

Tandzorg: financiële incentives in vraag gesteld

Gauthier Vandeleene en Louise Lambert, Studiedienst
Met hulp van Giulia Camilotti en Hervé Avalosse, Studiedienst

Samenvatting

De organisatie van tandzorg kent een voortdurende evolutie. Vandaag wordt tandzorg nog relatief weinig terugbetaald door de verplichte verzekering en slechts 50% van de CM-leden gaat jaarlijks naar de tandarts, ook al stijgt dit aantal voortdurend. Opeenvolgende regeringen hebben hierop gereageerd door de dekking van de zorg te verhogen in de verplichte verzekering en patiënten af te straffen met negatieve financiële incentives. Het mondzorgtraject is het meest recente voorbeeld van dit soort incentive. Dit bestaat uit een vermindering van de terugbetaling als er geen preventieve zorgen werden toegediend in het voorafgaande jaar. Dit artikel stelt de financiële incentives als niet te overschrijden horizon van het gezondheidsbeleid, in vraag. Wij tonen aan dat negatieve financiële incentives zoals het mondzorgtraject weinig efficiënt, niet heel eerlijk en eigenlijk onaanvaardbaar zijn. Het is van belang om de preventie en de mondhygiëne in het algemeen te verhogen. Hiertoe moet een beleid gevoerd worden dat een combinatie is van een verbeterde betaalbaarheid en van preventie en hulpmiddelen die de culturele, sociale en taalkundige drempels verlagen. Deze laatste zijn immers factoren die de toegang tot de gezondheidszorg belemmeren.

Sleutelwoorden: tandarts, preventie, terugbetaling, incentives, beleid

1. Het belang van tandzorg in het algemeen

In dit artikel geven we een overzicht van het beleid ter bevordering van tandzorg in België en analyseren we de impact daarvan op het gebruik van deze tandzorg. In het eerste deel geven we aan waarom mondhygiëne en tandzorg belangrijk zijn voor de algemene gezondheid. Vervolgens beschrijven we in grote lijnen het overheidsbeleid ter bevordering van tandzorg. Daarna staan we even stil bij de manier waarop de overheden de Belgen aansporen om naar de tandarts te gaan en evalueren we, in theorie, de voor- en nadelen van dit beleid. Vervolgens geven we de statistieken van de CM-leden over het jaarlijks bezoek aan de tandarts. We vergelijken eveneens de Belgische cijfers in het algemeen met deze in het buitenland. Tot slot geven we enkele mogelijke oplossingen voor het overheidsbeleid, andere dan financiële incentives, die de preventie van mondziekten in België kunnen verhogen.

In het algemeen beschouwen we tandzorg veel te vaak als een afgescheiden domein van de rest van de gezondheid. Nochtans

heeft "tandzorg", zoals vermeld in de literatuur¹, een aanzienlijke invloed op de gezondheid in het algemeen ("general health"), als oorzaak van hoofdpijn, verandering van eetgewoonten, verandering van de manier waarop we spreken en hoe we in de maatschappij worden gezien. Tandzorg heeft dus een impact op het welzijn en de levenskwaliteit². Daar waar tandzorg in het algemeen slechts 10% van de gezondheidstoestand van een bevolking verklaart, verklaart het gebrek aan toegang tot tandzorg 60% van het verschil in mond- of tandgezondheid³.

Als tandzorg niet toegankelijk is, dan kan dit fysieke en psychische problemen veroorzaken bij de personen die er geen beroep op kunnen doen. Bijvoorbeeld: cariës heeft een grote invloed op kinderen: ze voelen zich verminkt, oncomfortabel, wat een impact heeft op de manier waarop ze eten en slapen. Dit verhoogt het risico op een opname in het ziekenhuis (en dus de kost van gezondheidszorg), wat dan weer leidt tot afwezigheid op school en bijgevolg ook een vermindering van hun leervermogen⁴. Volgens een studie uit de Verenigde Staten

1 Locker, D. (1997). Concepts of oral health, disease and the quality of life. *Measuring oral health and quality of life*, 11, 24.

2 Als inleiding (waarop dit deel sterk gebaseerd is), zie Sheiham, A. (2005). Oral health, general health and quality of life. World Health Organization. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(9), 644. Beschikbaar op <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/editorial30905html/en/>

Pour aller plus loin, Peterson, P. E. (2003). The world oral health report. *World Health Organization*. Beschikbaar op https://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf

3 Bredero definitie op de site van de WGO: <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/fr/>; McGinnis, J. M., Williams-Russo, P., & Knickman, J. R. (2002). The case for more active policy attention to health promotion. *Health affairs*, 21(2), 78-93.

4 Edelstein, B. L., & Chinn, C. H. (2009). Update on disparities in oral health and access to dental care for America's children. *Academic pediatrics*, 9(6), 415-419.

wegen kinderen van 3 jaar met cariës gemiddeld 1 kg minder dan de andere⁵. In de Verenigde Staten zijn tandproblemen of bezoeken aan de tandarts verantwoordelijk voor 117.000 gemiste schooluren voor 100.000 kinderen⁶.

De bepalende factoren van tandziekten zijn welbekend⁷, onder andere: slechte mondhygiëne, roken, alcohol en risicogedrag dat verwondingen en stress kan veroorzaken. "Moderne" chronische ziekten zoals obesitas hebben ook gevolgen voor de mondhygiëne. Tandgezondheid wordt immers sterk beïnvloed door onze dagelijkse voeding, omdat de voedingsmiddelen die verantwoordelijk zijn voor een grote gewichtstoename over het algemeen ook deze zijn die tandproblemen veroorzaken, zoals cariës bijvoorbeeld⁸.

De behandeling van tandproblemen is soms heel duur omdat bepaalde prestaties tandzorg (ook in België) niet worden terugbetaald, in tegenstelling tot wat meestal wordt toegepast in de algemene geneeskunde. Bijvoorbeeld: een enquête van CM heeft aangetoond dat een orthodontische behandeling bij volwassenen ongeveer 1.500 euro kost. Voor een implantaat (dat de natuurlijke wortel van de tand vervangt) is de kostprijs 800 euro, waarbij de extra kost van 550 euro voor een kroon nog moet worden bijgeteld. In het totaal komt dit dus op 1.350 euro voor het vervangen van een volledige tand. Deze ingrepen worden niet terugbetaald door de verplichte verzekering en moeten dus door de patiënt worden betaald⁹.

2. Overheidsbeleid ter bevordering van tandzorg

Volgens de literatuur, heeft het overheidsbeleid (in het algemeen) een eerder slechte aanpak om mensen aan te

sporen om naar de tandarts te gaan en de preventieve zorg te bevorderen. Zoals in een artikel werd vermeld, "de *conventionele gezondheidsopvoeding is niet effectief noch efficiënt op het vlak van mondhygiëne. De programma's voor mondhygiëne worden gescheiden van andere gezondheidsprogramma's opgesteld. Dit leidt in het beste geval vaak tot een verdubbeling van de inspanning en in het slechtste geval tot tegenstrijdige boodschappen naar het publiek toe. Bovendien hebben de programma's voor mondhygiëne de neiging om zich te focussen op het individuele gedrag en negeren zij bijna volledig de invloed van sociaal-politieke factoren als belangrijke bepalende factoren op de gezondheid.*"¹⁰

De toegang tot tandzorg voor de arme bevolkingsgroepen is een belangrijke uitdaging. Het blijkt namelijk dat het gebrek aan toegang tot tandzorg samenhangt met de sociaal-economische situatie: in Zweden is de kans dat een persoon met een hoge nadelige sociaal-economische index beroep doet op tandzorg 7 tot 9 keer lager, waarbij ook rekening wordt gehouden met andere factoren zoals opleiding en het feit van alleen te wonen¹¹. Daarbij toont een studie uit de Verenigde Staten aan dat kinderen uit kansarme gezinnen minder goede tandzorg krijgen en een minder goede mondhygiëne hebben, en dit tot aan het begin van de volwassen leeftijd¹². Als gevolg daarvan "weegt de last van mond-en tandaandoeningen vooral door bij de arme en minder begoede bevolking [...] in ontwikkelde landen".¹³

Zelfs in landen met een performant gezondheidsbeleid zoals Zweden, blijft de ongelijkheid op het vlak van toegang tot tandzorg voortduren tussen de inkomensgroepen¹⁴ en bij de etnische minderheden.¹⁵ Deze personen zullen in de toekomst geconfronteerd worden met curatieve zorgen, die mogelijk duur en inefficiënt kunnen zijn¹⁶. In de Verenigde Staten kost het minder (voor de patiënt en de gemeenschap) om elk jaar preventief naar de tandarts te gaan dan geconfronteerd te

