



Orthodontie

sociaal en op maat

- Een toekomstvisie op een nieuw zorgstelsel voor de orthodontie -

Nederlandse Vereniging van Orthodontisten 'DMO'
Sectie Tandarts-Specialisten NMT

Nieuwegein, maart 2004

Orthodontie *sociaal en op maat*

- Een toekomstvisie op een nieuw zorgstelsel voor de orthodontie -

is opgesteld door de Projectgroep Toekomstvisie Orthodontie (PTO), in opdracht van de:

- Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde en de
- Nederlandse Vereniging van Orthodontisten 'DMO'

Dit rapport kwam tot stand met medewerking van:

Drs. B. Akkerman
Drs. A.M. Hermus
Drs. R.K. Kraal
Drs. N.A. Meijer
Drs. A.E.M. Noverraz
Drs. R.R.M. Noverraz
Dr. R.H.J. Peerlings
Dr. J.J.G.M. Pilon
Dr. H.J. Remmelink
Drs. R.M. Sluiter

© 2004 DMO/NMT

Bronvermelding is verplicht. Verveelvoudiging voor eigen gebruik of intern gebruik is toegestaan.

Adresgegevens:

DMO

J.M. de Muinck Keizerlaan 27
3555 JT Utrecht
www.orthodontist.nl

NMT

Geelgors 1, Postbus 2000
3430 CA Nieuwegein
www.nmt.nl

INHOUDSOPGAVE

	Voorwoord	5
	Inleiding	6
	Leeswijzer	7
	Samenvatting	7
	Afkortingen	9
1.	Historische ontwikkeling van de specialistische orthodontie in Nederland	10
1.1.	Inleiding	10
1.2.	De periode tot erkenning van orthodontie als tandheelkundig specialisme in 1953	10
1.3.	1953 - 1961: Specialisme, wel vorm, geen inhoud	11
1.4.	1961 - 1968: Orthodontie, een specialisme met tanden	11
1.5.	1968 - 1985: Technische vooruitgang en maatschappelijke acceptatie	12
1.6.	1985 - heden: Orthodontie voor iedereen	12
1.7.	Literatuur	13
2.	Kerngegevens van de orthodontische zorg in Nederland	14
2.1.	Samenvatting	14
2.2.	De orthodontist	14
2.2.1.	De actuele situatie	14
2.2.2.	Menskrachtplanning in de orthodontie - het Capaciteitsorgaan	16
2.2.2.1.	Zorgvraag	17
	<i>Aantal patiënten</i>	17
	<i>Sociaal-culturele factoren</i>	18
2.2.2.2.	Zorgaanbod	18
	<i>Instroom</i>	18
	<i>Man/vrouw verdeling</i>	20
	<i>Extern rendement</i>	20
	<i>Pensionering</i>	20
	<i>Uitval door arbeidsongeschiktheid en overlijden</i>	21
	<i>Meer vrije tijd</i>	21
2.2.2.3.	Werkproces	21
	<i>Substitutie</i>	21
	<i>Technologische factoren en multidisciplinaire behandelingen</i>	23
	<i>Niet ingecalculerde factoren</i>	23
2.2.2.4.	Conclusie	24
2.2.3.	De werksituatie	24
	<i>Praktijkvoering</i>	24
	<i>De kwaliteit van de behandelingen</i>	25
	<i>De continuïteit van de behandelingen</i>	26
2.3.	De tandarts	26
2.3.1.	De actuele situatie	26
2.3.2.	De toekomstige situatie	27
2.3.3.	Differentiatie versus specialisatie	27
2.4.	De relatie tussen orthodontist en tandarts	28
2.5.	Vergelijking orthodontie in Nederland met andere Europese landen	29
2.6.	Literatuur	31
3.	Stelsel en tarieven	32
3.1.	Samenvatting	32
3.2.	Inleiding	32
3.3.	Het huidige gemengde stelsel	32
3.4.	De formele route	34
3.5.	Probleem	34
3.6.	Conclusie	34

4.	Kwaliteitsbeleid orthodontie	35
4.1.	Inleiding	35
4.2.	Kwaliteit	35
4.3.	Huidige situatie in Nederland	35
	<i>Organisatie van zorgverlening</i>	35
	<i>Kwaliteitsniveau</i>	36
4.4.	Kwaliteitssystemen voor orthodontisten	36
	<i>Specialistenopleiding en registratieprocedure</i>	36
	<i>Visitatieprogramma</i>	37
	<i>Certificatie</i>	38
	<i>Bij- en nascholingsactiviteiten</i>	38
	<i>Accreditatie</i>	39
	<i>Herregistratie</i>	39
	<i>Klachtenregeling</i>	39
4.5.	Conclusie	40
4.6.	Literatuur	41
5.	Evaluatie en probleemstelling	42
5.1.	Samenvatting	42
5.2.	Inleiding	42
	<i>Menskrachtprobleem</i>	42
	<i>Verzekering orthodontische zorg voor jeugd</i>	42
	<i>Verzekering orthodontische zorg voor volwassenen</i>	43
	<i>Stagnatie in innovatie</i>	43
5.3.	De spelers in het orthodontische veld	43
	<i>Orthodontisten en tandartsen</i>	43
	<i>Patiënten</i>	43
	<i>Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de zorgverzekeraars</i>	44
	<i>College Tarieven Gezondheidszorg (CTG)</i>	44
	<i>Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa)</i>	45
	<i>Overheid en politiek</i>	45
5.4.	Literatuur	47
6.	Een nieuw zorgstelsel voor de orthodontie	48
6.1.	Samenvatting	48
6.2.	Een nieuw zorgstelsel voor de orthodontie: de noodzaak	48
6.2.1.	Solidariteit en toegankelijkheid	49
6.2.2.	Transparantie	50
6.2.3.	Continuïteit	51
6.2.4.	Kwaliteit en innovatie	51
6.2.5.	Toezicht	52
6.3.	Een nieuw orthodontisch zorgstelsel puntsgewijs	53
6.4.	Literatuur	54

Voorwoord

Voor de gezondheidszorg in Nederland en de orthodontie in het bijzonder zijn het roerige tijden. Er is buitensporig veel negatieve aandacht van de media geweest. Het overheidsbeleid ten aanzien van de orthodontie is willekeurig en onduidelijk. De patiënten zijn echter zeer tevreden. De kwaliteit van de orthodontie in Nederland wordt onderstreept door een lovend rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Juist nu bestaat de behoefte aan een duidelijke visie op alle aspecten van de orthodontische zorgverlening door orthodontisten. Deze visie ligt nu voor u.

De gezamenlijke inspanning van de beide beroepsorganisaties NMT en DMO heeft geleid tot een heldere maar ook kritische kijk op de orthodontische zorgverlening in Nederland in het algemeen en de rol daarin van orthodontisten in het bijzonder. In deze nieuwe visie staat de patiënt centraal. Solidariteit voor die patiënten die de orthodontische zorg het hardst nodig hebben en een vrije keuze voor ieder ander, zijn de belangrijkste uitgangspunten. Orthodontische zorg, die ook in de toekomst van hoge kwaliteit moet zijn.

Wij hopen dat ons door de overheid, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties de mogelijkheid wordt geboden om in de nabije toekomst deze visie in werkelijkheid om te zetten.



Dr. H.J. Remmelink
Voorzitter DMO



Drs. R.M. Sluiter
Voorzitter Sectie Tandarts-
Specialisten NMT

Inleiding

In 1953 werd de orthodontie in Nederland als eerste specialisme binnen de tandheelkunde erkend. Sindsdien is de vraag naar orthodontisch-specialistische zorg steeds meer toegenomen.

Maar de capaciteit om die zorg te leveren heeft met de vraag geen gelijke tred gehouden.

Integendeel, want zonder dat er ook maar enigszins sprake was van een orthodontistenoverschot werd in de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw het aantal orthodontisten in opleiding teruggebracht van 40 tot 18. Samen met andere factoren heeft deze overheidsmaatregel geleid tot een ernstig menskrachtprobleem in de orthodontie, met als gevolg een almaar toenemende werkdruk voor orthodontisten.

Net als in andere specialismen doen zich ook in de orthodontie voortdurend nieuwe ontwikkelingen voor. Ook de afgelopen jaren hebben allerlei nieuwe behandelingen en technieken hun intrede in het vakgebied gedaan. Wegens problemen met de financiering is het echter vrijwel onmogelijk om nieuwe behandelmogelijkheden in de praktijk toe te passen. Als gevolg hiervan loopt de orthodontie in Nederland een achterstand op in vergelijking met het buitenland.

Ook de verzekeringsstructuur van orthodontische zorg houdt geen rekening met ontwikkelingen in de orthodontie. Zo is het b.v. voor volwassenen nauwelijks mogelijk om zich voor orthodontische zorg goed te verzekeren. En dat terwijl er juist onder volwassenen steeds meer belangstelling voor orthodontische zorg is.

Zonder ingrijpen zullen de knelpunten de komende jaren in ernst en omvang toenemen.

De Nederlandse Vereniging van Orthodontisten 'DMO' en de orthodontisten binnen de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) achten het van groot belang dat er op korte termijn beleidsmatige oplossingen voor de problemen komen. In een gezamenlijk initiatief hebben DMO en de orthodontisten binnen de NMT een beleidsvisie opgesteld. In dit rapport wordt eerst het ontstaan van de problemen geschetst. Vervolgens worden de gevolgen ervan voor de orthodontische zorgverlening beschreven. Ten slotte wordt een plan gepresenteerd voor een beleid, dat ervoor moet zorgen dat patiënten ook in de toekomst kwalitatief hoogstaande orthodontische zorg op maat van orthodontisten kunnen blijven ontvangen.

Dit rapport is het resultaat van een langdurige en intensieve samenwerking tussen leden van diverse organisaties en commissies in het vakgebied, die een grote betrokkenheid bij de orthodontische zorgverlening in Nederland hebben. De tekst van het rapport is op 27 november 2003 vastgesteld in de Algemene Sectie Vergadering van de Sectie Tandarts-Specialisten van de NMT en de Algemene Ledenvergadering van de Nederlandse Vereniging van Orthodontisten 'DMO'.

LEESWIJZER*

Om de leesbaarheid van dit rapport te vergroten, is het thematisch opgezet. Na een historisch overzicht van de orthodontie in **hoofdstuk 1** wordt in **hoofdstuk 2 tot en met 5** steeds een ander facet van de huidige orthodontische zorgverlening in Nederland beschreven. Mocht u beperkte tijd hebben, wordt u aangeraden om behalve onderstaande samenvatting in ieder geval **hoofdstuk 6** te lezen. In dit hoofdstuk wordt een voorstel gedaan voor een nieuw zorgstelsel voor de orthodontie, dat een oplossing biedt voor de knelpunten van het huidige stelsel.

Samenvatting

In **hoofdstuk 1** wordt de moeizame weg tot instelling van het specialisme orthodontie in 1953 beschreven, dat dan nog slechte vergoedingen kent en nauwelijks opleiding. In de zestiger jaren van de vorige eeuw komen er goed gestructureerde specialistenopleidingen en ontstaat er een wettelijk gefundeerde vergoedingenregeling. Orthodontie wordt in de periode daarna een algemene verworvenheid en het vakgebied maakt een grote technische en wetenschappelijke vooruitgang mee. Uiteindelijk zijn het maatregelen van de overheid om de kosten in de gezondheidszorg te beheersen, die de vooruitgang in en de kwaliteit van de orthodontie in Nederland belemmeren.

Een overzicht van de huidige stand van zaken met betrekking tot de structuur en uitvoering van de orthodontische zorgverlening in Nederland wordt gegeven in **hoofdstuk 2**. Uitgebreid wordt stilgestaan bij de kwantitatieve aspecten van deze zorgverlening met gebruikmaking van parameters, die ook door het Capaciteitsorgaan gebruikt worden in haar ramingsmodel. Om te voorkomen dat het tekort aan zorgaanbod door orthodontisten oploopt, zijn er meer opleidingsplaatsen nodig. De komende jaren is een jaarlijkse instroom van 15 orthodontisten uit de Nederlandse specialistenopleiding noodzakelijk.

Ook de praktijkvoering van tandartsen, die een aandeel leveren in de orthodontische zorgverlening, en de relatie tussen orthodontist en tandarts worden beschreven. Tandartsen blijken steeds meer orthodontische behandelingen uit te voeren.

Als laatste wordt in dit hoofdstuk een vergelijking gemaakt tussen de orthodontie in Nederland en elders in Europa, waarbij opvallende verschillen blijken te bestaan. Nederland heeft relatief weinig orthodontisten en het tarief van de Nederlandse orthodontisten behoort tot de laagste in Europa.

Voor de minder goed ingewijde lezer wordt in **hoofdstuk 3** in het kort het systeem van het Nederlandse zorgstelsel beschreven en hoe de orthodontische zorgverlening daarin geplaatst is. Duidelijk wordt gemaakt hoe de tarieven in de orthodontie tot stand komen en hoe door regelgeving belemmeringen worden opgeworpen voor verdere ontwikkeling van de orthodontische zorgverlening.

* Waar in dit rapport staat "hij, hem", etc. dient tevens te worden gelezen "zij, haar", etc..

In de specialistische orthodontie bestaat inmiddels een uitgebreid kwaliteitsbeleid. In **hoofdstuk 4** worden de diverse kwaliteitssystemen beschreven, zoals een gedegen specialistenopleiding, het visitatieprogramma en bij- en nascholingsactiviteiten. Het niveau van de kwaliteit van de zorgverlening door orthodontisten wordt nader geanalyseerd.

In **hoofdstuk 5** wordt een beschrijving gegeven van de spelers in het orthodontische veld en van de problemen in de orthodontie in Nederland. Er is een beperkt tekort aan orthodontisten, dat de komende jaren toe zal nemen. Het aantal opleidingsplaatsen is overmatig gereduceerd en er worden te weinig orthodontisten opgeleid. Patiënten stellen steeds hogere eisen aan het niveau van de behandelingen. Dit wordt mede ingegeven door een grotere interesse in en kennis van nieuwe behandelingsmogelijkheden. De zorgverzekeraars blijven achter met het ontwikkelen van concurrerende pakketten, die pas houden met de wensen van de patiënten. Ook de vaak beperkte vergoedingen voor behandelingen van het toenemende aantal volwassen patiënten zijn een probleem. De huidige tariefstructuur verhindert de invoering van technologische innovaties in de orthodontische praktijk, waardoor Nederland internationaal gezien achterop dreigt te raken.

Het huidige zorgstelsel vertoont een aantal tekortkomingen die voor patiënten en orthodontisten een optimale, betaalbare zorg op maat in de weg staan. Een nieuw zorgstelsel voor orthodontie wordt in **hoofdstuk 6** voorgesteld, waarin de begrippen solidariteit en toegankelijkheid, transparantie, continuïteit, kwaliteit, innovatie en toezicht een belangrijke rol spelen. Onder deze voorwaarden kan de prijsregulering voor de orthodontie worden opgeheven. In het nieuwe orthodontisch zorgstelsel bestaan er geen wachtlijsten meer voor patiënten met ernstige afwijkingen, die worden ondergebracht in het tweede compartiment. Alle andere orthodontische afwijkingen blijven in het derde compartiment, waarvoor vrije marktwerking gaat gelden.

Afkortingen

AAO	American Association of Orthodontists
ABO	American Board of Orthodontics
ACTA	Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam
ANT	Associatie Nederlandse Tandartsen
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BIG	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
CBO	Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CC	Centraal College
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
DMO	Nederlandse Vereniging van Orthodontisten 'DMO'
EBO	European Board of Orthodontists
EFOSA	European Federation of Orthodontic Specialists Association
EOS	European Orthodontic Society
EU	Europese Unie
EZ	Ministerie van Economische Zaken
HKZ	Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
KWIS	Kwaliteitsinformatiesysteem voor de tandheelkunde
MW	Mededingingswet
NMa	Nederlandse Mededingsautoriteit
NMT	Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NVOS	Nederlandse Vereniging voor Orthodontische Studie
NVT	Nederlandse Vereniging van Tandartsen
PAOT	Post Academisch Onderwijs Tandheelkunde
PBBO	Permanente Begeleidingscommissie Beroepskrachtenplanning Orthodontie
PTO	Projectgroep Toekomstvisie Orthodontie
RVZ	Raad voor Volksgezondheid en Zorg
SER	Sociaal-Economische Raad
SOC	Specialisten Onderhandelingscommissie
SRC	Specialisten Registratiecommissie
STS	Sectie Tandarts-Specialisten
UMC	Universitair Medisch Centrum
VICO	Centrale Visitatiecommissie Orthodontie
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WFO	World Federation of Orthodontists
WKZCZ	Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
WTZ	Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen
ZAio	Zorgautoriteit in oprichting
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

Hoofdstuk 1

Historische ontwikkeling van de specialistische orthodontie in Nederland

1.1. Inleiding

De ontwikkeling van de orthodontie in Nederland valt grofweg te verdelen in vijf periodes:

1. De periode tot erkenning van orthodontie als tandheelkundig specialisme in 1953
2. 1953 - 1961: Specialisme, wel vorm, geen inhoud
3. 1961 - 1968: Orthodontie, een specialisme met tanden
4. 1968 - 1985: Technische vooruitgang en maatschappelijke acceptatie
5. 1985 - heden: Orthodontie voor iedereen

1.2. De periode tot erkenning van orthodontie als tandheelkundig specialisme in 1953

Al vanaf het moment, dat tandheelkunde zich in Nederland als zelfstandige tak van medische beroepsuitoefening begon te profileren, in het laatste kwart van de 19^{de} eeuw, bestond er onder de toenmalige beroepsbeoefenaren, toen tandmeesters geheten, geen misverstand over: orthodontie, de wetenschap die zich bezighoudt met het verhelpen van scheefstand van tanden, kiezen en kaken was één der hoofdbestanddelen der 'tandheelkunst'. Adequate orthodontische kennis en kunde was voorhanden, niet in Nederland maar in de Verenigde Staten van Amerika, en daardoor voor het leeuwendeel van de Nederlandse tandartsen onbereikbaar. Al voor de Tweede Wereldoorlog werd meermalen gepleit voor de instelling van het tandheelkundig specialisme orthodontie, als aangewezen oplossing voor dit probleem. Het tandheelkundig onderwijs had voor de oorlog echter een lage prioriteit voor de overheid en de instelling van een tandheelkundig specialisme was een kwestie die buiten elk gezichtsveld lag.

Tot tweede Wereldoorlog was er weinig orthodontische kennis en kunde in Nederland

Dat veranderde na de oorlog: een nieuwe, krachtdadige overheid gaf aanzet tot het verlenen van de academische status aan de tandheelkunde, inclusief maatregelen ter stimulering van het tandheelkundig onderwijs. De tandheelkundige problemen dienden over de volle breedte van de samenleving opgelost te worden. Bij inventarisatie van die problemen kwam de orthodontie weer in beeld. Voor alles leek een oplossing te bestaan, behalve voor de orthodontische hulpvraag. Of toch?

Na de oorlog formuleerde prof. Bijlstra voorstel voor specialisme orthodontie

De aan de nieuwe tandheelkundige subfaculteit in Groningen aangestelde kersverse hoogleraar in de orthodontie, K.G. Bijlstra, werd door het Bestuur van de NMT verzocht een oplossing te formuleren voor het orthodontische probleem. Voor hem was de oplossing zonneklaar: de instelling van orthodontie als tandheelkundig specialisme.

Het kostte heel wat moeite de tandheelkundige professie ertoe te bewegen het wantrouwen opzij te zetten en een deel van het vak "prijs te geven". Toch gebeurde dat: in 1953 werd orthodontie erkend als

eerste tandheelkundig specialisme. Om de mogelijke schade van de instelling van dit specialisme voor de algemeen practicus tot een minimum te beperken, werd bij de instelling bepaald, dat wie zich als specialist liet registreren, zich uitsluitend tot de uitoefening van het specialisme zou bepalen. Het zou de algemeen practicus echter vrij blijven staan de tandheelkunde in haar volle omvang uit te oefenen, inclusief orthodontie.

