

# Gezondheidseconomie en mondzorg: een inleidende bloemlezing



**Samenvatting.** De zorguitgaven zullen de komende jaren blijven stijgen en daarmee dringen zich vragen op over de houdbaarheid van het Nederlandse zorgstelsel en de solidariteit, maar ook over het optimale gebruik van de beschikbare middelen. Gezien de vraagstukken binnen de mondzorg is ook daarin aandacht voor economische inzichten op zijn plaats. Hierbij valt te denken aan de vormgeving van de basisverzekering en de aanvullende mondzorgverzekering, de marktstructuur, de wijze van financiering, vragen omtrent taakherschikking in de mondzorg, en ook de sociaal-economische ongelijkheid in de mondgezondheid. Een hechtere samenwerking tussen mondzorg en gezondheidseconomie kan helpen om te komen tot een optimale, duurzame inrichting van de Nederlandse mondzorg. Dat wil zeggen, een inrichting die op een doelmatige en eerlijke manier bijdraagt aan een goede mondzorg voor alle Nederlanders.

Brouwer WBF, Varkevisser M. Gezondheidseconomie en mondzorg: een inleidende bloemlezing  
 Ned Tijdschr Tandheelkd 2019; 126: 285-293  
 doi: <https://doi.org/10.5177/ntvt.2019.06.19045>

## LEERDOELEN

Na het lezen van dit artikel weet u hoe economische inzichten van dienst kunnen zijn bij de herinrichting van de Nederlandse mondzorg met betrekking tot

- de basisverzekering/aanvullende verzekering;
- marktstructuur;
- wijze van financiering;
- taakherschikking;
- sociaal-economische ongelijkheid.

## INLEIDING

De Nederlandse zorg staat internationaal goed aangeschreven en in veel (meer of minder betrouwbare) ranglijstjes prijkt het Nederlandse zorgstelsel vaak in de hoogste regionen of zelfs bovenaan (OECD, 2017; RIVM, 2018a). De zorg draagt in belangrijke mate bij aan de indrukwekkende groei in levensverwachting en gezondheid van de Nederlandse bevolking. Zo groeide de gemiddelde levensverwachting in Nederland volgens het CBS van 77 jaar in 1990 tot ongeveer 82 jaar anno 2019 en kunnen belangrijke ziekten dankzij de vooruitgang van de medische we-

tenschap tegenwoordig worden voorkomen, uitgesteld of genezen. Gezien het belang dat mensen hechten aan gezondheid en levensduur, vertegenwoordigt een dergelijke toename in gezondheid een belangrijke intrinsieke waarde. Gezondheid is dus, ook voor economen, een zeer waardevol goed (Brouwer et al, 2008). De zorg is ook een belangrijke bron van werkgelegenheid, met meer dan 1,1 miljoen mensen die erin werkzaam zijn. Daarnaast draagt de zorg onder andere bij aan een gezonde beroepsbevolking, hetgeen indirect weer bijdraagt aan de welvaart en economische groei.

Solidariteit is een van de kernwaarden in de Nederlandse gezondheidszorg. Via verplichte zorgverzekeringen worden zowel risico- als inkomenssolidariteit geborgd. Dat betekent dat mensen met een lager risico op ziekte meebetalen voor mensen met een hoger risico, en mensen met een hoger inkomen meebetalen voor mensen met een lager inkomen. De zorg wordt grotendeels toebedeeld op basis van behoefte en is voor de meeste mensen veelal goed toegankelijk. Het wettelijk verzekerde pakket aan zorg, het basispakket, is vanuit internationaal perspectief bezien uitgebreid, zeker in termen van langdurige zorg. Het Nederlandse zorgstelsel is door de prominente gezondheidseconoom Van de Ven niet voor niets al eens betiteld als het

beste zorgstelsel in de wereld (Van de Ven, 2015).

Ondanks die positieve elementen blijft er ook reden tot zorg. Zo bestaan er vragen over de kwaliteit van de verpleeghuiszorg en wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg en jeugdzorg. Ook de beperkte beschikbaarheid van specifieke medicijnen baart soms zorgen. Daarnaast stijgen de zorguitgaven door de jaren heen sterk. Er wordt in Nederland, afhankelijk van de definitie van zorg, ondertussen zo'n 80 tot 100 miljard per jaar uitgegeven aan zorg (CBS, 2018). Uitgaande van een brede definitie van zorg wordt per Nederlander nu meer dan 5.600 euro per jaar aan zorg uitgegeven. Dat is zo'n 13% van het Bruto Binnenlands Product. Die zorguitgaven nemen steeds toe, zowel absoluut als relatief. Projecties van het RIVM geven aan dat de zorguitgaven in 2040 verdubbeld zullen zijn ten opzichte van het huidige niveau (RIVM, 2018b). De vergrijzing, maar ook de technologische vooruitgang en hogere verwachtingen en eisen die aan de zorg worden gesteld, dragen hieraan bij. Dit roept prangende vragen op over de grenzen en houdbaarheid van het zorgstelsel en de solidariteit, maar ook over of de beschikbare middelen goed worden gebruikt. Daarbij spelen vraagstukken op allerlei niveaus, van de inrichting van het zorgstelsel (zoals de rol van verzekeraars), via betere prikkels voor aanbieders van zorg, de grens tussen formele en informele zorg, tot keuzen over de vergoeding van dure medicijnen. Dit zijn belangrijke thema's die in de komende jaren zonder twijfel hoog op de maatschappelijke en politieke agenda zullen blijven prijken.

Economen spelen bij de discussies over deze thema's ook een rol. Hun rol en aanwezigheid in de zorg worden zeker niet altijd met gejuich begroet. Uitspraken als 'de zorg is geen markt' en 'geld mag geen rol spelen in de zorg' onderstrepen dat zorg en economie niet voor iedereen gemakkelijk combineerbaar zijn. Gedeeltelijk lijkt dit ook te maken te hebben met hardnekkige misvattingen over de economische wetenschap.

