

## Tandheelkundige Economie

door Dr. A. L. S. P. Stallaert. *Econoom*

*Dentistry as a means of service is a profession;  
As a means of livelihood it is a business.*

*George Wood Clapp D.D.S.*

Het beroep van tandarts is niet zeer lucratief, ook al denkt het groote publiek, dat de tandarts hooge honoraria toucheert. De student in de tandheelkunde doet er beter aan zijn studie halverwegen op te geven, indien zijn studie en straks zijn praktijk enkel maar middelen zijn om hem groote reventen te doen toekomen. Zoowel accountants, belastingambtenaren en nog meer de tandartsen zelf zullen dit kunnen beamen. Indien men het beroep van tandarts niet ziet als een taak en een roeping, is het vaak financieel voordeliger een zaak te drijven of een winkel te exploiteeren; in Amerika zelfs zijn er eenvoudige ambachtsberoepen, waarvan de beoefenaars meer verdienen dan een groot deel van de tandartsen, ondanks hun wetenschappelijke opleiding, hun kostbare installatie aan woninginrichting, unit, instrumentarium, en ondanks hun vaardigheid, handigheid en ervaring, en dit bij een leven van hard werken, studie en inspanning van een 48-urige werkweek of langer.

Naar mijn meening moet dit voor een groot gedeelte te wijten zijn aan een gebrek in de opleiding, en in een gemis aan zakelijke en economische ervaring bij die tandartsen, die niet van nature de eigenschappen bezitten om hun praktijk te organiseren en ook zakelijk voldoende te benutten. In dit opzicht zou er reeds een aanmerkelijke verbetering kunnen plaatsvinden, indien de tandheelkundige faculteiten of de studenten-vereeningen in deze de noodige voorzieningen zouden treffen. Zoo is het mij bijvoorbeeld gebleken, dat de onkostenpercentages uitgedrukt in gedeelten van de bruto-honoraria bij verschillende tandartsen sterk uit elkaar liggen en varieren tot 70% van de totale ontvangsten.

Indien het beroep van tandarts werkelijk een roeping is, heeft het dan zin om door een economische organisatie en door grootere efficiency, het beroep winstgevender te maken. Is dit laatste niet in strijd met het sociale nut dat de tandarts de lijdende menschheid geeft?

Het antwoord moet ontkennend luiden, immers de tandarts moet zijn levensonderhoud kunnen verdienen en voor de zijnen kunnen zorgen, alsmede de noodige voorzieningen treffen voor ziekte en den ouden dag. Een synthese tusschen hooge opvattingen van zijn beroep en economisch beheer van de praktijk is bereikbaar, zonder dat het beroep een „business” wordt.

De praktijk van den tandarts kan op twee manieren meer economisch worden gevoerd, naar gelang men zich op algemeen, dan wel op privaat economisch standpunt stelt.

Economie is niets anders, dan met beperkt ter beschikking staande middelen, huishouden en behoeften bevredigen. Als zoodanig vervult de tandarts een nuttige functie. Het doel van den tandarts moet zooveel mogelijk samenvallen met het nut dat de maatschappij van zijn diensten trekt.

Algemeen economisch beteekent dit dat de tandarts zijn materiaal i.c. het gebit van zijn patiënt zoo zorgvuldig mogelijk moet behandelen m.a.w. de conserveerende tandheelkunde vindt hier haar nut en beteekenis. Hieruit volgt ook dat indien uit kostenoverwegingen wordt overgegaan tot verwaarloozing van de conserveerende tandheelkunde, zooals dit in ziekenfondspraktijken voorkomt, vanuit algemeen en sociaal standpunt den mensch te kort wordt gedaan, een constatering overigens, die in beroepskringen herhaaldelijk werd vastgesteld.

Een aardige illustratie hiervan mocht ik aantreffen in Dr. E. J. van de Berg D.D.S. Caries-Therapie, Amsterdam 1944, pag. 73, waarin bewezen wordt hoe bij de behandeling van de caries, de dure behandeling goedkoop en de goedkope behandeling duur kan zijn.

