

MENINGEN

Intermediair misleid

In Intermediair van 12 juli 1991 is een artikel verschenen dat bij tandartsen tot consternatie heeft geleid. Met de opvallende kop 'Eerste klas tandheelkunde is bij wet verboden; kwaliteit als sluitpost' trekt de schrijver van leer tegen de invoering van het in 1986 wettelijk voorgeschreven 'Uniform Particulier Tarief (UPT)'. Hij constateert dat door het verbod op een uurtarief voor particuliere patiënten de beste tandartsen worden gedwongen hun werkwijze naar beneden toe aan te passen en dat Nederland, zonder het te weten, heeft gekozen voor een tweederangs tandheelkunde die binnenkort nog verder zal afglijden. Hij doelt hiermee op de eventuele doorvoering van het plan van staatssecretaris Simons, waarbij het onderscheid tussen particuliere en ziekenfondspatiënten komt te vervallen en de tarieven waarschijnlijk een gemiddelde zullen inhouden van de huidige twee tariefstructuren, met als gevolg dat de kwaliteit onder druk zou komen te staan. Verder in zijn betoog wordt erop gewezen dat niet alleen de tandartsen met uitsluitend een particuliere praktijk – om in zijn termen te spreken 'the best and the brightest van de professie' – maar ook patiënten in hun vrijheid worden beknot. Nogmaals citerend 'waarom mag ik op alle fronten ongehinderd tegen de klippen op consumeren, auto's, vliegvlagen, sigaretten, whisky, noem maar op, maar niet mijn tandarts het tarief betalen waarvoor hij mij iets levert waar ik prijs op stel.' En hij besluit met de opmerking 'zodra tandarts en patiënt de vrijheid verliezen om over behandeling en betaling in vrijheid afspraken te maken, en een meerderheid van de tandartsen kennelijk liever haar inkomen veilig stelt via afspraken met ziekenfondsen, verzekeraars en de overheid dan in overleg met patiënten, wordt de kwaliteit van de zorg ongemerkt tot sluitpost gemaakt.'

De vraag kan worden gesteld in hoeverre degenen die deze journalist hebben geïnformeerd de tandheelkunde een dienst hebben bewezen. Natuurlijk, de journalist is verantwoordelijk voor zijn tekst en kan zich als patiënt opwinden dat hij de, door hem gewenste, zorg niet kan krijgen. Maar hij is afhankelijk van de kennis die hem werd verstrekt. Net zozeer als hij tijdens de zorgverlening moet afgaan op de adviezen en de kennis van zijn tandarts. Immers, hij is de hulpvrager en is niet deskundig op het gebied van de tandheelkunde. In dit geval lijkt het erop dat de schrijver van het artikel onvolledig is geïnformeerd over de geschiedenis van het UPT. We zullen daarom de historie van de invoering van deze, des-

tijds en nog steeds veel bediscussieerde, maatregel in het kort schetsen.

Geschiedenis UPT

Reeds in het begin van de jaren zeventig werd, zowel van buitenaf als vanuit de professie, druk op de NMT uitgeoefend te komen tot uniformering van de particuliere tarieven. Tandheelkunde was in die tijd de enige sector in de gezondheidszorg waar dat nog niet het geval was. Mede door de verwachte invoering van de wet Tarieven Gezondheidszorg werd door de overheid in april 1981 een werkgroep ingesteld waarin ook de NMT participeerde. Deze commissie kreeg de opdracht knelpunten te inventariseren, te analyseren en mogelijke oplossingen aan te dragen. In mei 1982 verscheen het rapport. Hierin werd vastgesteld dat de toenmalige diversiteit van de tariefstelling om een aantal redenen problemen opleverde. Enkele daarvan waren: de ondoorzichtigheid ervan voor de patiënt; de tariefhoogte kan de keuze van de patiënt door een tandarts beïnvloeden; de verhouding prijs-kwaliteit is voor de patiënt moeilijk vast te stellen. Verder was de werkgroep van mening dat tandheelkundige zorg moeilijk in zijn totaliteit is te verzekeren. Door de bewindslieden van Economische Zaken en Volksgezondheid werd het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) de opdracht gegeven de aanbevelingen van de werkgroep nader uit te werken. Pas in januari 1986 werd door de Algemene Vergadering van de NMT gestemd over invoering van het uniforme particuliere tarief. In die bijeenkomst werd duidelijk dat, wanneer de Algemene Vergadering het voorstel niet accepteerde, de overheid eenzijdig de particuliere tarieven zou vastleggen. Met name dit argument bleek bepalend voor de aanvaarding van het voorstel. Wel werd een motie aangenomen waarvan de strekking de volgende was:

'De Algemene Vergadering kan zich akkoord verklaren met de lijst van basisverrichtingen c.q. de tarievenlijst, met dien verstande dat deze niet overal recht doet aan de diversiteit van de tandheelkunde en dat er garanties moeten worden gegeven dat innovaties en bestaande en te constateren tekorten moeten kunnen worden aangevuld, waarvoor de A.V. de onderhandelingsdelegatie te allen tijde ter verantwoording kan roepen.'

Gezien de hierboven beschreven feiten en de uitgebreide discussies binnen de kringen van de NMT in het begin van de jaren

tachtig is het de vraag of het verwijt van de schrijver, namelijk dat de NMT zich onvolgende heeft ingezet voor de tandartsen met een particuliere praktijk, aan de toenmalige bestuurders van de NMT juist genoemd mag worden. Het lijkt erop dat de NMT weinig ruimte voor onderhandeling had en dat de, overigens niet onredelijke, wensen van de tandartsen met alleen een particuliere praktijk, op grond van democratische besluitvorming niet konden worden gehonoreerd.