Ook in de mondzorg neemt de aandacht voor economische vraagstukken toe, alhoewel vooralsnog minder dan in een aantal andere zorgsectoren, wat wellicht ook samenhangt met het feit dat mondzorg (voor volwassenen) meestal geen collectief verzekerde zorg is. Echter, gezien de vraagstukken die binnen de mondzorg spelen, is meer aandacht voor economische inzichten wel degelijk op zijn plaats. Hierbij kan worden gedacht aan aspecten als het aantonen van kosteneffectiviteit van behandelingen, de wijze van verzekeren van mondzorg, het stimuleren van preventie en de organisatie van de mondzorg.

In deze bijdrage wordt allereerst kort stilgestaan bij economie en gezondheidseconomie als disciplines en worden vervolgens een aantal thema's uit de mondzorg vanuit gezondheidseconomisch perspectief belicht. Hierbij gaat het om een selectieve, inleidende bloemlezing, die vooral de relevantie van economie voor de mondzorg probeert in te leiden en belichten.

## ECONOMIE EN GEZONDHEIDSECONOMIE

Voor sommige mensen staat een econoom zo ongeveer ge-

lijk aan de cynicus gedefinieerd door Oscar Wilde: iemand "who knows the price of everything but the value of nothing". Niets is echter minder waar. In algemene zin houdt de economische wetenschap zich bezig met keuzen rond de aanwending van schaarse middelen. Er wordt daarbij gestreefd naar het maken van die keuzen die maximaal bijdragen aan het doel dat de beslisser voor ogen heeft. Ervan uitgaande dat het uiteindelijke doel van mensen welvaart in brede zin - geluk - is, zouden de keuzen dus optimaal moeten bijdragen aan het geluk van mensen. Hetzelfde geldt voor samenlevingen, waarbij naast de hoogte van het geluk ook de eerlijke verdeling ervan een rol speelt. Economen proberen aan die doelstelling bij te dragen.

Een algemene definitie van de economische wetenschap luidt dat het een sociale wetenschap is die zich bezighoudt met de doelmatigheids- en verdelingseffecten van alternatieve toepassingen van schaarse middelen. Doelmatigheid gaat over het bereiken van optimale uitkomsten met de beschikbare middelen. De verdelingseffecten gaan over de rechtvaardigheid van de verdeling van uitkomsten.

Helaas is er altijd schaarste en zijn er dus nooit genoeg middelen (arbeid, tijd, kapitaal) om aan alle behoeften en wensen te voldoen. Keuzen zijn daarom onontkoombaar. Het aanwenden van schaarse middelen voor een bepaald doel, betekent dat die middelen niet meer beschikbaar zijn voor een ander doel. Economen noemen dat opportu-niteitskosten. Het ene doen betekent namelijk noodzakelijk-kerwijs iets anders niet kunnen doen (zie intermezzo 1).

Het aanwenden van schaarse middelen gebeurt vaak op markten; fysieke dan wel virtuele ontmoetingsplaatsen tussen aanbieders en vragers van bepaalde goederen en diensten. Onder bepaalde voorwaarden (zoals veel perfect geïnformeerde vragers, veel aanbieders zonder marktmacht, homogene producten) helpen vrije markten mensen om hun welvaart te maximaliseren. In veel gevallen wordt niet aan alle voorwaarden voor perfecte marktwerking voldaan en leidt een vrije markt dus niet tot optimale uitkomsten. Een klassiek voorbeeld is een markt met slechts weinig of zelfs maar één aanbieder (monopolist), waardoor de gevraagde prijs voor het product hoog zal zijn. In gevallen waarin een markt niet 'vanzelf' optimaal functioneert, dienen er oplossingen te worden gevonden voor dit 'marktfalen'.

Dat is bij uitstek het geval in de gezondheidszorg. De

### INTERMEZZO 1. WIE DIT LEEST IS GEK?

Een simpel voorbeeld. De tijd die u nu besteedt aan het lezen van dit artikel, kunt u niet gebruiken voor het beste alternatief (laten we zeggen wandelen). Dat betekent dus dat u het geluk dat u had verkregen door te wandelen hebt opgeofferd om dit artikel te lezen. Met andere woorden, de opportu-niteitskosten van het lezen van dit artikel zijn het opgeofferde wandelgeluk. Het feit dat u dit toch leest betekent voor economen dat u verwacht gelukkiger te worden van het lezen van dit artikel dan van wandelen. Waarvan akte...!

gezondheidszorg heeft namelijk een aantal bijzondere kenmerken, waardoor normale marktmechanismen niet leiden tot optimale of zelfs acceptabele uitkomsten (Arrow, 1963; Schut en Varkevisser, 2016). Zo bestaat er op individueel niveau onzekerheid over wanneer en hoeveel gezondheidsproblemen er zullen optreden waarvoor zorg nodig is en dus kosten zullen optreden. Deze onzekerheid leidt normaal gesproken tot de wens zich te verzekeren tegen zorgkosten. Alhoewel zo'n verzekering mensen zekerheid geeft en beschermt tegen onvoorziene, hoge zorgkosten en het welzijn van mensen verhoogt, zijn er ook nadelen. Het leidt bijvoorbeeld tot specifieke gedragsveranderingen bij verzekerde individuen, vaak als *moral hazard* aangeduid. Immers, bij volledige verzekering is de prijs van zorggebruik nagenoeg nul, waardoor mensen meer en duurere zorg kunnen gaan gebruiken dan eigenlijk optimaal is gezien de kosten van dat zorggebruik. Het is immers voor hen 'gratis' maar heeft uiteindelijk natuurlijk wel een prijs die bijvoorbeeld via zorgpremies (omgeslagen over alle premiebetaalers) wordt betaald. Kortom, er is sprake van een situatie van individuele baten en collectieve kosten. Dit heeft belangrijke gevolgen.

Ook is bij zorg sprake van informatie-asymmetrie. Dat wil zeggen dat een behandelaar vaak beter kan beoordelen wat de vraag van de patiënt is, dan de patiënt zelf. Hierdoor kan een arts de vraag ook beïnvloeden, waarbij wellicht soms ook andere dan alleen patiëntbelangen een rol spelen (zoals het eigen inkomen of het gebruik van nieuwe technologie). Indien artsen de vraag van patiënten verhogen door ze meer (of duurere) zorg te laten consumeren dan vanuit de zorgbehoefte van de patiënt optimaal was geweest, wordt dit wel *supplier induced demand* (door de aanbieder opgewekte vraag) genoemd.