- 5 Acs, G., Lodolini, G., Kaminsky, S., & Cisneros, G. J. (1992). Effect of nursing caries on body weight in a pediatric population. *Pediatric dentistry*, 14(5), 303.
- 6 Gift, H. C., Reisine, S. T., & Larach, D. C. (1992). The social impact of dental problems and visits. *American journal of public health*, 82(12), 1663-1668; Jackson, S. L., Vann Jr, W. F., Kotch, J. B., Pahel, B. T., & Lee, J. Y. (2011). Impact of poor oral health on children's school attendance and performance. *American journal of public health*, 101(10), 1900-1906.
- 7 Sheiham, A., & Watt, R. G. (2000). The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dentistry and Oral Epidemiology: Commentary*, 28(6), 399-406.
- 8 Zie Willershausen, B., Haas, G., Krummenauer, F., & Hohenfellner, K. (2004). Relationship between high weight and caries frequency in German elementary school children. *European journal of medical research*, 9, 400-404 et plus généralement, Inglehart, M. R., & Bagramian, R. (Eds.). (2002). Oral health-related quality of life. Quintessence Pub.
- 9 Christelijke Mutualiteit (2014). https://www.cm.be/media/studienota-enquete-tandzorg_tcm47-18359.pdf
- 10 Sheiham, A., & Watt, R. G. (2000). The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dentistry and Oral Epidemiology: Commentary*, 28(6), 399-406.
- 11 Wamala, S., Merlo, J., & Boström, G. (2006). Inequity in access to dental care services explains current socioeconomic disparities in oral health: the Swedish National Surveys of Public Health 2004–2005. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(12), 1027-1033.
- 12 Edelstein, B. L., & Chinn, C. H. (2009). Update on disparities in oral health and access to dental care for America's children. *Academic pediatrics*, 9(6), 415-419.
- 13 Petersen, P. E., Bourgeois, D., Ogawa, H., Estupinan-Day, S., & Ndiaye, C. (2005). The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bulletin of the World Health Organization*, 83, 661-669.
- 14 Hjern, A., Grindefjord, M., Sundberg, H., & Rosén, M. (2001). Social inequality in oral health and use of dental care in Sweden. *Community dentistry and oral epidemiology*, 29(3), 167-174.
- 15 Hjern, A., & Grindefjord, M. (2000). Dental health and access to dental care for ethnic minorities in Sweden. *Ethnicity and health*, 5(1), 23-32.
- 16 Davis, E. E., Deinard, A. S., & Maïga, E. W. (2010). Doctor, my tooth hurts: the costs of incomplete dental care in the emergency room. *Journal of public health dentistry*, 70(3), 205-210.

worden met curatieve zorgen als de tandproblemen al redelijk gevorderd zijn.¹⁷

Een ander belangrijk probleem is de veroudering van de bevolking, omdat oudere mensen vooral tandzorg nodig hebben. En tenslotte, gezien de impact van de mondhygiëne op de mondgezondheid en de gezondheid van de bevolking en, gezien de uitdagingen met betrekking tot de toegang tot tandzorg en de veroudering van de bevolking, willen we het Belgische beleid op vlak van mondhygiëne analyseren ten aanzien van deze problemen. In de eerste plaats gaat onze interesse uit naar het beleid dat betrekking heeft op jongeren van minder dan 18 jaar. Vervolgens gaan we verder met het mondzorgtraject dat in 2016 werd geïntroduceerd.

2.1. Tandzorgbeleid in België: preventie en toegang tot de zorg voor kinderen

Zoals voor de gezondheidszorg in het algemeen is de terugbetaling van tandzorg veel veranderd sinds het begin van de jaren 2000. Het is niet de bedoeling in dit artikel om een lijst weer te geven van alle maatregelen die daarvoor werden getroffen. Daarover heeft het Rekenhof een uitgebreid rapport gepubliceerd¹⁸. In dit hoofdstuk gaat onze interesse uit naar de veranderingen wat betreft de preventie en de toegang tot tandzorg voor kinderen.

Er werden verschillende maatregelen genomen met betrekking tot tandzorg voor kinderen. De meest opvallende vooruitgang op vlak van preventie was de invoer van de volledige terugbetaling van het honorarium voor preventieve zorgen bij geconventioneerde zorgverleners, een maatregel die in 2008 werd gestemd en in 2009 werd ingevoerd.¹⁹ De patiënt betaalt eerst de zorg (door de totale kost aan de zorgverlener te betalen) en wordt vervolgens 100% terugbetaald. De derdebetalersregeling kan ook worden aangevraagd.

Een tweede maatregel betreft het verwijderen van tandsteen dat sedert 2008 beter wordt terugbetaald.

Ten derde werden verschillende maatregelen genomen voor de curatieve zorgen²⁰:

- *In 2005 werd de terugbetaling van tandextracties toegestaan voor kinderen tot veertien jaar.*
- *In 2009 werd de terugbetaling van het vervaardigen van kronen toegestaan voor de reconstructie van de eerste kiezen.*

- *In 2011 werd de terugbetaling goedgekeurd voor driedimensionale röntgenfoto's bij kinderen met een gespleten lip.*
- *Tot slot werd in 2013 de terugbetaling goedgekeurd voor een nieuwe behandeling van snij- en hoektanden die door een schok werden beschadigd.*

Orthodontie daarentegen wordt nog steeds relatief weinig terugbetaald, maar er werden toch drie maatregelen getroffen binnen dit domein²¹.

- *In 2006 werd de leeftijdsgrens voor orthodontische behandelingen opgetrokken van veertien naar vijftien jaar en werd de terugbetaling van de cefalometrische analyse die in dit kader wordt uitgevoerd, goedgekeurd voor terugbetaling.*
- *In 2008 werd beslist om een forfaitair bedrag van 400 euro toe te kennen voor eerste lijn orthodontische behandelingen. Het betreft een behandeling die wordt uitgevoerd bij kinderen van jonger dan negen jaar, voordat de normale orthodontische behandeling wordt gestart.*

België heeft de laatste jaren dus een belangrijke vooruitgang geboekt voor de preventie en toegang tot tandzorg voor kinderen. Enkele zijn nog niet van toepassing, ondanks een beloftevolle vooruitgang, zoals de terugbetaling van de zorg bij een mondhygiënist. Het is opmerkelijk dat het ingevoerde beleid beperkt blijft tot financiële incentives. Op het vlak van preventie willen we echter graag een beleid zien dat de gezinnen die niet naar de tandarts gaan, meer actief sensibiliseert en informeert, alsook de introductie van regelingen die de toegang tot tandzorg vereenvoudigen (bijvoorbeeld georganiseerd door de school).

2.2. Tandzorgbeleid in België: invoering van het mondzorgtraject

Een belangrijke maatregel van de afgelopen jaren is de invoering van het mondzorgtraject in 2016. Deze maatregel heeft uitsluitend betrekking op het artikel 5 van de nomenclatuur en op patiënten van 18 jaar en ouder. Vanaf 1 juli 2016 voor niet-VT-patiënten (= Verhoogde Tegemoetkoming) en vanaf 1 januari 2017 voor VT-patiënten, hangt het bedrag van het persoonlijke aandeel af van de tandzorg die in het vorige jaar werd uitgevoerd. Het principe is eenvoudig: het is een negatieve incentive, als de patiënt niet bij de tandarts is geweest in het vorige kalenderjaar dan wordt hij het jaar daarop minder terugbetaald voor alle verstrekkingen voorzien in artikel 5:

17 Moeller, J. F., Chen, H., & Manski, R. J. (2010). Investing in preventive dental care for the Medicare population: a preliminary analysis. *American journal of public health*, 100(11), 2262-2269.

18 Volledige lijst van getroffen maatregelen tussen 2003 en 2014: Rekenkamer (2016). *Remboursement des soins dentaires - Pour une gestion publique plus performante*. Beschikbaar op https://www.ccrek.be/docs/2016_16_RemboursementSoinsDentaires.pdf

19 Koninklijk besluit van 26 mei 2008 tot wijziging, wat bepaalde tandheelkundige verstrekkingen betreft, artikels 5 en 6 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

20 *Ibidem*, p.36.

21 *Ibidem*.

- Conserverende verzorging
- Extracties
- Röntgenfoto's (**uitgezonderd** voor VT-patiënten)
- Tandprothesen
- Orale implantaten
- Bijkomende honoraria voor noodgevallen.

In het geval de patiënt in het voorgaande jaar niet bij de tandarts is geweest, worden de bedragen van het persoonlijk aandeel voor niet-VT-patiënten op de volgende manier verhoogd:

- Ze worden verdubbeld voor de conserverende zorgen, extracties, behandelingen op tandprothesen en bijkomende honoraria voor noodgevallen.
- Ze worden vermenigvuldigd met 1,5 voor röntgenfoto's, hechtingstechnieken, dammen en hechtingen van wonden.
- Ze worden verhoogd met 40 euro voor het plaatsen van prothesen en orale implantaten.

Als er geen mondzorgtraject was in het vorige jaar, dan worden de nieuwe bedragen van het persoonlijk aandeel voor VT-patiënten verhoogd **met één euro**. In het geval van het zetten van tandprothesen, orale implantaten en het forfaitair bedrag voor noodgevallen, worden deze verhoogd met **twee euro**. De veranderingen zijn dus minimaal voor VT-patiënten. We kunnen dus verwachten dat het gedrag van deze categorie patiënten weinig verandert.

In het volgende hoofdstuk analyseren we de voor- en nadelen van negatieve financiële incentives.