Het probleem van de z.g. „dure” behandelingen is overigens een vraagstuk op zichzelf. Zeker is in ieder geval, dat de mensch er belang bij heeft zijn natuurlijk kauworgaan zoolang mogelijk in stand te houden. Ik kan mij voorstellen dat overwegingen inzake de kosten en vrees voor pijn tot een andere zienswijze leiden; daarover echter bij een andere gelegenheid.

Privaat-economisch houdt een en ander in, dat de tandarts uit eigen belang zijn praktijk zoodanig moet beheeren, dat deze een voldoende ruim levensonderhoud afwerpt. Door slechts te huishouden benadeelt hij niet alleen zichzelf, doch ook zijn patiënt, die onnoodig duur moet betalen.

Ook hier dus een samenvallen van de belangen van patiënt en tandarts. De vraag is thans, is het mogelijk door z.g. tandheelkundige economie of „dental economics” de tandartspraktijk rendabeler te maken? Het antwoord is zeer positief: de ervaring leert, dat door een samenstel van maatregelen de opbrengst van de praktijk tot 20% hooger kan worden, zonder dat de algemeene belangen van de patiënten worden geschaad.

Een bevestiging van bovenstaande bewering heb ik behalve in eigen onderzoek, gevonden in een interview met H. J. Bosworth in „The Dental Magazine and Oral Topics”. Bosworth is de vader van de tandheelkundige economie in Amerika, en is met groot succes de uitvoerder geweest van de jarenlang gepropageerde idee van de „Dental Economics”. Hij omschrijft dit als volgt: „Dental economics conserves time and energy, extends and improves the quality of service rendered, and at the same time operates to increase the dentist's earnings.

Tandheelkundige economie is niets anders dan de toepassing van de economische wetenschap met name van de bedrijfsleer op de werkzaamheden en de praktijkvoering van den tandarts.

Deze wetenschap is tot nog toe alleen toegepast op het terrein van het bedrijfsleven, en wel met groot succes, ondanks het feit dat de wetenschap zeer jong is, en tot voor 30 jaar in ons land weinig toepassing vond. Het gaat derhalve om wetenschappelijke bedrijfsorganisatie.

Zonder te durven beweren dat de tandarts „ondernemer” is, in de gewoonlijk daaraan gehechte beteekenis, vertoont hij niettemin gelijkenis met den leider van bedrijven waaraan wij dit praedicaat toekennen. Overeenkomst met de diensten verleende onderneming is er in ieder geval. Zeker is in ieder geval dat de diensten verleende huishouding van de tandarts meer overeenkomst vertoont met een kleinere onderneming dan welk wetenschappelijk uitgeoefend beroep ook, met uitzondering wellicht van accountants. Overeenkomsten zijn er verschillende: eigen risico van den leider, investatie van kapitaal, organisatie van personen, personen in loondienst en alle problemen van dien zooals boekhouding, balans, inkoop, laboratorium, thuiswerkende tandheelkundigen, kostprijsberekening, „verkoop”-problemen, enz.

Het ligt min of meer voor de hand dat, gezien het succes van daarbij toegepaste methoden, deze ook voor de tandartsen mogelijkheid van toepassing bezitten.

De methode is voorzoover mij bekend het eerste toegepast in de Verenigde Staten van Amerika door Bosworth, een econoom, die in de jaren 1925 e.v. met veel succes zijn werk heeft verricht. Reeds eerder zijn gedachten hierover geuit en werd daaraan vorm gegeven door George Wood Clapp, D.D.S.,

die reeds in 1910 een enquête hield bij 250 tandartsen, en op grond daarvan tot merkwaardige gegevens kwam. Bosworth heeft zich geheel gebaseerd op de ideeën van Clapp, de overeenstemming is althans groot en ligt overigens ook voor de hand.

Typisch is zijn specifieke visie als „economical man” omtrent het probleem der kosten. Bosworth onderscheidt n.l. een drietal klassen van patiënten: „it is folly to talk gold to a patient with an amalgam income. You will find dentists in the past who have become so obsessed with the value of the gold inlay that they have tried to put gold into every person's mouth”.