Ten slotte is gezondheid een heel bijzonder 'goed', want het is niet alleen een directe bron van welzijn, maar vaak ook een voorwaarde voor het functioneren op andere terreinen. Daardoor wordt er terecht zeer sterk gehecht aan zaken als rechtvaardigheid en solidariteit binnen de zorg. Die kunnen niet via een normale markt worden bereikt.

Vanwege deze en andere kenmerken van de gezondheidszorg, zal de markt in de zorg niet vanzelf leiden tot optimale uitkomsten. Daarom heeft de overheid een belangrijke rol binnen de gezondheidszorg. Een scala aan instrumenten en regelgeving wordt door de overheid ingezet om de publieke belangen van solidariteit, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg te borgen. De mate van overheidsingrijpen en de wijze van het organiseren van het zorgsysteem verschilt tussen landen en in de tijd, en ook tussen zorgsectoren. In Nederland bestaat in de curatieve zorg bijvoorbeeld het stelsel van gereguleerde concurrentie (zie in dit themanummer Varkevisser, 2019). 'Gereguleerd' slaat op het overheidsingrijpen en de door de overheid bepaalde kaders waarbinnen marktprikkels via concurrentie

een rol mogen spelen. Zo wordt getracht een juiste balans te vinden tussen overheidssturing en marktelementen.

Deze bijzondere kenmerken van de gezondheidszorg hebben ook geleid tot de ontwikkeling van de gezondheidseconomie als eigenstandige wetenschappelijke discipline. De gezondheidseconomie neemt de speciale kenmerken van gezondheid en de zorg, inclusief aanwezigheid van zorgverzekeringen, als uitgangspunt voor economische analyses. Daarbij is het achterliggende doel nog steeds hetzelfde: ook gezondheidseconomen trachten bij te dragen aan keuzen die optimaal recht doen aan de gezondheid en de welvaart van mensen, in termen van doelmatigheid en rechtvaardigheid. De relevantie daarvan voor de mondzorg wordt hieronder belicht aan de hand van een aantal voorbeelden.

### MONDZORG ALS SECTOR

Qua totale uitgaven, collectief en privaat, is de mondzorg vergelijkbaar met de huisartsenzorg. Tevens is het bij uitstek een zorgvorm waar de meeste mensen met enige regelmaat mee in aanraking komen, volgens het CBS komt zo'n 80% van de bevolking in ieder geval jaarlijks bij een mondzorgverlener. Deze frequentie is hoog ten opzichte van de meeste andere zorgvormen. In de mondzorg zijn

veel mensen direct en indirect werkzaam. Ook is het maatschappelijk belang van mondzorg groot vanwege de directe bijdrage aan gezondheid. Gebitsproblemen kunnen bijvoorbeeld leiden tot pijn, slaap- en eetproblemen (Benadi en Reddy, 2013). Ook zijn er aan-

wijzingen voor een wisselwerking tussen mondgezondheid en algehele gezondheid (Lockhart et al, 2012). Daarnaast is duidelijk dat een lage mondgezondheid ook bredere effecten kan hebben op de levens van mensen, zoals in sociale relaties of werk (Sischo en Broder, 2011; Hyde et al, 2006). Dat er desondanks relatief weinig aandacht lijkt te zijn voor mondzorg vanuit de economie kan te maken hebben met een aantal aspecten. Zo is de gemiddelde ziektebelasting bij mondgezondheidsproblemen per persoon over het algemeen niet zo groot als bij veel andere aandoeningen, ondanks het feit dat de totale ziektebelasting als gevolg van mondziekten volgens bijvoorbeeld de WHO aanzienlijk is (WHO, 2018). Ook zijn de kosten die samenhangen met preventie en curatie normaal gesproken minder hoog en minder variabel per persoon dan bij veel andere zorgvormen. Dat maakt ook verzekeren van deze zorgkosten in theorie minder voor de hand liggend, aangezien dat vooral zinvol is wanneer zorgkosten onvoorspelbaar en hoog zijn. In dat opzicht is interessant dat veel mensen toch kiezen voor een aanvullende verzekering. Daarnaast kan het element van (vermeende) eigen verantwoordelijkheid voor eigen mondgezondheid een rol spelen. Deze aspecten hebben ook invloed gehad op de wijze waarop de mondzorg in Nederland is georganiseerd. In de volgende paragraaf

## Marktwerving zal in de zorg niet vanzelf leiden tot optimale uitkomsten

wordt op een aantal aspecten – zoals de verzekering van tandheelkundige behandelingen, financieringswijzen van mondzorg, en ongelijkheid in mondgezondheid – nader ingegaan. Deze onderwerpen zijn relatief willekeurig gekozen en beogen alleen het economische perspectief op de mondgezondheid verder te illustreren.

### AANVULLENDE VERZEKERING

Voor volwassen Nederlanders zijn veruit de meeste tandheelkundige behandelingen niet verzekerd in het basispakket. Het is in sommige opzichten opvallend dat deze uitsluiting niet voor specifieke verrichtingen geldt, maar meer categorisch. Dat dit niet vanzelfsprekend is blijkt uit het feit dat in landen als België, Duitsland en Frankrijk een aantal zaken (zoals restauraties) wel in het verplichte basispakket zijn opgenomen. Omdat daar in Nederland niet voor is gekozen, ligt hier het percentage van de totale kosten voor mondzorg dat niet via de verplichte basisverzekering wordt gedekt op 74%, terwijl dit in België, Duitsland en Frankrijk respectievelijk 45%, 30% en 65% is (Calcoen en Van de Ven, 2018).

Nederlandse volwassenen hebben ‘de keuze’ om de kosten voor mondzorg zelf te dragen (en direct te betalen) of een aanvullende verzekering af te sluiten. Een ruime meerderheid van de Nederlanders (zo’n 84%) heeft een aanvullende verzekering. Daarvan heeft driekwart (ook) betrekking op tandheelkundige zorg, dus in totaal zo’n 63% van alle volwassen Nederlandse verzekerden. Deze

aanvullende verzekeringen dekken echter niet alle kosten. Zo becijferden Calcoen en Van de Ven (2018) op basis van OECD-data dat in Nederland de aanvullende verzekeringen ongeveer 55% van de totale private kosten dekken. De rest komt dus direct voor eigen rekening van de zorggebruikers.