Orthodontie werd in 1953 erkend als eerste tandheelkundig specialisme

1.3. 1953 - 1961: Specialisme, wel vorm, geen inhoud

Na de opening van het specialistenregister voor orthodontie volgde bepaald geen stormloop op de mogelijkheid om zich in te schrijven. Slechts een twaalftal tandartsen liet zich registreren als orthodontist. Onder hen bevond zich de Utrechtse hoogleraar orthodontie Broekman, die aanvankelijk geweigerd had zich te laten inschrijven, uit angst voor de wankele bestaansbasis die orthodontie als vak en broodwinning volgens hem bood. En, laten we wel wezen, veel redenen om zich als specialist te willen profileren waren er toen niet. Wie liefhebberij had in de orthodontie kon dat ook als algemeen practicus blijven doen. Bovendien was orthodontie voor veel tandartsen nu niet bepaald het meest favoriete onderdeel van de tandheelkunde en ook op de universiteit liepen de studenten niet warm om het orthodontie onderwijs te volgen. Voor afgestudeerde tandartsen was er genoeg emplooi, dus dat leverde nauwelijks aansporing op om zich na het afstuderen nog eens voor een aantal jaren voor specialisatie aan de universiteit te verbinden, om die vervolgens als maatschappelijk minder kansrijk specialist te verlaten.

Aanvankelijk was er weinig animo voor specialisme bij tandartsen....

De opleidingen verschaften de nieuwe specialisten destijds te weinig arsenaal, zowel op theoretisch als op praktisch technisch gebied, om zich later als specialist met kracht te kunnen onderscheiden van de algemeen practicus. Wie zich als specialist vestigde, was voor zijn broodwinning afhankelijk van de relatief schaarse particuliere patiënt. Er ontstonden in die tijd, zij het vaak na zware en tijdrovende onderhandelingen tussen ziekenfondsen en de NMT, allerlei regelingen voor verstrekking van tandheelkundige hulp in natura. Orthodontische behandelingen uitsluitend voor de esthetiek, vielen daar echter niet of nauwelijks onder. Orthodontie leidde als specialisme in de jaren vijftig een wat kwijnend bestaan.

...en bij de opleidingen

1.4. 1961 - 1968: Orthodontie, een specialisme met tanden

Na jarenlang onderhandelen door de orthodontisten J. Weil en A. v.d. Laar werd in 1968 de Ziekenfondswet gewijzigd, waarbij orthodontische behandeling een wettelijke verstrekking werd. Tariefafspraken met de ziekenfondsen volgden. Orthodontische hulp kwam hiermee nu voor brede lagen van de bevolking beschikbaar.

In 1968 werd orthodontie opgenomen in de Ziekenfondswet

Gekwalificeerde, goed opgeleide specialisten kwamen er tijdens de jaren zestig steeds meer. In Nijmegen, aan de Katholieke Universiteit, had de jonge hoogleraar F. van der Linden het heft van de specialistenopleiding stevig in handen. Hij ontwikkelde een gedegen, strakke, vierjarige specialistenopleiding, zowel theoretisch als praktisch op een internationaal erkend zeer hoog niveau, met volledig ingevuld curriculum en nauwkeurig omschreven eindtermen.

De door Van der Linden opgeleide orthodontisten konden zich op orthodontisch gebied qua kennis en kunde met verve onderscheiden van de algemeen practici en kwalitatief zeer goede hulp bieden. Ook aan de Rijksuniversiteit van Groningen werd door de toenmalige lector C. Booy, naar het model van Nijmegen, eenzelfde vierjarige specialistenopleiding met succes opgezet. Later zouden ook de Utrechtse en de twee Amsterdamse subfaculteiten volgen. Er ontstond een gestaag groeiend aantal gekwalificeerde specialisten en er bestond een goede en wettelijk gefundeerde vergoedingsregeling.

Prof. van der Linden ontwikkelde een gestructureerde opleiding die werd nagevolgd

1.5. 1968 - 1985: Technische vooruitgang en maatschappelijke acceptatie

Met het toenemende aantal specialisten groeide het hulpaanbod. Omdat deze specialisten, ook volgens veel van hun collegae tandartsen, op orthodontisch gebied een daadwerkelijke meerwaarde hadden, werd een groeiende stroom patiënten verwezen naar de specialistenpraktijken. De vraag groeide zelfs sterker dan het aanbod. Om tegemoet te komen aan de stijgende vraag zochten veel orthodontisten naar een manier om aan de stijgende vraag te kunnen voldoen. Praktijken werden groter met inzet van meer personeel. Grote en belangrijke vooruitgang op het gebied van de orthodontie wordt traditioneel gegeneerd door de Amerikanen. De wetenschappelijke fundering van het orthodontisch doen en laten nam in de naoorlogse decennia met sprongen toe. Via de specialistenopleidingen drong deze kennis ook door in Nederland.

Meer inhoud specialisme en groeiende vraag

Grotere praktijken met meer personeel en

De behandel-efficiency werd het sterkst verbeterd door invoering van twee technische noviteiten in de orthodontie aan het einde van de jaren zeventig. Vanaf die tijd werd op steeds grotere schaal de etstechniek toegepast: elk element kon na preparatie door middel van de etstechniek voorzien worden van een vastgelijmde bracket, wat niet alleen een veel grotere precisie mogelijk maakte, maar ook een duidelijke tijdsbesparing bewerkstelligde. Ten tweede werden in die tijd, uit de ruimtevaarttechnologie, nikkeltitanium draden geïntroduceerd. Deze draden bezitten een veel grotere soepelheid en elasticiteit dan de tot dan toe gebruikte roestvrijstalen draden, waardoor efficiëntere tandverplaatsing en kortere behandelingen mogelijk werden. Was in de jaren zestig een beugeldrager nog een mikpunt van spot voor zijn leeftijdgenoten, tijdens de jaren zeventig en tachtig werd de orthodontische apparatuur steeds gangbaarder in het straat- en schoolbeeld, steeds beter geaccepteerd en uiteindelijk een verworvenheid.

...meer efficiency door technische innovaties

Orthodontie werd maatschappelijke verworvenheid

1.6. 1985 - heden: Orthodontie voor iedereen

Vanaf de tweede helft van de jaren tachtig begon de rijksoverheid in toenemende mate te worstelen met de stijging van de kosten in de gezondheidszorg. Ook de orthodontie zou niet gespaard blijven. Eind jaren tachtig leidden onderhandelingen met zorgverzekeraars onder leiding van het COTG* met uitblijvende overeenstemming tussen gesprekspartners tot een opgelegde tariefdaling van ruim 10%. Begin jaren negentig werd besloten het ziekenfondspakket drastisch in te krimpen. De anticonceptiepil, fysiotherapie en vele andere voorzieningen zouden niet meer vergoed mogen worden op basis van

Vanaf 1985 zijn er bezuinigingen in de gezondheidszorg en tariefsdalingen in orthodontie

* M.i.v. 1 januari 2000 is de naam van deze organisatie in CTG veranderd.

de Ziekenfondswet. Na de nodige maatschappelijke beroering werd het hele voorstel tot pakketreductie weer ingeslikt met uitzondering van een groot deel van de tandheeskundige zorg voor volwassenen en vrijwel alle orthodontie. Het schrappen van orthodontie uit de basisgezondheidszorg had het einde kunnen betekenen van de orthodontie als specialisme ware het niet dat de vraag naar orthodontie inmiddels stevig in de samenleving verankerd was en zorgverzekeraars via aanvullende verzekeringen het ontstane manco in de Ziekenfondswet repareerden. Om meer greep te krijgen op de tarieven in de zorg werd op het Ministerie van Volksgezondheid besloten specialistische tarieven onder leiding van het COTG te laten onderbouwen. Orthodontie mocht daarin de spits afbijten.

Orthodontie verdwijnt grotendeels uit het ziekenfondspakket

Ondanks het feit dat orthodontie uit de basiszorg was verwijderd, was het specialisme tegelijkertijd expliciet binnen de werkingssfeer van de WTG gehouden, een merkwaardige contradictie. De bezuiniging op orthodontie was groot: tijdens de jaren dat de onderbouwing werd besproken, bevroor de overheid de tarieven. Jarenlang werd de inflatiecorrectie niet in de tarieven verdisconteerd. Gevoegd bij de tariefsdalingen van begin jaren negentig resulteerde de uiteindelijke onderbouwing in tarieven, die anno 2003 nog steeds aanmerkelijk lager zijn dan in 1985. Technische innovaties die een minder arbeidsintensieve behandeling mogelijk maken, hebben zich de laatste jaren niet voorgedaan. Orthodontisten, die hun praktijken rendabel wilden houden, werden mede door toenemende druk van groeiende wachtlijsten gedwongen steeds langer en harder te gaan werken. Dit probleem werd nog verergerd doordat het zorgaanbod aan orthodontisten alsmaar achterbleef. Want hoewel er destijds helemaal geen overschot aan orthodontisten bestond, werden door de overheid alweer om bezuinigingsredenen in de jaren tachtig en negentig de Utrechtse en Groningse orthodontistenopleidingen gesloten en werden beide Amsterdamse opleidingen gedwongen om tot één opleiding te fuseren.

Tariefonderbouwing onder leiding van CTG

Voortdurende bezuinigingen: lagere tarieven en sluiting specialistenopleidingen

Orthodontisten moeten steeds langer en harder werken

1.7. Literatuur

Meijer NA. Onwil of overmacht. Orthodontie als tandheeskundig specialisme. Ned Tijdschr Tandheelk 2003; 110: 8-13.

Hoofdstuk 2

Kerngegevens van de orthodontische zorg in Nederland

2.1. Samenvatting

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de huidige stand van zaken met betrekking tot de orthodontische zorgverlening, zoals die in Nederland gestructureerd is en uitgevoerd wordt. Met gebruikmaking van bekende parameters wordt een kwantitatieve prognose gegeven voor het benodigd aantal nieuwe orthodontisten. Jaarlijks zouden er in Nederland 15 specialisten opgeleid moeten worden.

Patiënten met een orthodontische afwijking die behandeling behoeft, kunnen daarvoor terecht bij hun eigen tandarts of kunnen door de tandarts doorverwezen worden naar een orthodontist. Uit de gepresenteerde cijfers blijkt niet alleen dat de vraag naar orthodontie stijgt, maar ook dat tandartsen steeds meer orthodontische behandelingen uitvoeren.

Vergelijking van internationale gegevens toont aan dat er in Nederland relatief weinig orthodontisten zijn en dat de tarieven van Nederlandse orthodontisten tot de laagste in Europa behoren.

2.2. De orthodontist

2.2.1. De actuele situatie

Eind 2001 zijn er in Nederland 262 orthodontisten werkzaam in een praktijk, aan een universiteit of anderszins. Om de verdeling van de orthodontisten over Nederland in kaart te brengen, is de regio-indeling van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) gebruikt. Nederland is verdeeld in 34 NMT-regio's. In tabel 2.1 wordt voor 2001 per NMT-regio het aantal orthodontisten, tandartsen en 12-jarigen weergegeven en de relevante onderlinge ratio's.^{1,2} Uit tabel 2.1 blijkt dat er 10 regio's zijn met meer dan 25 tandartsen per orthodontist en dat er 3 regio's zijn met meer dan 35 tandartsen per orthodontist. In welke mate er sprake is van een onevenwichtige verdeling van de orthodontisten over de regio's hangt af van welke criteria er gebruikt worden. Afgezien van enkele uitschieters lijkt er toch sprake van een redelijke spreiding van de orthodontisten over de verschillende regio's. Het aantal regio's met een extreem onevenwichtige verdeling van orthodontisten is gering. Bovendien zijn deze regio's klein van omvang.

Als de relatie bekeken wordt tussen vestigingsplaats en opleidingsplaats (Amsterdam, Groningen, Nijmegen, Utrecht, buitenland), blijkt daar een verband tussen te bestaan. Dit leidt niet tot een onevenwichtig aanbod van orthodontische zorg. De orthodontisten die in het buitenland zijn opgeleid zorgen er door hun vestiging voor dat regionale onevenwichtigheden worden verminderd.

Orthodontisch zorgaanbod is redelijk evenwichtig verdeeld over Nederland

Er bestaat een NMT vestigingscommissie die orthodontisten met vestigingsplannen adviseert en bemiddelt bij eventuele vestigingsproblemen. Er is geen sprake van een dwingend vestigingsbeleid.

Tabel 2.1: Ratio orthodontist/tandarts en orthodontist/12-jarigen per NMT regio in 2001

nr.	Regio	aantal orthodontisten	aantal tandartsen	aantal tandartsen per orthodontist	aantal 12-jarigen per orthodontist
1	Limburg-Zuid	8	211	26	912
2	Limburg-Noord	6	136	23	1010
3	Eindhoven e.o.	10	257	26	858
4	Midden-Brabant	4	113	28	1041
5	Breda e.o.	6	111	19	671
6	West-Brabant	4	84	21	861
7	's Hertogenbosch e.o.	9	196	22	866
8	Zeeland	7	101	14	595
9	Zuid-Hollandse Eilanden	4	118	30	1289
10	Rotterdam e.o.	10	273	27	1041
11	Rivierenland	4	172	43	1859
12	Neder-Veluwe	10	230	23	686
13	Nijmegen e.o.	9	177	20	577
14	Oost-Gelderland	6	125	21	804
15	Randmeren	2	82	41	2103
16	Oost-Veluwe	4	79	20	704
17	Amersfoort e.o.	5	114	23	771
18	Utrechtse Heuvelrug	6	100	17	330
19	Utrecht Stad	7	122	17	337
20	Polderland	7	137	20	716
21	Gouda e.o.	3	68	23	934
22	Delft e.o.	5	77	15	718
23	's Gravenhage e.o.	8	292	37	959
24	Rijnland	17	214	13	420
25	't Gooi e.o.	11	196	18	486
26	Amsterdam e.o.	20	498	25	427
27	Haarlem e.o.	10	211	21	552
28	Noord-Holland Noord	11	239	22	741
29	Twente	11	192	17	688
30	IJsselland	8	178	22	1023
31	Drenthe	8	142	18	738
32	Groningen	11	203	18	559
33	Friesland	6	186	31	1305
34	Zaanstreek-Waterland	5	109	22	738
	Laagste			13	
	Gemiddelde			23	739
	Hoogste			43	

2.2.2. Menskrachtplanning in de orthodontie - het Capaciteitsorgaan

Het aantal orthodontisten in Nederland is gedurende lange tijd de uitkomst geweest van beleid dat er toe diende het aantal tandartsen te reguleren. Hoewel de hoogleraren orthodontie al in 1975 een raming maakten van het benodigde aantal orthodontisten, later gevolgd door rapporten van DMO en de Sectie Tandarts-Specialisten (STS)^{3,4,5}, was het om bezuinigingsredenen de sluiting c.q. samenvoeging van tandheelkundige faculteiten in de tachtiger en negentiger jaren van de vorige eeuw, waardoor het aantal specialistenopleidingen fors werd gereduceerd. Uiteindelijk bleven alleen aan het ACTA in Amsterdam en het UMC St. Radboud in Nijmegen opleidingen tot orthodontist over. Hiermee werd het aantal opleidingsplaatsen, zonder specifiek daarop gericht beleid, teruggebracht van 40 tot 18, ofwel een reductie van 55%. Bij een vierjarige specialistenopleiding houdt dat in dat de instroom van nieuwe orthodontisten omlaag werd gebracht van 10 tot 4,5 per jaar.

Eind vorige eeuw was er een sterke reductie van het aantal opleidingsplaatsen

In 1999 werd door de minister van VWS een adviesorgaan ingesteld dat de menskrachtontwikkeling in de medische en tandheelkundige vervolgopleidingen continu moest gaan monitoren. Dit Capaciteitsorgaan heeft vijf kamers, waaronder de kamer tandheelkundige specialisten, waarin de kaakchirurgen en orthodontisten vertegenwoordigd zijn. Naast deze vertegenwoordiging van de beroepsgroepen zijn opleidingsinstellingen en zorgverzekeraars ook vertegenwoordigd in de kamers. Dat is nieuw in de aanpak van de overheid.

Het Capaciteitsorgaan onderzoekt met dynamisch model menskrachtprobleem

In het Capaciteitsorgaan werd een ramingsmodel geïntroduceerd waarin de hoofdcomponenten zijn:

- zorgvraag
- zorgaanbod
- werkproces

Niet alleen aantallen patiënten en orthodontisten, maar ook sociaal-culturele, epidemiologische, technologische en maatschappelijke ontwikkelingen worden in dit dynamische model meegewogen om tot ramingen voor de toekomst te komen.

In maart 2001 kwam het eerste *Capaciteitsrapport* uit met een raming voor de periode 2000-2010.⁶ Het aantal opleidingsplaatsen zou minimaal verdrievoudigd moeten worden om een groot tekort aan orthodontisten te voorkomen.

Capaciteitsrapport 2001: veel extra orthodontisten nodig

Tabel 2.2: Benodigde jaarlijkse instroom in de Nederlandse opleiding tot orthodontist bij verschillende zorgvraag en zorgaanbodontwikkelingen voor de periode van 2000-2010 (uit: Capaciteitsrapport 2001)

		Basis-variant	Combinatie-variant +2,5%	Combinatie-variant 0%	Combinatie-variant -2,5%
Instroom uit het buitenland per jaar	huidige instroom Nederlandse opleiding	benodigde instroom bij pensioen 65/63/60	benodigde instroom bij pensioen 65/63/60	benodigde instroom bij pensioen 65/63/60	benodigde instroom bij pensioen 65/63/60
4 orthodontisten	4,5	3/ 8/12	4/ 9/13	6/10/14	7/12/16
2 orthodontisten	4,5	7/12/15	8/13/16	9/14/18	11/16/19
0 orthodontisten	4,5	10/15/19	12/16/20	13/18/21	14/19/23

basisvariant = verandering zorgaanbod op basis van leeftijd en geslacht, verandering zorgvraag op basis van demografische gegevens en opvang onvervulde vraag (3%)

combinatievariant = 5% toename zorgvraag door sociaal-culturele factoren in combinatie met +2,5%/0%/-2,5% verandering arbeidstijd van orthodontisten

Uit de gegevens in tabel 2.2 werd in 2001 de conclusie getrokken dat er een jaarlijkse instroom van 12 tot 15 orthodontisten benodigd was om in 2010 tot een evenwicht in zorgaanbod en zorgvraag te komen. Dat komt overeen met 48 tot 60 opleidingsplaatsen. In 2001 bedroeg het aantal opleidingsplaatsen in werkelijkheid slechts 18.

De drie eerder genoemde aspecten voor de raming van het benodigde aantal orthodontisten zullen hieronder besproken worden. Gelijktijdig zal de prognosetermijn verlengd worden tot 2020. Immers, met een opleidingsduur van vier jaar komt 2010 al zeer nabij.

