

De stelselwijziging in de gezondheidszorg: welke gevolgen voor de tandheelkunde?

Samenvatting van een voordracht gehouden op het NVT-voorjaarscongres 'Nieuw: wat biedt de toekomst?', op 23 april 1993 te Utrecht.

VAN DE VEN WPMM. De stelselwijziging in de gezondheidszorg: welke gevolgen voor de tandheelkunde? Ned Tijdschr Tandheelkd 1993; 100: 500-1.

1 Inleiding

Het feit dat alle contracten tussen ziekenfondsen en individuele beroepsbeoefenaars (onder andere tandartsen) op 31 december 1993 van rechtswege aflopen, zal ziekenfondsen ertoe aanzetten zich af te vragen met wie zij wel/geen contract willen sluiten, en onder welke voorwaarden. Het feit dat op 1 januari 1994 alle ziekenfondsverzekerden van ziekenfonds mogen veranderen, zal tot flinke campagnes om de gunst van de verzekerden gaan leiden. Collectieve contracten met grote bedrijven zullen hierbij een belangrijke rol gaan spelen. Polisdifferentiatie (bijvoorbeeld eigen risico's) en premiedifferentiatie zijn niet uitgesloten.

2 Gevolgen voor de tandheelkunde?

2.1 Korte termijn

Welke gevolgen kunnen bovengeschetste ontwikkelingen hebben voor de tandheelkunde?

Ziekfondsen zullen zich meer als kritische inkopers van zorg namens hun verzekerden opstellen, dan – zoals vroeger – als administratief uitvoeringskantoor voor de Ziekfondswet. Als de verzekerden niet tevreden zijn over het ziekenfonds of de door het ziekenfonds gecontracteerde zorgverleners (onder anderen tandartsen), dan kunnen zij een ander ziekenfonds kiezen. De concurrentie tussen ziekenfondsen zal vooral gevoerd worden op kwaliteit, doelmatigheid en dienstverlening. Ziekfondsen zullen op basis van hun gegevensbestanden nagaan of er bijvoorbeeld een grote intertandartsvariatie bestaat in tandheelkundig handelen. Aan tandartsen met een significante 'overbehandeling' zullen kritische vragen worden gesteld en verantwoording worden gevraagd.

Ziekfondsen zullen bij de onderhandelingen met tandartsen geïnteresseerd zijn in zaken zoals:

– *doelmatige substitutie*: Waar mogelijk en verantwoord zullen ziekenfondsen voor delen van tandheelkundige zorg

waarvoor geen universitaire opleiding nodig is, andere beroepsgroepen contracteren, zoals mondhygiënist en tandprothetici. *Indien* de kwaliteit en doelmatigheid (bijvoorbeeld substitutie) worden bevorderd door het werken in tandheelkundige teams, zullen ziekenfondsen dit stimuleren en liever een contract sluiten met tandheelkundige teams dan met solo werkende beroepsbeoefenaars.

- *goede kwaliteit*: ziekenfondsen zullen bij voorkeur contracten sluiten met tandartsen en overige tandheelkundige beroepsbeoefenaars die *aantoonbaar* goede kwaliteit leveren. Ziekfondsen zullen ernaar streven in de contracten voorwaarden op te nemen ten aanzien van kwaliteit. Deze voorwaarden kunnen betrekking hebben op verplichte na- en bijscholing, (her)registratie of certificering, protocollen, intercollegiale toetsing, second opinion, e.d.
- *goede dienstverlening*: bejegening, wachttijden, lokatie, openingstijden, e.d.
- *goede prijs*.

2.2 Langere termijn

Thans kan in principe alleen worden onderhandeld over de *hoogte* van het tarief van nader omschreven prestatie-eenheden. Verwacht mag worden dat in de toekomst ook andere *tariefstructuren* zullen worden toegestaan, vooral beloningssystemen die financiële prikkels tot doelmatigheid bevatten. Ook kan op termijn een functionele (of anderszins globalere) omschrijving van de wettelijke aanspraken van ziekenfondsverzekerden worden verwacht. De nadere concretisering van de aanspraken vindt dan plaats in polis of verzekeringsreglement. Bijgevolg zal er polisdifferentiatie binnen de ziekenfondsverzekering kunnen plaatsvinden en zal de concurrentie tussen de diverse tandheelkundige beroepsgroepen toenemen. De gevolgen van deze veranderingen op langere termijn liggen in het verlengde van de eerder besproken gevolgen.

Het valt te verwachten dat de besproken

W.P.M.M. van de Ven, hoogleraar sociale ziektekostenverzekering

Trefwoorden: **Sociale tandheelkunde** – Stelselwijziging

Adres: Prof. Dr. W.P.M.M. van de Ven, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit, postbus 1738, 3000 DR Rotterdam.

veranderingen in de ziekenfondssector ook gevolgen zullen hebben voor de tandheelkundige zorg aan mensen met een vrijwillige verzekering. Vooruitlopend op het opheffen van het onderscheid tussen ziekenfondsen en particulier, zijn in de afgelopen jaren intensieve samenwerkingsverbanden ontstaan tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars. Het ligt voor de hand dat op den duur de medische diensten van beide zullen worden samengevoegd en één beleid zullen gaan voeren ten aanzien van het (selectief) contracteren van tandartsen en overige tandheelkundige beroepsbeoefenaars.

3 Hoe reageren?

Hoe kunnen tandartsen nu inspelen op bovengenoemde ontwikkelingen? Een mogelijkheid zou kunnen zijn om niets te doen en te vertrouwen op het tekort aan tandartsen en de daaruit voortvloeiende marktmacht van de beroepsgroep. Dit lijkt mij evenwel geen goede strategie.