Belangrijk om op te merken is dat de vormgeving van aanvullende tandheelkundige verzekeringen veel te wensen overlaat. Zo geeft de gangbare aftopping van de maximaal uit te keren bedragen door een verzekering, op bijvoorbeeld 250 of 500 euro per jaar, niet de bescherming tegen juist

moelijk zelf te dragen risico’s (zoals het plaatsen van een implantaat). Juist die bescherming is een belangrijke reden voor het hebben van een zorgverzekering. Het kan verbazing wekken dat veel mensen desondanks kiezen voor een niet optimale aanvullende verzekering. In sommige opzichten lijken dergelijke verzekeringen vooral een bescherming tegen

liquiditeitsproblemen en te herleiden tot schuldaversie. Scherp verwoord lijken sommige verzekeringsproducten, ook gezien de premiestelling en voorwaarden, meer op een betaalregeling dan een klassieke verzekering. Daarbij is ook de kennis die mensen hebben van de afgesloten verzekering vaak niet optimaal en laten mensen zich leiden door keuzen van anderen (Calcoen en Van de Ven, 2018). Ook kunnen mensen strategisch omgaan met het wel of niet afsluiten van een aanvullende verzekering (door die bijvoorbeeld alleen te kiezen in een jaar waarin zorggebruik wordt verwacht), en is *moral hazard* daarmee een reëel gevaar.

## Vormgeving van aanvullende tandheelkundige verzekeringen laat veel te wensen over



Fotograaf: Wout Jan Balhuizen

Verbeteringen op de markt voor aanvullende zorgverzekeringen zijn dan ook nodig. Calcoen en Van de Ven (2018) geven terecht aan dat dit allereerst een duidelijke visie vergt op welke zorg in het basispakket zou thuishoren en welke, als gevolg, onder aanvullende verzekeringen zou vallen. Voor aanvullende verzekeringen, die juist ook hoge kosten zouden moeten dekken, zou onder andere *moral hazard* moeten worden tegengegaan met bijvoorbeeld gedeeltelijke eigen bijdragen en een eigen risico. Ook dient te worden nagedacht over een wijze waarop lage inkomensgroepen, die bescherming tegen ziektekosten het hardst nodig hebben, een betere toegang tot aanvullende verzekeringen zouden kunnen krijgen; bijvoorbeeld met gerichte subsidies. Immers, juist de meest kwetsbaren zullen nu van aanvullende verzekeringen verstoken blijven. De noodzaak om de meest kwetsbaren op de aanvullende verzekeringsmarkt te ondersteunen hangt uiteraard sterk samen met de eerste vraag, namelijk welke mondzorg in het basispakket thuishoort.

### BASISVERZEKERING

Voor Nederlandse kinderen zijn nagenoeg alle curatieve en preventieve verrichtingen wel onderdeel van het basispakket, zodat kinderen tot hun achttiende levensjaar van goede mondzorg zijn verzekerd. Ouders moeten dan wel het bezoek aan de tandarts van hun kinderen mogelijk maken, ook wanneer ze zelf niet verzekerd zijn. Echter, wanneer ouders zelf niet (frequent) naar een tandarts gaan (vanwege de daarmee samenhangende kosten of uit angst voor tandheelkundige behandelingen), kan dit leiden tot schaamte en een gebrek aan 'gewoonte'. Hierdoor kan ook de mondzorg van hun kinderen onder druk komen te staan. Een ander obstakel is dat de kennis omtrent de zorgverzekering niet bij iedereen even groot is. Hierdoor weten mensen niet altijd of de kosten voor de behandeling van hun kinderen (geheel) vergoed worden en besluiten dan om verkeerde redenen hun kinderen geen mondzorg te laten gebruiken. Ten slotte is de 'gelijke start' die lijkt te worden nagestreefd door mondzorg voor kinderen in het basispakket op te nemen, slechts gedeeltelijk de praktijk. Zo worden de kosten van een orthodontische behandeling normaal gesproken niet vergoed uit het basispakket. Calcoen en Van de Ven (2018) geven aan dat in België en Frankrijk deze behandeling beperkt wordt vergoed uit het basispakket en in Duitsland wat ruimhartiger. Een ruimere vergoeding in Nederland binnen het basispakket zou kunnen bijdragen aan een hoger aantal orthodontische behandelingen, ook in lagere-inkomensgroepen, maar roept ook vragen op over medische noodzaak ervan.

Dergelijke onderwerpen hangen sterk samen met de wijze waarop in Nederland wordt besloten over de samenstelling van het basispakket. Elders in dit themanummer gaan Poley en Vermaire hier specifiek op in (Poley en Vermaire, 2019). Een belangrijke input in dat besluitvormingsproces zijn de resultaten van een economische evaluatie (Brouwer, 2009). Daarin worden de opbrengsten en kosten van een interventie (ten opzichte van een rele-

vant alternatief) tegen elkaar worden afgewogen. Zo kan de doelmatigheid van een interventie inzichtelijk worden gemaakt. Alleen wanneer de opbrengsten van een interventie de kosten ervan overtreffen wordt de desbetreffende behandeling doelmatig genoemd. Het is belangrijk op te merken dat de huidige systematiek van besluitvorming en uitkomstmeting sterk geënt is op de meest gangbare context, namelijk besluitvorming over toelating tot het pakket van geneesmiddelen. Vaak worden daarbij de kosten in geld uitgedrukt en opbrengsten in termen van kwaliteit van leven. Omdat in de economie het welzijn van mensen centraal staat, gaat het er bij kwaliteit van leven dus om verbeteringen te realiseren die door de betrokken patiënten als het meest waardevol worden gezien. De parallellen tussen economische evaluaties en waardegedreven zorg (*value-based health care*) zijn dan ook groot. Uiteraard dienen de gebruikte maten wel geschikt te zijn voor de specifieke context van de mondzorg. Bestaande algemene kwaliteit van leven-instrumenten zijn misschien niet altijd sensitief, specifiek of breed genoeg voor het meten van de gezondheids- en welzijnseffecten van mondzorginterventies. De literatuur in de mondzorg over *oral health-related quality of life* benadrukt dit (Sischo en Broder, 2011).