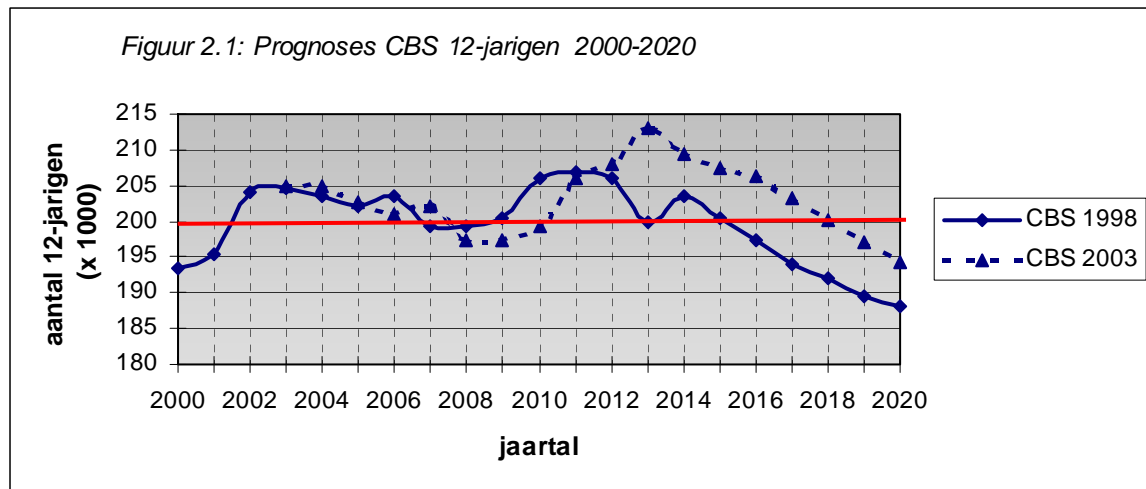
2.2.2.1. Zorgvraag

Aantal patiënten

In de berekening van 2001 van de zorgvraag is het aantal 12-jarigen in Nederland als maatstaf genomen en is uitgegaan van een constant aantal van 200.000 12-jarigen en een constant percentage dat daarvan orthodontisch behandeld wordt door orthodontisten in de periode 2000-2010. Inmiddels blijkt het CBS haar prognoses voor het aantal 12-jarigen naar boven te hebben bijgesteld (zie figuur 2.1).

Er wordt een toename van het aantal patiënten verwacht door groei van de bevolking

Juist in de periode 2010-2018 blijkt een aanzienlijke piek verwacht te worden, die zal uitmonden in gemiddeld 3,5% meer zorgvraag. Onduidelijk is de toekomstige zorgvraag van volwassenen.



Sociaal-culturele factoren

De maatschappij verandert en daarmee de patiëntenpopulatie van de orthodontist. Het is reeds algemeen bekend dat patiënten mondiger worden en communicatief aanzienlijk meer tijd vragen van zorgverleners. Dit uit zich onder andere in een toename van het aantal second opinions, die veel meer tijd in beslag nemen dan gewone consulten. De toename van het aantal allochtone patiënten in de praktijk vraagt van de orthodontist ook een grotere tijdsinvestering voor informatievoorziening. Het betreft hier bovendien een aspect van het werk van de orthodontist dat door aard en inhoud niet naar hulpkrachten te delegeren is. Bovendien worden mensen steeds kritischer met betrekking tot hun uiterlijk. De verwachting is dan ook reëel dat er uit esthetische overwegingen een toenemende vraag naar orthodontie zal zijn. In capaciteitsberekeningen is rekening gehouden met 5% toename van de zorgvraag door sociaal-culturele factoren.

Sociaal-culturele factoren leiden ook tot meer zorgvraag

2.2.2.2. Zorgaanbod

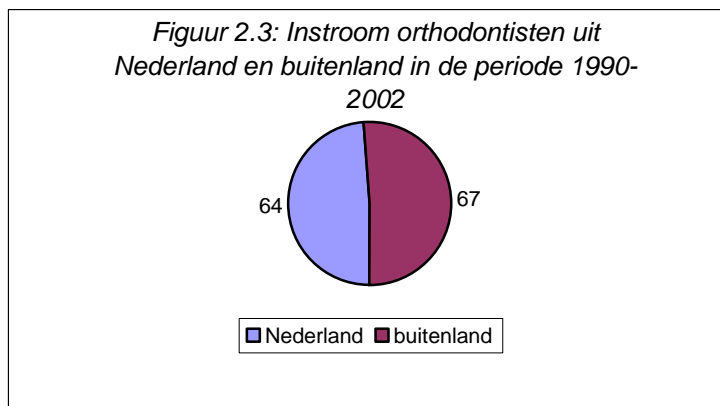
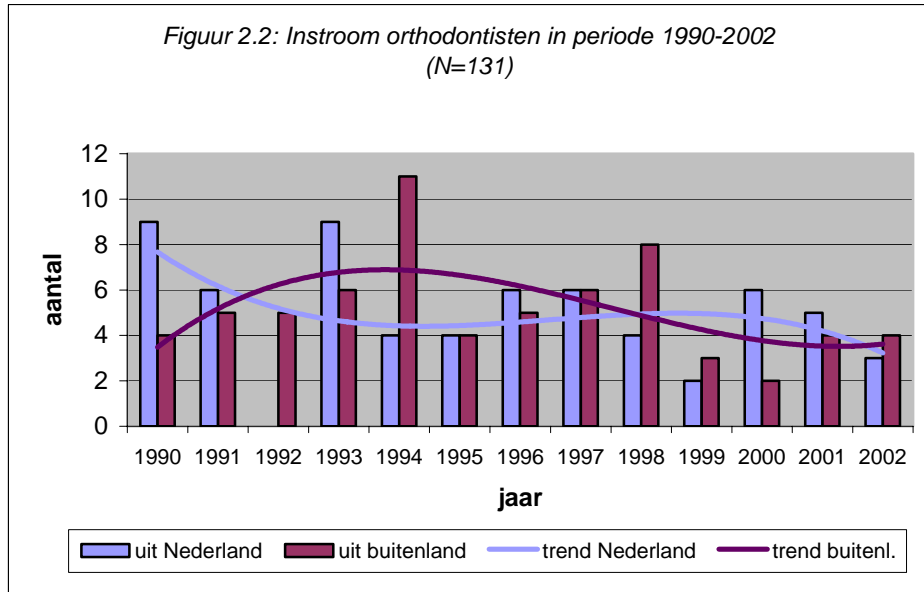
Instroom

De instroom in de beroepsgroep wordt op dit moment voor een belangrijk deel bepaald door de Nederlandse specialistenopleidingen in Amsterdam en Nijmegen. Sinds de sluiting van de Utrechtse en Groningse opleidingen en de fusie van de Amsterdamse opleidingen in de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw, worden er gemiddeld nog slechts 4-5 orthodontisten per jaar opgeleid. In 2002 kregen Amsterdam en Nijmegen er 2 respectievelijk 3 opleidingsplaatsen bij. In 2003 kunnen in Amsterdam en Nijmegen opgeteld 23 gedeeltelijk door VWS gefinancierde opleidingsplaatsen bezet worden. Door aanhoudende druk van DMO, NMT en de opleiders, gesteund door de uitkomsten van de ramingen van het Capaciteitsorgaan, werd in 2001 door het ministerie van VWS toestemming gegeven voor de opening van een specialistenopleiding in Groningen met de toezegging van uiteindelijk 8 opleidingsplaatsen in 2005. Vanaf 2009 zal dit garant staan voor een totale jaarlijkse uitstroom van bijna 8 orthodontisten in Nederland.

In Nederland worden 6 orthodontisten per jaar opgeleid....

Gedwongen door het beperkte aantal opleidingsplaatsen in Nederland, week in de negentiger jaren een groot aantal tandartsen uit naar het buitenland om daar de opleiding tot orthodontist te volgen en zich daarna als zodanig in Nederland te vestigen. In de figuren 2.2 en 2.3 wordt een overzicht gegeven van de respectievelijke aantallen.

...ook in het buitenland worden Nederlandse orthodontisten opgeleid



In de ramingen is gerekend met een toekomstige instroom uit het buitenland van 2,5 orthodontist per jaar. De toekomst zal leren of dit cijfer bijgesteld dient te worden.

In de beroepsgroep is discussie gevoerd over het feit dat meer dan de helft van de recent opgeleide orthodontisten, die zich de laatste 12 jaar in Nederland gevestigd hebben, in het buitenland is opgeleid. Het blijkt dat in geen enkel ander medisch of tandheelkundig specialisme een dergelijk grote afhankelijkheid van het buitenland bestaat. Het is merkwaardig dat dit voor de orthodontie jarenlang als onvermijdelijk werd gezien. Het mag als een primaire taak van de overheid worden gezien de middelen te leveren voor voldoende zorg, ook orthodontische zorg. Duur, inhoud, opzet en uitvoering van de Nederlandse specialistenopleiding zijn nauwkeurig afgewogen, gecontroleerd en internationaal erkend als hoogstaand. Dit geeft aan dat er goede redenen voor de overheid zijn om de capaciteit van de

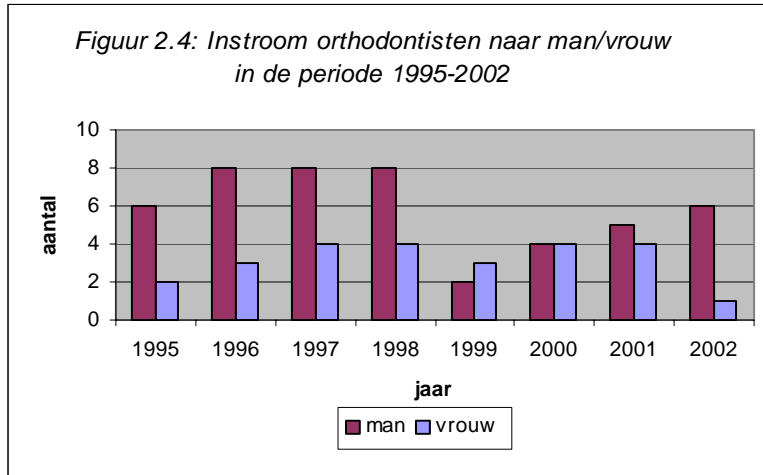
Nederland mag niet afhankelijk zijn van buitenlandse opleidingen

Nederlandse opleidingen zodanig uitbreiden dat aan de zorgvraag kan worden voldaan.

Man/vrouw verdeling

In de ramingen van het Capaciteitsorgaan wordt verondersteld dat vrouwen iets minder uren werkzaam zullen zijn dan mannen. Derhalve is de verdeling man/vrouw van de instroom van belang (zie figuur 2.4).

Aantal vrouwelijke orthodontisten neemt toe



Het percentage vrouwen in de beroepsgroep was in 2000 ruim 22% en zal in 2010 geschat 33% bedragen. In 2003 is 46% van de orthodontisten in opleiding vrouw. Hiermee zal dus de relatieve productiviteit van de beroepsgroep dalen.

Extern rendement

Een ander aspect van de instroom is het zogenaamde externe rendement. Dit houdt het percentage orthodontisten in dat direct na de opleiding in een praktijk of aan een universiteit gaat werken. Het is een trend, zoals elders ook waarneembaar in de maatschappij, dat de beroepsmatige werkzaamheden later worden gestart en dat de werkzame carrière korter is. Ook om deze reden zullen meer orthodontisten in de toekomst moeten worden opgeleid.

Orthodontisten starten later met praktijkvoering

Pensionering

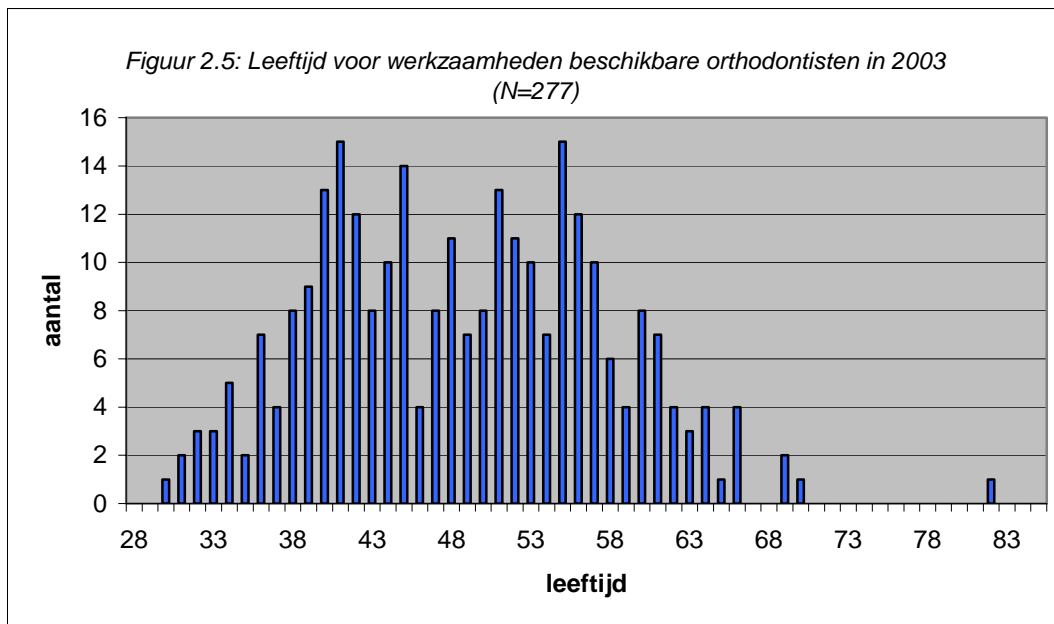
In de ramingen van het Capaciteitsorgaan is gerekend met diverse pensioenleeftijden. Inmiddels is bekend uit de uitkomsten van de enquête *Werksituatie en pensionering*, die in 2002 onder de orthodontisten is gehouden⁷, dat de thans werkzame orthodontisten gemiddeld op 61 jarige leeftijd willen stoppen. Vervolgens is de leeftijdsverdeling van de huidige voor werkzaamheden beschikbare beroepsgroep van belang (zie figuur 2.5).

Gewenste pensioenleeftijd orthodontisten is 61 jaar....

Indien men uitgaat van een gewenste pensioenleeftijd van 61 jaar, zullen in de komende 10 jaar 123 orthodontisten stoppen met hun werkzaamheden. Uit figuur 2.5 is tevens te berekenen dat dit aantal pensioneringen voor de 10 jaar daarna niet minder zal zijn.

Uit gegevens van de Permanente Begeleidingscommissie Beroepskrachtenplanning Orthodontie (PBBO) blijkt overigens dat, ondanks de in de enquête geuite wens, in 2002 meer orthodontisten boven de 65 jaar nog praktijk voeren dan enige jaren geleden. Ook blijkt uit deze gegevens dat orthodontisten gemiddeld op de leeftijd van 63,1 jaar stoppen, ruim twee jaar later dan zij aangeven te wensen.⁷

...maar zij werken tot ruim 63 jaar



In de ramingen van het Capaciteitsorgaan wordt van het gegeven uitgegaan dat er per ultimo 2002 258 orthodontisten jonger dan 65 jaar met een bekend praktijkadres in Nederland zijn. Er wordt met dit getal en niet met de in de enquête *Werksituatie en pensionering* gedefinieerde 277 orthodontisten gerekend.

Uitval door arbeidsongeschiktheid en overlijden

Geen statistieken zijn voorhanden van het aantal orthodontisten dat eerder dan hun geplande pensioendatum de werkzaamheden moest staken door arbeidsongeschiktheid of overlijden. Wel is het bekend dat het ieder jaar om enkele orthodontisten gaat. Op een kleine beroepsgroep als die van de orthodontisten betekent dit een jaarlijkse extra uitval van 1 à 2 %. Factoren als door orthodontisten gemelde hoge werkdruk en doorwerken tot op hogere leeftijd zullen dit percentage in de toekomst mogelijk nog doen toenemen.

Uitval door arbeidsongeschiktheid kan gaan toenemen

Meer vrije tijd

In tabel 2.2 is in de uitgewerkte scenario's rekening gehouden met het maatschappelijke fenomeen dat mensen minder gaan werken en meer vrije tijd willen hebben. Vooralsnog lijkt deze trend bij orthodontisten niet waarneembaar. Integendeel, uit onderzoek van de SOC van de NMT⁸ blijkt dat orthodontisten juist meer zijn gaan werken, maar uit de enquête *Werksituatie en pensionering*⁷ blijkt tegelijkertijd dat de grenzen van deze toename bereikt lijken te zijn.

Orthodontisten zijn meer gaan werken, maar kunnen niet nog meer werk aan

2.2.2.3. Werkproces

Substitutie

Onder substitutie verstaat men taakverschuiving binnen en tussen beroepsgroepen. Onder horizontale substitutie verstaat men taakverschuiving naar professionals van hetzelfde niveau, b.v. kaakchirurgen of tandartsen. Onder verticale substitutie valt al dan niet gedelegeerde overdracht van werkzaamheden naar derden die geen

orthodontische expertise hebben zoals mondhygiënist, assistent, maar ook artsen en verpleegkundigen.

De mate waarin taken worden overgenomen door andere beroepsgroepen is afhankelijk van een aantal factoren:

1. het huidige en het te verwachten tekort aan orthodontisten
2. het huidige en het te verwachten tekort aan tandartsen
3. de gemiddelde organisatiegraad van een orthodontische praktijk
4. het kostenaspect, b.v. bij vervanging van hoog opgeleide en dure professionals door lager opgeleid, relatief goedkoper personeel

In de ramingen van het Capaciteitsorgaan is het aandeel horizontale substitutie voor de toekomst gelijk gehouden. Achterliggende gedachte was dat tandartsen door het reeds gesignaleerde tandartsentekort waarschijnlijk niet in staat zullen zijn zich substantieel meer met orthodontie bezig te houden. Bij deze gedachtegang kunnen inmiddels vraagtekens gezet worden. Gebleken is uit cijfers van de peilstations van de NMT⁹, die elders uitgebreider beschreven worden, dat het aandeel van de tandartsen in de orthodontische zorgverlening snel stijgt. Een krappe helft van de tandartsen, d.w.z. 3200 in getal, doet in meer of mindere mate orthodontie. Probleem is echter dat deze trend moeilijk getalsmatig te voorspellen en in kaart te brengen is. Bovendien blijkt uit de door tandartsen gedeclareerde orthodontieverrichtingcodes, dat tandartsen meer eenvoudige orthodontische behandelingen uitvoeren met uitneembare apparatuur. Dat houdt in dat meer gecompliceerde behandelingen overblijven voor orthodontisten, die daardoor gemiddeld meer tijd per behandeling zullen moeten spenderen.

Tandartsen doen tegen de verwachting in meer orthodontie

Zij doen vooral eenvoudige behandelingen

Ook om kwalitatieve redenen kunnen er vraagtekens gezet worden bij een toename van horizontale substitutie. In hoofdstuk 4 wordt recent Zweeds en Engels wetenschappelijk onderzoek beschreven waaruit blijkt dat de gemiddelde kwaliteit van een orthodontische behandeling bij de tandarts lager is dan bij de orthodontist.

Fins onderzoek heeft aangetoond dat de kosten van orthodontische zorgverlening door orthodontisten vanwege een efficiëntere werkwijze gemiddeld lager zijn dan die van tandartsen.¹⁰ In Nederland wordt dit effect nog eens versterkt door een andere tariefstelling.

Verticale substitutie, het delegeren van eenvoudige werkzaamheden naar bijvoorbeeld tandartsassistenten en mondhygiënist, is reeds jaren gemeengoed in de praktijkvoering van orthodontisten. In het rapport *Capaciteit Mondzorg*¹¹ wordt verticale substitutie beschreven als één van de mogelijkheden in het voorgestelde teamconcept om de effecten van het toekomstige tandartsentekort te reduceren. Orthodontisten hebben dit al jaren geleden onderkend en kunnen met verticale substitutie hun zorgaanbod in de toekomst nog maar marginaal vergroten.

Taakdelegatie is allang gemeengoed bij orthodontisten

Voorwaarde voor het delegeren van werkzaamheden is dat de orthodontist over adequate kennis en vaardigheden beschikt. Een goede academische specialistenopleiding is in dit verband van groot belang, omdat deze de basis voor kwalitatief hoogstaande zorgverlening vormt. Deze basis is noodzakelijk om handelingen in de praktijk op een verantwoorde wijze te kunnen delegeren en innovaties en verbeteringen in de praktijkvoering te kunnen implementeren.