Een tweede strategie is zelf het initiatief te nemen en in te spelen op de nieuwe ontwikkelingen waarvoor in de tandheelkundige beroepsgroep is gekozen. De laatste jaren zijn veel initiatieven en activiteiten ontplooid op het terrein van kwaliteitsbewaking en -bevordering, zoals registratie (eens in de vijf jaar) en het ontwikkelen van protocollen. Ik denk dat dat de goede weg is: De druk om extern verantwoording af te leggen aan de patiënt annex de 'koper van zorg' of diens zaakwaarnemer (de zorgverzekering) zal toenemen. Zaken als kwaliteit, doelmatigheid en goede dienstverlening zijn geen ongerechtvaardigde verlangens van de verzekerde cq. uw patiënt. Er moeten initiatieven genomen worden om de kwaliteit van de tandheelkundige zorg te bevorderen, te bewaken en aantoonbaar te maken. De zorgverlening kan doelmatiger plaatsvinden. Bespreek de belemmeringen met de zorgverzekeraars. Indien 'onderbehandeling' gemakkelijker te constateren en te herstellen is dan 'overbehandeling', dienen er voorstellen ontwikkeld te worden om het ver-

richtingentarief te vervangen door een abonnementstarief (met, zo nodig, een van het 'risico' afhankelijk abonnementsbedrag). Voordelen hiervan zijn dat het de

financiële prikkels tot ongewenste overbehandeling wegneemt, succesvolle preventie financieel beloont en minder administratieve rompslomp met zich meebrengt. Ten

slotte het volgende advies: zie de zorgverzekeraar niet als een 'lastige pottekijker', maar als de zaakwaarnemer van uw patiënt.

Nieuwe materialen en hun toekomst

Samenvatting van een voordracht gehouden tijdens het NVT-voorjaarscongres 'Nieuw, wat biedt de toekomst?' op 23 april 1993 te Utrecht.

DAVIDSON CL. Nieuwe materialen en hun toekomst. Ned Tijdschr Tandheelkd 1993; 100: 501.

C.L. Davidson, fysicus

Trefwoord: **Materiaalkunde**

Adres: Prof.Dr. C.L. Davidson, ACTA, Louwesweg 1, 1066 EA Amsterdam.

Ondanks wezenlijke verbeteringen in nieuwe tandheelkundige materialen kunnen de claims bij het commercieel aanpakken van nieuwe producten niet anders luiden dan die welke een decennium geleden voor de voorgangers ervan werden gehanteerd. Kennelijk zijn we (nog) niet tevreden over de materialen. Als het noodzakelijk is om een verbeterde versie op de markt te brengen, is klaarblijkelijk de voorganger niet goed genoeg geweest.

Er is veel aandacht besteed aan tandheelkundige adhesieve materialen. Hechting aan dentine bleek daarbij de onbetrouwbaarste factor. Toch is na lang speuren een methodiek ontwikkeld die ook het intertubulaire dentine verruwt, waardoor het ook meedoet als substraat voor micromechanische retentie van composieten. We beschikken thans over dentinebondings die zo sterk zijn dat bij breuk het dentine het laat afweten en niet het adhesief. Hiermee is dus daadwerkelijk een doel bereikt. Het adhesief dat sterker is dan het substraat hoeft in hechtsterkte niet meer te worden opgevoerd. Het opmerkelijk nieuwe is hier

ook dat etsen van dentine plotseling een algemeen geaccepteerde zaak is geworden.

Als materiaal voor restauratie van fronttanden functioneert composiet in de klassen IV- en V-restauraties thans uitstekend. Als amalgaamvervanger heeft het slechts een kans als de restauratie regelmatig overgelegd mag worden. Gerekend op een levenlang tandheelkundig gezondhouden is de composietrestauratie ongeveer vijfmaal duurder dan amalgaam en wordt daarmee in prijs vergelijkbaar met goud.

De glasionomeercementen bieden, hoewel dit nog niet wetenschappelijk is bewezen, meer perspectief door de nog vele ongebruikte mogelijkheden om in de chemische structuur ervan in te grijpen. De continue afgifte van fluoride plaatst dit materiaal tevens tussen de bioactieve materialen.

Materialen die op gunstige wijze de activiteit van bacteriën kunnen remmen en remineraliserend werken, krijgen steeds meer aandacht. De vermeende schadelijkheid van amalgaam is gebaseerd op onvoldoende bewijs en treft incidentele gevallen.

De baat die bepaalde individuen mogelijkkerwijs hebben bij het kwikvrij houden van het gebit, weegt niet op tegen de schade aan de tandheelkundige gezondheid van miljoenen mensen. In het licht van de esthetische tandheelkunde blijken de koperhoudende amalgaamen mooier door minder corrosie. Bovendien blijken zij minder randbreuk te vertonen. Eventuele lekkage – een welhaast onoverkomelijk probleem bij de composietrestauratie – wordt dankzij amalbond en soortgelijke adhesieve linings gereduceerd. Amalgaam blijft vooralsnog het materiaal van keuze voor posterior restauraties. Daar de kosten van de gezondheidszorg toch al enorm zijn gestegen, bestaan er in feite geen alternatieven. De porseleinen inlays, al of niet direct aan de stoel gemaakt met high-tech randapparatuur, zoals CAD-CAM-systemen, zijn wel erg mooi, maar niet sterk en moeten met composietcementen worden vastgezet. Voor dat laatste materiaal geldt dan weer wat reeds eerder voor de geheel uit composiet bestaande restauratie gold.