Indien specifieke of bredere uitkomstmaten worden gebruikt, dient wel rekening te worden gehouden met een aantal zaken. Ten eerste dient dan de vraag te worden beantwoord welke zaken nog tot het zorgdomein dienen te worden gerekend en welke daarbuiten vallen. Is orthodontische apparatuur voor kinderen, zonder directe medische noodzaak, collectief te verzekeren zorg? Ook dient te worden nagedacht over de vraag hoe bredere welzijnseffecten goed zijn te meten en te waarderen in een economische evaluatie, zoals ook in andere sectoren als de ouderenzorg het geval is (Makai et al, 2014). Bij gebruik van mondzorgspecifieke uitkomstmaten moet worden nagedacht over de vraag hoeveel de Nederlandse maatschappij over heeft voor betere mondgezondheid. Daarbij komt het onderwerp van de opportunitetskosten weer op de proppen. Immers, meer uitgeven aan mondzorg betekent minder geld overhouden voor andere zaken. Die opportunitetskosten kunnen binnen of buiten de zorg vallen (Brouwer et al, 2019). Als het zorgbudget wordt opgehoogd om meer mondzorg te bekostigen, dan worden andere bestedingen buiten de zorg opgeofferd (collectief bijvoorbeeld onderwijs en veiligheid, privaat bijvoorbeeld minder kleding of vakanties). De betalingsbereidheid voor een betere mondgezondheid is dan cruciaal. Als het zorgbudget vaststaat, dan betekent meer uitgeven aan mondzorg noodzakelijkerwijs minder uitgeven aan andere zorgvormen. De prijs van meer mondgezondheid is dan minder andere gezondheid. De vraag is dan wanneer de optimale afweging tussen verschillende vormen van zorg is bereikt.

Ten slotte wordt opgemerkt dat preventieve behandelingen in de huidige beoordelingssystematiek voor de vaststelling van het basispakket relatief weinig prioriteit krijgen. Dit hangt er sterk mee samen dat de gezondheids-situatie op het moment van de behandeling bij preventie

nog niet ernstig is (Rappange en Brouwer, 2012). Het verdient nadere overweging, ook in relatie tot mondzorg, of preventie niet een hogere noodzakelijkheid zou moeten worden toegedicht. Anders zouden kosteneffectieve behandelmethoden, met een nadruk op preventie, zoals het Nexø model (Vermaire et al, 2014), relatief minder kans maken op opname in het basispakket.

## FINANCIERING

Economen houden zich ook bezig met de organisatie van zorg en financiële prikkels. Mondzorg wordt nu voornamelijk betaald op basis van verrichtingen. Meer verrichtingen uitvoeren leidt daarmee tot meer inkomen. Economen gaan ervan uit dat een dergelijke wijze van financieren mondzorgverleners prikkelt tot een hogere productiviteit (bijvoorbeeld in vergelijking met loondienst). Dit is in algemene zin positief. Het heeft echter ook nadelen. Ten eerste kan het betalen per verrichting ook leiden tot 'overproductie'. Dit heeft ook te maken met het feit dat zorgverleners de vraag van de patiënt kunnen beïnvloeden; het eerder genoemde *supplier induced demand*. Een behandelaar heeft bij een financieringssysteem op basis van betaling per verrichting zelf een belang bij een hoger aantal verrichtingen en kan dus meer doen dan strikt nodig. Een recente Schots onderzoek van Chalkley en Listl (2018) vond een significant verschil tussen tandartsen in loondienst of betaald per verrichting in het aantal röntgenopnamen dat werd genomen, uiteraard corrigerend voor andere kenmerken. Betaling per verrichting leidde tot duidelijk meer röntgenopnamen. Iets soortgelijks werd waargenomen voor het periodieke onderzoek (Listl en Chalkley, 2014). Interessant bij de röntgenopnamen was dat de toename bij een betaling per verrichting nog sterker het geval was wanneer de behandelde patiënt als gevolg van een verzekering niet zelf hoefde bij te betalen (zodat ook aan de zijde van de patiënt geen negatieve financiële prikkel bestond). Financiële prikkels kunnen dus een belangrijke invloed hebben op het handelen van zorgverleners (in positieve en negatieve zin). Daarmee wordt meteen bij het tweede punt aangesneden: de huidige betalingsvorm lijkt bepaalde gewenste ontwikkelingen in de mondzorg niet te stimuleren, zoals een verschuiving naar meer preventie. Sterker nog, indien een tandarts via voorlichting en preventie de mondgezondheid van zijn patiënten weet te verbeteren en daarmee het aantal verrichtingen omlaag weet te brengen, zal dit in de huidige betalingssystematiek niet beloond maar juist financieel gestraft worden. Dit ondanks het feit dat de behaalde uitkomsten voor zowel de betrokken patiënten als de samenleving als geheel beter zijn.

In de gezondheidszorg wordt recent meer geëxperimenteerd met betalingssystemen die juist beogen de relevante patiëntuitkomsten te maximaliseren. Dit valt binnen de lijn van het stimuleren van *value-based health care*. Der-

gelijke betalingsarrangementen worden wel aangeduid met de term *Pay-for-Performance* (P4P)-systemen. In zulke P4P-systemen wordt de beloning van een aanbieder van (mond)zorg gekoppeld aan de behaalde uitkomsten, dus de kwaliteit de betreffende zorg (Epstein et al, 2004; Shekelle, 2003). Er kan bijvoorbeeld een extra beloning worden gegeven indien bepaalde doelstellingen in termen van mondgezondheid van de aangesloten patiënten, patiënttevredenheid of het percentage kinderen zonder cariës worden behaald. Door de betaling niet (alleen) te koppelen aan verrichtingen, maar juist aan (voor de patiënt) relevante uitkomsten, kunnen aanbieders worden gestimuleerd om de beste zorg te leveren. Dat wil zeggen, de zorg die het meest bijdraagt aan de gezondheid en het welzijn van hun patiënten.