3. Financiële incentives en de componenten van een goed gezondheidsbeleid

Over de afgelopen jaren werden dus twee soorten maatregelen getroffen binnen het tandzorgbeleid: (i) verhoogde terugbetaling voor bepaalde zorgen en bepaalde bevolkingsgroepen, (ii) invoer van sancties als geen beroep werd gedaan op de zorgen in het vorige kalenderjaar. Het zijn dus financiële incentives gericht op de patiënt, met een positieve incentive voor de eerste maatregelen en een negatieve voor de tweede²². Een

incentive is *een (financiële of niet-financiële) factor die een bepaald actieplan bevordert, zodat één keuze de voorkeur krijgt boven andere*.²³ Het gaat dus over een externe bron van motivatie: "als ik niet naar de tandarts ga, dan krijg ik X% minder terugbetaald, dus is het beter dat ik ga". Binnen de gezondheidszorg kunnen financiële incentives worden vertaald door een verandering in het bedrag of in de betalingsmethode als gevolg van een bezoek aan een zorgverlener.

Bij positieve financiële incentives (een bepaald gedrag wordt financieel gecompenseerd), spreken we vaak van "Conditional Cash Transfers"²⁴ die werden ingevoerd in veel ontwikkelingslanden om de verspreiding van bepaalde ziekten te voorkomen. In de meeste gevallen is deze aanpak juist gebleken.²⁵ Bovendien hebben deze incentives een belangrijke impact op de minder begoeede personen die een kleine extra hulp waarderen.²⁶

Maar wat dan met de negatieve incentives? Is het efficiënt om mensen die niet naar de tandarts gaan af te straffen? Geeft straffen een beter resultaat dan aanmoedigen?

Om op deze vragen te antwoorden is het eerst en vooral belangrijk om te benadrukken dat negatieve incentives, zoals het mondzorgtraject, toegespitst zijn op de patiënt en hem als enige verantwoordelijk stellen voor zijn "slechte" gedrag (in dit geval, niet regelmatig naar de tandarts gaan). Het niet-respecteren van medische aanbevelingen kan echter niet uitsluitend aan de patiënt worden toegewezen. Dit kan evenzeer het gevolg zijn van slechte communicatie tussen de patiënt en de zorgverlener, te ingewikkelde informatie, ongewenste neveneffecten van bepaalde geneesmiddelen, te hoge kosten ten laste van de gebruiker, een complexe organisatie van de zorg of een culturele barrière (taalkundige, culturele et sociale verschillen)²⁷.

Wat betreft gezondheidsgelettertheid - dit is de vaardigheid van individuen om toegang te krijgen tot gezondheidsinformatie, deze te begrijpen, te evalueren en te gebruiken om beoordelingen te vormen en besluiten te nemen op het gebied van gezondheid, ziektepreventie en gezondheidsbevordering - herinnert de WGO ons eraan dat een lage geletterdheid niet enkel de verantwoordelijkheid is van individuen maar ook van de besluitvormers, de professionele zorgverleners en andere

22 Hier spreekt men van incentives voor patiënten en niet voor zorgverleners. Wat betreft incentives voor zorgverleners, daarover is de literatuur verdeeld en zijn er weinig/geen duidelijke tekenen dat de effecten op de patiënt positief zijn. Zie Flodgren, G., Eccles, M. P., Shepperd, S., Scott, A., Parmelli, E., & Beyer, F. R. (2011). An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews*, (7), CD009255.

23 Flodgren, G., Eccles, M. P., Shepperd, S., Scott, A., Parmelli, E., & Beyer, F. R. (2011). An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews*, (7), CD009255.

24 Lagarde, M., Powell-Jackson, T., & Blaauw, D. (2010). Managing incentives for health providers and patients in the move towards universal coverage. 'Global Symposium on Health Systems Research' 16-19 November 2010. Montreux, Switzerland.

25 Gaarder, M. M., Glassman, A., & Todd, J. E. (2010). Conditional cash transfers and health: unpacking the causal chain. *Journal of development effectiveness*, 2(1), 6-50.

26 Bradley, C. J., & Neumark, D. (2017). Small Cash Incentives Can Encourage Primary Care Visits By Low-Income People With New Health Care Coverage. *Health Affairs*, 36(8), 1376-1384.

27 Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *New England Journal of Medicine*, 353(5), 487-497.

betrokkenen en plaatsen (zoals de school, de werkplaats, de massamedia, het systeem voor gezondheidszorg, etc.).²⁸ We moeten dus oppassen om individuele verantwoordelijkheid niet te verwarren met collectieve problemen. Door de nadruk te leggen op de verantwoordelijkheid van de patiënt, die aan de basis zou liggen van een gedrag dat de gezondheid niet ten goede komt, bestaat het risico dat andere sociale, economische, culturele en omgevingsfactoren voor de gezondheid over het hoofd worden gezien.²⁹ Het lijkt dan ook onrechtvaardig om de patiënt te bestraffen door hem als enige verantwoordelijke te beschouwen voor zijn "slechte" gedrag zonder rekening te houden met andere factoren die niet van hem afhangen.

Bovendien zijn financiële incentives gebaseerd op de economische theorie van een rationele keuze. "Deze theorie kent aan de betrokkenen een rationeel gedrag toe dat - omwille van een aantal voorkeuren - steeds streeft naar het grootste profijt voor het minste kwaad"³⁰. De financiële incentives steunen dus op de hypothese van perfecte rationaliteit, waarbij individuen hun persoonlijk profijt maximaliseren en onmiddellijk reageren op veranderingen van incentives. Deze theorie is echter zeer omstrede binnen de economie. Volgens Herbert Simon hebben individuen een beperkte rationaliteit wat betreft hun cognitief vermogen en de beschikbare informatie. In bepaalde gevallen hebben individuen niet alle informatie; in andere gevallen zijn de keuzes te complex en zoeken ze een redelijke oplossing in een situatie van onzekerheid.³¹ Het risico bestaat dus dat individuen hun gedrag niet op een rationele manier aanpassen als gevolg van de invoering van een financiële incentive. In het geval van tandzorg, waarbij een lange tijd verloopt tussen de handelingen van vandaag (naar de tandarts gaan) en de gevolgen daarvan (belangrijke financiële kosten ontwijken enkele jaren later), is het moeilijk om een rationele beslissing te nemen.

Ten derde wordt in de literatuur aangetoond dat het bestraffen van problematisch gedrag het gevoel van persoonlijke fout versterkt en dus de toegang beperkt.³² In een studie van 1994

over gewichtsverlies, werd door de onderzoekers aangetoond dat personen die een beloning krijgen als ze de bevelen respecteren, langer in het programma blijven dan degenen die bestraft worden als ze deze niet respecteren.³³ Een studie over het gebruik van cocaïne kwam tot dezelfde conclusies.³⁴

Ten vierde betekenen negatieve financiële incentives een kost voor de deelnemers die het aangemoedigde gedrag niet respecteren, wat in het geval van gezondheidszorg de toegang tot de zorg kan verlagen voor dat publiek. Laten we het voorbeeld nemen van het mondzorgtraject: een persoon die niet de gewoonte heeft om een tandarts te raadplegen, kan nog langer de behandeling van zijn tandproblemen uitstellen als gevolg van de invoering van het mondzorgtraject, omdat de consultaties nog duurder zullen zijn.

De vier argumenten die hierboven werden uitgewerkt tonen dus aan dat negatieve incentives, in theorie, geen goed instrument zijn om een efficiënt en rechtvaardig beleid tot stand te brengen. Meer algemeen legt de literatuur de klemtoon op bepaalde criteria die toelaten dat een (positieve of negatieve) incentive beter werkt. Voor een meer beduidend effect zouden incentives aan de volgende criteria moeten voldoen:

1. De betaling moet voldoende hoog zijn³⁵
2. De informatie aan de patiënt en aan de zorgverlener moet duidelijk zijn.
3. De betaling moet snel gebeuren³⁶
4. De doelgroep moet duidelijk worden gedefinieerd (als dit niet het geval is, dan zullen enkel de personen die het juiste gedrag vertoonden voor het begin van het programma ervan kunnen genieten³⁷)
5. De sociale omgeving van het individu moet ook worden beïnvloed, wat wil zeggen dat de persoon moet worden geholpen door een sociaal netwerk, dat het goede gedrag waardeert of het slechte afkeurt³⁸.

Bepaalde studies tonen ook aan dat incentives betere resultaten geven wanneer zij samen worden voorgesteld aan een groep

28 WHO (2013). Health literacy. The solid facts. Editors: Ilona Kickbusch, Jürgen M. Pelikan, Franklin Apfel & Agis D. Tsouros

29 Ibidem

30 Meadwell, H. (2002). La théorie du choix rationnel et ses critiques. *Sociologie et sociétés*, 34(1), 117-124.

31 Simon, H. A. (1957). Models of man; social and rational. *Mathematical Essays on Rational Behavior in a Social Setting*. Wiley.