Opvallend is de eenstemmigheid van Clapp en Bosworth over de onproductieve uren die de tandartsen maken. Volgens de enquête van Clapp is het verlies aan tijd bij veel tandartsen iets minder dan 50%. Bosworth schat het % eveneens 50.

Dit tijdverlies is een groote bron van verlies van den tandarts, de tijd wordt verloren aan wachten, voorbereidingen, liefdadigheidswerk, telefoon, consulten, reparaties, boekhouding, studie, enz. Indien de tandarts vacantie houdt, congressen bezoekt, Zaterdagmiddag en Zondag, alsmede nationale feestdagen niet werkt, is zijn prestatievermogen plus minus 250 werkdagen bij een 8-urigen werkdag of plus minus 2.000 werkuren, waarvan 1000 uren productief en inkomengevend zijn. De tandarts die meer werkt doet zichzelf naar de meening van Clapp tekort, alsmede zijn huishouden en patiënten.

De tandarts dient volkomen fit te zijn, niet overdadig te werken, en toch voorzieningen te maken voor zijn ouden dag. Een en ander brengt consequenties mede t.a.v. de kostprijsberekening of het vaststellen van het honorarium. Er zijn veel tandartsen die niet weten wat hun een behandeling kost bij een gegeven minimum levensonderhoud.

Een typisch verschijnsel doet zich hier voor, dat ook in het bedrijfsleven te constateeren valt, n.l. hoe harder er wordt gewerkt des te minder bedraagt relatief de winst, respectievelijk de winst neemt slechts degressief toe. Een ander probleem dat met het honorarium ten nauwste samenhangt, is dat van de afschrijvingen op meubilair, unit, instrumentarium, en het vormen van een reservefonds voor voorzieningen van den ouden dag. Dit laatste vooral is van groot belang. Het prestatievermogen van den tandarts beweegt zich in stijgende lijn. Tot zijn 35ste jaar heeft hij noodig om ervaring op te doen en voordeel te trekken uit eigen tekortkomingen. Zijn groote earning periode ligt tusschen 45 en 55 jaar. Na zijn 60ste jaar wordt de praktijk van den tandarts vaak zienderoogen minder. Het schijnt overigens dat de tandarts wegens zijn beroep onder houding en ongezonde bezigheden minder lang te leven heeft dan vertegenwoordigers van andere beroepen. Het is duidelijk dat de tandarts dit alles in zijn kosten dient in te calculeeren en via zijn honorarium van de patiënten vergoed dient te krijgen.

Inkomen bestaat uit diensten of goederen ten verbruik bestemd. Het geldinkomen dat de tandarts ontvangt na aftrek van zijn kosten, die zonder meer in de boekhouding verschijnen is dus niet geheel inkomen.

Van het bruto-honorarium gaan de volgende kosten in mindering: Afschrijvingen, loonen, materialen, laboratoriumkosten, edele metalen, tanden en gebitten, terwijl de tandarts na aftrek van deze en dergelijke kosten een bedrag voor zichzelf dient te reserveeren voor den ouden dag, etc. Zoowel de afschrijvingen als de reserveeringen dienen in cash of anderen vorm aanwezig te zijn en te worden geaccumuleerd in beleggingen en polissen.

De inkomsten in geld voor den tandarts zijn dus iets geheel anders dan inkomen, zelfs na aftrek van de kosten in de gewoonlijk daaraan gehechte beteekenis.

De al of niet volle bezetting van de praktijk speelt een groote rol. Dit is het probleem bekend onder den titel van kostendegressie. Er zijn n.l. kosten die de tandarts steeds te dragen heeft ongeacht de grootte van zijn praktijk en ongeacht ook het aantal en den aard van zijn werkzaamheden. Deze kosten nu nemen bij een juiste berekening per behandeling af naargelang de tandarts voller bezet is. Voorbeelden hiervan zijn: huur, verwarming, verzekering, onderhoud, afschrijvingen, telefoon, contributie, vakorganisaties, tijdschriften, boeken enz.