Dergelijke betalingssystemen krijgen meer aandacht, maar het in de praktijk goed inrichten van een P4P-systeem is niet eenvoudig en kent vele uitdagingen (Eijkenaar, 2013; Eijkenaar en Schut, 2015). Zo dient duidelijk te zijn wat er exact wordt gestimuleerd (dus wat als goede *performance* geldt). De gekozen set indicatoren dient enerzijds vaak breed genoeg te zijn om alle belangrijke aspecten te vangen, en anderzijds afdoende smal te zijn om behapbaar te blijven. Idealiter worden de indicatoren direct beïnvloed

door de behandelaar. Of er binnen de mondzorg voldoende onderzoek is verricht naar geschikte uitkomstmaten en kwaliteitsindicatoren om P4P-systemen mee in te richten valt te betwijfelen (Voinea-Griffin et al, 2010). Uiteraard vergen P4P-systemen de registratie en monitoring van de relevante

uitkomsten. Indien de relevante uitkomsten in sommige patiënten makkelijker te behalen zijn dan in andere, dient hiermee rekening te worden gehouden in het beoordelen van prestaties. Als dat niet gebeurt, kunnen zorgaanbieders die patiënten proberen te selecteren waarmee de doelstellingen relatief eenvoudig zijn te behalen. Een andere belangrijke vraag luidt wie er wordt geprikkeld door P4P. Is dat een individuele behandelaar of een hele praktijk? Dergelijke keuzen zijn van invloed op de werking. Ook de vorm waarin wordt beloond (extra beloning of juist een aftrek) vergt aandacht. Die keuze kan een grote invloed hebben op de acceptatie van een nieuw betalingssysteem (Eijkenaar, 2013). Indien een verschuiving van curatieve interventies naar meer preventie is gewenst, dan is het nadenken over P4P-elementen in de honorering van tandartsen de moeite meer dan waard.

## MARKTSTRUCTUUR

Wanneer de marktstructuur van de mondzorg wordt bezien vallen een aantal zaken op. Zo lijkt er een groeiend tekort aan tandartsen te zijn in Nederland. Een recent rapport van Panteia (2018) concludeerde - net als eerdere rapporten - dat het aantal opleidingsplaatsen zou moeten worden uitgebreid om aan de toekomstige vraag te kunnen blijven

## Juist bij mondzorg zijn gedragscomponenten van groot belang

voldoen. Er wordt aangeraden het aantal opleidingsplaatsen van 259 per jaar nu naar 390 te laten groeien. Minister Bruins van VWS toonde zich in zijn brief hierover aan de Tweede Kamer nog niet overtuigd van deze noodzaak: *“Gezien de kritische kanttekeningen die geplaatst worden bij het rapport en de mogelijk aanzienlijke financiële consequenties wil ik samen met mijn collega van OCW nader onderzoek laten doen door het Capaciteitsorgaan.”* Een belangrijk aspect hierbij lijkt de wens om taakherschikking binnen de mondzorg te bewerkstelligen, waarbij meer taken naar mondhygiënisten worden verschoven en de tandartsen zich meer op complexere vormen van mondzorg richten.

Een tweetal korte observaties hierbij. Allereerst is taakherschikking, mede vanuit economisch perspectief, een belangrijk onderwerp. Ook in andere zorgsectoren wordt volop met taakherschikking gewerkt en geëxperimenteerd. De uitkomsten van dergelijke taakherschikkingen zijn variabel, maar bijvoorbeeld in de context van artsen en verplegend personeel in eerstelijnszorg waren er over het algemeen weinig duidelijke verschillen waarneembaar in termen van gezondheidsuitkomsten, proces van zorg of kosten (Laurant et al, 2005). Een verschuiving waarbij bijvoorbeeld mondhygiënisten een prominenter plaats krijgen in de (eerstelijns) mondzorg zou in dat opzicht een te onderzoeken optie kunnen zijn. Dit kan vorm krijgen op verschillende wijzen die kunnen verschillen in termen van haalbaarheid en acceptatiegraad. Zo concludeerde Reiniers (2018) recent op basis van onderzoek naar houdingen van mondzorgverleners dat een herverdeling van deze taken meer waarschijnlijk lijkt *“wanneer tandartsen de ‘officiële eigenaar’ van dergelijke taken blijven of wanneer zij controle behouden over het delegeren van deze taken”*.

Ten tweede dient de afweging tussen verschillende wijzen waarop de mondzorg georganiseerd zou kunnen worden, te worden gebaseerd op goede en realistische informatie over alle kosten en (gezondheids)opbrengsten in de verschillende scenario's (liefst gebaseerd op empirisch onderzoek). Een verandering van de inrichting van de mondzorg is een complexe verandering, met veel directe en indirecte (gedrags)effecten. Snelle conclusies over verwachte uitkomsten zijn dan ook niet altijd juist. Zo kan het feit dat het opleiden van meer tandartsen meer kost dan het opleiden van meer mondhygiënisten en het feit dat tandartsen meer verdienen dan mondhygiënisten, snel leiden tot de conclusie dat de mondzorg bij taakherschikking goedkoper wordt. Toch verdient dat een paar kanttekeningen. Allereerst is de vraag hoe groot de component arbeid is in de totale kosten. Als voor veel behandelingen dure apparatuur nodig is, ongeacht wie de taak uitvoert, dan kunnen de besparingen als gevolg van taakherschikking beperkt zijn. Ten tweede, zelfs als de kosten omlaaggaan (per patiënt), hoeven de uitgaven aan zorg niet te dalen. Soms omdat de betaalde tarieven (gebaseerd op uitvoering door duurdere zorgverleners) niet worden aangepast, waardoor hetzelfde tarief wordt betaald ongeacht wie het uitvoert. Soms ook omdat de kosten per patiënt dalen, maar er meer patiënten worden geholpen – wat positief of

negatief kan zijn – of omdat dezelfde patiënten vaker wordt gezien.