Technologische factoren en multidisciplinaire behandelingen

Ontwikkelingen op het gebied van de biologie van de tandverplaatsing en technische ontwikkelingen in het ontwerp van orthodontische apparatuur zoals b.v. frictiearme brackets, kunnen mogelijk leiden tot een verhoogde efficiency van de zorg en dus tot een verhoogd zorgaanbod. Daarnaast komen behandelingsmogelijkheden beschikbaar zoals distractie-osteogenese, allerlei vormen van transplantatie van gebitselementen en verankeringstechnieken met behulp van botimplantaten. Deze ontwikkelingen leiden juist tot meer complexe en tijdrovende behandelingen en tot behandelingen die anders in het geheel niet dan wel nauwelijks uitvoerbaar waren.

Technologische ontwikkelingen leiden tot:

- hogere efficiency
- meer vraag
- meer complexere behandelingen

Datzelfde geldt voor het toenemend aantal multidisciplinaire behandelingen. De algemene tandheelkunde heeft de laatste decennia een hoge vlucht genomen. Er is in verband hiermee een overgang zichtbaar van minder monodisciplinaire naar meer multidisciplinaire behandelingen, waaraan ook veelvuldig door orthodontisten wordt deelgenomen. De aard van deze behandelingen, zowel communicatief als technisch, zal een drukkend effect op de capaciteit van het zorgaanbod hebben.

Samengevat is de gedachte dat technologische ontwikkelingen per saldo geen invloed zullen hebben op de ramingen van toekomstige aantallen orthodontisten. De trend naar meer multidisciplinaire behandelingen kan dat mogelijk in de toekomst wel hebben.

Niet ingecalculerde factoren

In het voorgaande zijn de belangrijkste factoren in de raming van het aantal benodigde toekomstige orthodontisten beschreven. Daarmee wordt niet gesuggereerd dat er geen andere belangrijke factoren van invloed zijn. Hiervan kan echter geen reële inschatting worden gemaakt.

Tot de belangrijke onberekenbare factoren behoort de regelgeving van de overheid en zorgverzekeraars. Een stelselwijziging waardoor de gedeeltelijke vergoeding van de kosten van een orthodontische behandeling verandert, kan enorme gevolgen hebben voor de zorgvraag. Dit bleek eerder in januari 1995, toen het grootste gedeelte van de orthodontie van het tweede (de normale medische zorg) compartiment werd overgeheveld naar het derde (overige, electieve medische zorg) compartiment.

Veranderende regelgeving is meest onzekere factor in planning

Moeilijk is het effect in te schatten van grote schommelingen in de tarieven van orthodontisten. Een verlaging van de tarieven, zoals eind 2002 gesuggereerd door toenmalig VWS-minister Bomhoff, kan leiden tot een onbeheersbare toename van de consumptie van orthodontische zorg. Bovendien leidt een dergelijke maatregel bij ongeveer 40% van de orthodontische praktijken tot een onrendabele praktijkvoering. Zulke effecten zetten ieder capaciteitsscenario geheel op zijn kop.

2.2.2.4. Conclusie

De meest belangrijke factoren die meespelen bij de capaciteitsberekening van het benodigde aantal orthodontisten in ogenschouw nemend, kan niet anders worden geconcludeerd dan dat de uitkomsten in het *Capaciteitsrapport 2001*⁶ (uitstroom 13 tot 15 orthodontisten per jaar) nog steeds valide zijn. Echter in dat rapport wordt een planning gemaakt om in het jaar 2010 tot een evenwicht in zorgvraag en zorgaanbod te komen. Inmiddels is bekend dat het daarvoor benodigde beleid, i.e. een forse uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen, nog steeds niet gerealiseerd is. De uitbreiding die tot en met 2003 heeft plaatsgevonden is te gering en zal bovendien pas effect sorteren in 2007. Dat was dan ook de reden dat in het *Capaciteitsrapport 2002*¹² gesproken werd van een groter benodigd aantal opleidingsplaatsen om de toenemende problematiek te kunnen oplossen (uitstroom 15 tot 17 orthodontisten per jaar). Daarbij werd het reëel geacht de ramingen door te trekken tot 2017 en 2020.

Ook uit de cijfers in het *Capaciteitsrapport 2003*¹³, waarin een tussenbalans wordt opgemaakt tussen reeds gerealiseerde uitbreiding van het zorgaanbod en nog bestaande behoefte aan uitbreiding, blijkt dat met het huidige (toegezegde) aantal opleidingsplaatsen het tekort aan orthodontisten in 2012 zal zijn toegenomen. In het *Capaciteitsrapport 2003* wordt geschat dat er 18 nieuwe orthodontisten uit de Nederlandse opleidingen per jaar nodig zijn om in 2012 aan de zorgvraag te kunnen voldoen.

Hoewel het inschatten van factoren over een langere periode met de nodige voorzichtigheid dient te gebeuren, kan uit de variabelen die wel redelijk zeker zijn met een veilige marge de volgende hoofdconclusie getrokken worden:

De komende 10 tot 15 jaar is een instroom van 15 orthodontisten per jaar in de beroepsgroep nodig (tegenover 8 nu) om aan de dan bestaande orthodontische zorgvraag te kunnen voldoen.

Ook na verder onderzoek is de conclusie: er zijn meer orthodontisten nodig

2.2.3. De werksituatie

Praktijkvoering

Uit het onderzoek door Cap Gemini Ernst & Young in opdracht van de NMT naar de praktijkvoering van orthodontisten in 2001⁸ blijkt dat er een zeer grote diversiteit in de praktijkvoering van orthodontisten bestaat. Er is een grote spreiding in het aantal nieuwe patiënten, het aantal behandelstoelen, en het aantal gewerkte uren. Er blijkt slechts een gering positief verband te bestaan tussen het aantal behandelstoelen en het aantal nieuwe patiënten. Meer dan 85% van de orthodontisten werkt op 1 locatie en beschikt daar gemiddeld over 4 behandelstoelen. Het meest voorkomend (33%) is een praktijkvoering met vier behandelstoelen. Bij een derde deel van de praktijken wordt minder dan vier behandelstoelen gebruikt en het resterende deel werkt met meer dan vier behandelstoelen. Er is in het onderzoek geen onderscheid gemaakt tussen stoelen die gebruikt worden als "echte" behandelstoel of stoelen die alleen gebruikt worden voor consulten, spoedgevallen, mondhygiëne-instructies en dergelijke.

Er is een grote variatie in de praktijkvoering van orthodontisten

Het aantal gewerkte uren per week, meer dan 50 uren, blijkt hoog. Van deze gewerkte uren wordt 80% besteed aan patiëntgebonden activiteiten.

Het blijkt dat het gemiddeld aantal behandelde patiënten per stoel afneemt naarmate het aantal stoelen toeneemt in de praktijk: gemiddeld worden er per stoel 65 nieuwe patiënten per jaar gestart, bij praktijken met 1 of 2 stoelen gemiddeld 80, bij 3 stoelen 77, bij 4 en 5 stoelen 66, respectievelijk 64, bij meer dan 5 stoelen zakt het gemiddelde naar 46 patiënten per stoel. Wat het personeel betreft is gebleken dat er gemiddeld 6,5 personeelsleden in dienst zijn.

Dit onderzoek toont aan dat de orthodontisten alle beschikbare tijd in hun eigen praktijkvoering investeren en druk bezet zijn. Dat de werkdruk van de orthodontisten erg hoog is, blijkt mede uit het eerder aangehaalde onderzoek *Werksituatie en pensionering* uit het voorjaar 2002⁷. Voor studie, nascholing en visitatie blijkt 41% van de orthodontisten te weinig tijd te hebben. De tijd die aan het privé-leven besteed kan worden schiet voor 46% van de orthodontisten tekort. Bovendien geeft 3% aan het te druk te hebben en het werk niet aan te kunnen, terwijl maar liefst 49% te kennen geeft alleen middels overwerken aan de zorgvraag te kunnen voldoen.

Een groot deel van de orthodontisten heeft te weinig tijd voor nascholing en privéleven

De kwaliteit van de behandelingen

Het kwaliteitsniveau van de orthodontische behandelingen in Nederland is zeer hoog.^{14, 15, 16} Dit hoge niveau wordt onderstreept door de conclusies van het in 2002 gepubliceerde kortschrift *Is er reden voor twijfel over de kwaliteit van de zorg verleend door orthodontisten in Nederland* van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.¹⁷ Letterlijk staat er: "De orthodontistenzorg in Nederland is goed geregeld, patiënten en orthodontisten zijn in het algemeen tevreden over de kwaliteit. De orthodontisten zijn als relatief kleine beroepsgroep voortdurend actief met betrekking tot kwaliteitsbeleid." Bij de inspectie zijn er sinds 1992 slechts 2 klachten ontvangen over orthodontisten. Tussen 1992 en 2002 zijn er slechts 13 tuchtklachten ingediend tegen orthodontisten, waarvan er 6 direct ongegrond zijn verklaard, 4 ingetrokken dan wel niet behandeld, 1 niet ontvankelijk verklaard, en 2 ongegrond verklaard na behandeling. Per jaar komen er bij de NMT 5-10 klachten terecht. De meeste daarvan kunnen na bemiddeling worden opgelost. De specialistenbeoordelingsraad heeft sinds 1995 slechts 6 klachten gegrond verklaard. De inspectie heeft ten slotte ook de mening van de adviserend tandartsen gevraagd met betrekking tot de kwaliteit van de zorg verleend door orthodontisten. Van de 28 gevraagde adviserend tandartsen gaven er 20 een respons: er bleken nauwelijks signalen over problemen met de kwaliteit van de zorg te bestaan.

Er zijn zeer weinig klachten over orthodontisten

Om de kwaliteit van de orthodontische behandelingen in Nederland op peil te houden en continu te verbeteren is er een aantal zaken dat vermeld moet worden. In de eerste plaats is het niveau van de specialistenopleidingen in Nederland internationaal erkend als zeer hoog. De kwaliteit van de zorg door orthodontisten wordt continu verbeterd door onderlinge visitaties, die inmiddels verplicht zijn voor alle DMO-leden.

Orthodontisten verbeteren o.a. met visitaties hun kwaliteit

Daarnaast wordt gewerkt aan een systeem van kwaliteitsmanagement waarin voorwaarden worden omschreven waaraan men moet voldoen om de registratie in het specialistenregister te behouden.

De patiëntentevredenheid is onderzocht door Bureau Lagendijk in 1995¹⁸, waaruit blijkt dat orthodontisten voor hun werk van patiënten een hoge waardering krijgen.

De continuïteit van de behandelingen

In vrijwel alle regionale orthodontistenverenigingen zijn afspraken gemaakt over waarneming tijdens de weekends en in geval van ziekte en overlijden. De continuïteit van de orthodontische behandelingen is hierdoor veilig gesteld. Door de Sectie Tandarts-Specialisten van de NMT zijn richtlijnen opgesteld voor waarneming (verhindering van de praktijkhouder) en praktijkmedewerking (capaciteitsgebrek bij de praktijkhouder).

2.3. De tandarts

2.3.1. De actuele situatie

Uit het *Onderzoek Tandheelkundige Consumptie* van de afdeling Onderzoek en Informatievoorziening van de NMT¹⁹ blijkt met betrekking tot de "resultaten orthodontie door tandartsen" in het jaar 1999, dat het aantal door tandartsen uitgevoerde orthodontische behandelingen ligt tussen de 30.000 (lage variant) en 36.000 (hoge variant). Het aantal behandelingen van jeugdigen (0-18 jaar) hieronder varieert tussen 27.000 (lage variant) en 32.000 (hoge variant).

Uit het vervolgonderzoek door de NMT⁹ over het jaar 2001 blijkt het aantal orthodontische behandelingen dat uitgevoerd is door tandartsen met 12% te zijn toegenomen en varieert tussen de 33.000 (lage variant) en 41.000 (hoge variant).

In een groeiende markt neemt het aantal orthodontische behandelingen door tandartsen toe

Uit de NMT-enquête over de praktijkvoering van orthodontisten (2001)⁸, blijkt dat een orthodontist in Nederland tussen de 200 en 375 nieuwe patiënten per jaar in behandeling neemt. Jaarlijks worden door hen naar schatting 70.000 tot 75.000 nieuwe orthodontische behandelingen gestart.

Het totaal aantal, door tandarts of orthodontist, uitgevoerde orthodontische behandelingen varieert tussen 103.000 (lage variant) en 116.000 (hoge variant). Eén derde van deze orthodontische behandelingen wordt uitgevoerd door een tandarts.

Ook het onderzoek van Kalsbeek e.a.²⁰ verstrekt informatie over het aantal uitgevoerde orthodontische behandelingen. Uit dit onderzoek blijkt dat het aantal orthodontisch behandelde jongeren tussen 11 en 17 jaar is toegenomen van 23% in 1987 tot 40% in 1999. Uitgaande van ruim 200.000 12-jarigen, betekent dit, dat op grond van deze gegevens, in 2001 84.000 12-jarigen in behandeling zijn genomen. Toegevoegd moeten worden de behandelingen door volwassenen, kinderen jonger dan 11 jaar en herbehandelingen (behandeling door orthodontist na eerdere orthodontische behandeling door tandarts), samen ongeveer 20.000 tot 25.000 orthodontische behandelingen. Totaal betekent dit 104.000 tot 109.000 nieuwe orthodontische behandelingen.

2.3.2. De toekomstige situatie

In de eerste plaats is er de laatste jaren een toename waarneembaar van het aantal tandartsen dat zich voor het merendeel en in een aantal gevallen zelfs volledig toelegt op het uitvoeren van orthodontische behandelingen. In vroegere jaren was daar geen sprake van. Deze tendens is te verklaren door het tekort aan orthodontisten en de toenemende zorgvraag, door een groot aanbod aan orthodontische nascholingscursussen voor tandartsen en door de orthodontietarieven van tandartsen die hoger zijn dan de tarieven van orthodontisten. Het PAOT-onderwijs aan de universiteiten, maar ook commerciële cursussen (zoals die van McGann), zijn momenteel in Nederland beschikbaar. De commerciële cursussen voldoen niet allemaal aan het keurmerk voor kwaliteit dat ter beoordeling van cursussen ontwikkeld is. Soms wordt zelfs wel eens de indruk gewekt dat na het volgen van zo'n cursus de orthodontie in zijn volle omvang uitgeoefend kan worden.

De groei van de orthodontie door tandartsen heeft onzekere aspecten voor de toekomst

De ervaringen her en der met tandartspraktijken die zich geheel of voor een groot gedeelte met orthodontie bezighouden zijn tot nog toe niet allemaal positief.²¹ Daarbij speelt een aantal factoren een rol: de kwaliteit van de behandelingen, het gebrek aan kwaliteitscontrole (geen visitatie), het ontbreken van een waarneemregeling en het gebrek aan garantie voor continuïteit van de behandelingen in geval van calamiteiten.

2.3.3. Differentiatie versus specialisatie

Het thema van differentiatie versus specialisatie behoeft ook nadere beschouwing. Dit is in 2003 ook in een ander vakgebied actueel geworden. De regering wil "HBO-artsen" gaan opleiden, die een aantal eenvoudige taken van de huisartsen kunnen gaan overnemen.²² De "echte" artsen zijn degenen die verantwoordelijk blijven voor diagnostiek, de "hulpartsen" kunnen dan ingezet worden om de werkdruk te verminderen. In de discussie over profielen voor de nieuwe opleiding tot de zogenaamde mondarts is er ook een mogelijkheid genoemd om orthodontie op te nemen als nieuwe differentiatie. Hier moeten grote vraagtekens bij worden gesteld. De oplossing voor het capaciteitsprobleem ligt niet in het creëren van een nieuwe "halve specialist" met alle risico's van dien: er ontstaat immers voor alle betrokkenen en zeker ook voor patiënten een onoverzichtelijke situatie en het risico van kwaliteitsverlies ligt op de loer. De positie van de specialist en de gedifferentieerde tandarts zal duidelijk afgebakend moeten worden in verband met de duidelijkheid voor het publiek en het voorkomen van overlappende werkterreinen. Overigens blijkt dat de voorgenomen plannen tot het opleiden van mondartsen inmiddels al weer op losse schroeven staan, hetgeen ook weer consequenties heeft voor de totale capaciteit van de tandheelkundige zorg.

Differentiatie van tandartsen is geen oplossing voor het capaciteitsprobleem van orthodontisten

Orthodontie is in een aantal opzichten wezenlijk anders dan andere medische specialismen. De behandeling duurt gemiddeld meer dan 2 jaar en gedurende die periode vindt een groot aantal controles plaats, meestal eens per maand. Bij elke visite moet niet alleen beoordeeld worden of de behandeling voldoende progressie vertoont en het toekomstig verloop worden ingeschat, maar moet er ook concrete activering van de apparatuur plaatsvinden. Door de orthodontist wordt

het behandelingsplan voortdurend op geleide van de behandelingsvoortgang bijgesteld. Dit vereist een scherp inzicht in het behandelingsverloop. Naast het stellen van een diagnose en het opstellen van een behandelingsplan is het in de orthodontie dan ook van essentieel belang dat tijdens elk behandelingsbezoek wordt beoordeeld of de behandeling verloopt zoals gepland en of en zo ja op welke wijze de behandeling aan de behandelingsvoortgang moet worden aangepast. Hiervoor zijn specifieke kennis en vaardigheden nodig die tijdens de specialistenopleiding worden verkregen. Tijdens de opleiding krijgt de orthodontist-in-opleiding de wetenschappelijke kennis, die voor de uitoefening van het specialisme noodzakelijk is. Bovendien wordt hij onder deskundige supervisie onderricht in het behandelen van patiënten met verschillende soorten beugels.

Een gedegen wetenschappelijk onderbouwde specialistenopleiding is noodzakelijk om het vak in volle omvang te kunnen beoefenen

In de dagelijkse praktijk houdt de orthodontist bij elke visite de vinger aan de pols om het behandelingstraject zo effectief mogelijk te laten verlopen. Manuele routinehandelingen kunnen daarbij worden uitbesteed en dat gebeurt dan ook in veel orthodontische praktijken. Het delegeren en inzetten van hulpkrachten voor het opheffen van wachtlijsten wordt door de overheid reeds lange tijd gestimuleerd. Orthodontisten lopen wat dat betreft voorop in vergelijking met sommige andere specialismen.

2.4. De relatie tussen orthodontist en tandarts

De relatie tussen tandarts en orthodontist is in het algemeen goed. De meeste orthodontisten en tandartsen kunnen dat uit eigen ervaring beamen. De relatie heeft in de eerste plaats betrekking op de patiënten die doorverwezen worden door de tandarts naar de orthodontist. Er vindt regelmatig intercollegiaal overleg plaats tussen orthodontisten en tandartsen. Overleg over ingewikkelde behandelingen, waar mogelijk meerdere disciplines aan te pas komen, vindt plaats in georganiseerde samenwerkingsverbanden. Er zijn ook tandartsen die zich specifiek bezighouden met deelgebieden van de tandheelkunde zoals parodontologie of implantologie en uit hoofde van deze "specialisatie" een nauwere relatie hebben met de orthodontist. Het daadwerkelijk gezamenlijk patiënten behandelen in een gemeenschappelijke behandelruimte komt nauwelijks voor.

Tandartsen en orthodontisten werken goed samen in het belang van hun patiënten

2.5. Vergelijking orthodontie in Nederland met andere Europese landen

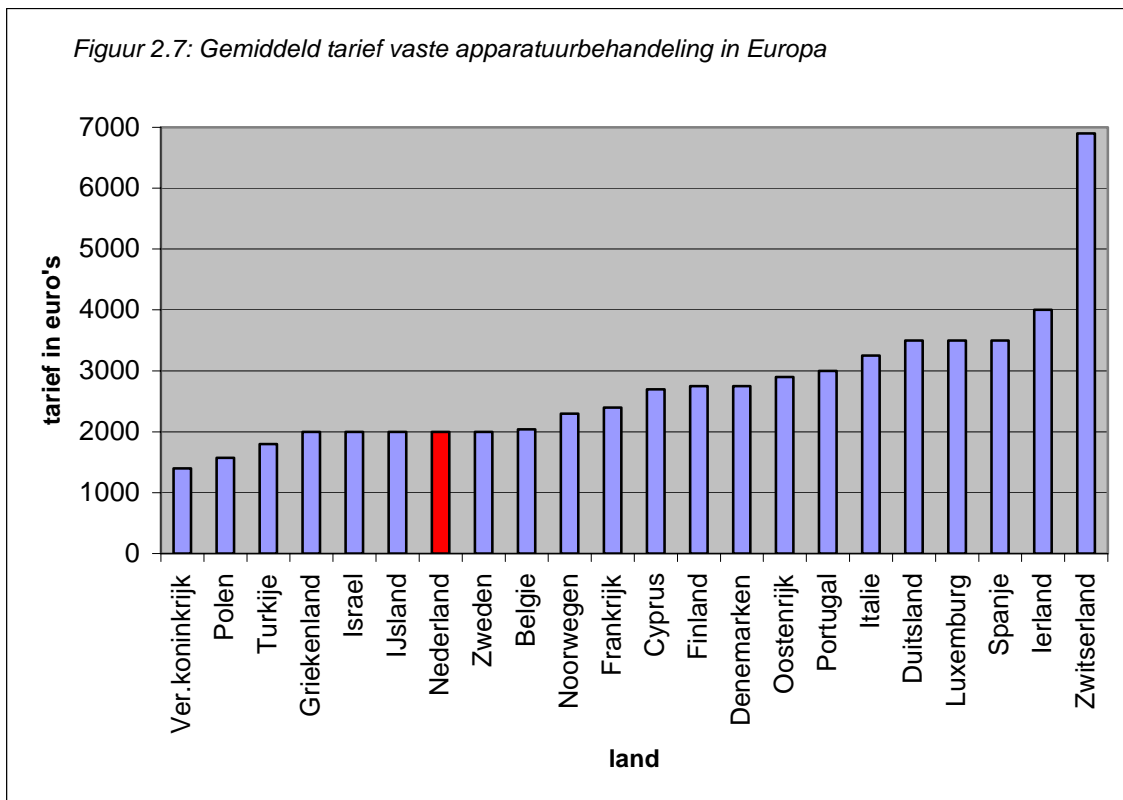
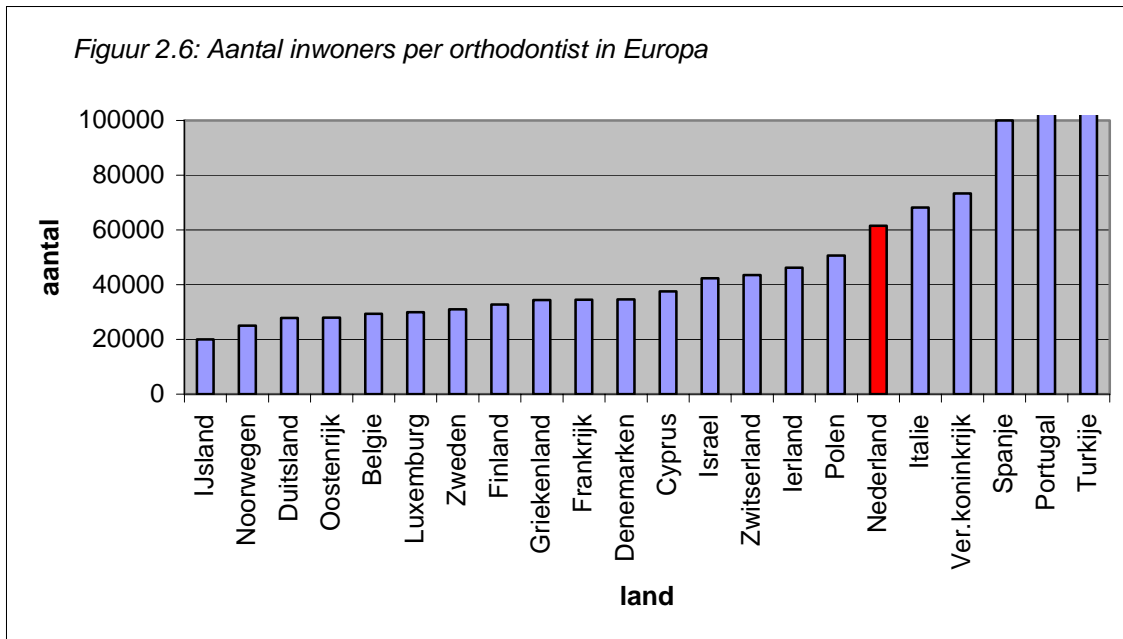
In 2001 werd door de EFOSA, de European Federation of Orthodontic Specialists Associations, een onderzoek gestart naar een groot aantal aspecten van de orthodontie in 22 landen in Europa.²³ Daaruit komt een aantal zeer belangrijke gegevens naar voren:

1. De orthodontistendichtheid in Nederland is zeer laag, namelijk 1 orthodontist per 61.500 inwoners. Alleen in Italië en het Verenigd Koninkrijk is deze ratio in geringe mate nog lager. Daarnaast vertonen Spanje en Turkije echter een zeer lage ratio van 1:100.000 respectievelijk 1:295.000. Andere landen hebben een veel hogere ratio, met een mediaan van 1:35.000. Nederland staat op de 17^e plaats van de 22 onderzochte landen (zie figuur 2.6).
2. De tandarts-bevolkingsverhouding is in Nederland ook zeer laag n.l. 1:2286. Alleen in Spanje en Turkije is de verhouding nog slechter, ook in dit opzicht scoort Nederland dus zeer slecht, rang 20. De gemiddelde ratio is 1:1695. Indien de grootste uitschieter zijnde Turkije (1:5650) niet wordt meegerekend is de gemiddelde ratio zelfs 1:1507.
3. De tarieven zijn in 10 landen geheel vrij, in 5 landen ten dele vrij (b.v. wel vrij voor particulier verzekerden maar niet voor andere patiënten), in 6 landen (waaronder Nederland) vastgesteld door de overheid, en in 1 land bestaat een minimum tarief (Turkije). Ook in dit opzicht neemt Nederland dus weer een minderheidspositie in. Zeer interessant is het volgende: het gemiddelde tarief voor een orthodontische behandeling met vaste apparatuur zonder röntgenfoto's is in de landen waar de tarieven vrij zijn €2611,-. In landen waar de overheid de tarieven vaststelt zijn deze gemiddeld €2792,-, dus hoger dan in de landen met vrije tarieven. In landen met gedeeltelijke overheidsbemoediging ligt het gemiddelde tarief op €3220,-, hetgeen voor een deel te wijten is aan het zeer hoge tarief in Zwitserland van maar liefst €6900,-. Indien men de hoogste en laagste tarieven in landen met een gedeeltelijke overheidsbemoediging niet meerekent bedraagt het gemiddelde tarief in deze groep €2600,-, een bedrag dat vergelijkbaar is met landen met geheel vrije tarieven. In Nederland bedraagt het tarief €2000,-.
4. In 10 landen is het honorarium afhankelijk van de ernst van de afwijking, in 10 landen niet, in 2 landen bestaat een afwijkende regeling.
5. Gemiddeld wordt in de onderzochte landen ongeveer 70% van de patiënten door de orthodontist behandeld en 30% door de tandarts.
6. De hoogte van de honoraria zijn eerder in 1992 onderzocht door Moss.²⁴ Opmerkelijk hierbij is dat de honoraria tussen 1992 en 2002 niet of nauwelijks zijn veranderd.

Er zijn relatief weinig orthodontisten in Nederland

Vrije tarieven leiden niet tot hogere tarieven

Belangrijkste conclusies van het EFOSA-onderzoek: in de helft van de onderzochte landen zijn de tarieven vrij en is het honorarium afhankelijk van de ernst van de afwijking. In deze landen is het tarief gemiddeld lager dan in landen waar de overheid het tarief vaststelt.



2.6. Literatuur

1. Prismant in opdracht van het Capaciteitsorgaan, Regionale verschillen in aanbod van orthodontisten, Utrecht, februari 2003.
2. Rossum GMJM van. Tandartsentekort als regionaal probleem. Ned Tijdschr Tandheelk 2001; 108: 314-318.
3. Nederlandse hoogleraren in de orthodontie, De orthodontie in Nederland: een gezamenlijk standpunt van de Nederlandse hoogleraren in de orthodontie, Utrecht, 1975.
4. Nederlandse Vereniging van Specialisten in de Dento-Maxillaire Orthopaedie (DMO), Orthodontie luxe?, Utrecht, 1987.
5. Permanente Begeleidingscommissie Beroepskrachtenplanning Orthodontie (PBBO), NMT/DMO, Beroepskrachtenplanning in de orthodontie 2000-2010, Nieuwegein, 2000.
6. Capaciteitsorgaan, Capaciteitsplan 2001, Utrecht, 2001.
7. Permanente Begeleidingscommissie Beroepskrachtenplanning Orthodontie (PBBO), NMT/DMO, Werksituatie en pensionering, Onderzoek orthodontisten, voorjaar 2002, Nieuwegein, 2003.
8. Cap, Gemini Ernst & Young in opdracht van de NMT, Praktijkvoering van orthodontisten, Nieuwegein, 2002.
9. Afdeling Onderzoek en Informatievoorziening van de NMT, Onderzoek Tandheelkundige Consumptie 2001 (tussentijds verslag 6.3), Nieuwegein, 2002.
10. Pietila T, Sintonen H, Pietila I, Widstrom E, Varrela J, Alanen P. Cost and productivity analysis of orthodontic care in Finland. Community Dent Oral Epidemiol 1998; 26: 283-288.
11. Adviesgroep Capaciteit Mondzorg, Capaciteit mondzorg: Aanbevelingen voor de korte en lange termijn, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag, 2000.
12. Capaciteitsorgaan, Capaciteitsplan 2002, Utrecht, 2002.
13. Capaciteitsorgaan, Capaciteitsplan 2003, Utrecht, 2003.
14. Richmond S, Daniels CP, International comparisons of professional assessments in orthodontics: Part 1 – Treatment need, Am J Orthod Dentofac Orthop, 1998; 113: 180-185.
15. Richmond S, Daniels CP. International comparisons of professional assessments in orthodontics: Part 2 – Treatment outcome, Am J Orthod Dentofac Orthop, 1998; 113: 324-328.
16. Heege G ter (red.). Biomedical and health research, volume 14, Amsterdam, IOS Press, 1997.
17. Inspectie voor de Gezondheidszorg, Is er reden voor twijfel over de kwaliteit van de zorg verleend door orthodontisten in Nederland?, Den Haag, 2002.
18. Lagendijk Onderzoek, Patiënten-ervaringen met orthodontisten, DMO/Lagendijk, Apeldoorn, 1993.
19. Dam B van, Bruers J. Ervaren werkdruk in de tandartspraktijk. Ned Tandartsenblad, 2002; 14/15: 564-565.
20. Kalsbeek H et al. Tandheelkundige verzorging jeugdige ziekenfondsverzekerden 2: prevalentie en behandeling van orthodontische afwijkingen tussen 1987 en 1999. Ned Tijdschr Tandheelk 2002; 109: 293-298.
21. Ebben M. Orthodontisten in Eindhoven opgezadeld met 600 patiënten. Nederlands Tandartsenblad 2001; 56: 286-287.
22. Meijboom-de Jong B et al. KNMG/DMW-VSNU/VAZ/NVZ/LCVV, De arts van straks. Utrecht, 2002.
23. Linden FPGM van der, Schmiedel WJ, Bijlstra RJ. Het specialisme orthodontie in Europees perspectief, Ned Tijdschr Tandheelk 2003; 110: 14-19.
24. Moss JP. Orthodontics in Europe. Eur J Orthod, 1993; 15: 393-401.

Hoofdstuk 3

Stelsel en tarieven

3.1. Samenvatting

In dit hoofdstuk wordt de orthodontie geplaatst in het huidige stelsel van zorgverlening. De totstandkoming van tarieven en de vaststelling en ontwikkeling van de tarieven in de afgelopen 20 jaar worden besproken. Hieruit blijkt dat de tarieven sinds 1979 vrijwel onveranderd zijn, maar vergeleken met de consumentenprijsindex in die periode ongeveer 50% gedaald zijn.

3.2. Inleiding

Er is in het laatste decennium van de vorige eeuw op het gebied van orthodontie in het zorgstelsel veel gebeurd. Zo werd de overheveling van het overgrote deel van orthodontische zorgverlening naar het derde compartiment in 1995 een feit. Ook op het gebied van de tarieven werd een en ander bereikt: in 1991 was orthodontie het eerste specialisme dat geen onderscheid meer kende tussen ziekenfonds en particulier verzekerden. Ongeacht de verzekeringsvorm bestond er slechts één tarief.

1991:
ziekenfonds- en
particuliere tarieven gelijk

1995:
orthodontie naar 3^e
compartiment

1998 :
tarieven onderbouwd

Midden jaren negentig van de vorige eeuw volgde de aanwijzing van toenmalig minister Borst om de tarieven te onderbouwen. Er volgde een langdurig en moeizaam overleg tussen het toenmalige COTG, zorgverzekeraars en orthodontisten. Samen met de evaluatie van bovengenoemde gelijktrekking leidde dit echter in 1998 tot de vaststelling van een tariefsniveau, dat voor alle betrokken partijen acceptabel was. Opgemerkt mag worden dat deze tarieven tot de laagste van West-Europa behoren (zie figuur 2.7), mede omdat de inzet van hulppersoneel in deze tarieven is verdisconteerd.

3.3. Het huidige gemengde stelsel

De financiering van de zorg vindt plaats in een gemengd stelsel van publiekrechtelijke en privaatrechtelijke verzekeringen. Het stelsel is daarbij ingedeeld in drie compartimenten.

Het eerste compartiment:

- Zware medische risico's, verzekerd in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

Het tweede compartiment:

- Min of meer normale medische zorg, gefinancierd door de Ziekenfondswet, de Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen (WTZ) en de particuliere verzekeringen.

Het derde compartiment:

- De electieve zorg, waarvoor de patiënt zelf kiest en, indien gewenst, middels aanvullende verzekeringen dekking kan zoeken.

Aanvullende verzekeringen worden op vrijwillige basis afgesloten door zowel ziekenfonds als particulier verzekerden als aanvulling op hun ziekenfondsverzekering of standaardpakket en kennen een grote spreiding in premie en vergoeding.

Met de stelselherziening van 1995 kwam de orthodontische zorgverlening voor 98% in het derde compartiment terecht. Alleen de behandeling van patiënten met lip- kaak- en gehemeltespelten (schisis) en afwijkingen die hiermee in ernst vergeleken konden worden, vermeld in de door adviserend tandartsen gehanteerde zogenaamde "indicatieve lijst", vielen nog in het tweede compartiment (zie tabel 3.1). Dit is een beperking die met name voor minder draagkrachtige patiënten leidt tot een verminderde toegankelijkheid van noodzakelijk geachte zorg.

Minder draagkrachtige en volwassen patiënten hebben een probleem

De zorg voor volwassenen werd niet of nauwelijks herverzekeraar middels aanvullende verzekeringen. Dat de zorg toch ook voor een deel van hen betaalbaar bleef is te zien in figuur 3.1, die de tariefsontwikkeling laat zien vanaf 1979 tot 2001. In die periode was er een relatieve daling van de tarieven van de orthodontist van ongeveer 50% t.o.v. de consumentenprijsindex.

In 22 jaar is orthodontie relatief 50% goedkoper geworden

Tabel 3.1: "Indicatieve lijst"

CONGENITALE AFWIJKINGEN

- a. Cheilo- en/of gnatho- en/of palatoschisis
- b. Craniofaciale afwijkingen geclassificeerd volgens Gorlin & Cohen in: Syndromes of the head and neck (Oxford University Press, 1990)

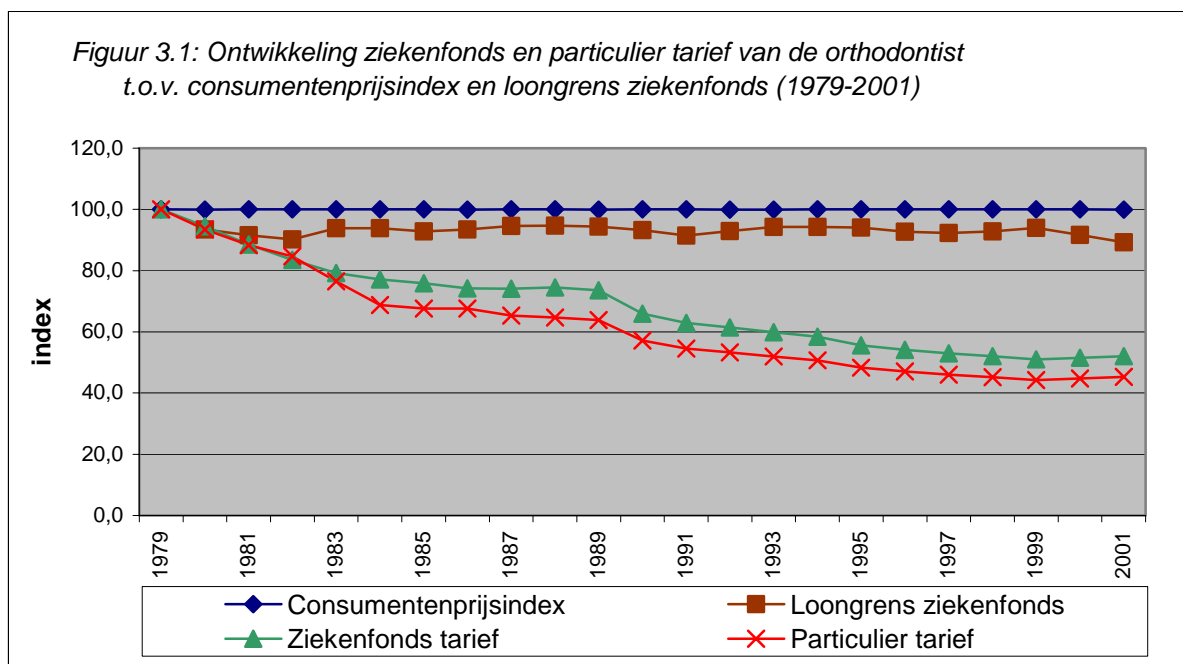
ZIEKTEN EN ANDERE VERWORVEN AFWIJKINGEN

- a. Juveniele rheumatoïde arthritis
- b. Hormonale stoornissen voor zover deze invloed hebben op de groei van het craniofaciale complex, b.v. groeihormoon deficiënties, pubertas praecox
- c. Verstoorde groei van het craniofaciale complex t.g.v. radiotherapie en/of chirurgische therapie op jonge leeftijd i.v.m. een oncologische afwijking
- d. Progressief groeiende lymphangiomen
- e. Ankylosis van het kaakgewricht
- f. Hyperplastische groei van één of beide condyli
- g. Trauma van het kaakstelsel (niet bedoeld is trauma van gebitselementen), waarbij orthodontische begeleiding nodig is

SERIOUSLY HANDICAPPING MALOCCLUSIONS

Deze categorie betreft malocclusies gepaard gaande met en/of leidend tot ernstige objectiveerbare functiestoornissen. Veelal zal van interdisciplinaire behandeling sprake zijn. Te denken valt aan de volgende afwijkingen:

- a. Oligodontie van vier of meer blijvende gebitselementen in één kaak, dan wel twee of meer gebitselementen in één kwadrant (exclusief derde molaren)
- b. Mesio-relatie (Klasse III) met een omgekeerde overjet van meer dan 3,5 mm
- c. Distorelatie (Klasse II) met een overjet van meer dan 13 mm
- d. Laterognathie met ernstige aantoonbare asymmetrie van het gelaat
- e. Transversale afwijkingen met verlies van occlusaal contact in de zijdelingse delen
- f. Zeer diepe beet met gingivaal of palatinaal trauma met aantoonbare schade aan het parodontium



3.4. De formele route

De Nederlandse orthodontietarieven vallen onder de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) en worden vastgesteld aan de hand van beleidsregels opgesteld door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG). Bespreking van deze beleidsregels vindt plaats in Kamer 5 van het CTG, waarin verzekeraars en beroepsbeoefenaars zijn vertegenwoordigd. Deze beleidsregels dienen te worden goedgekeurd door de minister. Vaststelling, evaluatie en aanpassing van tarieven is de kerntaak van het CTG, dat gevoed wordt met cijfers uit het zorgveld.