Het reguleeren van wat ik zou willen noemen de „beroepsdrukte” speelt een rol; dit kan n.l. op verschillende wijze geschieden b.v. door een tandarts in eigen dienst, een tandarts-assistente, of boekhoudster, techniker, een tweede behandelingskamer, röntgenapparaat, enz. Er kan n.l. precies berekend worden wanneer het voordeliger is personeel of andere „productiefactoren” in gebruik te nemen. Alleen over deze onderwerpen zouden vele uitweidingen mogelijk zijn.

Bosworth is de eerste geweest die z.g. arbeidsanalyse en bewegingsstudie heeft toegepast in de tandartspraktijk. De industrie heeft ons daaromtrent veel interessante dingen geleerd. Onder arbeidsanalyse verstaat men het splitsen van een bepaalde bewerking in onderdeelen, teneinde na te gaan in hoeverre onnoodig werk kan worden vermeden. Dit geldt niet alleen voor den tandarts maar ook voor zijn assistente. Clapp heeft reeds suggesties in deze richting gegeven; het lag uiteraard niet op zijn weg deze nader uit te werken, al heeft hij succes van deze methode voorspeld.

Dit succes is ook gekomen. Het spaart tijd en energie, dus geld. Nauw hiermede hangt de z.g. arbeidsvoorbereiding samen, alsmede een juiste taakverdeling tusschen tandarts, techniker en assistente. De tijd van den tandarts is kostbaarder dan die van zijn assistente. Het is dus zaak zooveel mogelijk te delegeren aan de assistente zonder de verantwoordelijkheid tegenover de patiënten te verliezen. Waar ligt de grens van het delegeren van deze werkzaamheden? Naar mijn meening vallen daar in ieder geval onder het ontwikkelen van röntgenfoto's en voorbereidende werkzaamheden. Een der verworvenheden opgedaan in het bedrijfsleven heeft geleerd, dat er bijzondere middelen bestaan om ondergeschikten maximaal bij hun werk te interesseeren. Hoeveel belang heeft de „one-man's-business” van den tandarts daar niet bij, voor de weinige assistentie die hij heeft. Er zijn nog talloze andere problemen, die om een oplossing vragen: inkoop, laboratorium, declaratie-problemen, normalisatie van rekeningen en briefpapier, minimum honoraria, verhouding tandarts-tandtechniker, sprekkuren, boekhouding, consultatiekaart, concurrentieverhoudingen, enz.

Hierover zou nog zeer veel te vertellen zijn, zonder zelfs uit de economische keuken te klappen.

Verder nog een enkel woord over z.g. kengetallen. Het zou interessant zijn elkaars tarieven te kennen, het aantal en de soort der behandelingen, de kosten gespecificeerd naar verschillende soorten, honoraria, bedragen besteed voor investatie, huishouding, belastingen, enz., zoowel provinciaal en gewestelijk als naar inkomensgroepen. Deze cijfers zouden den tandarts een goed beeld geven in hoeverre zijn praktijk aan daaraan te stellen eischen voldoet. Zonder aan de geheimhouding te kort te doen zouden deze cijfers via een enquête verkregen kunnen worden, terwijl het gemiddelde aan iederen deelnemer zou kunnen worden toegezonden. Een dergelijk rapport zou jaarlijks kunnen worden uitgebracht en veel kunnen bijdragen tot de efficiency van het beroep. Dit zou natuurlijk alleen bij voldoende medewerking kunnen plaatsvinden.

Tenslotte: geloof ik dat de economische wetenschap in haar huidig stadium ook voor den tandarts iets te zeggen heeft. Hoewel het wellicht gemakkelijker aanvaard zou worden, indien een tandarts aan zijn collega's deze boodschap bracht, omdat zij eenzelfde taal spreken, meen ik toch dat hiervoor de hulp van een specialist moet worden ingeroepen, gelijk ook de vertegenwoordigers van andere beroepen op geregelde tijden bij de beoefenaren van de economie te rade gaan.