwel alle aspecten van het tarievenstelsel in de tandheelkunde behandeld worden.

Wat ik vooral mis is de keuzevrijheid van de patiënt! U zegt dat u de consument centraal stelt, maar uit de tekst maak ik op dat u meent dat *de* consument uit is op kwalitatief redelijke zorg tegen een lage prijs. Zeker in de tandheelkunde gaat dat niet op. In tegenstelling tot de overige gezondheidszorg zijn er in de tandheelkunde vaak meerdere mogelijkheden om een probleem aan te pakken; als iemand bv een kies mist kun je de situatie zo laten, je kunt een eenvoudig plaatje of een luxer frame maken, je kunt een brug nemen of een implantaat plaatsen. Al deze behandelingen kunnen kwalitatief redelijk tot goed uitgevoerd worden, door de eigen tandarts of door hulppersoneel of een gespecialiseerde collega. De prijskaartjes zijn wel zeer uiteenlopend... Patiënten willen zelf kunnen kiezen, en zijn bereid daarvoor te betalen. Mijns inziens zijn de documenten Vrije Prijsvorming en Herziening Bekostigingsstructuur niet los van elkaar bespreekbaar.

Verder bespeur ik een contradictie; enerzijds stelt u dat de (toekomstig) mondarts de regie krijgt over het zorgproces, anderzijds moet hij “eenvoudige” behandelingen als controles en preventie uitbesteden aan hulppersoneel en zelf de “moeilijker” behandelingen op zich nemen. Daarmee wordt hij dus een soort 2e-lijns behandelaar! Deze rollen zijn niet te verenigen.

Persoonlijk vind ik het controlebezoek de belangrijkste, en moeilijkste, behandeling in de tandheelkunde; daar wordt de gezondheidstoestand van tanden en kiezen, tandvles en andere weefsels in de mond, maar ook van het hele lichaam in relatie tot de mond gemonitord en in de tijd gevolgd, op grond waarvan korte- en lange-termijn-behandelplannen worden gemaakt, uiteraard beginnend met preventie. Voorwaar, veel te complex en ingrijpend om aan een minder-dan 6-jaar-geschoolde over te laten! In het ziekenhuis word ik ook liever door de professor dan door een co-assistent bekeken.

Vrije Prijsvorming

Bespreking Consultatievragen

1. Afschaffing van de numerus fixus is onmogelijk vanwege de enorme kosten van de opleiding tandheelkunde, en leidt, zoals in de jaren '80, tot hoge werkeloosheid onder deze hoog en duur opgeleide academici.
2. Zoals gezegd, kan vrije prijsvorming niet zonder de factoren genoemd in Herziening Bekostigingsstructuur (zoals transparantie van prestaties, tarieven en declaraties) en andersom. Ook het verlagen van de tarieven enige tijd vóór het vrijgeven ervan zou niet kies zijn.

Herziening Bekostigingsstructuur

Bespreking Consultatievragen

1. Ook de vraag naar kwaliteits-behandelingen neemt toe door mondiger patiënten.
2. Het zal nog vele jaren duren voor het effect van de 6 jaar opgeleide, delegerende mondarts merkbaar wordt. Idem voor de monhygiënist nieuwe stijl.
De mondhygiënist (2-jarig, 3-jarig én 4-jarig opgeleid!) is *samen met de tandarts* deskundige op het gebied van preventie. De paro-preventie assistent behandelt patiënten met een *milde* parodontitis.

4. Abonnementstarieven worden bij mijn weten niet gebruikt, waarschijnlijk uit traditie, omdat tandartsen geen verzekeringsagent willen zijn en vanwege bovenstaande in de 2^e alinea.
- 5a. Zoals u weet zijn wij verplicht de betaalde techniekkosten door te berekenen. De voordelen zijn voor de patiënt. Sterker nog: wij worden geacht minimaal 8 jaar garantie op kronen te geven, ook bij tandtechnisch falen; de tandtechnicus zelf geeft veel korter garantie.
- 5b. Vrije tarieven!
6. Er zijn nog meer specialismen: gerodontologie, prothetiek, angsttandarts, biologisch tandarts...
7. Stelt de patiënt delegatie wel op prijs? Hij moet kunnen kiezen wie de prestatie levert: een assistente, mondhygiëniste, tandarts, orthodontist, specialist buiten de praktijk... Zie hierboven. Uiteraard bij transparantie over prestatie en prijs.
8. Transparantie: laat een neutrale instantie een site maken waar alle verrichtingen gemeld worden, met filmpje, gemiddelde behandelduur en richtprijs. Praktijkkosten kunnen enorm verschillen: per regio (huisvesting), soort patiënten (Aerdenhout vs Rotterdam-Zuid), aantal personeelsleden (bijscholing, overleg, absentie).
Prestaties zijn niet uniform: een controle door een assistente is niet hetzelfde als een controle door een mondarts (die een relatie moet leggen met de algehele gezondheid, die moet praten over behandelopties op korte en langere termijn, die regie moet voeren over te delegeren behandelingen), en ze kunnen niet door één tarief gedekt worden.
Enige optie: vrije tarieven?
9. Hoeveelheid prestaties: Niet één tandarts gebruikt ze alle. Ik kan ze wel allemaal uitleggen aan mijn patiënten.
10. Prestatievarianten: Abonnement heeft risico van onderbehandeling.
Productensysteem: behandelingen zijn te heterogeen; een gaatje vullen kan 5 minuten duren of 1 uur, afhankelijk van de toestand van de kies. Wederom: er is in de tandheelkunde niet één behandeling voor één probleem. Een gaatje kan gevuld worden met noodvulling, amalgaam, composiet, porselein, goud, een kroon...
Risico (vgl DBC's): alle behandelingen van 5 minuten tot een half uur worden gedeclareerd onder behandelcode "half uur", alle behandelingen van een half uur tot 1 uur onder code "1 uur", enz.
11c. In schema 1 mis ik weer de keuzevrijheid van de patiënt: alleen bij Uurtarief en bij Verrichtingen is die ++.
- 11d. Als patiënt kies ik voor het Verrichtingentarief!
- 13a. Helemaal mee eens!

Ik zie uit naar een evaluatie van alle binnengekomen reacties!

Met vriendelijke groet,

Kees Jaap Hoevers
Vinkenhof 24
3741 WK Baarn
keesjaap@casema.nl