32 Jochelson, K. (2007). Paying the patient: improving health using financial incentives. London: King's Fund, 22. Beschikbaar op: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_document/paying-the-patient-kicking-bad-habits-supporting-paper-karen-jochelson.pdf

33 Mavis, B. E., & Stöffelmayr, B. E. (1994). Multidimensional evaluation of monetary incentive strategies for weight control. *The Psychological Record*, 44(2), 239-252.

34 Kirby, K. C., Marlowe, D. B., Festinger, D. S., Lamb, R. J., & Platt, J. J. (1998). Schedule of voucher delivery influences initiation of cocaine abstinence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(5), 761.

35 Thornton, R. L. (2008). The demand for, and impact of, learning HIV status. *American Economic Review*, 98(5), 1829-63.

36 Powell-Jackson, T., Neupane, B. D., Tiwari, S., Tumbahangphe, K., Manandhar, D., & Costello, A. M. (2009). *The impact of Nepal's national incentive programme to promote safe delivery in the district of Makwanpur*. In: *Innovations in Health System Finance in Developing and Transitional Economies* (pp. 221-249). Emerald Group Publishing Limited.

37 Ibidem.

38 Jochelson, K. (2007). Paying the patient: improving health using financial incentives. London: King's Fund, 22. Beschikbaar op: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_document/paying-the-patient-kicking-bad-habits-supporting-paper-karen-jochelson.pdf

van personen die het moeilijk hebben om gezonde leefgewoonten aan te nemen, eerder dan op individuele basis. Het is ook efficiënt om de incentive te binden aan het succes van de groep (personen die het objectief niet halen weten dat zij ook de bonus van de andere leden van hun groep naar beneden halen en worden dus aangespoord om het programma te respecteren).³⁹

Als we dit criteriumrooster toepassen op het mondzorgtraject, dan kunnen we, a priori, betwijfelen wat de invloed van dit beleid is op het feit dat de Belgen elk jaar naar de tandarts gaan. Want:

- De beloning is negatief (wat, zoals we eerder zagen, heel wat nadelen met zich meebrengt),
- De sanctie is beperkt (voor de VT meer dan de niet-VT), wat de incentive om het programma te respecteren vermindert,
- De tijd tussen het niet naleven en de financiële impact is relatief lang (wat de motivatie nog vermindert),
- De doelgroep is niet goed gedefinieerd (richt men zich tot personen die nooit naar de tandarts gaan of zij die soms gaan of zij die nu al gaan?),
- Het beleid gaat niet samen met andere hulp/ondersteuning (waardoor het niet mogelijk is om de doelpopulatie te overtuigen/begeleiden).

Bovendien, als het de bedoeling is dat deze incentives een effect hebben, dan moet het gezondheidsbeleid de zes eigenschappen van de WGO respecteren⁴⁰, dit wil zeggen:

- *Effectief: het beleid respecteert de feitelijke basis en verbetert de resultaten voor de gezondheid van individuen en gemeenschappen in functie van de behoeften;*
- *Efficiënt: het beleid wordt ingevoerd op een manier waarbij maximaal gebruik wordt gemaakt van de middelen en verspilling wordt vermeden;*
- *Toegankelijk, wenselijk, geografisch op een redelijke plaats door een kader aan te bieden waar competenties en hulpmiddelen aangepast zijn aan de medische behoeften;*
- *Aanvaardbaar en gericht op de patiënt, ingevoerd op een manier waarbij rekening wordt gehouden met de voorkeuren en wensen van de individuele gebruikers van de diensten en de verschillende culturen;*
- *Eerlijk: de kwaliteit verandert niet naargelang de persoonlijke kenmerken zoals geslacht, ras, etniciteit, geografische situatie of sociaal-economisch statuut;*
- *Veilig: het beleid minimaliseert de risico's en de schade voor de gebruikers van de diensten.*

Als een beleid op basis van incentives wordt doorgevoerd, dan moet dit zo goed mogelijk alle bovengenoemde eigenschappen respecteren.

Negatieve financiële incentives houden echter meerdere nadelen in die niet compatibel zijn met de dimensies van een goed gezondheidsbeleid zoals dit door de WGO werd gedefinieerd:

1. De efficiëntie van negatieve incentives is niet bewezen en is gebaseerd op een hypothese (de perfecte rationaliteit van de betrokkenen) die al lang controversieel is in de economie;
2. Ze zijn onrechtvaardig want ze bestraffen enkel het individu en houden geen rekening met andere sociale, economische, culturele en omgevingsfactoren voor de gezondheid, die buiten de controle van het individu vallen;
3. Ze zijn moeilijk aanvaardbaar want ze leggen de klemtoon op de persoonlijke fout van de patiënt. Wat betreft het mondzorgtraject zijn er bovendien nog andere elementen die de efficiëntie van dit traject verminderen (de lange tijd tussen het niet naleven en de financiële impact, het feit dat het beleid niet wordt vergezeld van andere hulp,...).

4. Het gebruik van tandzorg in België: evolutie van 2007 tot 2017

In het eerste deel van dit hoofdstuk analyseren we in grote lijnen de evolutie van het aandeel van de bevolking dat naar de tandarts gaat. Vervolgens, in hoofdstuk 4.2, evalueren we het effect van het beleid van het mondzorgtraject op het bezoek bij de tandarts.

4.1. Evolutie van het gebruik van tandzorg in België

4.1.1. Algemene zorg

De variabele in de analyse is hier het aandeel CM-leden dat gedurende één jaar niet naar de tandarts is geweest voor gelijk welke nomenclatuurcode (preventief of curatief) wat tandzorg betreft.

Voor alle CM-leden, onafhankelijk van hun statuut, vermindert het aandeel dat niet naar de tandarts gaat continu (Figuur 1). Voor de VT-patiënten (meer kansarme bevolking die meer geneigd is om niet naar de tandarts te gaan) gaat dit aandeel van 67% naar 59% van de leden. Voor niet-VT-leden evolueren de cijfers van 49% naar 42%.

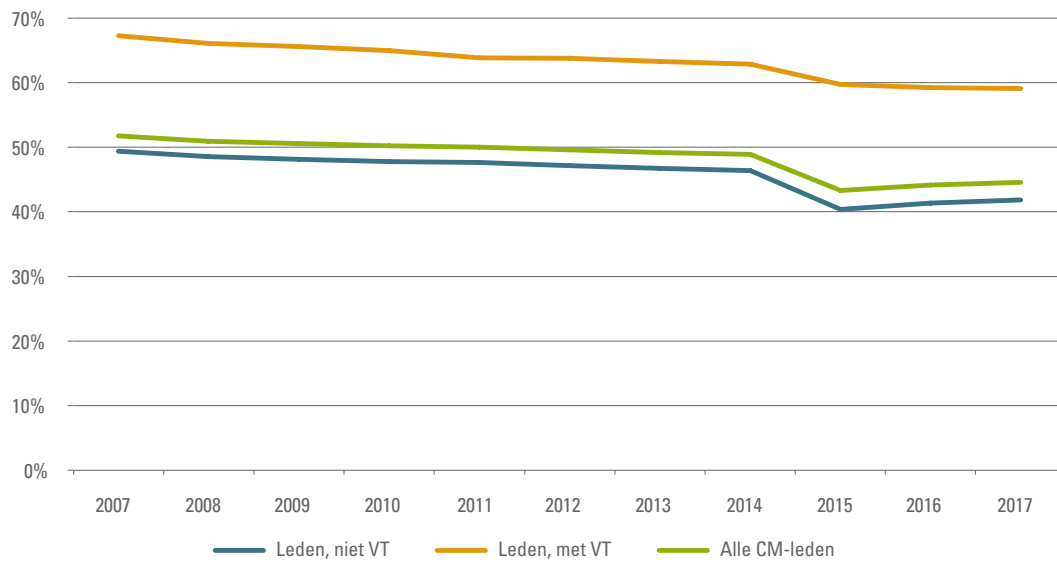
Als we de analyse verfijnen volgens leeftijdsgroep⁴¹, dan zien we dat gepensioneerden veel minder naar de tandarts gaan

39 Komaroff, A. (2016). Do financial incentives improve health? Ask the Doctor. *Harvard Health Letter*. <https://www.health.harvard.edu/staying-healthy/do-financial-incentives-improve-health>

40 World Health Organization. (2006). Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Geneva. Beschikbaar op: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43470?sequence=1>

41 Er bestaan ook verschillen tussen de geslachtsgroepen, in verhouding gaan meer vrouwen naar de tandarts dan mannen, wat blijkbaar normaal is in deze zorgsector. Zie Mc, C. G., & Bedi, R. (2000). Gender variations in the social impact of oral health. *Journal of the Irish Dental Association*, 46(3), 87-91.

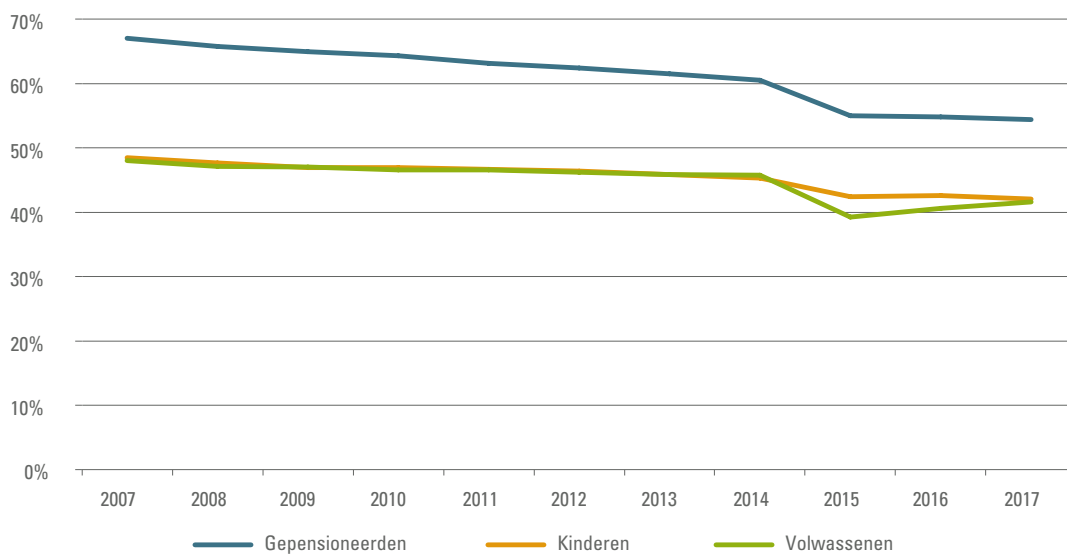
Figuur 1: Aandeel van de CM-leden dat geen terugbetaling ontving voor een verstrekking van tandzorg in de loop van één jaar (2007-2017), volgens het VT-statuut



dan anderen (Figuur 2). Toch lijkt deze trend te verminderen met de jaren⁴². Wat het verschil kinderen-volwassenen betreft, is het vreemd dat de twee groepen zo gelijkaardig zijn, ook al zijn de preventieve zorgen bij kinderen tot 18 jaar gratis bij een

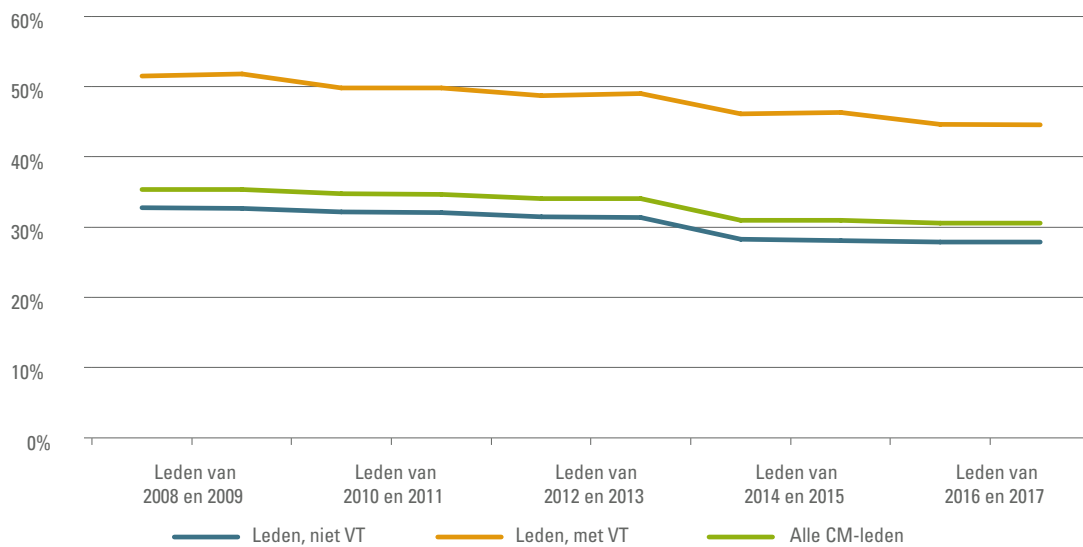
geconventioneerde zorgverlener (en worden de andere zorgen ook beter terugbetaald voor de kinderen). Als een kind al geen zorgen nodig heeft tot aan de leeftijd van 6 maanden, dan kunnen we toch verwachten dat het aandeel dat niet naar de tandarts gaat kleiner is.

Figuur 2: Aandeel van de CM-leden dat geen terugbetaling ontving voor een verstrekking van tandzorg in de loop van één jaar (2007-2017), volgens leeftijdsgroep (kinderen = 0-17 jaar, volwassenen = 18-64 jaar, gepensioneerden = 65 jaar en ouder)



⁴² Kandelman, D., Petersen, P. E., & Ueda, H. (2008). Oral health, general health, and quality of life in older people. *Special care in dentistry*, 28(6), 224-236; Petersen, P. E., & Yamamoto, T. (2005). Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community dentistry and oral epidemiology*, 33(2), 81-92.

Figuur 3: Aandeel van de CM-leden (lid gedurende de twee jaar) dat geen terugbetaling ontving voor een verstrekking van tandzorg in de loop van twee opeenvolgende jaren (2008-2017), volgens het VT-statuut



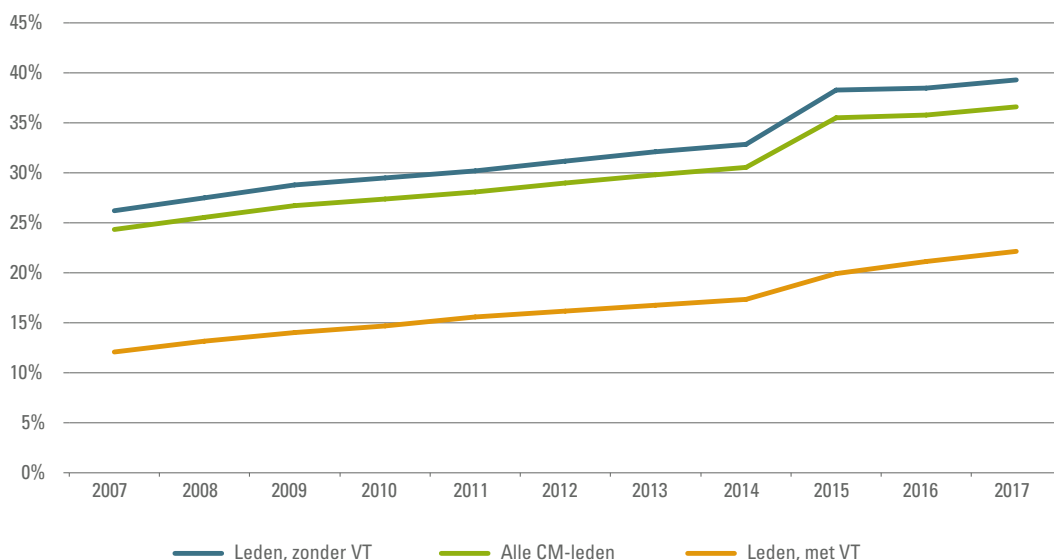
Figuur 3 toont het percentage aan CM-leden dat gedurende twee opeenvolgende jaren niet naar de tandarts is geweest (Figuur 3). We zien bijvoorbeeld dat 45% van de VT-leden niet naar de tandarts is geweest in 2016 en 2017 (voor 2017 alleen gaat het om 60%), wat betekent dat 75% van de VT-leden die in 2017 niet naar de tandarts zijn geweest, ook in 2016 niet naar de tandarts zijn geweest.

4.1.2. Preventieve zorgen

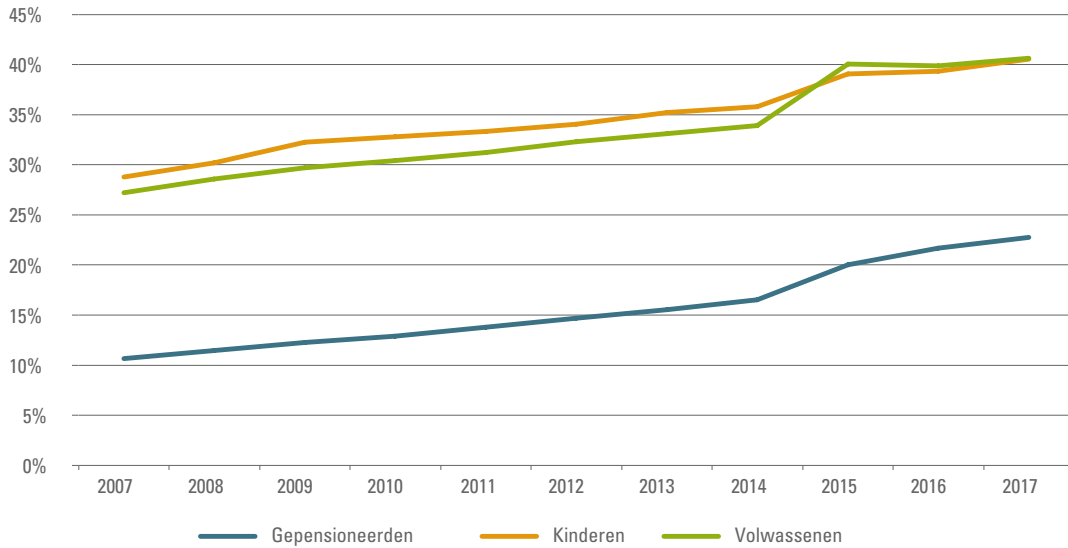
Volgens de literatuur is het beter dat elk individu op zijn minst eenmaal per jaar naar de tandarts gaat voor preventieve zorgen. We stellen echter vast dat dit nog niet het geval is, ook al is de tendens positief (Figuur 4).