Verder moet worden bedacht dat (gevoelige) zaken als inkomensniveaus niet exogeen zijn. Die worden beïnvloed door de wijze waarop een markt is ingericht. Zo wordt de huidige situatie gekenmerkt door structurele krapte in het aanbod van tandartsen, als gevolg van de beperkte opleidingscapaciteit. Vanuit economisch perspectief heeft dat het gevaar in zich dat er daardoor marktmacht ontstaat die zich kan vertalen in (te) hoge inkomens. Een recent onderzoek van Ketel et al vergeleek ingelote tandheekkundestudenten met uitgelote studenten. Corrigerend voor allerlei kenmerken, vonden zij dat de ingelote tandartsen na afstuderen jaarlijks zo'n 50.000 euro per jaar meer verdienen dan hun uitgelote *counterparts*. Verschillen in investeringen, studiescores of gewerkte uren konden dit niet verklaren. In omgevingen waar het aanbod van tandartsen groter was, waren de inkomens lager. De onderzoekers linkten hun bevindingen expliciet aan het beperkte aanbod van tandartsen (Ketel et al, 2018). Indien een uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen voor tandartsen de krapte in het aanbod daadwerkelijk kan verminderen, kan dit dus ook leiden tot een (al dan niet wenselijk geachte) inkomensdaling per tandarts. Indien daar bij de vergelijking tussen verschillende scenario's geen rekening mee wordt gehouden, kan een vertekend beeld ontstaan over relatieve besparingen.

Het lijkt aan te bevelen de mogelijkheden voor verschillende opties voor capaciteitsuitbreiding en taakherschikking binnen de mondzorg nader te onderzoeken. Dit dan zowel in termen van kosten, gezondheidseffecten, houdbaarheid als klanttevredenheid, en wellicht ook in de context van meer nadruk op preventie.

## ONGELIJKHEID

In de gezondheidszorg is het algemeen en binnen de mondzorg in het bijzonder er vaak aandacht voor gezondheidsverschillen tussen groepen. Ook in dit themanummer wordt hieraan aandacht besteed (Vermaire en Schuller, 2019). Nog altijd is het zo dat de verschillen in Nederland in termen van gezondheid en levensverwachting tussen verschillende sociaal-economische groepen groot zijn. Ondanks de wens sociaal-economische gezondheidsverschillen te verkleinen, is het verschil in levensverwachting tussen mensen met een lage of een hoge sociaal-economische status al geruime tijd 7 jaar. Het verschil in levensjaren doorgebracht in goede gezondheid bedraagt zelfs 18 jaar. Ook rond mondgezondheid zijn er nog altijd aanzienlijke verschillen (Vermaire en Schuller, 2019). Het tegengaan van dergelijke verschillen is niet eenvoudig en vergt, naast actief, effectief beleid en collectieve bereidheid hierin te investeren, ook investeringen van mensen zelf. Juist bij mondzorg zijn gedragscomponenten van groot belang. Op verschillende vlakken wordt keer op keer duidelijk hoe moeilijk zulke gedragsveranderingen zijn. Inzichten uit de gedragseconomie kunnen hierbij behulpzaam zijn, inclusief zoets simpels als een herinnering voor een controle

(Altman en Traxler, 2012), of zwaardere instrumenten zoals financiële prikkels voor gezond gedrag (Attema, 2017).

Ongelijkheid in mondgezondheid kan al vroeg ontstaan. In een eerder onderzoek onder Nederlandse ouders is de betalings- en tijdsinvesteringsbereidheid van deze ouders voor de mondgezondheid van hun kinderen onderzocht (Vermaire et al, 2012). Het idee achter het onderzoek was dat bij het nastreven van een goede mondgezondheid van hun kinderen, sommige (rijkere) ouders wellicht eerder zouden investeren in termen van geld en andere (armere) ouders in termen van tijd. Alhoewel ouders in algemene zin de mondgezondheid van hun kinderen hoog waardeerden, bleek de bereidheid om geld of tijd te investeren samen te hangen en een groep van 12% van de ouders was niet bereid geld of tijd te investeren in de mondgezondheid van hun kinderen. Zij waren ook niet bereid hun kind vaker dan 1 keer per jaar voor preventieve behandelingen bij de tandarts te brengen. Daarmee worden de kiemen voor latere ongelijkheid in mondgezondheid al gelegd. Alternatieve manieren om deze kinderen te bereiken, zoals via een schooltandarts, zouden kunnen worden onderzocht, alhoewel de NTVT-lezers daar weinig vertrouwen in lijken te hebben (zie Vermaire et al, 2019 in dit themanummer).

## AFSLUITEND

Dit artikel is ingegaan op de relevantie van gezondheidseconomie voor de mondzorg. Economen trachten in de zorg bij te dragen aan doelmatigheid en rechtvaardigheid. Er liggen veel actuele uitdagingen en vraagstukken, waarbij ook economische inzichten behulpzaam kunnen zijn in het formuleren van oplossingen en antwoorden. Slechts een aantal daarvan konden in dit artikel worden besproken. Een hechtere samenwerking tussen mondzorg en gezondheidseconomie kan helpen om te komen tot een optimale inrichting van de Nederlandse mondzorg. Dat wil zeggen, een inrichting die op een doelmatige manier bijdraagt aan een goede mondzorg voor alle Nederlanders.

## LITERATUUR

- \* *Altmann S, Traxler, C.* Nudges at the dentist. IZA Discussion Paper No. 6699, juli 2012.
- \* *Arrow KJ.* Uncertainty and the welfare economics of medical care. *Am Econ Rev* 1963; 358: 941-793.
- \* *Attema A.* Economische inzichten in stimulatie van gezond gedrag. *Ned Tijdschr Geneesk* 2017; 161: D1933.
- \* *Benadi D, CVK Reddy.* Oral health related quality of life. *J Int Soc Prev Community Dent* 2013; 3: 1-6.
- \* *Brouwer WBF, Culyer AJ, Exel NJA van, Rutten FFH.* Welfarism vs. extra-welfarism. *Jf Health Econ* 2008; 27: 325-338
- \* *Brouwer WBF.* De basis van het pakket. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 2009. Inaugurele rede.
- \* *Brouwer WBF, Baal PHM van, Exel NJA van, Versteegh MM.* When is it too expensive? Cost-effectiveness thresholds and health care decision making. *Eur J Health Econ* 2019; 20: 175-180.
- \* *Calcoen P, Ven WPMM van de.* How can dental insurance be optimized? *Euro J Health Econ* 2018; 19: 483-487.
- \* *CBS.* Zorguitgaven stijgen in 2017 met 2,1 procent. Nieuwsbericht

website CBS, 29 mei 2018.