3.5. Probleem

Het hoge bureaucratistische gehalte van de regelgeving maakt het invoeren van tarieven voor nieuwe verrichtingen heel ingewikkeld. Een daarbij van overheidswege opgelegde sterke rem op de uitgaven van de zorg maakt enige vorm van verandering praktisch onmogelijk. Daarenboven wordt in de huidige onderbouwde situatie van tariefsberekening geen rekening gehouden met zaken als bedrijfsrisico en winst. Er is dus altijd sprake van financiering achteraf. Dat wil zeggen dat alle vernieuwingen die geld kosten in de praktijk ten laste komen van het inkomen van de specialist en geen deel uitmaken van de normale bedrijfsvoering.

Er is veel bureaucratie bij de invoering van nieuwe tariefcodes

3.6. Conclusie

Nog steeds vallen de orthodontie tarieven voor orthodontisten onder de Wet Tarieven Gezondheidszorg, een afgeleide van de Prijzenwet uit de zeventiger jaren van de vorige eeuw. Door deze wet krijgt de overheid een verlamme greep op de tarieven, waarbij verandering c.q. vernieuwing niet of nauwelijks mogelijk is.

De overheid remt met de WTG vernieuwingen in de orthodontie

Hoofdstuk 4

Kwaliteitsbeleid in de orthodontie

4.1. Inleiding

In dit hoofdstuk worden de huidige kwaliteitssystemen in de orthodontie beschreven. Tevens worden in een samenvattende conclusie punten voor verbetering aangegeven.

4.2. Kwaliteit

Bij de bespreking van het kwaliteitsbeleid in de orthodontie wordt dezelfde definitie van kwaliteit voor de gezondheidszorgsector gehanteerd als die van de Eerste Kwaliteitsconferentie te Leidschendam in 1989:

Kwaliteit is de mate waarin het geheel van eigenschappen van een product, proces of dienst voldoet aan de eisen die voortvloeien uit het gebruiksdoel.

In de visie van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid wordt de kwaliteit van de beroepsuitoefening van orthodontisten bepaald door het orthodontisch-technisch handelen, de attitude van de orthodontist en de organisatie van de beroepsuitoefening.

Volgens de NRV kan de kwaliteit van orthodontisch handelen ontleed worden in 3 aspecten

Bij het *orthodontisch-technisch handelen* spelen doeltreffendheid, deskundigheid, indicatiestelling, geschiktheid, veiligheid en zorgvuldigheid een rol. De kwaliteit hiervan wordt sterk beïnvloed door opleiding, bij- en nascholing, (intercollegiale) toetsing, richtlijnen, protocollen en complicatieregistratie.

De *attitude* van de beroepsbeoefenaar komt tot uiting in een respectvolle bejegening, informatiebereidheid, vertrouwensrelatie, coöperatie en verantwoordingsbereidheid. Bij de attitude wordt de kwaliteit bepaald door patiënteninformatie en -voorlichting, omgang met ouders/verzorgers en andere betrokkenen en communicatie tussen de orthodontisten en andere hulpverleners.

Bij de kwaliteit van de *organisatie* van de zorgverlening zijn continuïteit, beschikbaarheid, doelmatigheid en integrale zorg van belang. Visitatie en (intercollegiale) toetsing kunnen de kwaliteit van de organisatie van de zorgverlening bewaken en bevorderen.

4.3. Huidige situatie in Nederland

Organisatie van zorgverlening

In Nederland wordt orthodontische zorg door orthodontisten en tandartsen verleend. Voor orthodontisten zijn diverse kwaliteitssystemen gerealiseerd. Uitgaande van de specialistenopleiding kunnen orthodontisten de kwaliteit van hun orthodontisch-technisch handelen op peil houden en verbeteren door

Er zijn wel orthodontische kwaliteitssystemen voor orthodontisten, maar...

deel te nemen aan intercollegiale toetsing (visitatie), bij- en nascholing en andere deskundigheidsbevorderende activiteiten.

Tandartsen mogen orthodontische behandelingen uitvoeren mits zij zich hiertoe bekwaam achten. Tijdens hun tandheelkunde studie hebben sommige tandartsen met de grondbeginselen van de orthodontie kennis gemaakt. Tandartsen kunnen na hun tandheelkunde studie op vrijwillige basis deelnemen aan orthodontische cursussen en congressen die voor hen toegankelijk zijn. Er bestaan momenteel geen orthodontische kwaliteitssystemen voor tandartsen.

...die zijn er niet voor tandartsen die orthodontie doen.

Kwaliteitsniveau

Onderzoek onder jongeren heeft aangetoond dat orthodontische behandelingen in Nederland effectief zijn. De behandelingen leiden bij jongeren tot blijvend rechtere tanden vergeleken met onbehandelde jongeren.¹ Nederlandse jongeren die orthodontisch zijn behandeld zijn meer tevreden over de stand van hun tanden dan jongeren die geen beugel hebben gehad.¹

Uit diverse studies is vast komen te staan dat de behandelingsresultaten van orthodontisten beter zijn vergeleken met die van tandartsen.^{2, 3, 4, 5} Gebleken is dat de kwaliteit van de zorgverlening door orthodontisten in Nederland gunstig afsteekt ten opzichte van die van orthodontisten uit andere Europese landen en de Verenigde Staten. Nederlandse orthodontisten zijn het meest terughoudend met het indiceren van orthodontische behandelingen.^{6, 7} Bovendien zijn Nederlandse orthodontisten het meest kritisch ten aanzien van behaalde behandelingsresultaten.^{7, 8} Patiënten zijn in het algemeen tevreden over het resultaat van hun orthodontische behandeling.⁷ Een landelijke enquête van Bureau Lagendijk heeft vastgesteld dat patiënten een hoge waardering hebben voor de zorgverlening door Nederlandse orthodontisten.⁹

Nederlandse orthodontisten leveren goede, efficiënte en gewaardeerde zorg

Overigens bestaat de indruk dat Nederlandse orthodontisten op zeer efficiënte wijze orthodontische zorg verlenen. In vergelijking met andere landen zijn er in Nederland namelijk maar weinig orthodontisten. Nederland kent slechts één orthodontist op de 60.000 inwoners. De meeste andere Europese landen hebben één orthodontist op de 30.000 à 40.000 inwoners.¹⁰ In de Verenigde Staten is er één orthodontist op de 32.000 inwoners.¹¹

4.4. Kwaliteitssystemen voor orthodontisten

Specialistenopleiding en registratieprocedure

De specialistenopleiding is de basis voor de kwaliteit van zorgverlening door orthodontisten. In Nederland dienen orthodontisten ingeschreven te zijn in het op grond van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) ingestelde register. De titel 'orthodontist' is wettelijk beschermd.

De specialistenopleiding is de basis van de goede kwaliteit van orthodontisten

De wetenschappelijk ingerichte specialistenopleiding is met name van groot belang voor het *orthodontisch-technisch handelen* van orthodontisten en hun *attitude*. Er zijn in Nederland drie vierjarige fulltime specialistenopleidingen in de orthodontie. De opleidingsinstituten zijn verbonden aan de universiteit. De opleidingen voldoen ruimschoots aan de richtlijnen van het Europese Erasmus Programma en worden afgesloten met een examen, afgenomen door

de opleider en twee examinatoren van de Specialisten Registratiecommissie (SRC) van de NMT.¹² Hierbij moet de behandelingsdocumentatie van twintig afbehandelde patiënten worden getoond en bediscussieerd en moet een wetenschappelijke publicatie of onderzoeksrapport worden verdedigd. De opleidingen zelf worden vijfjaarlijks gevisiteerd door de visitatiecommissie van de SRC. Na succesvolle afsluiting van het examen kunnen orthodontisten door de SRC in het specialistenregister van de NMT worden ingeschreven.

Heeft iemand een diploma als orthodontist in een lidstaat van de EU en staat dit diploma vermeld in de regelgeving van de EU, dan kan deze persoon op verzoek door de SRC in het register worden ingeschreven. In dat geval vindt er geen examen plaats. Voorwaarde is wel dat de persoon als tandarts in het BIG-register moet zijn ingeschreven. Bovendien moet de persoon onderdaan zijn van een van de lidstaten. De opleidingsduur in sommige lidstaten is drie jaar.

Wil iemand die buiten de EU een opleiding tot orthodontist heeft gevolgd zich in het Nederlandse specialistenregister laten inschrijven, dan beoordeelt de SRC in eerste instantie het opleidingsprogramma. Onderzocht wordt of dit gelijkwaardig aan de Nederlandse specialistenopleiding is. Indien dat het geval is dan wordt een afsluitend examen afgenomen. Bij voldoende resultaat en na inschrijving als tandarts in het BIG-register kan de persoon zich in het specialistenregister laten inschrijven. Deze procedure geldt ook voor personen die binnen de EU een opleiding hebben gevolgd en hebben afgesloten met een diploma, dat niet voorkomt op de lijst van erkende diploma's.

Controle van de SRC op de registratieprocedure is ook essentieel voor de kwaliteit

Speciaal voor orthodontisten die net in binnen- of buitenland hun specialistenopleiding hebben afgerond, heeft DMO *Gedragsregels voor orthodontisten* opgesteld.

Het is mogelijk om de specialistenopleiding tot orthodontist te combineren met een promotie onderzoek en het schrijven van een proefschrift. Een dergelijk gecombineerd programma duurt in totaal zo'n zes jaar. Op dit moment zijn er in Nederland 72 gepromoveerde orthodontisten. Dit aantal komt overeen met 20% van het totale aantal in Nederland geregistreerde orthodontisten.

Visitatieprogramma

Het visitatieprogramma richt zich vooral op de *attitude* van de orthodontist en de *organisatie* van beroepsuitoefening. In opdracht van DMO en de orthodontisten binnen de NMT is de Centrale Visitatiecommissie (VICO) belast met de organisatie van systematische visitatie van orthodontische praktijken. Het visitatieprogramma wordt begeleid door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Ten behoeve van onderlinge visitatie zijn kwaliteitsrichtlijnen ontwikkeld, die voortdurend worden aangepast. Deelname aan het visitatieprogramma is voor alle leden van DMO verplicht gesteld.

Onderlinge visitatie is voor leden van DMO verplicht

Een visitatie van een praktijk wordt door een ad hoc commissie van collega-orthodontisten (visitatiecommissie) uitgevoerd. Tijdens een visitatie worden opleiding, deskundigheidsbevorderende activiteiten, praktijkruimte, outillage, onderhoud en veiligheid van de apparatuur, beleid en organisatie, behandelproces en behandelresultaten systematisch onderzocht. De bevindingen van een visitatie worden

door middel van een feedbackgesprek aan het eind van de visitatie en een visitatieverslag aan de gevisiteerde orthodontist kenbaar gemaakt.

Certificatie

Bij certificatie wordt door een deskundige en onafhankelijke instantie een kwaliteitsverklaring voor producten, processen, personen en managementssystemen gegeven. Certificatie is voornamelijk gericht op de kwaliteit van de *organisatie*. Hoewel certificatie in de Nederlandse orthodontie vooralsnog geen gemeengoed is geworden, zijn er in Nederland met betrekking tot certificatie toch diverse kwaliteitsinitiatieven genomen. Gewezen kan worden op het verwerven van het ISO 9001-certificaat door de afdeling Orthodontie van ACTA, de HKZ-werkgroep voor een nationaal certificatieschema voor orthodontische behandelingen en het EURO-QUAL, BIOMED 2 programma waarin op Europees niveau o.a. richtlijnen voor een kwaliteitssysteem zijn ontwikkeld.

Diverse certificatie initiatieven zijn reeds genomen

Kwaliteitsbepalende parameters (*indicatoren*) die kunnen worden gebruikt bij het onderzoeken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening van orthodontisten zijn vastgelegd in de *Handleiding kwaliteitssysteem voor orthodontische praktijken in Nederland*.¹³ In de handleiding wordt tevens rekening gehouden met wetgeving en kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg. De handleiding is onder meer gebaseerd op de Europese richtlijnen voor orthodontische kwaliteit en sluit aan bij het Europese EURO-QUAL-kwaliteitshandboek.^{14,15} Het EURO-QUAL kwaliteitshandboek is door alle orthodontische verenigingen in Europa goedgekeurd.¹⁶ De European Federation of Orthodontic Specialists Associations (EFOSA) zal de kwaliteitsbepalende parameters, zoals die in het EURO-QUAL-project zijn verwoord, als basis gebruiken voor het verhogen van de kwaliteit van de orthodontische zorg.¹⁰

Nog meer kwaliteitsbevorderende initiatieven

Bij- en nascholingsactiviteiten

Bij- en nascholingsactiviteiten zijn vooral van belang voor het op peil houden en stimuleren van de kwaliteit van het *orthodontisch-technisch handelen*. Maar ook voor de *attitude* van de orthodontist en de *organisatie* van de zorgverlening zijn bij- en nascholing van belang. Er is een groot aanbod aan bij- en nascholingsactiviteiten voor orthodontisten beschikbaar. Zo organiseert DMO op landelijke niveau jaarlijks speciaal voor orthodontisten wetenschappelijke voor- en najaarsvergaderingen. In internationaal verband organiseren grote internationale orthodontistenverenigingen als de European Orthodontic Society (EOS) en de American Association of Orthodontists (AAO) jaarlijks internationale congressen voor orthodontisten. Ook de World Federation of Orthodontists (WFO) organiseert grote internationale congressen voor orthodontisten.

Er is groot aanbod van bij- en nascholingsactiviteiten voor orthodontisten

Onder auspiciën van DMO zijn voor orthodontisten in Nederland diverse studieclubs opgericht. Deze clubs organiseren regelmatig bijeenkomsten waarop vakinhoudelijke zaken aan de orde komen. Door deelname aan een studieclub wordt de kwaliteit van zorgverlening intercollegiaal op informele wijze gestimuleerd.

Naast cursussen en congressen die uitsluitend voor orthodontisten toegankelijk zijn, zijn er ook nationale en internationale orthodontische cursussen en congressen die zowel voor orthodontisten als tandartsen toegankelijk zijn, zoals bijvoorbeeld die van de Nederlandse Vereniging voor Orthodontische Studie (NVOS). Tevens worden tal

van andere cursussen en congressen aan orthodontisten en hun medewerkers aangeboden.

Bovendien kunnen orthodontisten hun kennis op peil houden met behulp van diverse internationale peer reviewed vaktijdschriften, zoals het European Journal of Orthodontics, American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics (AJODO) en het World Journal of Orthodontics. Via het AJODO en de publicaties met orthodontische literatuurselecties Practical Reviews in Orthodontics en Orthodontics Select kunnen Nederlandse orthodontisten deelnemen aan het nascholingsprogramma van de AAO, het Continuing Education (CE) programma. Op de website van de AAO kunnen orthodontisten hun nascholingsactiviteiten bijhouden.

Op vrijwillige basis kunnen orthodontisten zich ook onderwerpen aan examens van de American Board of Orthodontics (ABO) en sinds enige jaren van de European Board of Orthodontists (EBO), instanties die resp. door de AAO en de EOS zijn ingesteld. De examens omvatten een presentatie van de gegevens van tien resp. acht afbehandelde patiënten en een mondelinge toets van de diagnose en het behandelingsplan van patiënten, die door de examencommissie worden verstrekt. Voor de examens zijn richtlijnen ontwikkeld.

Accreditatie

Een deskundige en onafhankelijke instantie kan een verklaring afgeven dat de kwaliteit van bepaalde bij- en nascholingsactiviteiten goed is (*accreditatie*). Enkele orthodontische cursussen en cursusaanbieders zijn geaccrediteerd met een Q-keurmerk van de Nederlandse Vereniging van Tandartsen (NVT) voor de bij- en nascholing van tandartsen en tandarts-specialisten in Nederland. Via KWIS, het kwaliteitsinformatiesysteem voor de tandheelkunde van de NMT, kunnen orthodontisten een actueel overzicht krijgen van het aanbod van geaccrediteerde bij- en nascholingsactiviteiten en een overzicht inzien van gevolgde cursussen. Momenteel zijn de meeste congressen en cursussen, die uitsluitend voor orthodontisten worden georganiseerd, echter niet geaccrediteerd.

Herregistratie

Na voltooiing van de opleiding wordt de orthodontist door de SRC voor onbepaalde tijd in het specialistenregister van de NMT ingeschreven. Er bestaat voor orthodontisten op dit moment nog geen herregistratie-procedure.

Voor orthodontisten bestaat geen herregistratie procedure

Klachtenregeling

Klachten over het tekortschieten van de kwaliteit van zorgverlening door orthodontisten kunnen worden ingediend bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg, het wettelijk tuchtrecht, het intern tuchtrecht van NMT en Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT), adviserend tandartsen van zorgverzekeraars en de eigen klachtenregeling van individuele orthodontisten, zoals voorgeschreven in de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ).

In 2002 werd in opdracht van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport door de Inspectie voor de Gezondheidszorg een landelijke inventarisatie gedaan naar de kwaliteit van de zorg die door orthodontisten in Nederland wordt verleend. Hierbij zijn alle klachten geïnventariseerd, die van 1992 tot 2002 bij al de hierboven genoemde instanties over orthodontisten zijn ingediend. Uit dit omvangrijke

Er zijn zeer weinig klachten over orthodontisten

onderzoek is vast komen te staan dat er nauwelijks klachten zijn over de kwaliteit van de zorg die door orthodontisten wordt verleend.^{17, 18}

4.5. Conclusie

Gebleken is dat orthodontisten in Nederland in het algemeen kwalitatief goede en efficiënte zorg leveren. De specialistenopleiding en de registratieprocedure vormen het fundament voor de kwaliteit van zorgverlening door orthodontisten. Bij het op peil houden en verbeteren van de kwaliteit na de opleiding speelt het visitatieprogramma een belangrijke rol. Het visitatieprogramma is vooral gericht op de attitude van de orthodontist en de organisatie van de praktijkvoering. Het programma is verplicht voor alle leden van DMO. Daarnaast bestaan er talrijke andere mogelijkheden voor bij- en nascholing van orthodontisten.

4.6. Literatuur

1. Kalsbeek H, Poorterman JHG, Kieft JA, Verrips GH. Tandheelkundige verzorging Jeugdige Ziekenfondsverzekerden 2. Prevalentie en behandeling van orthodontische afwijkingen tussen 1987 en 1999. Ned Tijdschr Tandheelkd 2002; 109: 293-298.
2. Bergström K, Halling A, Huggare J, Johansson L. Treatment difficulty and treatment outcome in orthodontic care. Eur J Orthod 1998; 20: 145-157.
3. Bergström K. Orthodontic care in Sweden. Outcome in three counties. Swed Dent J Suppl 1996; 117: 1-68.
4. Bergström K, Halling A. Orthodontic treatment outcome in three Swedish counties with different orthodontic resources. Swed Dent J 1996; 20: 51-60.
5. Fox NA, Richmond S, Wright JL, Daniels CP. Factors affecting the outcome of orthodontic treatment within the general dental service. Br J Orthod 1997; 24: 217-221.
6. Richmond S, Daniels CP. International comparisons of professional assessments in orthodontics: Part 1 – Treatment need. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1998; 113: 180-185.
7. Heege G ter (red.). EURO-QUAL. Towards a quality system for European orthodontic professionals. Biomedical and Health Research, volume 14. Amsterdam: IOS Press, 1997.
8. Richmond S, Daniels CP. International comparisons of professional assessments in orthodontics: Part 2 - Treatment outcome. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1998; 113: 324-328.
9. Lagendijk Onderzoek. Patiënten-ervaringen met orthodontisten. Apeldoorn: DMO/Lagendijk, 1993.
10. Linden FPGM van der, Schmiedel WJ, Bijlstra RJ. Het specialisme orthodontie in Europees perspectief. Ned Tijdschr Tandheelkd 2003; 110: 14-19.
11. American Association of Orthodontists. Mededeling Secretary. St. Louis, USA, 2002.
12. Linden FPGM van der. Three years postgraduate programme in orthodontics. Final report Erasmus project. Ned Tijdschr Tandheelkd 1992; 99: 253-258.
13. Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde. Handleiding kwaliteitssysteem voor orthodontische praktijken in Nederland. Nieuwegein: NMT, 1999.
14. EURO-QUAL. Kwaliteitsbeleid voor orthodontische zorg in Europa. Noordwijkerhout: EURO-QUAL, 1995.
15. Njio BJ, Stenvik A, Ireland RS, Prah-Andersen B (red.). EURO-QUAL. European orthodontic quality manual. Biomedical and Health Research, volume 31. Amsterdam: IOS Press, 1999.
16. Prah-Andersen B, Kuijpers-Jagtman AM. De mondarts en de orthodontist. Een toekomstvisie. Ned Tijdschr Tandheelkd 2003; 110: 46-49.
17. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Kortschrift. Is er reden voor twijfel over de kwaliteit van de zorg verleend door orthodontisten in Nederland? Den Haag, 2002.
18. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Jaarrapport 2002, Den Haag, 2003.

Hoofdstuk 5

Evaluatie en probleemstelling

5.1. Samenvatting

Ondanks goede kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid, kampt de orthodontie in Nederland met een aantal problemen. In de eerste plaats dreigt een tekort aan orthodontisten. Het aantal opleidingsplaatsen is overmatig gereduceerd en er worden te weinig mogelijkheden gecreëerd om meer orthodontisten op te leiden. Daardoor ontstaat een grote druk op de huidige specialistische praktijken. Steeds meer orthodontische behandelingen moeten door tandartsen worden uitgevoerd, wat bij het huidige tariefniveau leidt tot stijging van de kosten van de orthodontische zorgverlening.

Vervolgens zijn er problemen met de totstandkoming van een evenwichtige tariefstelling en een rechtvaardig verzekeringsstelsel. Veel zorgverzekeraars blijven achter met het ontwikkelen van concurrerende pakketten die rekening houden met de wensen van de patiënten, met name van volwassenen, en de ernst van de afwijking. De invoering van technologische innovaties in de orthodontische praktijk stagneert door de tariefsproblematiek, waardoor Nederland internationaal gezien achterop dreigt te raken.

5.2. Inleiding

De orthodontische zorgverlening in Nederland lijkt op het eerste gezicht goed geregeld. Er zijn geen hindernissen met betrekking tot de toegankelijkheid.¹ De kwaliteit van de zorg is goed en er zijn nauwelijks of geen klachten dienaangaande.² Nederland neemt op het gebied van de orthodontie een internationaal erkende topositie in.^{3,4}⁵ Door efficiënte bedrijfsvoering zijn de kosten van een orthodontische behandeling historisch gezien en in vergelijking met andere Europese landen laag. Toch zijn er ook problemen. De belangrijkste worden hieronder besproken.

Menskrachtprobleem

Het dreigende menskrachtprobleem in de orthodontie is in extenso beschreven in hoofdstuk 2. Orthodontisten hebben de afgelopen jaren veel meer uren dan het normatief vastgestelde aantal uren gewerkt.⁶ Ernstige wachtlijstproblematiek kon hiermee worden voorkomen en het feitelijke tekort aan opleidingsplaatsen kon gedurende langere tijd worden versluierd. De werkdruk dient spoedig tot normatief niveau te worden teruggebracht, blijkt uit de enquête *Werksituatie en pensionering* (2002).⁷ Uit deze enquête komt naar voren dat voor veel orthodontisten de werkdruk hoog of te hoog is geworden.

Verzekering orthodontische zorg voor jeugd

Uitsluitend in geval van schisis of een in ernst hiermee te vergelijken orthodontische afwijking, samen ongeveer 2% van de orthodontische zorg, bestaat een, wettelijk geregelde, volledige vergoeding. De kosten van het resterende, overgrote deel van de orthodontische zorg, wordt door de zorgverzekeraars gemiddeld voor ongeveer 75% vergoed. De vergoeding is doorgaans onafhankelijk van de ernst van de afwijking,

Goed georganiseerde orthodontie kent toch problemen

Orthodontisten werken bovennormatief

Patiënten met zeer ernstige orthodontische afwijkingen betalen het meest

waardoor met name bij complexe langdurige orthodontische behandelingen een substantiële eigen bijdrage van de patiënt wordt verlangd.

Verzekering orthodontische zorg voor volwassenen

De vraag naar orthodontische behandeling voor volwassenen neemt toe. Dit wordt enerzijds veroorzaakt door een inhaalvraag van onvervulde zorg uit het verleden en anderzijds ingegeven door een grotere interesse in en kennis van nieuwe behandelingsmogelijkheden voor volwassenen. Helaas kan men zich daar nauwelijks voor verzekeren. Slechts enkele zorgverzekeraars hebben deze problematiek onderkend en bieden aanvaardbare verzekeringsmogelijkheden.

Volwassen patiënten kunnen zich nauwelijks verzekeren voor orthodontie

Van de mogelijkheid om te veranderen van verzekeringsmaatschappij wordt in de praktijk vrijwel geen gebruik gemaakt. De honkvastheid van patiënten aan een zorgverzekeraar en de onbekendheid met de verzekeringswereld verklaren de geringe mobiliteit en de beperkte bereidheid van patiënten om over te stappen naar de enkele zorgverzekeraar die wel een adequate vergoeding voor volwassen patiënten biedt.⁸

Stagnatie in innovatie

Nieuwe technieken zoals lingual orthodontics, osteodistractie, botgedragen sutuurexpansie, auto- en allotransplantaties, selfligating brackets, implantaten en preprothetische orthodontie, parodontale chirurgie in combinatie met orthodontie, slaap-apneu apparatuur, en vele andere behandelingsmogelijkheden raken bij het publiek bekend. Ook voor het gebruik van beschermende chloorhexidine-lakken en fluoride-applicaties is grote belangstelling. Het toepassen van dergelijke nieuwe technieken en andere vernieuwingen in de praktijkvoering is door de huidige financiering moeilijk realiseerbaar. Vaak kunnen ze niet verwerkt worden in een tarief en blijven ze onbereikbaar voor de patiënt. Orthodontische behandelingen in Nederland dreigen op deze wijze niet meer volgens de laatste stand van de wetenschap te kunnen worden uitgevoerd.

Innovatie wordt niet verwerkt in tarieven en stagneert daardoor

5.3. De spelers in het orthodontische veld

Onderstaand wordt getracht een beeld te schetsen van alle betrokken partijen om inzicht te krijgen in gebieden waar de problemen liggen en welke oplossingen mogelijk zijn.

Orthodontisten en tandartsen

De situatie van de zorgverlenende partijen, orthodontisten en tandartsen⁹, werd in hoofdstuk 2 gedetailleerd belicht.

Patiënten

De laatste jaren is, mede door gebruik van internet, de toegankelijkheid van informatie met betrekking tot orthodontische afwijkingen en behandelingsmogelijkheden aanzienlijk toegenomen. Patiënten zijn hierdoor beter in de gelegenheid om als volwaardig gesprekspartner op te treden in het overleg met de orthodontist. Gevolg is dat de patiënten niet alleen communicatief meer tijd verlangen, maar door hun kritische opstelling gedurende een behandeling ook meer eisen stellen ten aanzien van het

Beter geïnformeerde patiënt vergt meer tijd van orthodontisten

behandelresultaat. Dit resulteert in een meer arbeidsintensieve behandeling.

Patiënten zijn in het algemeen tevreden over de kwaliteit van de orthodontische behandeling¹⁰ en blijken bereid een substantiële eigen bijdrage hiervoor te betalen. Hoewel soms de toegenomen efficiëntie, zoals taakdelegatie, als minder plezierig wordt ervaren zijn er nauwelijks klachten over de orthodontische bedrijfsvoering.

In toenemende mate worden orthodontisten geconfronteerd met concrete wensen van patiënten met betrekking tot de toepassing van speciale, moderne, behandeltechnieken, waarvan men b.v. via het internet kennis heeft genomen. Binnen het huidige stelsel blijkt het vaak niet mogelijk deze verzoeken te honoreren.

Individuele wensen van patiënten kunnen vaak niet worden gehonoreerd....

De in 2003 gepubliceerde studie *De wensen van de zorgcliënten in Europa* van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)¹¹ toont aan wat orthodontisten in de dagelijkse praktijk al merken. De Nederlandse zorgconsumenten waarden in het algemeen meer keuzemogelijkheden in de zorg en zijn bereid daarvoor extra te betalen. Deze tendens is sterker bij jongere zorgconsumenten.

...maar patiënten zijn bereid voor extra keuze meer te betalen

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de zorgverzekeraars
Zorgverzekeraars Nederland, in 1995 ontstaan uit de VNZ en het KLOZ, is de brancheorganisatie van de zorgverzekeraars. Namens de zorgverzekeraars onderhandelt ZN over de inrichting van het sociale verzekeringspakket en over de tarieven van zowel de sociale als de particuliere verzekeringen. Deze onderhandelingen zijn doorgaans weinig constructief. Indien nieuwe tariefcodes gepaard gaan met macromeerkosten gaat ZN meestal niet akkoord, hoe groot ook het voordeel voor de patiënt kan zijn.

Kwaliteitsbeleid wordt door ZN als belangrijk thema genoemd maar de financiering daarvan is, wat betreft de orthodontie, niet collectief bespreekbaar gebleken. ZN stelt zich tot op heden op het standpunt dat voor het kwaliteitsbeleid in de orthodontie op regionaal niveau overleg moet worden gevoerd. Een goed functionerend landelijk kwaliteitsbeleid is dan echter onmogelijk.

Zorgverzekeraars financieren kwaliteitsbeleid niet....

Nadat in 1995 vrijwel de gehele orthodontische zorgverlening in het derde compartiment kwam, hebben de zorgverleners aanvullende verzekeringspakketten ontwikkeld waarin orthodontische behandelingen werden opgenomen. Niet alleen is in een flink aantal pakketten een volstrekt ontoereikende vergoeding opgenomen. De verzekeringen zelf zijn niet transparant. Zo stelden vakbonden begin vorig jaar dat de boekhouding van verzekeraars en de verantwoording van de premies ondoorzichtig zijn.¹²

.... en verzekeringspakketten zijn ontoereikend en niet transparant

College Tarieven Gezondheidszorg (CTG)

Het CTG is het uitvoeringsorgaan van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) en stelt beleidsregels op die als basis dienen voor het vaststellen van de tarieven in de orthodontie. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen tweede of derde compartiment. Deze beleidsregels dienen indien mogelijk te worden vastgesteld in goed overleg met zorgverzekeraars en orthodontisten (zorgaanbieders). Het CTG behoort hierbij tussen het algemeen

Argumenten van orthodontisten worden weinig gebruikt door CTG

belang en dat van de verschillende betrokken partijen te staan. Partijen hebben ook het recht in dergelijke procedures te worden gehoord. Het nut hiervan voor orthodontisten blijkt zeer gering omdat hun argumenten vrijwel nimmer worden gebruikt om beleid aan te passen.

Het bedrijfsmatige aspect van de orthodontische praktijkvoering wordt door het CTG niet onderkend. Ondernemersrisico wordt niet geacht aanwezig te zijn. Indien door efficiëntie en bovennormatieve arbeidsbelasting een hogere omzet wordt bereikt is het streven van het CTG dit door tariefaanpassingen weer af te romen. Feitelijk gaat het dan niet meer om het bepalen van redelijke tarieven, maar het bedrijven van inkomenspolitiek. De beroepsgroep raakt hierdoor gedemotiveerd en ziet meer en meer af van innovatieve investeringen.

Stelt het CTG redelijke tarieven vast of bedrijft het inkomenspolitiek?

Om gereguleerde marktwerking in de zorg mogelijk te maken acht de overheid sectorspecifiek toezicht nodig. Uiteindelijk moet dat door de NMa worden uitgeoefend. De minister heeft begin 2004 besloten dat op korte termijn het CTG met een nieuw bestuur zal opgaan in het CTG/Zorgautoriteit in oprichting (ZAio). In 2006, of eerder indien mogelijk, zal het CTG/ZAio veranderen in de Zorgautoriteit. Uiteindelijk zal uiterlijk in 2008 de Zorgautoriteit opgaan in de NMa.

Overheid vervangt het CTG door Zorgautoriteit

Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa)

Voor de orthodontie is dit nog een vrij nieuwe partij. De NMa heeft eind 2002 richtsnoeren voor de zorg opgesteld¹³, waarmee de orthodontie te maken zou kunnen krijgen in een vrije markt situatie. Deze richtsnoeren zijn zeer strikt en er kan niet lichtvaardig over gedacht worden. Zaken waar de richtsnoeren betrekking op hebben zijn o.a. kartelvorming, misbruik van een economische machtspositie, het treffen van maatregelen bij onvoldoende concurrentie, niet toegestane vormen van samenwerking, niet toegestane vormen van verticale afspraken, niet toegestane prijs- en tariefafspraken en marktverdelingsafspraken.

In de toekomst gaat de NMa een belangrijke rol spelen in de orthodontische zorgverlening

Op 1 januari 2003 is artikel 16 van de Mededingingswet (MW) vervallen, waarmee werd geregeld dat de MW niet van toepassing was op collectieve afspraken in het kader van de WTG. Er is nu een overgangsregeling opgesteld waarbij de WTG en het CTG nog erkend blijven.¹⁴ De rechtsgeldigheid van de overgangsregeling, zeker in Europees perspectief, is echter niet duidelijk en nog niet door de rechter getoetst.

Merkwaardig is in ieder geval dat, nu orthodontie vrijwel geheel in het derde compartiment geplaatst is, de zorgverzekeraars keuze hebben of, en tegen welke premie, zij orthodontie in een aanvullend pakket willen aanbieden. De patiënt heeft nu de keuze een dergelijke verzekering af te sluiten, of hier juist van af te zien. Voor de orthodontist is echter niets veranderd. Het CTG bepaalt nog steeds alle tariefcodes en tarieven, en het is vrijwel onmogelijk om concurrerend op te treden.

Overheid en politiek

De kosten van de gezondheidszorg stijgen onrustbarend. Door vergrijzing en meer technische mogelijkheden neemt het aantal behandelingen toe. Recente ontwikkelingen, zoals het beperken van het ziekenfondspakket, geven aan dat de overheid heeft besloten om een keuze te maken tussen noodzakelijke en electieve zorg,

De overheid verdeelt zorg in een noodzakelijk en een electief deel....

resultierend in een collectief te financieren deel en een deel voor de private markt.

Op dit moment maakt 98% van de orthodontie deel uit van de electieve zorg. Een deel van deze zorg verdient echter geenszins dit predikaat en behoort, gezien de ernst van de afwijkingen, tot de noodzakelijke zorg.

Blijkbaar maakt de overheid de scheiding tussen noodzakelijke en electieve zorg voornamelijk om budgettaire redenen. De invloed op beide segmenten van de zorg tracht zij onveranderd te laten. Op grond van de MW en de Europese regelgeving lijkt dat standpunt echter onhoudbaar.

...voornamelijk om budgettaire redenen

De overheid stelt een voorstander te zijn van marktwerking^{15, 16, 17} en heeft KPMG een onderzoek laten uitvoeren om te bezien of de orthodontische zorg voldoet aan de criteria die de overheid in de nota *Speelruimte en Verantwoordelijkheid* stelt om de orthodontie buiten de werkingssfeer van de WTG te plaatsen. In augustus 2001 concludeerde KPMG in het rapport *De markt voor orthodontie*¹ dat de orthodontische zorg in het derde compartiment aan deze criteria voldoet. Politieke bereidheid ontbreekt echter bij de overheid om de conclusie van dit onderzoek in beleid om te zetten.

Door overheid gepropageerde marktwerking wordt niet omgezet in beleid

De orthodontische zorgverlening moet nu, door de beperkte opleidingscapaciteit voor orthodontisten, voor een (te) groot deel worden uitgevoerd door tandartsen. De tarieven van orthodontisten zijn lager dan die van tandartsen. Door de krappe opleidingscapaciteit worden daarom niet alleen steeds meer orthodontische behandelingen uitgevoerd door tandartsen, maar nemen de zorgkosten ook toe. De overheid is zelf verantwoordelijk voor de onvoldoende opleidingscapaciteit^{14, 15} en heeft tot op heden deze situatie niet voldoende willen of kunnen verbeteren, ondanks verzoeken daartoe uit het zorgveld.

De beloning van orthodontisten in opleidingsinstituten is onvoldoende en niet marktconform. Dat is bedreigend is voor de kwaliteit van de opleidingsinstituten en de kwaliteit van de zorg in ons land op lange termijn. Ook voor het orthodontisch wetenschappelijk onderzoek, van oudsher in Nederland nauw gelieerd aan de specialistenopleiding, is dit een belemmerende en zorgelijke ontwikkeling.

De kwaliteit van de specialistenopleiding en de orthodontische zorgverlening is in het geding

5.4. Literatuur

1. KPMG, De markt voor orthodontie, projectnummer 3063, Hoofddorp, augustus 2001.
2. Inspectie voor de Gezondheidszorg, Is er reden voor twijfel over de kwaliteit van de zorg verleend door orthodontisten in Nederland?, Den Haag, 2002.
3. Richmond S, Daniels CP. International comparisons of professional assessments in orthodontics: Part 1 – Treatment need. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1998; 113: 180-185.
4. Richmond S, Daniels CP. International comparisons of professional assessments in orthodontics: Part 2 - Treatment outcome. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1998; 113: 324-328.
5. Heege G ter (red.). EURO-QUAL. Towards a quality system for European orthodontic professionals. Biomedical and Health Research, volume 14. Amsterdam: IOS Press, 1997.
6. Cap, Gemini Ernst & Young in opdracht van de NMT, Praktijkvoering van orthodontisten, Nieuwegein, 2002.
7. Permanente Begeleidingscommissie Beroepskrachtenplanning Orthodontie (PBBO), NMT/DMO, Werksituatie en pensionering, Onderzoek orthodontisten, voorjaar 2002, Nieuwegein, 2003.
8. College van Zorgverzekeringen (CVZ), Quickscan, Het Financieele Dagblad, april 2003.
9. Afdeling Onderzoek en Informatievoorziening van de NMT, Onderzoek Tandheelkundige Consumptie 2001 (tussentijds verslag 6.3), Nieuwegein, 2002.
10. Lagendijk Onderzoek, Patiënten-ervaringen met orthodontisten, DMO/Lagendijk, Apeldoorn, 1993.
11. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), De wensen van zorgcliënten in Europa, Zoetermeer, december 2003.
12. De media naar aanleiding van premiestijging ziektekostenverzekeringen, voorjaar 2003.
13. NMa, Richtsnoeren voor de zorgsector, oktober 2002.
14. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, correspondentie VWS en NMa, november 2002.
15. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, De markt voor orthodontie. Eindrapport, 8 juni 2001.
16. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Zeven deelmarktanalyses gezondheidszorg, april 2002.
17. CPB document, Zorg voor concurrentie, een analyse van het nieuwe zorgstelsel, januari 2003.

Hoofdstuk 6

Een nieuw zorgstelsel voor de orthodontie

6.1. Samenvatting

Het huidige zorgstelsel vertoont een aantal tekortkomingen die een optimale, betaalbare zorg op maat in de weg staan. Een nieuw zorgstelsel voor orthodontie wordt voorgesteld waarin de begrippen solidariteit, toegankelijkheid, transparantie, continuïteit, kwaliteit, innovatie en toezicht een belangrijke rol spelen. Onder deze voorwaarden kan prijsregulering middels de WTG voor de orthodontie gedeeltelijk worden opgeheven. In het nieuwe orthodontisch zorgstelsel bestaan er geen wachtlijsten voor patiënten met ernstige orthodontische afwijkingen, die weer moeten gaan vallen onder de solidariteit van het tweede compartiment.

6.2. Een nieuw zorgstelsel voor de orthodontie: de noodzaak

De huidige situatie is tot stand gekomen op 1 januari 1995 toen als bezuinigingsmaatregel het grootste gedeelte van de orthodontie werd overgeheveld van het tweede naar het derde compartiment. Hiermee maakte de overheid vooral om budgettaire redenen voor de orthodontie een eind aan het sociaal verzekeringsstelsel en legde de verantwoordelijkheid bij de burger om zich bij te verzekeren voor orthodontie. Opvallend was dat de orthodontische zorg in het derde compartiment onder de werkingssfeer van de WTG bleef vallen. De ontwikkeling en innovatie in de orthodontische beroepsuitoefening zit mede door het functioneren van de WTG op slot. Hoge werkdruk, beperkte vrijheid in capaciteitsplanning, onmogelijkheid tot innovatie en betutteling in de bedrijfsvoering dreigen Nederland terug te werpen tot een orthodontisch ontwikkelingsland.

Orthodontie is altijd al een vraaggestuurd specialisme geweest. Daar hoort niet een aanbodsturende regelgeving zoals de huidige bij. Met visie en verantwoorde durf kan voor alle partijen in het orthodontische zorgveld een nieuwe situatie ontstaan. Een nieuwe situatie waarin uit daden blijkt dat we te maken hebben met een terugtrekkende overheid, die haar verantwoordelijkheid ten aanzien van noodzakelijke zorg neemt en het initiatief neemt met betrekking tot de handhaving en verbetering van de kwaliteit. Een stelsel waarin de patiënt de centrale rol krijgt en ook daadwerkelijk keuzes kan maken. Een stelsel ook waarin de orthodontie zich in verscheidenheid kan aanpassen aan de vraag van de patiënt en de nieuwe ontwikkelingen in het vakgebied ook daadwerkelijk kan introduceren. Kortom, een kwantitatief en kwalitatief competitief orthodontisch zorgveld, waarin de financiële lasten eerlijk verdeeld en voor alle partijen transparant zijn.

In 1998 is door de NMT een voorstel ingediend om te komen tot een experiment met vrije prijsvorming voor de orthodontie. Het voorstel hield in om de orthodontische zorg in het derde compartiment voor een proefperiode van enige jaren buiten de werkingssfeer van de WTG te plaatsen. KPMG heeft op verzoek van de ministeries van VWS en EZ een onderzoek uitgevoerd naar de haalbaarheid van dit voorstel, conform de criteria die de overheid stelt voor een vrije prijsvorming.

Veel problemen worden veroorzaakt door sturing van het 3^e compartiment onder de WTG

De overheid moet terug-treden en

....de centrale rol aan de patiënt geven

Deze criteria zijn verwoord in de notitie *Speelruimte en verantwoordelijkheid*. KPMG concludeerde in het onderzoek: “Op basis van het afwegingskader voor de wenselijkheid van prijsregulering kan dus geconcludeerd worden dat orthodontische zorg uit het derde compartiment voldoet aan de criteria die het ministerie van VWS stelt aan vrije prijsvorming”.

Orthodontie is geschikt voor vrije prijsvorming

Met het overhevelen van 98% van de orthodontische zorg naar het derde compartiment heeft de overheid immers zelf al een duidelijk signaal afgegeven. De patiënt heeft de eigen verantwoordelijkheid om zich, indien gewenst, aanvullend te verzekeren voor orthodontische hulp. Dit is reeds een belangrijke stap richting het vrije marktmechanisme. Aan de hand van belangrijke voorwaarden zal een nieuw stelsel voor de orthodontie worden geïntroduceerd.

6.2.1. Solidariteit en toegankelijkheid

Medisch en tandheelkundig noodzakelijke orthodontische zorg moet voor iedere patiënt toegankelijk zijn. In de huidige situatie kan een patiënt met een ernstige afwijking, die niet vergelijkbaar is met schisis, zich in het private stelsel over het algemeen niet verzekeren voor de volledige kosten van een orthodontische behandeling. Met name voor minder draagkrachtige patiënten kan dit een groot financieel probleem betekenen. Voor deze categorie patiënten dient het solidariteitsprincipe weer te gelden. Voorgesteld wordt dan ook patiënten met een ernstige afwijking weer onder te brengen in het tweede compartiment. De kosten van hun orthodontische behandeling dienen volledig vergoed te worden. Orthodontisten moeten garanderen dat er voor deze categorie geen wachtlijsten bestaan. De beroepsgroep moet in samenspraak met verzekeraars, universiteiten en patiëntenorganisaties vaststellen aan welke criteria ernstige afwijkingen moeten voldoen om hiervoor in aanmerking te komen. De bestaande “indicatieve lijst” met afwijkingen “in ernst vergelijkbaar met schisis” kan daarbij als uitgangspunt voor de discussie dienen (zie tabel 3.1.). Afhankelijk van de interpretatie van deze lijst, betreft het waarschijnlijk 5% tot 10% van het totaal aantal te behandelen orthodontische afwijkingen. Daarmee kan orthodontie het eerste specialisme zijn dat garant staat voor een tijdige, effectieve en kwalitatief hoogstaande zorg voor alle patiënten met een gedefinieerde ernstige afwijking.

Orthodontisten willen het solidariteitsprincipe herstellen voor patiënten met een ernstige afwijking

De overige orthodontische zorg blijft in het derde compartiment onder gereguleerde marktwerking. Een markt die open is voor alle zorgaanbieders: orthodontisten, tandartsen, samenwerkingsverbanden tussen tandartsen en orthodontisten, groepspraktijken van tandartsen voor orthodontie, buitenlandse tandartsen of orthodontisten (al dan niet in dienst van of in samenwerking met Nederlandse praktijken), tandartsen of orthodontisten werkzaam bij de schooltandverzorging of in dienst van verzekeraars, bedrijven of instellingen. Iedere aanbieder heeft in principe toegang tot de markt, waar door concurrentie en vraag en aanbod een reële prijs tot stand zal moeten komen. Dit betekent dat er een differentiatie in tarief zal ontstaan. Eenvoudige behandelingen kunnen goedkoper worden, complexere behandelingen duurder. Het tarief kan o.a. afhankelijk gemaakt worden van de ernst van de afwijking, zoals ook door de Nederlandse hoogleraren in de orthodontie wordt aanbevolen ¹.

De overige orthodontische zorg kan worden overgelaten aan de werking van de vrije markt

De patiënt gaat zelf kiezen hoeveel hij wil betalen voor een behandeling en hoe hij zich daarvoor aanvullend gaat verzekeren. De concurrentie tussen verzekeraars wordt daarmee ook versterkt. De verzekeraars worden geprikkeld om zorg in te kopen op basis van een zo goed mogelijke prijs-kwaliteitverhouding. Zij kunnen pakketten ontwikkelen in de strijd om de gunst van de patiënt, hetgeen de toegankelijkheid van de zorg kan bevorderen. Ook zal er vanzelf meer aandacht komen voor de stijgende vraag naar orthodontie voor volwassen patiënten, voor wie de mogelijkheden om zich aanvullend te verzekeren op dit moment veel te beperkt zijn.

De patiënt krijgt een ruimere keuze: dat bevordert de concurrentie

Voor een concurrerende markt is voldoende zorgaanbod een voorwaarde. Om een toekomstig kwalitatief hoogstaand zorgaanbod te garanderen dienen er meer orthodontisten te worden opgeleid. Dit hoeft niet te leiden tot onverantwoorde financiële lasten voor de overheid. Zorgaanbod voor de zogenoemde electieve zorg kan gefinancierd worden uit de markt als een stabiel prijsniveau is bereikt. Immers, investeringen gedaan in de specialistenopleiding kunnen over een langere periode middels praktijkvoeren worden terugverdiend. Op deze wijze wordt gegarandeerd dat bij een toenemende vraag ook het budget voor een toenemend aanbod van zorg aanwezig is.

Er zijn oplossingen te bedenken voor de financiering van extra opleidingsplaatsen

6.2.2. Transparantie

Transparantie voor de patiënt houdt in dat voor aanvang van de orthodontische behandeling volledig inzicht wordt gegeven door de orthodontist in de aard en ernst van de afwijking, de noodzaak tot behandeling, het doel en de mogelijkheden van een orthodontische behandeling en de daarbij behorende kosten. De patiënt wordt voorzien van duidelijke schriftelijke informatie over zijn aanstaande behandeling en de apparatuur die gebruikt wordt. Ten behoeve van die informatieverstrekking worden tegenwoordig ook nieuwe media ingezet, zoals internet. Er zijn door diverse orthodontisten websites met uitgebreide informatie over de mogelijkheden van orthodontie ontwikkeld. Een uitgebreide en dagelijks door veel patiënten geraadpleegde website (www.orthodontist.nl) is in 2000 opgezet door DMO, de beroepsvereniging van de Nederlandse orthodontisten. Ook populair is de website van ACTA (www.beugel.nl).

Meer informatie verbetert transparantie

Door de betere informatie wordt de onderhandelingspositie van de patiënt versterkt. De orthodontist stelt zich kwetsbaar op. Niet alleen als vanouds kan de (verwijzende) tandarts over zijn schouder meekijken, de patiënt is daar nu ook zelf toe in staat. Dit stimuleert een flexibele bedrijfsvoering met open oor voor de vragen van de patiënt. De patiënt kan een keuze maken voor een zorgaanbieder, kan meepraten over de wijze van behandelen en kan onderhandelen over het tarief van de behandeling.

ICT verschaft mogelijkheden om patiënten beter te informeren

Bij transparantie hoort ook inzicht voor de patiënt in de kwaliteit van de verleende zorg. Aan het lidmaatschap van de beroepsvereniging DMO zijn voorwaarden gesteld voor een goed kwaliteitsniveau van de orthodontist door verplichte deelname aan kwaliteitsbevorderende programma's.

Er dient een nieuwe instantie voor kwaliteitsbewaking en klachtenbehandeling in het leven te worden geroepen, waarin zorgverleners, verzekeraars en de Nederlandse Patiënten

Patiënten moeten grotere rol krijgen in de behandeling van klachten

Consumenten Federatie (NPCF) vertegenwoordigd zijn. Het is de hoogste tijd dat ook patiënten vertegenwoordigd zijn in instanties, die over klachten met betrekking tot de geleverde zorg oordelen. Met het in het leven roepen van een dergelijke onafhankelijke instantie wordt recht gedaan aan ieders belang.

De patiënt moet daarnaast meer inzicht krijgen in de verschillende verzekeringspakketten. De consumentenbond en patiëntenorganisaties kunnen in samenwerking met de beroepsgroep een actueel overzicht verstrekken van alle aangeboden pakketten, zodat patiënten beter kunnen vergelijken en kiezen. Van zorgverzekeraars wordt op deze wijze meer inspanning verlangd om de marktwerking te laten functioneren. Door meer variatie in die markt, die bovendien de patiënt een grotere rol toedicht, zullen zij daartoe aangespoord worden.

Zorgverzekeraars moeten zich meer inspannen voor betere marktwerking

6.2.3. Continuïteit

De huidige markt is grillig voor patiënten. Overheidsmaatregelen in de gezondheidszorg zijn vooral afhankelijk van het politiek klimaat, economisch tij en het beschikbare budget. Hierdoor worden patiënten soms tijdens een orthodontische behandeling geconfronteerd met maatregelen, die voor hen extra financiële lasten met zich meebrengen. Prijsvorming in de vrije markt is doorzichtig en zal, door goede afspraken vooraf, gedurende een behandeling niet kunnen veranderen. Hiermee wordt continuïteit van zorg voor de patiënt, die immers vanwege de leeftijd vaak niet de betalende partij is, tijdens een behandeling gewaarborgd.

De overheid wordt gevraagd om garanties te leveren dat het nieuwe zorgstelsel voor orthodontie voldoende tijd krijgt om zich te bewijzen.

6.2.4. Kwaliteit en innovatie

In een vrije markt met minder sturing van de overheid moet de patiënt erop kunnen vertrouwen dat de kwaliteit van de orthodontische zorgverlening op een hoog peil staat. Kwaliteit moet voor de patiënten inzichtelijk gemaakt worden. De beroepsgroep heeft een degelijk kwaliteitsbeleid ontwikkeld. Alle leden van de wetenschappelijke vereniging van Nederlandse orthodontisten DMO zijn verplicht deel te nemen aan het visitatieprogramma, dat daar een wezenlijk onderdeel van uit maakt. De kwaliteit van de behandelingen in een vrije markt zal de drijfveer moeten zijn voor onderlinge concurrentie.

De beroepsvereniging DMO stelt orthodontisten voorwaarden voor goede kwaliteit

De zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg die ze inkopen en zullen dus betrokken moeten worden bij kwaliteitsbeleid. Dit is tot nog toe veel te weinig het geval geweest. Door het meewerken aan het kwaliteitsbeleid wordt het mogelijk om investeringen te doen in alle kwalitatieve aspecten van de praktijkvoering: postacademisch onderwijs, visitatieprogramma, opleiding en nascholing van personeel, digitale röntgen, introductie van innovatieve technieken en behandelmethodes, onderzoek, effectieve administratie, etc. Ook zal er in de toekomst meer aandacht komen voor "value-based" orthodontie, waarin de noodzaak tot behandeling, de wetenschappelijke onderbouwing ervan en de kosten tegen elkaar afgewogen kunnen worden. De consumentenbond en

Ook de zorgverzekeraars dienen hun aandeel te nemen in het kwaliteitsbeleid

patiëntenorganisaties zullen zich kritisch moeten blijven opstellen, zodat de markt geprikkeld wordt goede zorg te leveren en verzekeraars worden gestimuleerd goede zorg in te kopen.

6.2.5. Toezicht

De overheid is bezorgd dat een vrije markt in de orthodontie zal leiden tot hogere tarieven en dat de toegankelijkheid van de zorg in het gedrang komt. De in december 2003 gepubliceerde RVZ-studie *De wensen van zorgcliënten in Europa*² ontkracht deze vrees. Uit ander onderzoek blijkt verder dat in Europese landen, waar de tarieven van orthodontisten gevormd worden door marktwerking, de tarieven gemiddeld lager zijn dan in landen waar de overheid de tarieven bepaalt.³ In de meeste van deze landen bestaat geen overschot aan orthodontisten. Dit toont aan dat ook in die situatie concurrentie goed mogelijk is. Het ontbreken van een overschot in het aanbod van zorg sluit concurrentie tussen zorgaanbieders dus niet uit.

De overheid moet een stap durven te zetten richting vrije marktwerking in de orthodontie

In de overgang naar de vrije markt is een rol van de overheid als marktmeester voor de hand liggend. Op meerdere manieren kan de overheid daar invulling aan geven.

Belangrijk voor een gezonde marktwerking is voldoende zorgaanbod. Het ligt voor de hand dat de overheid hier zicht op wil houden. Het reeds bestaande Capaciteitsorgaan is goed in staat daar invulling aan te geven. Rekening houdend met de veranderde marktverhoudingen lijkt het wenselijk om vertegenwoordigers van de patiënten zitting te laten nemen in de kamer tandheelkundige specialisten van het Capaciteitsorgaan.

De veranderde markt vraagt ook ander toezicht. Belangrijk is dat er toezicht wordt gehouden op de naleving van regelgeving die de vrije markt goed laat functioneren. De NMa toetst hiertoe afspraken aan de Mededingingswet. Deze zienswijze sluit aan bij die van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg⁴, die eveneens een pleidooi heeft gehouden voor de instelling van een zorgkamer van de NMa die over deskundigheid op het terrein van de gezondheidszorg beschikt. De door de overheid aangekondigde instelling van de Zorgautoriteit in oprichting (ZAio), lijkt een eerste stap op deze weg.

In de zorgsector², de verzekeringswereld, de SER en ook de politiek ontstaat het besef dat de risico's voor een nieuw zorgstelsel beheersbaar zijn. Ook het Centraal Planbureau is van mening dat door concurrentie tussen zorgaanbieders de doelmatigheid en klantgerichtheid zullen toenemen.^{5, 6} Het nieuwe zorgstelsel is een uitdaging voor patiënten, orthodontisten en verzekeraars om een tijdperk van zorg op maat binnen te treden.

6.3. Een nieuw orthodontisch zorgstelsel puntsgewijs

- Er dient een reëlere verdeling te komen tussen noodzakelijke zorg (tweede compartiment) en overige, electieve zorg (derde compartiment).
- Voor patiënten met ernstige orthodontische afwijkingen geldt het solidariteitsprincipe en wordt directe zorg gegarandeerd.
- Vraag en aanbod in de electieve zorg wordt overgelaten aan de vrije markt.
- Een nieuw in te stellen zorgkamer van de NMa houdt toezicht op het goed functioneren van de vrije markt.
- Een groter aantal orthodontisten moet worden opgeleid. Dit kan deels worden gefinancierd uit de markt.
- Vertegenwoordigers van patiënten dienen zitting te krijgen in de kamer tandheelkundige specialisten van het Capaciteitsorgaan.
- De patiënt moet beter in staat worden gesteld om (meer) keuzes te maken door goede informatieverstrekking, concurrentie op de markt en een gewaarborgde kwaliteit van zorg.
- Vertegenwoordigers van patiënten, beroepsbeoefenaren en zorgverzekeraars richten een nieuwe instelling op voor het afwikkelen van klachten.
- Zorgverzekeraars moeten door marktwerking gedwongen worden meer aandacht en budget te besteden aan kwaliteit van zorg en zorg voor volwassenen.

6.4. Literatuur

1. Prah-Andersen B, Kuijpers-Jagtman AM. De mondarts en de orthodontist. Een toekomstvisie. Ned Tijdschr Tandheelkd 2003; 110: 46-49.
2. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), De wensen van zorgcliënten in Europa, Zoetermeer, december 2003.
3. Linden FPGM van der, Schmiedel WJ, Bijlstra RJ. Het specialisme orthodontie in Europees perspectief, Ned Tijdschr Tandheelk 2003; 110: 14-19.
4. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Marktwerking in de medisch specialistische zorg, Zoetermeer, 2003.
5. Vrie R van der. Toetreding, transparantie, toezicht. Ned Tandartsenblad 2003;58; 24-26.
6. Centraal Plan Bureau. Zorg voor concurrentie; een analyse van het nieuwe zorgstelsel, januari 2003.