Bezwaren

Tegen het argument van de schrijver, dat er in onze maatschappij met twee maten wordt gemeten als het gaat om de consumering van diensten, kan weinig worden ingebracht. 'Waarom wel vrij zijn bij het boeken van reizen etc. en waarom niet als het gaat om het sluiten van een overeenkomst met een tandarts? Waarom twee verschillende tarieven voor een bepaalde verrichting?' enz. enz. Maar tegelijkertijd kunnen we vaststellen dat er in onze samenleving wel meer schijnbare onredelijkheden zijn te noemen waardoor de vrijheden en mogelijkheden van de burger aan de ene kant worden ingeperkt om aan de andere kant grotere rechtszekerheid te krijgen voor de gehele bevolking. Dat is nu eenmaal inherent aan de werking van ons staatsbestel. Waar echter bezwaar tegen gemaakt moet worden, zijn de vaak ongenueanceerde opmerkingen van de schrijver. We noemen bijv.: 'Nederland kiest zonder te weten voor tweederangs tandheelkunde'. 'Uitgerend zij die altijd hebben geweigerd de kwaliteit van hun werk tot sluitpost te maken, konden niet langer een uurtarief hanteren, of moesten in illegaliteit verder werken'. De suggestie wordt door de schrijver gewekt dat de uitsluitend voor particuliere patiënten werkende tandartsen ('de goudvinkjes onder de tandartsen', de 'voorvechters voor integrale tandheelkunde') een zoveel betere kwaliteit zouden leveren dan de 'gewone' tandartsen die ook of alleen ziekenfondspatiënten behandelen. Graag hadden wij, in een op academici gericht blad als Intermediair, een meer positieve verhandeling gezien waarom de problematiek van de tariefstructuur en het tariefbeleid in de tandheelkundige zorgverlening zo ingewikkeld is te noemen. Een goed in het onderwerp ingewerkte, kritische journalist had, wanneer hij constateert dat de kwaliteit van zorg een sluitpost dreigt te worden, voor zijn lezers vastgesteld dat er in ons land over het bepalen van die kwali-

teit van tandheelkundige zorg bitter weinig onderzoek is verricht. Zo'n journalist had daarbij opgemerkt dat het nu eenmaal, op basis van onderzoeksgegevens, niet is aangetoond dat de groep z.g. particulier werkende tandartsen zoveel betere zorg leveren dan hun collega's. En dat het verder heel wel mogelijk is dat een grotere tijdsbesteding per patiënt resulteert in een kwalitatief betere verrichting (wat men daar dan ook onder verstaat) maar dat helaas het bewijs voor deze stelling niet is geleverd. Dan had hij misschien ook kunnen weten dat de tandheelkundige professie in ons land op het gebied van de bepaling en de bevordering voor de kwaliteit van zorg nog niet ver gevorderd is, hoewel er wel enkele initiatieven zijn ontwikkeld zoals

het ALPHA-project. Bovendien had hij kunnen weten dat er op het gebied van indicatiestelling en diagnostiek tussen tandartsen grote verschillen blijken te bestaan. We wijzen hierbij naar het interessante proefschrift van J. den Dekker,¹ die overigens daarin nog vaststelt dat de grote meerderheid van de professie niet af wil van het verrichtingentarief en dat zij, in merendeel, tevreden is over haar inkomen.

De conclusie is duidelijk. De schrijver heeft zich te weinig ingewerkt in zijn onderwerp en heeft zich te eenzijdig laten informeren. Maar wat dit artikel ons wel leert is dat er in ons land meer fundamenteel zal moeten worden gediscussieerd over de criteria die er zijn om de kwaliteit van zorg te bepalen. Dan komt er misschien ook meer

duidelijkheid over het juridische begrip 'de redelijk bekwaame vakgenoot'. En tot slot: collegae die journalisten informeren over zulke complexe onderwerpen als de kwaliteit van zorg mogen wat voorzichtiger zijn met het verstrekken van kennis aan journalisten over dit onderwerp. Nu brengen zij de tandheekunde als geheel in diskrediet en hebben zij de redactie en lezers van Intermediair misleid.

M.A.J. Eijkman, Wassenaar
A.H.B. Schuurs, Amsterdam

Literatuur

¹ DEN DEKKER J. Behandelingsplanning in de tandartspraktijk. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam 1990. Academisch proefschrift.

INGEZONDEN

Onderstaand bericht uit de november-aflevering wordt in verband met een correctie opnieuw afgedrukt.

Ongevallenkoffer

Geachte Redactie,

Naar aanleiding van een advertentie in de april-aflevering van dit jaar over een ongevallenkoffer, type Mainz, speciaal ontwikkeld voor de tandarts en in de handel gebracht door Heraeus, zou ik de volgende kanttekening willen plaatsen.

In de koffer bevindt zich onder andere een set voor het inbrengen van een infuus. Volgens de Wet Uitoefening Tandheelkunst is de tandarts in formele zin bevoegd

de tandheelkunst in haar volle omvang uit te oefenen. Naast de bevoegdheid dient er evenwel ook sprake te zijn van bekwaamheid.

Aangaande intravasale toediening in de tandheelkundige praktijk kan gesteld worden dat er in de algemene praktijk geen indicaties zijn voor een tandarts om intravasaal te spuiten. Bij noodsituaties, die gelukkig zelden voorkomen, worden er juist hoge eisen gesteld aan de vaardigheid van de hulpverlener. Die vaardigheid om in

dergelijke situaties intravasale injecties te geven, ontbreekt bij de tandarts-algemeen practicus. Om die reden heeft in een eerder stadium de Geneeskundig Hoofdinspecteur met betrekking tot intravasale injectie door een tandarts een afwijzend standpunt ingenomen.

M.D. Hage, tandarts
Geneeskundig hoofdinspecteur
van de Volksgezondheid