Het verschil tussen VT en niet-VT is weerom frappant: bijna 22% van de VT-leden ging naar de tandarts in 2017, tegenover 40% van de niet-VT-leden. Ook al stijgt dit aandeel continu (het

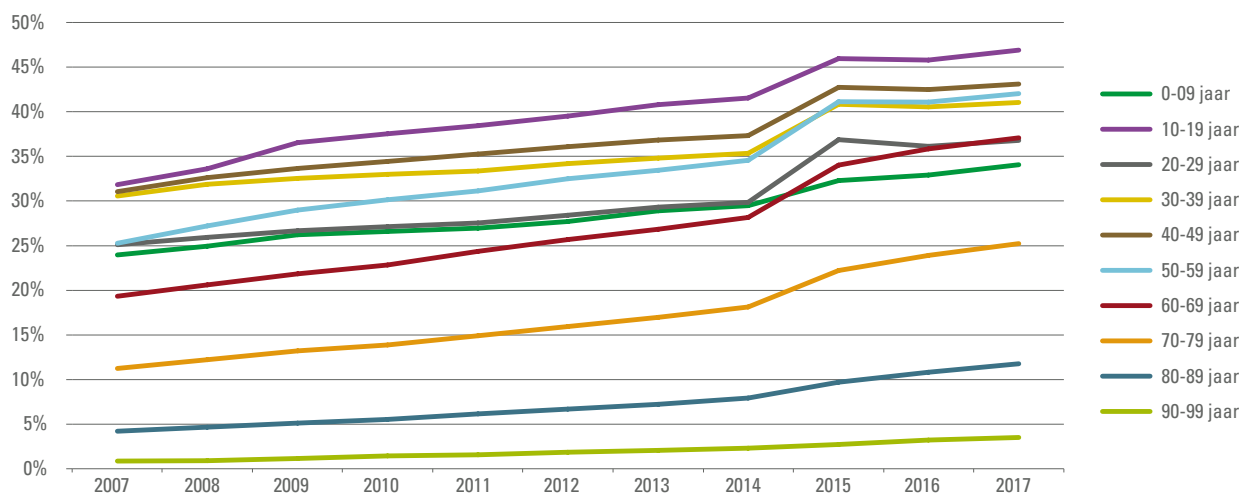
Figuur 4: Aandeel van de CM-leden dat terugbetaling ontving voor een verstrekking van preventieve tandzorg in de loop van één jaar (2007-2017), volgens het VT-statuut



Figuur 5: Aandeel van de CM-leden dat terugbetaling ontving voor een verstrekking van preventieve tandzorg in de loop van één jaar (2007-2017), volgens leeftijdsgroep (kinderen = 0-17 jaar, volwassenen = 18-64 jaar, gepensioneerden = 65 jaar en ouder)



Figuur 6: Aandeel van de CM-leden dat terugbetaling ontving voor een verstrekking van preventieve tandzorg in de loop van één jaar (2007-2017), per leeftijdscategorie van 10 jaar



is bijna verdubbeld op 10 jaar tijd), toch zijn we nog ver van de 100%.

Zoals voor de algemene zorg, is het verschil tussen de leeftijdsgroepen ook opvallend (Figuur 5). Het aandeel van gepensioneerde personen dat naar de tandarts gaat voor preventieve zorgen is meer dan verdubbeld op 10 jaar tijd. Ondanks het invoeren van gratis preventieve zorg voor kinderen in 2009, is het deel van hen die naar de tandarts gaan voor preventieve zorg niet meer gestegen dan bij de volwassenen. Dit toont aan dat, ook al is een beleid voor betaalbaarheid essentieel om de toegang tot de zorg te verlagen, dit toch niet voldoende is. Zo'n beleid moet worden vergezeld van een preventie-beleid en hulpmiddelen die de culturele, sociale, taalkundige, enz. remmen weghalen.

Als we de analyse nog wat meer verfijnen per leeftijdscategorie van 10 jaar, dan zien we dat er grote verschillen zijn tussen de leeftijdscategorieën. Figuur 6 toont dat, vanaf 70 jaar, het aandeel van CM-leden dat terugbetaling ontving voor een verstrekking van preventieve tandzorg sterk daalt. Dit kan worden verklaard door de redelijk hoge waarschijnlijkheid dat mensen aan die leeftijd een vals gebit hebben. We merken ook dat de 10 tot 19-jarigen proportioneel meer naar de tandarts gaan, wat kan worden verklaard door de betere terugbetaling van de zorg voor kinderen.

Tenslotte verbetert de toestand sedert 2007. Toch zijn we nog ver van de ideale situatie waar alle Belgen elk jaar een tandarts raadplegen. Bijvoorbeeld: daar waar in 2007 slechts ongeveer 12,5% van de VT-leden naar de tandarts ging voor preventieve

zorg, is dit 22% in 2017. Een belangrijke evolutie maar nog niet voldoende. Naast de financiële incentives, die erop gericht zijn om de toegang tot de zorg te verhogen, lijkt het ons belangrijk om een actief beleid te ontwikkelen, gericht op de lagen van de bevolking die niet naar de tandarts gaan.

4.2. Het effect van het mondzorgtraject

We hebben gezien dat CM-leden meer en meer naar de tandarts gaan. Dat is goed nieuws maar dat is nog niet voldoende. Laten we de verhoging van het aantal tandartsbezoeken tussen 2014 en 2016 van dichterbij bekijken.

Zoals tabel 1 aantoont, heeft het mondzorgtraject effect gehad. We zien in de gegevens dat het effect op het aantal tandartsbezoeken heeft plaatsgevonden tussen 2014 en 2015. Dat kan worden verklaard door het feit dat het traject oplegt dat men voor preventieve zorg bij de tandarts moet zijn geweest in het voorafgaande jaar. Bijgevolg hebben enkele leden geanticipeerd en zijn zij bij de tandarts geweest in 2015, ook al waren zij niet geweest in 2014.

In tabel 1 zien we dat het percentage leden dat geen enkele jaarlijkse tandverzorging kreeg van 46% (2014) naar 40% (2015) (6% verschil) daalde voor niet-VT-leden en van 63% (2014) naar 60% (2015) (-3%) voor VT-leden. In 2016 stijgt het percentage terug voor de niet-VT-leden. Tussen 2014 en 2017 daalt het aandeel van CM-leden dat geen tandzorg kreeg dus met 4,5% voor de niet-VT-leden en met 4% voor de VT-leden.

Tabel 1: Aandeel van het percentage leden (volgens het VT-statuut) dat geen tandzorg heeft gehad en dat preventieve tandzorg heeft gehad in de loop van één jaar (2007-2017)

	Percentage CM-leden zonder tandzorg in de loop van het jaar (2007-2017)		Percentage CM-leden dat minstens één preventieve tandverzorging kreeg in de loop van het jaar (2007-2017)	
	Leden zonder VT-statuut	Leden met VT-statuut	Leden zonder VT-statuut	Leden met VT-statuut
2007	49,40%	67,23%	26,19%	12,08%
2008	48,51%	66,05%	27,49%	13,17%
2009	48,11%	65,59%	28,77%	14,02%
2010	47,76%	64,95%	29,50%	14,68%
2011	47,65%	63,83%	30,20%	15,57%
2012	47,16%	63,74%	31,17%	16,15%
2013	46,70%	63,27%	32,09%	16,74%
2014	46,39%	62,87%	32,85%	17,35%
2015	40,34%	59,71%	38,28%	19,91%
2016	41,35%	59,25%	38,45%	21,14%
2017	41,86%	59,07%	39,30%	22,14%

Voor de preventieve zorg is tussen 2014 en 2015 het percentage gestegen van 33% naar 38% (+5%) voor de niet-VT-leden en van 17% naar 20% voor de VT-leden.

Het effect van het mondzorgtraject lijkt dus significant, maar zwak tot zeer zwak. Ondanks een relatief belangrijke afstraffing (een twintigtal euro extra remgeld voor een preventieve consultatie bij een geconventioneerde tandarts voor niet-VT-leden), hebben slechts weinig mensen die vroeger niet naar de tandarts gingen, de stap gezet. Vermits de sanctie voor VT-leden erg laag (1 euro) is, werd het effect waarschijnlijk eerder veroorzaakt door de communicatie dan door de sanctie zelf.

In het derde hoofdstuk hebben we de voor- en nadelen van negatieve financiële incentives in theorie geanalyseerd. Wij zijn tot de conclusie gekomen dat het weinig waarschijnlijk is dat een financiële incentive zoals het mondzorgtraject efficiënt en eerlijk is. De bovenstaande cijfers bevestigen gedeeltelijk onze hypothesen. Ook al is het percentage CM-leden dat eenmaal per jaar naar de tandarts gaat gestegen, toch blijft die stijging zeer zwak. Deze resultaten stellen de relevantie van de maatregel in vraag. Inderdaad, enerzijds is de positieve invloed beperkt en anderzijds heeft het ook een niet verwaarloosbare negatieve impact: personen die in de loop van het vorige jaar geen tandarts hebben geraadpleegd, moeten het jaar daarop meer betalen. In 2017 hebben echter nog 42% van de niet-VT-CM-leden en 59% van de VT-CM-leden geen tandarts geraadpleegd. Voor deze personen betekent het mondzorgtraject nog een extra rem om bij de tandarts te gaan en een financiële kost in het geval van tandproblemen.

Men kan zich dus de vraag stellen over de uiteindelijke doelstelling van de maatregel. Is het doel om het aandeel personen dat jaarlijks naar de tandarts gaat te verhogen of om kosten te besparen door de terugbetaling te verminderen voor personen die niet elk jaar gaan? Tussen 2016 en 2017 is het bedrag ten laste van het RIZIV voor het mondzorgtraject gedaald van 203 naar 198 miljoen voor de CM-leden, ofwel een besparing van 5 miljoen.

Gezien het lage percentage CM-leden dat jaarlijks naar de tandarts gaat, lijkt het ons noodzakelijk om een efficiënt en eerlijk beleid in te voeren, dat niet de leden die niet naar de tandarts gaan afstraft, maar hen aanmoedigt om te gaan. Met het risico ook dat de afwezigheid van een regelmatig bezoek bij de tandarts voor een deel van de bevolking belangrijke kosten blijft met zich meebrengen voor de gemeenschap en voor de individuen.

5. Vergelijking met andere landen

Ten aanzien van de hoger vermelde cijfers kunnen we ons de vraag stellen of de frequentie van het tandartsbezoek bij de Belgische bevolking lager of hoger ligt dan in andere landen. Tabel 2 geeft ons gedeeltelijk antwoord op deze vraag.

Tabel 2: Gemiddeld aantal consultaties bij een tandarts per inwoner

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Oostenrijk	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2
België*	2,2	2,5	2,73	2,76	2,80	2,83	2,88	3,06	3,06
Denemarken	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5
Estland	1,5	1,4	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
Finland	1,3	1,3	1,2	1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
Frankrijk	1,6	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,3	1,5	1,5
Duitsland	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,5	1,5	1,5	1,5
Japan	3,2	3,1	3,1	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2
Litouwen	1	1	1,1	1,1	1,2	1,3	1,4	1,4	1,5
Luxemburg	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
Nederland	2,2	2,1	2,3	2,3	2,1	2,2	2,6	2,5	2,6
Verenigd Koninkrijk	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7
Verenigde Staten	1	1	0,9	0,9	0,9	1	1	1	1

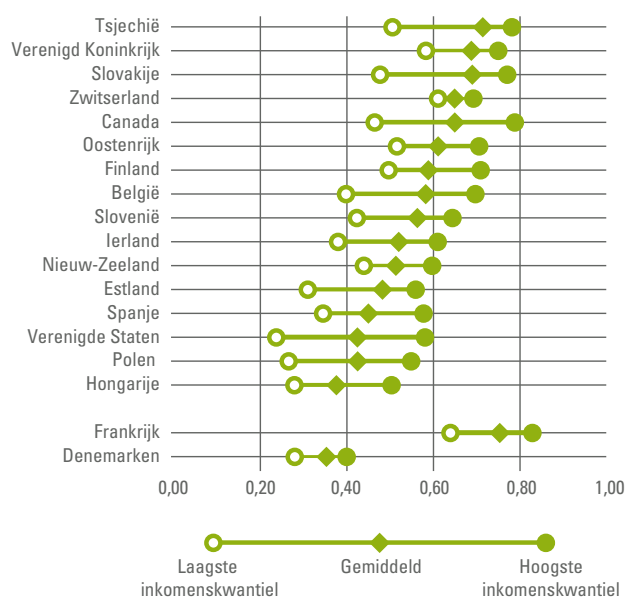
Bron: OECD Health Statistics (2018). Dentists consultations (in all settings). Beschikbaar op: https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC en cijfers CM voor België van 2010 tot 2016

* Opgelet: onze methodologie verschilt misschien van deze van de OESO (die zich baseert op cijfers van het RIZIV). De conclusies die worden getrokken uit de cijfers voor België vanaf 2010 moeten dus met enige voorzichtigheid worden genomen.

Ten aanzien van bovenstaande cijfers (met enige voorzichtigheid te nemen), zouden we kunnen stellen dat de Belgische bevolking goed geplaatst is op vlak van tandzorg. De Belgen gaan gemiddeld drie keer per jaar naar de tandarts. Dit is één van de hoogste resultaten van de OESO. Toch is de verdeling, zoals we eerder hebben gezien, van die contacten problematisch: veel personen gaan niet naar de tandarts terwijl een klein deel heel regelmatig gaat. Dit vertekent het beeld van en het oordeel over de Belgische tandzorg.

Een studie van de OESO relateert deze cijfers. Deze studie analyseert, vanuit gegroepeerde gegevens, de waarschijnlijkheid van een bezoek bij een tandarts in het voorbije jaar volgens het niveau van inkomen (Figuur 7).

Figuur 7: De waarschijnlijkheid van een bezoek bij de tandarts in de afgelopen 12 maanden, per inkomenskwantiel, jaar 2009⁴³



We zien dat de ongelijkheid in de toegang tot de tandzorg heel sterk is in ons land, ondanks het feit dat het gemiddelde in de eerste helft ligt van de weergegeven landen.⁴⁴ In België hadden personen die tot de eerste 20% behoorden in 2009, 33% minder kans om naar de tandarts te gaan dan het gemiddelde van de bevolking. In 2009 is gemiddeld slechts 60% van de Belgen naar de tandarts geweest, wat gelijk loopt met de cijfers die wij hebben getoond voor CM-leden. België situeert zich dus rond het Europese gemiddelde.

6. Tandzorg en het mondzorgtraject bevorderen

In dit artikel hebben we dus aangetoond dat ook al zijn terugbetaling en betaalbaarheid noodzakelijke en essentiële voorwaarden om tandzorg en mondhygiëne te bevorderen, en dit vooral bij kansarme patiënten, toch is dit niet de enige oplossing⁴⁵. Wij denken dat het dus nodig is om verder de financiële kost van tandzorg beter te dekken (waarom niet door de facturatie via de derdebetalersregeling verplicht te maken voor VT-leden), maar dat het ook nodig is om op andere vlakken te werken.

Zonder een volledige opsomming te maken van elk beleid dat zou kunnen worden gevoerd, willen we enkele mogelijkheden aangeven die ons belangrijk lijken om door te voeren in België. Eerst en vooral, in parallel met het beleid dat gericht is op de vraag naar tandzorg, lijkt het ons belangrijk om na te denken over het aanbod aan tandzorg. Inderdaad, tandartsen (en geassocieerde specialisten) spelen een rol, zoals de andere zorgverleners, in de toegankelijkheid van de zorg. In België was echter bijna de helft van de tandartsen (alle specialiteiten samengenomen) die in 2017 door CM-leden werden bezocht, niet geconventioneerd (tabel 3). Slechts een derde van de tandartsen is geconventioneerd en rekent voor elke consultatie de officiële tarieven aan. De overblijvende 20% is gedeeltelijk geconventioneerd. Zij rekenen het officiële tarief op bepaalde uren van de dag (of bepaalde dagen van de week).

De toegankelijkheid wordt dus verminderd door de (potentiële) facturatie van honorariumsupplementen. Tussen 2010 en 2017 is het totaal bedrag van de honorariumsupplementen die werden aangerekend aan CM-leden voor de verstrekking van alle types tandzorg (met uitzondering van orthodontie) gestegen met 285%, terwijl het bedrag ten laste van het RIZIV slechts met 16% is gestegen. Het is dus absoluut noodzakelijk om een beleid

⁴³ Devaux, M., & De Looper, M. (2012). Income-related inequalities in health service utilisation in 19 OECD countries, 2008-2009. OECD Working paper. Beschikbaar op [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP\(2012\)1&docLanguage=En](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP(2012)1&docLanguage=En)

⁴⁴ Frankrijk presenteert statistieken voor een bezoek bij de tandarts over de twee vorige jaren (en niet één jaar zoals voor de andere landen), vandaar de betere statistieken dan de andere landen. Voor Denemarken is dit voor de voorbije drie maanden, vandaar de minder goede statistieken.

⁴⁵ Palència, L., Espelt, A., Cornejo-Ovalle, M., & Borrell, C. (2014). Socioeconomic inequalities in the use of dental care services in Europe: what is the role of public coverage? *Community dentistry and oral epidemiology*, 42(2), 97-105.

op te stellen dat de tariefovereenkomst tussen overheid en tandartsen en de honorariumsupplementen regelt en de transparantie in de sector verhoogt.

Tabel 3: Percentage bezoeken bij een tandarts door CM-leden volgens het conventiestatuut

Conventiestatuut van de tandarts	Aantal tandartsen die minstens eenmaal werden bezocht door een CM-lid (2017)	Percentage
Geconventioneerd	2.856	33,51%
Niet-geconventioneerd	3.964	46,50%
Gedeeltelijk geconventioneerd	1.703	19,98%

Gezien de voordelen van preventieve zorg bij kinderen en, in parallel, gezien het lage percentage kinderen dat naar de tandarts gaat ondanks de financiële incentive die door de regering werd goedgekeurd, zou het een originele oplossing kunnen zijn om tandartsbezoeken op school in te voeren. Tandartsen (of mondhygiënist) binnenbrengen in de scholen kan helpen om patiënten met potentiële problemen te detecteren en hen aan te sporen (vooral hun ouders) om naar een tandarts te gaan. De WGO heeft deze methode voorgesteld in 2003, met als argument dat als men vroeg de abnormaliteiten vaststelt, de gezondheidsproblemen kunnen worden verminderd en zo ook de kosten die ermee samengaan.⁴⁶ In Noord-Ierland⁴⁷ hebben onderzoekers aangetoond, door een studiegroep te vergelijken met een controlegroep, dat in de groep die op school een bezoek had gekregen, 45,5% naar de tandarts is geweest binnen de twee maanden na het bezoek op school, tegenover 27,6% voor de controlegroep. Het effect was zeer significant voor personen uit kansarme milieus. Deze experimenten zijn interessant en zouden ook in België kunnen worden uitgevoerd. Aangezien elk land echter zijn eigen onderwijs- en zorgsysteem heeft, moet er rekening worden gehouden met deze bijzonderheden als men dit beleid probeert over te nemen.⁴⁸

De literatuur leert ons dat de risicofactoren voor de mond- en tandgezondheid en de gezondheid in het algemeen neiging hebben om naast elkaar te bestaan en zich te cumuleren bij de minst begoede personen en in bepaalde groepen.⁴⁹ Bijvoorbeeld: roken heeft gevolgen voor de longen en de mond- en tandgezondheid. De methode van "common risk approach" leert ons dat het zeer voordelig is om zich toe te spitsen op bepaalde groepen van de bevolking om meerdere gedragspatronen te veranderen die een negatieve invloed hebben op de gezondheid, want het blijkt dat deze gedragspatronen vaak samen voorkomen bij dezelfde patiënten.⁵⁰ Het is dus wenselijk dat zorgverleners (verplegend personeel, artsen, tandartsen, enz.) een algemene aanpak hebben en tussenkomen in een geheel van gedragspatronen eerder dan in één enkele. Voor kinderen zou het medisch onderzoek kunnen worden gebruikt om risicovol gedrag voor de gezondheid van kinderen te detecteren, er de aandacht op te vestigen, uit te leggen en te voorkomen.

7. Besluit

In dit artikel hebben we het belang van tandzorg en de impact van een slechte tandgezondheid op de algemene gezondheid herhaald. Ondanks de vooruitgang van de laatste 15 jaar, gaat jammer genoeg 50% van de Belgen nog steeds niet elk jaar naar de tandarts. Ondanks gratis preventieve zorg tot 18 jaar bij de geconventioneerde zorgverleners, is 60% van de kinderen in 2017 niet naar de tandarts geweest voor preventieve zorg. Het antwoord van de opeenvolgende regeringen was om de dekking van de zorg op te trekken in de verplichte verzekering en de 'nalatige' patiënten af te straffen met negatieve financiële incentives.

Met een literatuurstudie hebben we aangetoond dat negatieve financiële incentives, in theorie, weinig efficiënt, niet heel eerlijk en niet echt aanvaardbaar zijn. Weinig efficiënt omdat ze gebaseerd zijn op de controversiële hypothese van de perfecte rationaliteit van de betrokkenen; niet heel eerlijk omdat ze enkel de individuen straffen, waarbij de sociale, economische, culturele of omgevingsfactoren van de gezondheid, die buiten de controle van het individu vallen, over het hoofd worden gezien; niet echt aanvaardbaar omdat ze de klemtoon leggen op de persoonlijke fout van de patiënt.

⁴⁶ World Health Organization (2003). Oral health promotion: an essential element of a health-promoting school. WHO information series on school health. Document eleven. Geneva: WHO

⁴⁷ Donaldson, M., & Kinirons, M. (2001). Effectiveness of the school dental screening programme in stimulating dental attendance for children in need of treatment in Northern Ireland. *Community dentistry and oral epidemiology*, 29(2), 143-149.

⁴⁸ Milsom, K. M., Tickle, M., & Blinkhorn, A. S. (2008). Is school dental screening a political or a scientific intervention? *Journal of dental research*, 87(10), 896-899.

⁴⁹ Johnson, N. W., Warnakulasuriya, S., Gupta, P. C., Dimba, E., Chindia, M., Otoh, E. C., ... & Kowalski, L. (2011). Global oral health inequalities in incidence and outcomes for oral cancer: causes and solutions. *Advances in dental research*, 23(2), 237-246.

⁵⁰ Fine, L. J., Philogene, G. S., Gramling, R., Coups, E. J., & Sinha, S. (2004). Prevalence of multiple chronic disease risk factors: 2001 National Health Interview Survey. *American journal of preventive medicine*, 27(2), 18-24.

In de praktijk heeft het mondzorgtraject een beperkte positieve invloed gehad op het aantal bezoeken bij de tandarts (+4,5% van de niet-VT-CM-leden en +4% van de VT-CM-leden die een tandarts hebben geraadpleegd tussen 2014 en 2017). Toch heeft dit traject ook een niet te verwaarlozen negatieve financiële impact, vermits de personen die geen tandarts hebben geraadpleegd in het vorige jaar, meer moeten betalen het volgende jaar als ze er heen gaan, wat een rem en een extra financiële kost met zich meebrengt voor dit publiek. Alleen al voor CM-leden heeft het mondzorgtraject tussen 2016 en 2017 voor een besparing van 5 miljoen gezorgd voor het RIZIV. De vraag is dus wat de uiteindelijke doelstelling van de maatregel is. Is het doel om het percentage personen dat jaarlijks naar de tandarts gaat te verhogen of om kosten te besparen door de terugbetaling te verminderen voor personen die niet elk jaar gaan?

Incentives (en de financiële in het bijzonder) maken deel uit van een bredere ideologie die de verantwoordelijkheid van de patiënt centraal stelt. Wat de responsabilisering betreft, zei een auteur ons: *"Door de causale analyse te beperken tot de individuele verantwoordelijkheid laten we na om de "gezondheid" op te volgen tot aan zijn etymologische oorsprong in de "volledigheid". Als we een verstrikt netwerk vormen van gezondheidsfactoren, van genen tot woonwijken, dan dreigt een beleid met bestraffende incentives inbreuk te maken op een fundamenteel principe van de biomedische ethiek: de rechtvaardigheid. Als we begrijpen dat de reële determinanten van gezondheid en ziekte het individu zijn en dat chronische ziekten zoals diabetes en hoge bloeddruk op een onevenredige*

manier vooral de kwetsbare personen raken, die geen echte controle over hun leven hebben, dan kunnen programma's met individuele incentives ook discriminerend en destructief zijn."⁵¹

Naast de financiële incentives zou ook een actief (tand) zorgbeleid moeten worden opgesteld, dat efficiënt en eerlijk is. Daarvoor kunnen we in de eerste plaats slechts het belang naar voor schuiven om de sociaal-economische ongelijkheden naar beneden te halen, die deels de gezondheidstoestand bepalen. Op vlak van de organisatie van de zorg lijkt het ons belangrijk om te werken aan de culturele en sociale barrières die de toegang tot gezondheidszorg belemmeren. Op een meer individueel vlak hebben we de aandacht gevestigd op de betaalbaarheid, maar ook het belang van een beleid gericht op het zorgaanbod (bijvoorbeeld een goed percentage geconventioneerde zorgverleners) en een beleid van preventie en educatie. We hebben enkele voorbeelden gegeven die een goede basis kunnen zijn om het belang van preventie in tandzorg uit te leggen, risico's te voorkomen en verkeerde gedragspatronen te detecteren. Het is belangrijk om op elk niveau de doelstelling te definiëren van het beleid en het doelpubliek. Een verborgen doelstelling van besparing en een beleid gericht op personen die nooit naar de tandarts gaan, door hen nog harder te bestraffen, lijkt ons niet rechtvaardig, noch efficiënt. Zoals werd gezegd door een College van Amerikaanse artsen, *"een stimulerende structuur moet de geschikte autonomie van de patiënt en zijn deelname in de beslissing ondersteunen, waaronder het recht om een behandeling te weigeren, zonder bestraffende gevolgen."*⁵²

⁵¹ Howard, B. M. (2008). First, do not punish: individual incentives in health policy. *AMA Journal of Ethics*, 10(11), 719-723.

⁵² Mitnick, S., Snyder, L., & American College of Physicians Ethics, Professionalism and Human Rights Committee. (2010). Ethical considerations for the use of patient incentives to promote personal responsibility for health: West Virginia medicaid and beyond. *Philadelphia: American College of Physicians*.