- \* *Chalkley M, Listl S.* (2018). First do no harm – the impact of financial incentives on dental X-rays. *J Health Econ* 2018; 58: 1-9.
- \* *Epstein AM, Lee TH, Hamel MB.* Paying physicians for high-quality care. *N Engl J Med* 2004; 350: 406-410.
- \* *Eijkenaar F.* Pay-for-performance for healthcare providers. Design, performance measurement, and (unintended) effects. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 2013. Academisch proefschrift.
- \* *Eijkenaar F, Schut E.* Uitkomstbesteding in de zorg: een (on)begaanbare weg? Onderzoeksrapport Erasmus School of Health Policy & Management. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 2015.
- \* *Hyde S, Satariano WA, Weintraub JA.* Welfare dental intervention improves employment and quality of life. *J Dent Res* 2006; 85: 79-84.
- \* *Ketel N, Leuven E, Oosterbeek H, Klaauw B van der.* Do Dutch dentists extract monopoly rents? Institute of labour economics. IZA Discussion paper no. 1135, februari 2018.
- \* *Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B.* Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane database Syst Rev* 2005: Cd001271.
- \* *Listl S, Chalkley M.* Provider payment bares teeth: dentist reimbursement and the use of check-up examinations. *Soc ScinMed* 2014; 111: 110-116.
- \* *Lockhart PB, Bolger AF, Papapanou PN, et al.* Periodontal disease and atherosclerotic vascular disease: does the evidence support an independent association? A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2012; 125: 2520-2544.
- \* *Makai P, Brouwer WBF, Koopmanschap MA, Stolk EA, Nieboer A.* Quality of Life instruments for economic evaluations in elderly care: a systematic review. *Soc Sci Med* 2014; 102: 83-93.
- \* *OECD/European Observatory on Health Systems and Policies.* Nederland: Landenprofiel Gezondheid 2017. State of Health in the EU. Brussel: OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, 2017.
- \* *Panteia.* Capaciteit in de mondzorg. Eindrapport. Zoetermeer: Panteia, 2018.
- \* *Poley MJ, Vermaire JH.* Economische evaluaties aan de tand gevoeld: belang en toepassing in de mondzorg. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2019; 126: 325-330.
- \* *Rappange DR, Brouwer WBF.* The evaluation of preventive lifestyle interventions in the Netherlands. *Health Econ Policy Law* 2012; 7: 243-261.
- \* *Reinders JJ.* Task shifting, interprofessional collaboration and education in oral health care. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2018. Academisch proefschrift.
- \* *RIVM.* Het Nederlandse gezondheidszorgsysteem in internationaal perspectief. Bilthoven: RIVM, 2018a.
- \* *RIVM.* Trendskenario Zorguitgaven. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018. Bilthoven: RIVM, 2018b. <https://www.vtv2018.nl/zorguitgaven>.
- \* *Schut FT, Varkevisser M.* Economie van de Gezondheidszorg. Houten: Bohn Stafleu en van Loghum, 2016.
- \* *Shekelle P.* New contract for general practitioners. *BMJ* 2003; 326: 457
- \* *Sischo L, Broder HL.* Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res* 2011; 90: 1264-1270.
- \* *Varkevisser M.* Organisatie en financiering van de curatieve zorg. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2019; 126: 307-313.
- \* *Ven WPMM van de.* Het beste zorgstelsel? Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 2015. Afscheidscollege.



- \* Vermaire JH, Loveren C van, Brouwer WBF, Krol M. Value for money: economic evaluation of two different caries prevention programmes compared with standard care in a randomized controlled trial. *Caries Res* 2014; 48: 244-253.
- \* Vermaire JH, Exel NJA van, Loveren C van, Brouwer WBF. Putting your money where your mouth is: parents' valuation of good oral health in their children. *Soc Sci Med*; 2012; 75: 2200-2206.
- \* Vermaire JH, Bots CP, Brouwer WBF. Meningen over mondzorg: een online-onderzoek onder NTVT-lezers. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2019; 126: 317-323.
- \* Vermaire JH, Schuller AA. Sociaal-economische verschillen in mondgezondheidsuitkomsten van volwassenen in Nederland. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2019; 126: 297-303.
- \* Voinea-Griffin A, Fellows JL, Rindal DB, Barasch A, Gilbert GH, Safford MM. Pay for performance: will dentistry follow? *BMC Oral Health* 2010; 10: 9.
- \* WHO. Oral health. Key facts, 24 september 2018. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>.

## SUMMARY

### Health economics and oral care: an introductory anthology

*Healthcare expenditures will continue to increase in the coming years, raising questions regarding the sustainability of the Dutch healthcare system and solidarity, but also about the optimal use of available resources. Given the issues in the oral care sector, attention for economic insights is appropriate there as well. Relevant issues in this regard are the design of the basic and supplementary health insurance schemes for oral care, the market structure and financing of oral care, questions regarding task shifting in oral care, as well as socio-economic inequalities in oral health. A closer cooperative relationship between oral care and the health economy can help in achieving an optimal and sustainable organisation of the Dutch oral care sector. In other words, an organisation contributing in an efficient and fair way to good oral care for all Dutch citizens.*

## BRON

W.B.F. Brouwer, M. Varkevisser

Uit de Erasmus School of Health Policy & Management van de Erasmus University Rotterdam

Datum van acceptatie: 18 april 2019

Adres: prof. dr. W.B.F. Brouwer, ESHPM, Erasmus University Rotterdam,

Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam

w.b.f.brouwer@ese.eur.nl; brouwer@eshpm.eur.nl

## VERDIEPINGSTIP

Ketel N, Leuven E, Oosterbeek H, Klaauw B van der.

Do Dutch dentists extract monopoly rents? Zie QR-code:

