

Handwritten signature

RechtOpRechtOpRecht

A. v. Beek
M.C.v.d. Horst
T. Prent

januari 1990

INHOUDSOPGAVE

Inhoudsopgave	1
Voorwoord	2
Hoofdstuk 1	Verantwoording 3
Hoofdstuk 2	Controle-besluit. Totstandkoming en inhoud van het huidige Besluit controle declaraties tandheelkundige hulp door tandartsen algemeen-practici m.b.t. de materiële controle 4
	Historie 4
	Integrale tekst van de controle-richtlijnen:
	nieuw anno 1988 5
	oud anno 1983 6
Hoofdstuk 3	Evaluatie van de uitspraken van de Commissie voor de Rechtspraak 10
	Rechtsverhouding 10
	Verslaglegging 13
	Extrapoleren 14
	Steekproef 15
	Cijfermateriaal & afwijkingsnormen 17
	Beoordeling van het cijfermateriaal 17
	Criteria 18
Hoofdstuk 4	Procedure-voorstel en toelichting 20
	Procedure 20
	Signalen 21
	Gevolgen 21
Hoofdstuk 5	Conclusie 22
Nabeschuwing	23
	Algemeen 23
	Kosten 24
	Kwantiteit versus kwaliteit 25
	Conclusie van de nabeschuwing 26
Bijlagen	

VOORWOORD

Sinds de invoering van het Besluit "controle declaraties tandheelkundige hulp door tandartsen algemeen-practici" dd. 24 maart 1983 (Stcrt 113) is dit besluit voortdurend onderwerp van gesprek geweest. Het belangrijkste gespreksonderdeel vormde de materiële controle, terwijl de formele controle nauwelijks problemen gaf.

De ziekenfondsen hebben in de loop der jaren voor de nodige impulsen gezorgd om de discussie inzake materiële controle levend te houden en hebben zowel direct als indirect er toe bijgedragen dat de controle-richtlijnen per 1 januari 1988 werden aangepast. Er werd aan de ziekenfondsen meer ruimte gegeven om de declaraties van de individuele medewerkers niet eens in de 5 jaar, doch eens in de 10 jaar aan een materiële controle te onderwerpen.

De wezenlijke problematiek inzake materiële controle werd hierdoor niet opgelost. Dit werd aangetoond nadat de Commissie voor de Rechtspraak met haar eerste uitspraken kwam en enig falen in de zorgvuldigheid van de controle-opzet bij sommige ziekenfondsen niet kon worden ontkend. Hierdoor vlamden de discussies bij diegenen die het aanging (Ziekenfondsraad, V.N.Z. zowel als afzonderlijke ziekenfondsen) hoog op.

Door deze ontwikkelingen gaf het College van Adviserend Tandartsen aan zijn leden de heren A. van Beek, M.C. van der Horst en T. Prent de opdracht om aan het college zo breed mogelijk advies uit te brengen, hoe op grond van de huidige richtlijnen van de Ziekenfondsraad de materiële controle behoort plaats te vinden, mede gezien in het licht van de uitspraken van de Commissie voor de Rechtspraak. De commissie werd in de eerstvolgende notulen van het college van adviserend tandartsen "aangesproken" als commissie "recht op". Een betere naam had de bedenker niet kunnen verzinnen, juist omdat deze commissie tot doel heeft aan te geven of en hoe het "recht op" recht verkregen kan worden. Ook de verzekeraar heeft immers "recht op" recht, waarbij voorkomen moet worden, dat feitelijke constatering ondergeschikt raken aan eventuele vormfouten tijdens de controle-procedure.

1 VERANTWOORDING

De commissie heeft gemeend, op grond van de aan haar gestelde opdracht, het college het beste te informeren door te kiezen voor de hierna volgende werkwijze.

Na een historisch overzicht volgt een evaluatie van de uitspraken van de Commissie voor de Rechtspraak. De volgende onderwerpen worden in deze evaluatie besproken:

- rechtsverhouding;
- verslaglegging;
- extrapoleren;
- toepassing van de steekproef;
- beschrijving van het gehanteerde cijfermateriaal en de tot voor kort gehanteerde afwijkingsnormen;
- beoordeling van en conclusie op grond van het beschikbare cijfermateriaal.

In dit laatste onderwerp wordt nader ingegaan op de drie hoofdfasen van een statistisch onderzoek, te weten:

1. het verzamelen van gegevens;
2. beschrijving van het verzamelde cijfermateriaal;
3. de interpretatie. In de voorgestelde procedure en toelichting wordt schematisch aangegeven hoe vormfouten vermeden kunnen worden en wat de commissie verstaat onder signalen en gevolgen.

Tenslotte volgt na de conclusie een nabeschuiving waarin een verband tussen kwantiteit en kwaliteit wordt gelegd.

N.B.: Bij lezing van het rapport dient steeds in het oog te worden gehouden, dat het uitgangspunt van de materiële controle, kwantiteit, nooit los gezien kan worden van de kwalitatieve aspecten.

2

CONTROLE-BESLUIT

HISTORIE Totstandkoming en inhoud van het Besluit controle declaraties tandheelkundige hulp door tandartsen algemeen-practici (materiële controle).

De invoering van de tandheelkundige hulp als verstrekking vond plaats in november 1941 toen de verplichte ziekenfondsverzekering van kracht werd. In de jaren 1941 - 1945 werd wel over controle op de tandheelkundige hulp gesproken, tot invoering kwam het niet. Aan de invoering van de tandheelkundige controle is een langdurig overleg met de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde voorafgegaan. De opvattingen terzake onder de tandartsen liepen sterk uiteen.

We noemen er enkele:

- a. Er is geen controle nodig; de ambtseed van de tandarts, dat hij de tandheelkunde naar eer en geweten zal uitoefenen, moet voldoende garantie zijn.
- b. Een eventuele controle dient uitsluitend betrekking te hebben op de aantallen verrichtingen.
- c. De controle dient zich mede op de kwaliteit van het werk te richten, doch deze controle dient een interne aangelegenheid van de Maatschappij te zijn.

Tenslotte is toch op initiatief van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde in 1947 een controle-instituut in het leven geroepen, het tegenwoordige T.C.I., waarin Maatschappij en Ziekenfondsorganisatie vertegenwoordigd zijn. Nadat met de controle enige jaren ervaring was opgedaan, heeft de z.g. gerichte controle een steeds grotere plaats in de taak van de controlerend tandarts ingenomen.

Een belangrijke aanpassing van de instructie van de controlerend tandarts vond in 1960 plaats, toen expliciet werd bepaald, dat ook een beoordeling van de hoedanigheid van de verrichtingen tot de taak van de controlerend tandarts behoort. Hierdoor trad een taakverzwaring van de controlerend tandarts op. In 1968 werd "controlerend" vervangen door "adviserend".

Het T.C.I. zou o.a. kunnen dienen om de afdelingscontrole op gang te brengen en verschillende aangelegenheden, die slecht centraal geregeld kunnen worden, ter hand te nemen. Deze "decentralisatie" kwam tot uiting in het creëren van een aantal controle-districten en een aantal commissies van toezicht. Deze commissies werden op voet van gelijkheid samengesteld uit tandartsen en ziekenfondsvertegenwoordigers uit het betreffende district. De wijze van functioneren van de commissies van toezicht bleek sterk afhankelijk van de taakopvatting van voorzitter en secretaris.

In de jaren waarin de controlerend tandarts als eenling min of meer "geïsoleerd" zijn werk deed, behoorde men de commissies van toezicht te zien als een mogelijkheid tot "bijstand"verlening in die gevallen waarbij bemiddeling van de controlerend tandarts tot geen bevredigend resultaat had geleid. De commissie moest dus niet uitsluitend gezien worden als klachtenbureau, doch ook als "bureau" dat een goede verstandhouding tussen tandartsen en ziekenfondsen probeerde op gang te brengen, wanneer er sprake was van een patstelling tussen ziekenfondsmedewerker en controlerend tandarts. Al met al werd pas in 1983 een en ander geformaliseerd.

Zo bepaalt de Ziekenfondswet in artikel 13 dat de ziekenfondsen de nodige maatregelen ter voorkoming van onnodige verstrekkingen en van uitgaven die niet noodzakelijk zijn, dienen te treffen. Artikel 14 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten vermeldt dezelfde verplichting ten aanzien van de uitvoeringsorganen (ziekenfondsen, ziektekostenverzekeraars en uitvoerende organen I.Z.A. en I.Z.R.). Mede naar aanleiding van een verzoek van de

toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid, mevr. Gardeniers, kwam de Algemene Maatregel van Bestuur ("Besluit controletaak ziekenfondsen") tot stand.

In dat besluit is onder andere bepaald dat ziekenfondsen controle uitoefenen op een verantwoorde uitvoering van de medewerkersovereenkomsten zowel naar prestatie als naar kosten. Op basis van dat besluit is op 24 maart 1983 door de Ziekenfondsraad het zogenaamde "Besluit controle declaraties tandheelkundige hulp door tandartsen algemeen-practici" vastgesteld. Daarin is een uitvoerige regeling opgenomen met betrekking tot de formele en de materiële controle van declaraties inzake tandheelkundige hulp. De commissie rekent het niet tot haar taak om nader in te gaan op de formele controle en zal zich derhalve uitsluitend bezig houden met de *materiële controle*-aanpak.

Zoals blijkt uit artikel 13 Ziekenfondswet is het de bedoeling om onnodige verstrekkingen en uitgaven te voorkomen. In de praktijk betekent dit, dat het ziekenfonds de controle-richtlijnen van de Ziekenfondsraad zal hanteren. Daarvoor kon en kan het ziekenfonds zich beroepen op de volgende integrale tekst van de nieuwe, respectievelijk oude controle-richtlijnen:

CONTROLE-RICHTLIJNEN (NIEUW 1988)

Materiële beoordeling

Bij de materiële beoordeling van declaraties van medewerkers en/of instellingen wordt aandacht besteed aan de hierna vermelde punten. De beoordeling zal veelal betrekking hebben op een langere dan een declaratieperiode; veelal een of meer kalenderjaren.

1. Alle medewerkers/instellingen worden tenminste eens per tien jaar aan een materiële beoordeling onderworpen, tenzij in de overeenkomst met de medewerker/instelling een hogere frequentie is bepaald.
2. Het tijdstip waarop een medewerker/instelling aan een materiële beoordeling wordt onderworpen, is mede afhankelijk van de informatie uit hoofde van relevante kengetallen, ervaringen en signalen.
3. Ingeval een medewerker/instelling voor een belangrijk deel declareert aan meer dan één ziekenfonds, wordt door de desbetreffende ziekenfondsen onderling overeengekomen welk ziekenfonds de beoordeling uitvoert. De bij de beoordeling betrokken ziekenfondsen stellen de benodigde gegevens tijdig ter beschikking van het controlerend ziekenfonds.
4. De bevindingen van de materiële beoordeling worden aan de betrokken medewerker/instelling medegedeeld. Indien naar de mening van het ziekenfonds terugvordering dient plaats te hebben, is het ziekenfonds gehouden tot overleg vooraf met de betrokken medewerker/instelling.
5. De bij de materiële beoordeling gebleken onjuistheden dienen te worden verrekend.
6. Bij de berekening van een eventueel terug te vorderen bedrag dient rente in aanmerking te worden genomen, te rekenen vanaf het moment van ingebrekestelling. Daarbij dient het percentage wettelijke rente gehanteerd te worden.
7. Indien in de materiële beoordeling daartoe aanleiding wordt gevonden, verrichten de ziekenfondsen bij de desbetreffende medewerker/instelling de materiële beoordeling met een grotere frequentie dan eens per tien jaar.
8. Met behulp van statistische gegevens verdient het aanbeveling te trachten door overleg de doelmatigheid van het functioneren van medewerkers/instellingen gunstig te beïnvloeden (waarbij rekening moet worden gehouden met leeftijdsopbouw etc.).

**CONTROLE-RICHTLIJNEN
(OUD 1983)***II. Materiële controle.*

Algemene toelichting met betrekking tot de systematiek. De materiële controle kan zowel voor de ziekenfondsen als voor de medewerkers nogal wat inspanning/belasting opleveren. De systematiek van deze declaraties met vermindering zoveel mogelijk van de genoemde inspanning/belasting een globaal onderzoek (zoals beschreven onder II.A.) plaatsheeft. Het voordeel van het globale onderzoek is enerzijds gelegen in de mogelijkheid om in beginsel alle tandartsen binnen een redelijke termijn in het onderzoek te kunnen betrekken. Anderzijds wordt de mogelijkheid geschapen om in gevallen waarin op grond van een globaal onderzoek redelijke zekerheid omtrent de juistheid van de declaraties kan worden verkregen op relatief eenvoudige wijze het onderzoek wordt afgedaan.

Binnen het globale onderzoek zijn enige fasen te onderscheiden. Als in de loop van het globale onderzoek namelijk een bepaalde conclusie kan worden getrokken op grond waarvan ingevolge de controlerichtlijnen een afrondend onderzoek (zie II.B.) dient plaats te hebben, is het overbodig het globale onderzoek voort te zetten.

In eerste instantie worden op grond van verzamelde kengetallen jaarlijks een aantal tandartsen in het globaal onderzoek betrokken. Deze kengetallen bevatten op zich geen waardeoordeel, maar zijn uitsluitend bedoeld als een signaal dat leidt tot een hanteerbaar selectiemiddel. De op grond van kengetallen gekozen tandartsen worden eventueel zodanig met willekeurig gekozen tandartsen aangevuld dat in principe ten aanzien van alle tandartsen ten minste 1 maal per 5 jaar een globaal onderzoek wordt ingesteld.

Een en ander is hierna (zie II.A.1 tot en met II.A.13) per fase nader uitgewerkt. Het globale onderzoek bestaat in eerste instantie uit het verzamelen van de gegevens van behandelingskaarten (model IIa) en declaraties prothetische hulp. Met behulp van deze gegevens kan een beeld van de volgtijdelijke behandelingen worden gevormd.

Ervan uitgaande dat de behandelingskaarten en de declaraties inzake prothetische hulp per tandarts worden opgeborgen en dat er geen verdere systematiek in het opbergen wordt aangebracht, moet bij het verzamelen van de gegevens uit doelmatigheidsoverwegingen worden volstaan met de gegevens van verzekerden waarbij bijvoorbeeld de naam met de zelfde letter begint of die binnen een bepaalde serie inschrijvingsnummers vallen.

Bij tandartsen die op grond van verzamelde kengetallen voor het globale onderzoek zijn geselecteerd dient daarenboven een verklaring voor de geconstateerde afwijkingen te worden gevonden.

II.A. Globaal onderzoek

II.A.1. Ten behoeve van het globale onderzoek worden door de ziekenfondsen gegevens verzameld voor de samenstelling van kengetallen per tandarts. De afzonderlijke kengetallen per tandarts worden tevens gebruikt voor de berekening van het desbetreffende regiogemiddelde.

Ingeval de praktijk van een tandarts in het werkgebied van meer dan een ziekenfonds valt, wordt door de desbetreffende ziekenfondsen in onderling overleg overeengekomen welk ziekenfonds het onderzoek uitvoert. De betrokken ziekenfondsen stellen de benodigde gegevens tijdig ter beschikking van het uitvoerende ziekenfonds. De resultaten van het onderzoek worden na afsluiting ter kennis gebracht van de betreffende ziekenfondsen.

II.A.2. Tenminste per kalenderjaar worden per tandarts de volgende kengetallen door de ziekenfondsen verzameld:

- a. de aantallen behandelingskaarten betreffende: gesaneerden; nieuw gesaneerden; niet gesaneerden; integrale tandheelkunde (IT)patiënten gespecificeerd naar IT1 formulieren en andere;
- b. het aantal halfjaarlijkse onderzoeken;
- c. de kosten per behandelingskaart betreffende: gesaneerden; niet gesaneerden; nieuw gesaneerden;
- d. de verhouding van het aantal halfjaarlijkse onderzoeken t.o.v. het aantal behandelingskaarten betreffende gesaneerden;
- e. per halfjaarlijks onderzoek het aantal: extracties bij gesaneerden; 1 vlaksvullingen bij gesaneerden; 2 vlaksvullingen bij gesaneerden; 3 of meervlaksvullingen bij gesaneerden; tandsteenverwijderingen; pulpabehandelingen; fluorideapplicaties; instructies mondhygiëne; röntgenfoto's;
- f. per advies afgifte S-kaart het aantal: 1 vlaksvullingen bij nieuwgesaneerden; 2 vlaksvullingen bij nieuwgesaneerden; 3 of meervlaksvullingen bij nieuw gesaneerden;
- g. het aantal prothesen gespecificeerd naar het aantal volledige prothesen en het aantal onder en bovenprothesen;
- h. het totaal over het betreffende kalenderjaar gedeclareerde bedrag. Hierbij wordt niet alleen de in de hierboven vermelde hulp bedoeld, maar ook de hulp inzake orthodontie e.d.

II.A.3. Op grond van aanmerkelijke afwijkingen van kengetallen ten opzichte van de betreffende regiogemiddelden selecteren de ziekenfondsen een aantal tandartsen.

Deze geselecteerde tandartsen worden eventueel zodanig met willekeurig gekozen tandartsen aangevuld dat in principe alle tandartsen tenminste een maal in de vijf jaren in het globale onderzoek worden betrokken. Met betrekking tot al deze tandartsen heeft controle plaats volgens II.A.4. en II.A.5.

II.A.4. Van iedere bij het onderzoek betrokken tandarts worden van 40 verzeerden ten aanzien van wie een aantal waarneembare verrichtingen zijn gedeclareerd (bijvoorbeeld geen declaraties met alleen een halfjaarlijks onderzoek) alle gegevens van de behandelingskaarten en de declaraties inzake prothetische hulp van de laatste 3 kalenderjaren verzameld, zodat een beeld wordt verkregen van de volgtijdelijke behandelingen.

II.A.5. Worden bij de beoordeling als bedoeld onder punt II.A.4. ten aanzien van een tandarts onjuistheden geconstateerd waarvan de consequenties (onder meer in financieel opzicht) relevant is en waarvan te verwachten is dat in meer gevallen onjuist is gedeclareerd, dan wordt met betrekking tot die tandarts een afrondend onderzoek (zie II.B.) ingesteld.

II.A.6. Met betrekking tot de op grond van kengetallen geselecteerde tandartsen (zie onder II.A.3. eerste gedeelte) zullen de kengetallen die naar het oordeel van het ziekenfonds in belangrijke mate afwijken van de betreffende regiogemiddelden een verklaring behoeven.

De kengetallen die meer dan 20% afwijken zullen in ieder geval verklaard dienen te worden. In eerste instantie zal het ziekenfonds zelf de verklaringen van de afwijkingen trachten te leveren.

II.A.7. Bij de in het vorige punt bedoelde verklaringen zal het ziekenfonds gebruik maken van onder meer de volgende informatie:
de praktijkgrootte en de veranderingen in de praktijkgrootte.
Hierbij zijn de veranderingen in de kengetallen gedurende een aantal

jaren van belang, de soort praktijk, de praktijkvoering en de onderlinge verhoudingen tussen de kengetallen.

II.A.8. Niet verklaarde afwijkende kengetallen als bedoeld in II.A.6. dienen met de betreffende tandarts te worden besproken. Ten behoeve van dit gesprek wordt de tandarts een lijst met zijn kengetallen en de regiogemiddelden toegezonden. Hierbij wordt de tandarts tevens meegedeeld wat onder regio gemiddelde dient te worden verstaan.

II.A.9. Is het ziekenfonds van mening dat tengevolge van het met de tandarts gevoerde overleg, de afwijkingen van de kengetallen acceptabel zijn, dan wordt het onderzoek met betrekking tot dit aspect beëindigd.

II.A.10. Is het ziekenfonds van mening dat tengevolge van het met de tandarts gevoerde overleg de afwijkingen van een of meer kengetallen ten opzichte van de overeenkomstige regiogemiddelden weliswaar verklaard doch onacceptabel is, of in het geheel niet verklaard is, dan wordt een afrondend onderzoek (zie II.B.) ingesteld.

II.A.11. Ten aanzien van blijken verschillen ten opzichte van de gedeclareerde bedragen wordt in ieder geval tot afrekening (terugvordering/betaling en verrekening met de declaratie) met de tandarts overgegaan. Indien daartoe aanleiding is, wordt een correctie over het gehele controlejaar en eventueel daaraan voorafgaande jaren (totaal maximaal vijf jaar) vastgesteld.

II.A.12. De gegevens betreffende de uitgevoerde onderzoeken en de resultaten daarvan worden in een daartoe bestemd dossier verzameld en bewaard. Minimaal worden in dit dossier opgenomen: de geselecteerde tandartsen en de daartoe verzamelde gegevens; de resultaten van de controle; de rapporten van de adviserend tandarts; de motivering van de beslissingen van het ziekenfonds.

II.A.13. De ziekenfondsen doen, indien het globale onderzoek geen aanleiding geeft tot het instellen van een afrondend onderzoek (zoals beschreven onder II.B.) daarvan schriftelijk mededeling aan de betrokken tandarts.

II.B. Afrondend onderzoek.

II.B.1. Een afrondend onderzoek wordt uitgevoerd bij tandartsen waarbij het onderzoek ten aanzien van de bijbetalingen door verzekerden heeft geleid tot de constatering van niet op bevredigende wijze verklaarde verschillen (zie I.13.); het globale onderzoek van de behandelingskaarten en declaraties inzake de prothetische hulp van 40 verzekerden heeft geleid tot de constatering van relevante onjuistheden (zie II.A.5.); het overleg met de tandarts met betrekking tot afwijkende kengetallen niet geleid heeft tot afdoende verklaringen (zie II.A.10); indien daartoe anderszins gereede aanleiding bestaat. Ingeval de praktijk van een tandarts in het werkgebied van meer dan één ziekenfonds valt, wordt door de desbetreffende ziekenfondsen in onderling overleg overeengekomen welk ziekenfonds het onderzoek uitvoert. De betrokken ziekenfondsen stellen de benodigde gegevens tijdig ter beschikking van het uitvoerende ziekenfonds. De resultaten van het onderzoek worden na afsluiting ter kennis gebracht van de betreffende ziekenfondsen.

II.B.2. Bij het afrondend onderzoek wordt met betrekking tot de betrokken tandarts het in punt II.A.4. genoemde onderzoek bij 40 verzekerden

uitgebreid tot een onderzoek bij 150 verzekerden. Van deze verzekerden worden de behandelingskaarten en declaraties inzake de prothetische hulp verzameld. Een en ander geschiedt zodanig dat verzekerden met "gewone" hulp en IT-patienten verhoudingsgewijs naar aantallen behandelingskaarten vertegenwoordigd zijn. Hierbij worden de gegevens over minimaal twee kalenderjaren verzameld zodat een beeld wordt verkregen van de volgtijdelijke behandelingen.

II.B.3. Op grond van de in punt II.B.2. bedoelde gegevens en het daaruit verkregen beeld wordt door het ziekenfonds beoordeeld in hoeverre bepaalde gedeclareerde verrichtingen niet konden worden verleend of onterecht werden verleend.

II.B.4. Tevens wordt op grond van vorenstaande beoordeling van de behandelingskaarten en declaraties inzake de prothetische hulp bij 25 in aanmerking komende verzekerden de mondholte door de adviseerend tandarts gecontroleerd.

II.B.5. Op grond van de bevindingen in de punten II.B.3. en II.B.4. wordt door het ziekenfonds de kwaliteit van de verleende hulp beoordeeld.

II.B.6. Uitkomsten en conclusies uit de punten II.B.2. tot en met II.B.5. worden met de tandarts besproken. Ten aanzien van blijvende verschillen ten opzichte van de gedeclareerde bedragen wordt in ieder geval tot afrekening (terugvordering/betaling en verrekening met de declaratie) met de tandarts overgegaan. Indien daartoe aanleiding is, wordt een correctie over het gehele controlejaar en eventueel daaraan voorafgaande jaren (tezamen maximaal vijf jaar) vastgesteld.

II.B.7. Bij terugvordering van een relevant af te rekenen bedrag dient in beginsel rente in aanmerking te worden genomen. Daarbij is als rentevoet te hanteren tot het moment van ingebrekestelling de in de honorariumberekening gehanteerde rente en vanaf het moment het percentage wettelijke rente.

II.B.8. De gegevens betreffende de uitgevoerde controles en de resultaten daarvan worden in een daartoe bestemd dossier verzameld en bewaard. Minimaal worden in dit dossier opgenomen: de namen van de gecontroleerde tandartsen; de rapporten van de adviseerend tandarts; de resultaten van het afrondend onderzoek.

II.B.9. Het ziekenfonds doet indien het afrondend onderzoek geen aanleiding geeft tot het nemen van nadere maatregelen, daarvan schriftelijk mededeling aan de betrokken tandarts.

3

EVALUATIE UITSPRAKEN C^{IE} VOOR DE RECHTSPRAAK

Zoals in het voorwoord reeds is aangegeven, heeft het uitvoeren van de materiële controle in het verleden tot problemen geleid. Uit een aantal uitspraken van de Commissie voor de Rechtspraak blijkt, dat er geen recht gedaan is aan de constatering van de ziekenfondsen waarbij op grond van materiële controles onjuistheden werden geconstateerd. Door "vormfouten" aan de zijde van de ziekenfondsen werden deze constatering terzijde geschoven. Bij de evaluatie van de uitspraken van de Commissie voor de Rechtspraak heeft de commissie "recht op" iedere uitspraak afzonderlijk bestudeerd. De opmerkingen c.q. aanbevelingen kunnen betrekking hebben op meer dan een uitspraak en zijn door de commissie "recht op" gedistilleerd uit de werkzaamheden (uitspraken) van de Commissie voor de Rechtspraak tot 1 januari 1988. In hoofdlijnen blijken de problemen te liggen op het gebied van:

- a. de rechtsverhouding (zie bijlage 1);
- b. de verslaglegging;
- c. extrapoleren;
- d. de toepassing van de steekproef;
- e. beschrijving van het gehanteerde cijfermateriaal en de tot voor kort gehanteerde afwijkingsnormen;
- f. beoordeling van een conclusie op grond van het beschikbare cijfermateriaal.

RECHTSVERHOUDING

Zoals uit de recente uitspraken van de Commissie voor de Rechtspraak blijkt, wordt de rechtsverhouding tussen ziekenfonds en medewerker in de eerste plaats bepaald door de tussen hen gesloten schriftelijke standaardovereenkomst. In dit verband is het bepaalde in artikel 20 lid 2 van de modelovereenkomst van belang. Dit artikel brengt met zich mee dat de onderlinge rechtsverhouding tussen partijen mede wordt beheerst door het *Vademecum*, voor zover dat landelijke overeenkomsten bevat. Zo heeft het ziekenfonds de mogelijkheid om correcties in de declaraties aan te brengen tot een periode van ten hoogste zes maanden na de datum van indiening van de declaratie. Deze uitspraak tast echter geenszins de verjaringstermijn van verschrijvingen aan.

Onder verschrijving wordt verstaan: onjuist declareren, al dan niet opzettelijk, en wel in die zin dat de voor het declareren geldende bepalingen onjuist worden toegepast, daaronder mede begrepen het declareren van gestelde verrichtingen waarvan declaratie om enigerlei reden gedeeltelijk of geheel onmogelijk is.

Dit betekent dat deze termijn van zes maanden alleen toebedeeld is aan de formele controlefase en dat bedoelde termijn niet van toepassing is wanneer het gaat om aspecten van het declareren, die eerst volledig in de zogenaamde materiële controlefase behoeven te worden gecontroleerd. Het controlebesluit bevat instructienormen voor het ziekenfonds die geen deel uitmaken van de tussen partijen gesloten overeenkomst.

Zoals al eerder werd opgemerkt, zijn deze instructienormen "slechts" *richtlijnen*. Zij bezitten geen wettelijk karakter. De richtlijnen zijn slechts hulpmiddel bij de oriëntatie op de eisen, die kunnen worden afgeleid uit het beginsel van behoorlijk bestuur dat een besluit met de nodige zorgvuldigheid moet worden voorbereid. Bij een civielrechtelijke waardering van controleresultaten blijkt, dat als uitgangspunt een voor ieder herkenbare *wetenschappelijk verantwoorde onderzoeksmethode* moet worden gehanteerd. Bij de bespreking van de steekproeven zal hierop nader worden ingegaan. Een belangrijk aspect in de rechtsverhouding is het begrip "goed medewerker".

GOED MEDEWERKER

In de relatie ziekenfonds — tandarts-medewerker kan wat betreft de wederzijdse rechten en verplichtingen, worden gesteld dat te allen tijde op de tandarts, die zich als medewerker heeft verbonden aan een ziekenfonds, de plicht rust zich als een "goed medewerker" te gedragen.

Indien men hiervoor juridische argumenten zou willen aanvoeren, kan worden gewezen op artikel 1374 lid 4 en 1375 BW, alsmede naar artikel 47 lid 1 van de Ziekenfondswet (de ziekenfondsen kunnen medewerkers weigeren van wie verwacht mag worden dat ze zich niet aan de voorschriften zullen houden).

In het Algemeen Gedeelte van de Memorie van Toelichting op de Ziekenfondswet wordt aan het begrip "goed medewerker" in het ziekenfondsbestel nader inhoud gegeven.

Wat verstaat men onder het begrip "goed medewerker"?

In het begrip "goed medewerker" liggen twee aspecten besloten:

- a. het kwalitatieve aspect (het kwalitatieve niveau van de verrichtingen)
- b. het financieel-administratieve aspect (het op de juiste wijze declareren bij het fonds en het vragen van de juiste bijbetalingen).

Het kwalitatieve aspect, de plicht die op de tandarts rust om goede tandheelkunde te leveren, is een uitvloeisel van de tandartseneed:

"de tandheelkunde, volgens de daarop wettelijk vastgestelde bepalingen naar beste weten en vermogen uit te oefenen..."

Het financieel-administratieve aspect vindt men o.m. omschreven in het Besluit Tandheelkundige Hulp en de jaarlijkse honoreringsovereenkomsten.

Schematische indeling van de situaties waarin niet (meer) wordt voldaan aan de eis van "goed medewerkerschap".

Ruwweg zijn drie situaties te onderscheiden:

1. De tandarts blijft in kwalitatief opzicht ver beneden een aanvaardbaar niveau (malpraxis). Het spreekt vanzelf dat een incidentele "misstap" niet tot acties van de zijde van het ziekenfonds aanleiding hoeft te geven.
2. De tandarts gedraagt zich in financieel-administratief opzicht niet als een goed medewerker; hij declareert op onjuiste wijze of declareert bij het fonds verrichtingen die niet zijn gedaan c.q. vraagt onjuiste bijbetalingen van de patiënt.
3. Een combinatie van 1 en 2.

N.B. In het voorgaande is bij de beoordeling van het begrip "goed medewerker" uitgegaan van het kwalitatief aspect en het financieel-administratieve aspect. Het behoeft geen betoog dat ook het gedrag ten opzichte van de patiënt in het begrip "goed medewerker" een belangrijke plaats inneemt.

Indien de verzekerde onbehoorlijk is behandeld, heeft hij het recht en de mogelijkheid om een klacht in te dienen. Het kan voorkomen dat een ziekenfonds zich in een dergelijke situatie mede verantwoordelijk acht voor de onbehoorlijke behandeling van de verzekerde.

We vermelden enkele mogelijkheden, die het ziekenfonds ten dienste staan om tegen een tandarts, die zijn verplichtingen niet nakomt, op te treden, ervan uitgaande dat het ziekenfonds, na intern overleg gepleegd te hebben, bereid is daadwerkelijk maatregelen te nemen en niet uit beleidsoverwegingen het treffen van maatregelen achterwege laat.

Artikel 13 van de Ziekenfondswet legt in dezen het initiatief bij het ziekenfonds. Dit wordt nader vastgelegd in de geschillenregeling uit de standaardovereenkomst.

MAATREGELEN

1. Het ziekenfonds kan een klacht indienen bij de Maatschappij (N.M.T., artikel 121 e.v. van het Huishoudelijk Reglement van de Maatschappij);

2. het ziekenfonds kan een klacht indienen bij een College voor Medisch Tucht recht (artikel 10 Medische Tucht wet);
 - 3a. het ziekenfonds kan een tandarts civielrechtelijk aanspreken wegens wanprestatie of onrechtmatige daad (artikel 1302 en 1303 BW resp. artikel 1401 BW). Op deze wijze kan nakoming en/of ontbinding van de overeenkomst of schadevergoeding geclaimd worden;
 - 3b. het ziekenfonds kan het medewerkerschap opzeggen (artikel 45e van de Ziekenfondswet);
 4. het ziekenfonds kan strafrechtelijke vervolging nastreven (artikel 326 Wetboek van Strafrecht).
- Ad 1. Een klacht bij de Maatschappij dient een lid van de Maatschappij te betreffen; gaat het om een niet-lid, dan kan de klacht niet in behandeling worden genomen. Gezien het karakter van de Maatschappij-rechtspraak als interne tucht rechtspraak en de ten gevolge hiervan beperkte rechtskracht van de uitspraken, verdient het aanbeveling om deze weg, die formeel mogelijk is, niet te volgen, doch via Commissie van Toezicht/Overleg tot een "oplossing" te komen.
- Ad 2. Indien een klacht bij een College voor Medisch Tucht recht wordt overwogen kan het ziekenfonds het beste eerst contact opnemen met de Inspectie van Volksgezondheid. De inspecteur kan vervolgens toetsen of er gereede aanleiding is om een klacht in te dienen bij het Medisch Tucht college. Indien daar voldoende argumenten voor aanwezig zijn, zal hij een klacht indienen. Het ziekenfonds is dan geen partij meer!
- Ad 3a. Een procedure voor de civiele rechter kan worden overwogen in die gevallen waarbij het om schadevergoedingskwesaties respectievelijk het terugvorderen van geld gaat. De artikelen 1302 e.v. BW, al of niet in combinatie met artikel 1401 BW, bieden voldoende mogelijkheden. Op grond van de gesloten overeenkomst tussen ziekenfonds en tandarts-medewerker zal het ziekenfonds de onder 3a en 3b genoemde mogelijkheden benutten door een en ander via de Commissie van Toezicht/Overleg voor te leggen aan de Commissie voor de Rechtspraak. Deze laatste commissie oordeelt als "goede mannen naar billijkheid" en spreekt een bindend advies uit. Indien een van beide partijen niet tevreden is, kan hij alsnog naar de civiele rechter stappen. Hierbij dient wel bedacht te worden dat deze mogelijkheid alleen een theoretische is, omdat alleen op basis van onzorgvuldig werken van deze commissie marginale toetsing mogelijk is. De Commissie voor de Rechtspraak heeft tot op heden getoond zeer zorgvuldig te werken en nimmer over één nacht ijs te gaan. Het gelijktijdig indienen van een klacht bij een College voor Medisch Tucht recht (voor wat de tucht-rechtelijke aspecten betreft) behoort eveneens tot de mogelijkheden.
- Ad 3b. Het opzeggen van de medewerkersovereenkomst is een stap die voor beide partijen grote consequenties kan hebben. Men zal hier dan ook niet gauw toe moeten besluiten. Indien de verwachting bestaat dat de medewerker zich bij herhaling niet aan de voorschriften zal houden, moet echter niet worden geschroomd van deze mogelijkheid gebruik te maken. Men doet er dan verstandig aan het medewerkerschap vooralsnog niet op te zeggen, maar de Commissie voor de Rechtspraak te vragen om de overeenkomst te ontbinden of een verklaring voor recht uit te spreken. Artikel 45e van de Ziekenfondswet laat ook de mogelijkheid van beëindiging op korte termijn of zelfs onmiddellijke beëindiging van de overeenkomst open. Het is dus niet onder alle omstandigheden nodig de in de Ziekenfondswet genoemde termijn van zes maanden in acht te nemen.

- Ad 4. Het bevorderen van een strafzaak wegens oplichting. Bedacht dient te worden, dat financiële aanspraken niet via de strafrechter kunnen worden gehonoreerd. Wel is eventueel voeging tot een maximum van een bepaald bedrag mogelijk.

VERSLAGLEGGING

Bij de vaststelling van de feiten en verzameling van de gegevens zal een juiste methode moeten worden gehanteerd. De eisen van zorgvuldigheid brengen mee dat de administratie zich in beginsel moet kunnen baseren op verifieerbare gegevens. Dat impliceert dat gegevens, die zij aan haar beslissing ten grondslag wil leggen, in het algemeen schriftelijk moeten vast liggen. In dat kader verdient het aanbeveling om een per tandarts-medewerker door de adviserend tandarts bij te houden dossier aan te leggen. Een van de eerste vereisten waaraan een zorgvuldig controle-onderzoek moet voldoen is dus een behoorlijke verslaglegging. Vanaf de eerste stap van het onderzoek tot en met het "opleggen" (sluiten) van het dossier dient stap voor stap de chronologische briefwisseling c.q. de afspraken met en de informatie aan of van de betrokken tandarts en/of instituten gearhiveerd te worden. Van belang bij dit alles is, dat de tandarts-medewerker tijdig wordt geïnformeerd.

Er dient voor alle partijen in de verslaglegging een duidelijke lijn door het gehele onderzoek te lopen in de vorm van een "opbouw" van collegiaal gesprek (begin van hoor en wederhoor) via eerste onderzoek (globaal onderzoek) naar een eventueel tweede onderzoek (afrendend = gericht onderzoek). Tevens dient men zich van meet af aan af te vragen (en duidelijk te worden aangegeven) of er sprake is van formele en/of materiële controle-aspecten.

Bij verslaglegging c.q. dossiervorming en contacten over en weer tussen betrokken partijen kan dikwijls gebruik gemaakt worden van kopieën. Deze dienen dan goed leesbaar te zijn. Het is om die reden aan te bevelen de verslaglegging zoveel mogelijk met behulp van een schrijfmachine vast te leggen. Wanneer lijsten worden geproduceerd van verzekerden dient niet alleen hun achternaam, doch ook voorletters, geboortedatum en plaats van huisvesting genoemd te worden, zodat een en ander overzichtelijk en controleerbaar blijft. Hoe diepgaand het onderzoek moet zijn, is niet in een algemene regel uit te drukken.

Wel kan als algemene, aan het beginsel van zorgvuldige voorbereiding te ontlene eis worden geformuleerd, dat het onderzoek zich telkens moet uitstrekken tot de feiten en omstandigheden van het individuele geval. Voor het overige komt het aan op aanvaarding van het uitgangspunt, dat de administratie zich steeds zal moeten afvragen, of in haar onderzoek wel aan alle voor de beslissing relevante feiten aandacht is besteed, of wel bij alle daarvoor in aanmerking komende diensten of personen de noodzakelijke informatie is ingewonnen en of niet inmiddels wegens gewijzigde omstandigheden alsnog nieuw onderzoek vereist is. Bij de conclusies van aanbeveling dient men er zich van bewust te zijn, dat meer dan gemiddelde eisen moeten worden gesteld aan het onderzoek en derhalve ook aan de verslaglegging ervan indien de aard der feiten ernstiger is, juist om de nodige zorgvuldigheid te betrachten.

In het navolgende wordt een uitgewerkt voorbeeld gegeven van een wetenschappelijk verantwoorde onderzoeksmethode. Dit wordt voorafgegaan door achtergrondinformatie en nadere toelichting. Bij het doen van onderzoek zullen verschillende keuzes gemaakt moeten worden ten aanzien van de methode van onderzoek. Hierbij wordt primair uitgegaan van de onderzoeksvraag (wat wil men weten, waarover wil men een oordeel vellen). Afhankelijk van de onderzoeksvraag komt men tot een onderzoeksopzet. Er worden twee soorten onderzoek onderscheiden: beschrijvend en verklarend onderzoek. Bij materiële controle van tandartsen is er sprake van beschrijvend onderzoek, d.w.z. het professioneel handelen van tandartsen wordt beschreven. (Dit neemt niet weg dat n.a.v. de resultaten van het beschrijvend onderzoek gepoogd kan worden om het gekonstateerde te verklaren in een nieuw, verklarend, onderzoek). Zowel bij verklarend als bij beschrijvend onderzoek moet toetsend onderzoek gedaan worden als men een bepaald vermoeden bevestigd wil zien. Hierbij

wordt "de proef op de som" genomen. Bij een dergelijk onderzoek worden bijvoorbeeld twee populaties vergeleken op een kenmerk of wordt een kenmerk van een populatie op verschillende tijdstippen vergeleken. Als men iets te weten wil komen over een bepaalde populatie kan een uitspraak gedaan worden op basis van een deel van die populatie; een steekproef. Het doen van getalsmatige uitspraken op grond van gegevens uit een steekproef wordt schatten genoemd. Deze schattingsuitspraken berusten op een kansrekening. De mate van zekerheid van de uitspraak die gewenst wordt, bepaalt de marge waarmee rekening gehouden moet worden (zie pag. 11 voor voorbeelden).

Bij een aselekt getrokken steekproef (zie pg. 11) heeft iedere persoon in een populatie evenveel kans om in de steekproef opgenomen te worden. Een systematisch aselecte steekproef kan alleen getrokken worden uit een zgn. gesloten populatie, d.w.z. een populatie waarvan alle elementen bekend zijn. Een selecte steekproef kan gebruikt worden om het verschil tussen een verdachte (selecte) groep en de rest van de populatie te toetsen. De steekproefgegevens op basis waarvan een schattingsuitspraak wordt gedaan, worden verkregen door meting. Het is dan ook zaak ervoor te zorgen dat gemeten wordt wat men bedoelt te meten en dat zo betrouwbaar mogelijk wordt gemeten.

De eerste eis heeft betrekking op het gekozen meetinstrument. Aan de tweede kan tegemoet gekomen worden door bijvoorbeeld verschillende mensen te laten meten of de meting te herhalen. E.e.a. is natuurlijk afhankelijk van het te meten kenmerk.

Bij generalisatie (pg. 9 punt 1; pg. 10 punt 4) van steekproefgegevens spelen de representativiteit van de steekproef en de grootte van de steekproef een rol. De relatieve omvang van de steekproef is hierbij van geen belang, alleen de absolute omvang speelt een rol (zie ook pg. 11). De relatieve omvang van de steekproef speelt wel een rol als men op basis van het onderzoek absolute uitspraken wil doen.

Bijvoorbeeld: Op basis van steekproefgegevens wordt gesteld dat bij 5 10% van de populatie te veel wordt gedeclareerd. In een populatie van 1000 mensen betreft dit 50/100 mensen en in een populatie van 5000 mensen 250/500 mensen: een grotere absolute marge. Een verantwoorde methode van steekproef trekken biedt geen garantie voor de representativiteit van de steekproef. Hierbij spelen factoren als bijvoorbeeld selectieve deelname aan het onderzoek een rol. Het is van belang bij het doen van uitspraken over de representativiteit van de steekproef om na te gaan voor welke kenmerken de steekproef een doorsnede uit de populatie moet zijn. Voor bepaalde onderzoeksvragen waarbij men een oordeel wil vellen over het handelen van de tandarts lijkt de lengteverdeling van de steekproefpopulatie van geen bijzonder belang.

EXTRAPOLEREN Mogelijkheid tot extrapolatie en eisen waaraan een steekproef moet voldoen.

Als het ziekenfonds op onderzoek uitgaat, zal het een deugdelijke onderzoeksmethode moeten hanteren. Extrapolatie als berekeningswijze en bewijsmiddel kan aanvaardbaar zijn indien volgens een wetenschappelijk verantwoorde methodiek steekproeven worden uitgevoerd en geëxtrapoléerd.

Daarbij dient wel aandacht te worden besteed aan de navolgende aspecten:

1. De steekproef dient zowel in absolute als in relatieve zin van voldoende omvang te zijn om een voldoende betrouwbaar beeld van het declaratiepatroon te geven.
2. De steekproef dient ook in de tijd gezien representatief te zijn voor de periode waarover extrapolatie plaatsvindt. Tandheelkundig gezien kan in sommige gevallen deze voorwaarde "afwijkend" worden toegepast.
3. Extrapolatie dient uitsluitend per soort gedeclareerde verrichting plaats te vinden naar het totale declaratiebedrag voor die specifieke verrich-

ting over de periode, waarvoor de steekproef representatief kan worden geacht.

4. Bij de extrapolatie van een steekproefresultaat zal een zekere onbetrouwbaarheidsmarge in acht dienen te worden genomen, waarvan de bandbreedte groter zal moeten zijn naarmate de steekproef relatief van geringere omvang is.

STEEKPROEF

Omdat het te kostbaar en te tijdrovend is om alle patiënten van een praktijk te onderzoeken, is het noodzakelijk een keuze te doen ofwel een steekproef te nemen. De prijs die daarvoor betaald moet worden is, dat men met een zekere mate van onnauwkeurigheid genoegen zal moeten nemen als men conclusies wil trekken over de gehele praktijk waaruit de steekproef genomen is. Het is uiteraard van groot belang te weten met welke kans op onjuiste conclusies men in een bepaald geval rekening moet houden. Van belang hierbij zijn:

1. de mate van representativiteit van de steekproef
2. de omvang van de steekproef.

REPRESENTATIVITEIT

Er zijn twee manieren om een steekproef te nemen:

- a. select of doelgericht
- b. aselect, willekeurig, "at random".

De keuze hangt af van de mogelijkheden die er zijn en het soort conclusies dat men wil trekken uit het onderzoek.

Wanneer het onderzoek er niet primair om gaat te generaliseren dan is het raadzaam de steekproefeenheden doelgericht en select uit te kiezen.

Voor het onderzoek van de tandartspraktijk komt methode b meer in aanmerking, omdat aan de hand van het onderzoek van een aantal patiënten conclusies getrokken worden over de totale praktijk.

Met een aselecte steekproef wordt bedoeld: een steekproef waarbij iedere eenheid in de populatie een gelijke kans heeft om in de steekproef of het onderzoek te worden opgenomen. Van een aselecte steekproef mag worden aangenomen dat deze representatief is, d.w.z. de verdeling van relevante variabelen is in de steekproef gelijk aan die in de populatie. Er zijn verschillende methoden om een aselecte steekproef te nemen, b.v.:

- aselect kiezen.
Men zorgt ervoor dat elke eenheid uit de populatie (lees: elke patiënt uit de tandartspraktijk) op volstrekt willekeurige wijze in de steekproef komt. Indien men beschikt over een lijst met alle eenheden (patiënten) uit de populatie (praktijk) kan gebruik gemaakt worden van lijsten met "toevalsgetallen" die in veel statistiekboeken worden aangetroffen.
- systematisch aselect kiezen.
Men beschikt over een lijst waarop alle patiënten uit de praktijk staan vermeld en kiest elke 2e, 7e of 12e patiënt voor de steekproef, afhankelijk van het gewenste aantal. De lijst moet wel volledig zijn !

De beste methode voor het onderzoek van een tandartspraktijk is het aselect kiezen, daar wij veelal niet zullen beschikken over een volledige lijst van patiënten uit de praktijk.

OMVANG

Bij het nemen van een steekproef rijst de vraag, welke omvang de steekproef moet hebben. Intuïtief is duidelijk dat een grote steekproef nauwkeuriger informatie geeft dan een kleine. Dit geldt overigens alléén als beide steekproeven aselect zijn genomen. Een kleine aselecte steekproef is beter dan een grote steekproef die onzuiver (niet select) is.

In eerste instantie luidt het advies: maak de steekproef zo groot als met de beschikbare middelen (tijd, geld enz.) mogelijk is. Daar deze middelen meestal

beperkt zijn, bestaat er weinig gevaar dat de steekproef op deze wijze te groot wordt (d.w.z. groter dan nodig voor het verkrijgen van de beoogde informatie omtrent de populatie).

Aan het feit dat de steekproef te klein kan uitvallen (dus te weinig informatie oplevert) is weinig te doen. Een wijd verbreid misverstand is dat de grootte van de steekproef afhangt van de omvang van de populatie. Daar is echter geen sprake van! In het algemeen is het zo dat naarmate een steekproef groter is, de nauwkeurigheid en betrouwbaarheid van generaliserende uitspraken die men over de totale populatie wil doen, waaruit de steekproef getrokken is, toeneemt. Het vooraf bepalen van de optimale steekproefgrootte is echter vaak een probleem omdat men daarvoor de mate moet weten waarin een verschijnsel, dat men juist wil gaan onderzoeken, in een populatie voorkomt.

Ook het aantal variabelen dat men wil analyseren is van belang. Tenslotte moet men bij het samenstellen van een onderzoeksgroep rekening houden met uitval van eenheden, bijvoorbeeld doordat mensen deelname aan het onderzoek weigeren.

Uitgaande van de veronderstelling dat het de bedoeling is om op grond van een bepaald percentage "verdachte getallen" in de steekproef een uitspraak te doen over het percentage verdachte gevallen in de totale praktijk, zijn de bijgevoegde F-tabellen nuttig om te kijken naar de betrouwbaarheid van zo'n uitspraak (zie bijlage 2.)

VOORBEELDEN

Stel: je onderzoekt 30 patiënten en vindt bij 6 patiënten (= 20%) iets dat niet klopt (b.v. vulling wel gedeclareerd, maar niet gelegd of patiënt heeft ten onrechte een eigen bijdrage betaald), kijk dan in tabel F-1 bij $n=30$ en $x=6$. De conclusie is dan dat je met 95% zekerheid kunt zeggen dat er in de totale praktijk bij 7,7 tot 38,6% van de patiënten iets niet klopt, dus een marge van ruim 30%.

Zou bij geen van de patiënten iets verdachts gevonden worden, dan kunnen we met 95% zekerheid zeggen dat dit in de totale praktijk bij 0 tot 11,6% het geval is. De marge is dan dus veel kleiner.

Vinden we bij 50% van de patiënten iets (15 patiënten dus) dan is de marge het grootst: 31,3 tot 68,7%! (= ruim 37%).

Bij grotere steekproeven zijn de marges kleiner, b.v. bij:

$n = 100$ (tabel F-2)

0 verdachte gevallen in steekproef, in praktijk 0 tot 3,6%

20 verdachte gevallen in steekproef, in praktijk 12,7 tot 29,2%

50 verdachte gevallen in steekproef, in praktijk 39,8 tot 60,2%

(marges respectievelijk 3,6; 16,5 en 20,4%)

$n = 500$ (tabel F-3)

0 verdachte gevallen in steekproef (=0%), in praktijk 0 tot 0,74%

100 verdachte gevallen in steekproef (= 20%), in praktijk 16,6 tot 23,8%

250 verdachte gevallen in steekproef (= 50%), in praktijk 45,5 tot 54,5%

(marges respectievelijk 0,74; 7,2 en 9%).

CONCLUSIE

De uiteindelijke keuze van de steekproefomvang is afhankelijk van de eisen die men stelt aan de betrouwbaarheid van de uitspraken die men wil doen. (Is een marge van 10% acceptabel of niet?)

Veelal zullen er beperkingen zijn qua tijd en geld, zodat het advies moet luiden: maak de steekproef zo groot als met de beschikbare middelen mogelijk is. In geval van een dergelijk steekproefonderzoek is het aan te bevelen in overleg met deskundigen van het ziekenfonds of externe deskundigen de steekproefomvang en de wijze van steekproef nemen vast te stellen.

CIJFERMATERIAAL & AFWIJKINGSNORMEN

Alvorens toe te komen aan een beoordeling van de cijfers, dienen wij ons te realiseren over welke cijfers wij het hebben. Het ziekenfonds hanteert de beschikbare statistische overzichten per tandarts: de zogenaamde kengetallen. Deze zijn mede afhankelijk van de door het computercentrum geleverde gegevens.

KENGETAL

Wat wordt verstaan onder het begrip kengetal?

In Van Dale valt te lezen dat onder kengetal wordt verstaan: "een getal dat een groep andere grootheden aanduidt".

In het Vademecum (oude controle-richtlijnen 1983) werd alleen weergegeven waaruit deze kengetallen bestaan, zonder het begrip nader te definiëren. Hierna volgt een integrale weergave van de tekst:

II.A.2. Tenminste per kalenderjaar worden per tandarts de volgende kengetallen door de ziekenfondsen verzameld:

- a. de aantallen behandelingskaarten betreffende:
 - gesaneerden;
 - niet gesaneerden;
 - nieuw-gesaneerden;
 - integrale tandheelkunde (IT);
 - patiënten gespecificeerd naar IT-1 formulieren en andere;
- b. het aantal halfjaarlijkse onderzoeken;
- c. de kosten per behandelingskaart betreffende:
 - gesaneerden;
 - niet gesaneerden;
 - nieuw-gesaneerden;
- d. de verhouding van het aantal halfjaarlijkse onderzoeken ten opzichte van het aantal behandelingskaarten betreffende gesaneerden;
- e. per halfjaarlijks onderzoek het aantal:
 - extracties bij gesaneerden;
 - 1-vlaksvullingen bij gesaneerden;
 - 2-vlaksvullingen bij gesaneerden;
 - 3- of méérvlaksvullingen bij gesaneerden;
 - tandsteenverwijderingen;
 - pulpabehandelingen;
 - fluoride applicaties;
 - instructies mondhygiëne;
 - röntgenfoto's;
- f. per advies afgifte S-kaart het aantal:
 - 1-vlaksvullingen bij nieuw-gesaneerden;
 - 2-vlaksvullingen bij nieuw-gesaneerden;
 - 3- of méérvlaksvullingen bij nieuw-gesaneerden;
- g. het aantal prothesen gespecificeerd naar het aantal volledige prothesen en het aantal onder- en bovenprothesen;
- h. het totaal over het betreffende kalenderjaar gedeclareerde bedrag. Hierbij wordt niet alleen de in de hierboven vermelde hulp bedoeld, maar ook de hulp inzake orthodontie e.d.

BEOORDELING CIJFERMATERIAAL

De kengetallen die naar het oordeel van het ziekenfonds in belangrijke mate afwijken van de betreffende regio-gemiddelden zullen een verklaring behoeven. De kengetallen die meer dan 20% afwijken zullen in ieder geval afdoende verklaard dienen te worden (gehoord de adviserend tandarts), aldus de oude controle-richtlijnen anno 1983. Men kan hieruit destilleren dat onder kengetallen die in belangrijke mate afwijken, die kengetallen behoren die meer dan 20% afwijken. De oude richtlijnen gingen t.a.v. de hiervoor genoemde verklaringen verder: "In eerste instantie zal het ziekenfonds zelf de verklaringen van de afwijkingen trachten te leveren".

ANALYSE

Na het vergaren en vervolgens duidelijk omschrijven van betrouwbaar cijfermateriaal komt de moeilijkste fase, te weten de analyse van deze gegevens. Deze analyse valt in een aantal delen uiteen. Aan de hand van een aantal criteria dient een norm te worden gevonden die aangeeft of er sprake is van een normaal functionerende tandarts-medewerker. Tevens dient te worden aangegeven welke afwijking van de norm als niet acceptabel aangemerkt moet worden en waarom. Belangrijk bij dit laatste is wanneer en onder welke voorwaarden verklaringen van afwijkingen van de norm acceptabel kunnen zijn. Alvorens nader op bovengenoemde vragen in te gaan willen wij een ontnuchterend voorbeeld geven. In dit voorbeeld wordt gebruik gemaakt van de kosten van de tandheelkundige zorg per verzekerde per regio uit het jaar 1986.

Stel, dat bij een vergelijking van medewerkers van twee ziekenfondsen uitgegaan wordt van deze regionale kosten, dan is het aardig om de aan elkaar grenzende ziekenfondsen X en Y onderling te vergelijken. Zie maar: ziekenfonds X $\pm f$ 90,— en ziekenfonds Y $\pm f$ 70,—. Denk nu eens aan een medewerker in het grensgebied van deze ziekenfondsen, ten opzichte van X zit hij als keurig Y-medewerker met f 90,— niet minder dan 28% te hoog, omgekeerd zit hij t.o.v. Y als keurig X-medewerker met f 70,— 22% te laag! Beide gevallen zijn een onderzoek waard, in beide gevallen zit de medewerker opgescheept met een probleem, waarvoor nauwelijks een verklaring valt te geven. Op grond van de oude controle-richtlijnen uit 1983 zou zelfs meteen teruggevorderd kunnen worden!

Hopelijk blijkt uit het voorgaande, dat voorzichtigheid betracht moet worden bij het hanteren van deze en andere cijfers.

CRITERIA

Houvast kan gevonden worden in de, in dit verband welhaast heilig verklaarde, vraagstellingen:

- wat is onder beroepsgenoten gebruikelijk?
- wat is een goed medewerker?

Hoe vaag wellicht ook, met deze twee criteria zullen wij het moeten doen. Terversteviging van het houvast kunnen beide begrippen worden samengevoegd tot de volgende definitie:

"Een goed medewerker (in materiële zin) is iemand die niet op onredelijke gronden afwijkt van hetgeen onder beroepsgenoten gebruikelijk is".

Gebruikelijk in cijfermatige zin, waarbij de cijfers de eerder vermelde landelijke en/of regionale kengetallen betreffen.

Op het eerste gezicht dient op grond van deze definitie elke afwijking aan deze norm met argwaan te worden bekeken. Om een aanknopingspunt te vinden, gaven de oude richtlijnen een nogal arbitrair gekozen percentage van 20% afwijking aan. Uiteraard een vrij willekeurig percentage, dat zijn doel voorbij schiet, indien absoluut gehanteerd. Wij menen dat het slechts bruikbaar is als signaal. Het is een makkelijk te hanteren getal om te bepalen wanneer het betreffende ziekenfonds 'zenuwachtig' wordt, een signaal naast vele andere signalen.

Wij zijn hier aangeland bij het grootste probleem. Wat zijn redelijke gronden om deze cijfermatige norm te hanteren? Er dient met behulp van de begrippen "goed medewerker" en "wat is onder beroepsgenoten gebruikelijk" gezocht te worden naar *aanvaardbare* normen. Juist hierbij is het advies (lees: oordeel) van de adviserend tandarts van groot belang. Uiteindelijk dient dit oordeel de toetsing door de Commissie voor de Rechtspraak te kunnen doorstaan.

Men dient zich er rekenschap van te geven, dat statistiek slechts kan laten zien, dat er sprake is van een significante afwijking. Met andere woorden: een afwijking die niet op toeval berust. Het is aan de adviserend tandarts om te beoordelen of de verklaring van de afwijking op niet-cijfermatige gronden door de aangevoerde feiten gedragen wordt. Dit betekent dat van geval tot geval moet worden beoordeeld of er sprake is van een aanvaardbare praktijkvoering,

niet alleen in cijfermatige zin. Telkens zal moeten worden geschat welk belang de beroepsgroep zal toekennen aan de factoren ter verklaring van de cijfers.

Van vele factoren die in het spel kunnen zijn wil de commissie RechtOp er hier slechts enkele geven, waarbij er nog eens op wordt gewezen, dat kwantitatieve afwijkingen nooit los staan van kwalitatieve aspecten:

- Hoe is de stand van de medisch-tandheelkundige wetenschap ?
- Locatie van de praktijk ?
- Leeftijdsopbouw praktijk ?
- Leeftijd en jaar van afstuderen van tandarts ?
- Aan welke faculteit heeft de tandarts gestudeerd ?
- Aard van de praktijkvoering ?
- Sociaal economische samenstelling van de patiëntengroep ?
- Kwaliteit van het geleverde werk ?
- Praktijkgrootte ?

Vast staat, dat voor wat het ziekenfonds betreft alleen de adviserend *tandarts* hier zinnige uitspraken over kan doen. Het is een illusie om te veronderstellen dat een nauwkeurige definitie van de twee uitgangspunten ('onder beroepsgenoten gebruikelijk' en 'goed medewerker') is te geven. Met andere woorden: de norm dient van geval tot geval bepaald te worden met inachtneming van zojuist genoemde variabelen. Dat dit problematisch is, laat zich raden. De invulling vergt inspanning, creativiteit en een nuancerend beoordelingsvermogen. Deze eigenschappen mogen een adviserend tandarts dan wellicht op het lijf zijn geschreven, in het kader van het huidige verstrekkingensysteem met bijbehorende controle-richtlijnen zal het zéér moeilijk zijn deze begrippen van geval tot geval te definiëren. In de nabeschouwing wordt hier nog nader op ingegaan.

Ook uit jurisprudentie en praktijk zal moeten blijken wat de precieze inhoud van de beide begrippen is.

Ter verduidelijking van de werking van jurisprudentie denke men aan de uitspraak van de Commissie voor de Rechtspraak dd. 29-4-87, waarin duidelijk werd aangegeven wanneer er al dan niet geëxtrapoleerd kan worden.

De werking in de praktijk zal in de regel neerkomen op confrontatie van de tandarts-medewerker met de geconstateerde feiten, waarna (eventueel na een schikking) terugvordering van het onterecht gedeclareerde bedrag kan plaatsvinden. Echter, wanneer de medewerker procedureel in verweer komt, gaat deze praktische en snelle afwikkeling niet meer op.

Tegen deze achtergrond werd de commissie RechtOp in het leven geroepen.

4

PROCEDURE-VOORSTEL EN TOELICHTING

De voorgestelde procedure is gebaseerd op het eeuwenoude ganzenbord: tien stappen vooruit, drie achteruit, vier vooruit en terug naar AF! Het is een algemeen schema dat, afhankelijk van het geval, individuele invulling behoeft. Uitgaande van de tandarts-medewerker als gelijkwaardige wederpartij van het ziekenfonds, is rekening te houden met zorgvuldigheidsbeginselen, zoals de principes van hoor en wederhoor, behoorlijke verslaglegging en wederzijdse informatieplicht. Bij iedere stap dient nauwkeurig te worden overwogen of men voldoende duidelijke gegevens heeft om een volgende stap te zetten. Tenslotte mag men niet uit het oog te verliezen, dat de adviserend tandarts de directie *adviseert*. Directies bepalen het te volgen beleid en dragen daarvoor de uiteindelijke verantwoordelijkheid.

PROCEDURE

1. Signaal: vastleggen (dossievorming).
2. Beoordelen van het signaal: analyse aan de hand van het beschikbare cijfermateriaal. Dit kan aanleiding geven tot:
 - a. afhandelen: geen aanleiding tot nadere controle. (Dit kan op ieder moment in de verdere procedure plaatsvinden indien daartoe aanleiding is);
 - b. nadere analyse van het cijfermateriaal;
 - c. enkele patiënten oproepen verspreid over een aantal spreekuren, om signalen te verifiëren. De tandarts-medewerker behoeft niet op de hoogte te worden gesteld;
 - d. patiëntengroep (grootte 20 à 30) op het spreekuur oproepen. De tandarts-medewerker dient wèl vooraf geïnformeerd te worden.

Indien deze verificatie onder b, c en d de signalen bevestigt is het verstandig de medewerker uit te nodigen voor een gesprek met de A.T. (collegiaal gesprek). Naar aanleiding van dit collegiale onderhoud wordt de directie geïnformeerd. Indien de directie het noodzakelijk acht, mede op advies van de A.T., kan verder onderzoek volgen.

Uiteindelijk kan een en ander leiden tot een onderzoek uitsluitend op het materiële vlak, of een gecombineerd kwalitatief/materieel onderzoek. In geval van een patiëntenonderzoek is het volgende van belang:

3. De betrokken tandarts dient geïnformeerd te worden over de te volgen procedure en in de gelegenheid gesteld te worden bij het patiëntenonderzoek aanwezig te zijn.
 4. Het patiëntenonderzoek moet minimaal uit 10% van het patiëntenbestand van de betrokken tandarts bestaan, of uit 150 verzekerden (zie: statistisch verantwoorde steekproef - Hoofdstuk II onder c.).
 5. Na het onderzoek dient een rapport aan de directie uitgebracht te worden.
 6. Indien daarvoor aanleiding is wordt de tandarts uitgenodigd voor een gesprek met de directie en de A.T.
- Komt men hier al tot een bevredigend resultaat, dan kan de zaak afgehandeld worden, afhankelijk van het gestelde doel. Eventueel kan aan de Commissie van Toezicht/Commissie van Overleg gerapporteerd worden.
 - Komt men niet tot een bevredigend resultaat dan zal de zaak voorgelegd moeten worden aan de Commissie van Toezicht. Lukt het de Commissie van Toezicht/Commissie van Overleg niet te bemiddelen, dan kan een of beide partijen na twee maanden de Commissie voor de Rechtspraak inschakelen.

SIGNALLEN Signalen kunnen

- afwijkingen zijn, gesignaleerd door de adviserend tandarts op gesprekken, uit dossiers en via de jungletelefoon;
- uit de statistiek en de kengetallen voortkomen;
- een groot aantal correcties zijn bij de normale administratieve verwerking, die binnenkomen via afdeling verstrekkingen;
- via klachten van patiënten binnenkomen;
- via tandartsen binnenkomen;

Naast de medewerkers waarop bovenstaande van toepassing is, behoren medewerkers die geen "signalen afgeven" ook aan de beurt te komen.

Op grond van de signalen kan worden nagegaan of er sprake is van een bepaald soort afwijking. Hier volgt een mogelijke indeling van deze afwijkingen.

- Normaal declaratiepatroon, bij patiëntencontrole blijkt er iets niet in orde.
- Onjuiste declaratiemethodiek. Bijvoorbeeld: meer dan twee maal per jaar declareren van een halfjaarlijkse controle en andere volgtijdelijke fouten.
- Afwijkend declaratiepatroon, in het algemeen in vergelijking met regionale en/of landelijke (gemiddelde) declaratiecijfers. Pas echter op met het al te absoluut hanteren van gemiddelden (zie opmerkingen over steekproef). 'Gemiddeld' is niet hetzelfde als 'optimaal'.
- Frauduleus handelen. Bijvoorbeeld: declaratie van niet uitgevoerde behandelingen.

GEVOLGEN

Vooraf kan worden opgemerkt dat het streven tot een goede samenwerking met de tandarts-medewerker voorop dient te staan. Eventuele gevolgen die de resultaten van de uitgevoerde materiële controles kunnen hebben:

- Blijk van waardering. Correcte administratieve verwerking e.d.
- Melden dat er geen bijzonderheden geconstateerd zijn.
- Medewerker informeren over te grote afwijkingen.
- Termijn en voorwaarden stellen tot wanneer en hoe afwijkingen zullen worden geaccepteerd.
- Bepaalde verrichtingen mogen niet of slechts na machtiging worden gedaan.
- Waarschuwing, dat wanneer niet aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan, verder gaande stappen te verwachten zijn.
- Gedeeltelijke verrekening of terugvordering, al of niet na een schikking.
- Volledige terugvordering van daadwerkelijk geconstateerde afwijking.
- Terugvordering over langere periode.
- Terugvordering met extrapolatie.
- Verzoek aan de Commissie voor de Rechtspraak om de overeenkomst te ontbinden.

5

CONCLUSIE

Om tot een optimaal resultaat te komen met behulp van de huidige richtlijnen is een raamwerk aangegeven om onder meer vormfouten te vermijden en statistisch verantwoorde uitspraken te doen. Nadruk is gelegd op de zorgvuldige verslaglegging, genuanceerd omgaan met statistiek en het bewaken van de juiste procedure. Tevens is de bepalende rol van de adviserend tandarts in de interpretatie van de cijfers (kengetallen) tot uitdrukking gebracht. Hierbij valt op, dat deze interpretatie van zo veel factoren afhankelijk is, *dat in werkelijkheid geen nauw omschreven (werkbaar) richtlijn te geven valt*. Hierin ligt de essentie van de positie en functie van de adviserend tandarts t.a.v. de materiële controle.

Gebleken is, dat het bestaande wettelijke kader veel te mager is om eenduidige sjablonen voor controle te ontwikkelen, terwijl ook de modelovereenkomst onvoldoende expliciet is ten aanzien van de materiële controle.

Te rade gaan bij de jurisprudentie levert niet veel extra op, omdat er eenvoudigweg te weinig jurisprudentie is. Bovendien lijkt het niet waarschijnlijk, dat zich verhelderende jurisprudentie zal ontwikkelen, gezien de kosten/batenafweging van de ziekenfondsen en hun daaruit voortvloeiende terughoudendheid t.a.v. procedures.

Met andere woorden: op grond van de bestaande wetgeving, overeenkomsten en jurisprudentie is het gewicht van de materiële controle uiterst gering, terwijl de resultaten van de controle zeer beperkt zijn, zeker in vergelijking met hetgeen de richtlijnen suggereren en de ziekenfondsen er van verwacht(t)en. De richtlijnen zijn dan ook niet meer dan een aanwijzing!

Het gevaar is reëel, dat er ten aanzien van de tandarts-medewerkers een onverantwoorde rechtsongelijkheid ontstaat, op grond van budgettaire motieven. Het huidige verrichtingen- en declaratiesysteem in de ziekenfondstandheelkunde is administratief zo uitgebreid en arbeidsintensief voor zowel de algemeen-practici als de ziekenfondsen, dat een goede en hanteerbare controle (naast automatisering van gegevensstromen) onontbeerlijk is.

Aangezien op basis van de huidige richtlijnen en jurisprudentie thans niet meer dan een incidentele controle is te verwezelijken, die de toets der kritiek kan doorstaan, pleit de commissie RechtOp dan ook voor een principiële keuze:

1. Bij vasthouden aan de huidige systematiek van declaratie en honorering dient de wetgeving op de diverse punten te worden gerepareerd en dienen de overeenkomsten met medewerkers zodanig te worden aangepast, dat de rol, bedoeling en uitwerking van de materiële controle effectief uit de verf komt.
2. Wanneer niet gekozen wordt voor reparatie, moet een zodanig systeem van declaratie en honorering worden ontwikkeld, dat het *belang* van nauwkeurigheid van declaratie, doelmatigheid van indicatie en goede kwaliteit van de uitgevoerde verrichting bij de medewerker komt te liggen. Materiële controle hervindt hierdoor haar acceptabele proporties, terwijl controle in het algemeen zich meer kan richten op de kwalitatieve aspecten van tandheelkundige verrichtingen, hetgeen een wezenlijke bevordering der tandheelkunde impliceert. Een gedeeltelijk-abonnementssysteem zou dit mogelijk kunnen maken.

NABESCHOUWING

ALGEMEEN Zoals bekend, is de ziekenfondsverzekering een natura-verzekering. In dit systeem is het ziekenfonds gehouden de verzekerde van hulp te voorzien en daartoe worden overeenkomsten met de zogeheten medewerkers gesloten. Het ziekenfonds is er ten opzichte van de verzekerde in beginsel voor verantwoordelijk, dat de hulp wordt geboden en dat die wordt geboden volgens de aanspraken, die zijn neergelegd in het Verstrekkingenbesluit Ziekenfondsverzekering en de daarop steunende uitvoeringsbesluiten. De verzekerde heeft als tegenprestatie voor de premiebetaling recht op de hulpverlening. Kwesties als honorering, kwaliteit van hulp, wijze van betaling bepalen de relatie tussen ziekenfonds en medewerker. De verzekerde staat in principe daarbuiten. Overigens vormt het stelsel van bijbetalingen (eigen bijdragen) van de kant van de verzekerde in zekere zin een inbreuk op dit natura-stelsel.

Verzekerden hebben recht op tandheelkundige hulp, waarvan de omvang nauwkeurig is omschreven. De tandarts stelt de indicatie en in tegenstelling tot particuliere verzekerden vindt behandeling vaak plaats zonder volledige informatie over de noodzaak en de omvang, laat staan de kosten van de behandeling. De relatie van de tandarts met de ziekenfondsverzekerde is in dat licht duidelijk anders dan die met particuliere patiënt. De laatste wordt meestal sterker bepaald door motivering en voorlichting (verantwoording), omdat de particuliere patiënt de rekening van de behandeling zelf gepresenteerd krijgt.

Bij ziekenfondsverzekerden is verantwoording vanuit deze achtergrond (doorgaans) niet aan de orde. Ook zal meestal niet gesproken worden over toestemming tot behandeling, omdat deze impliciet besloten *lijkt* in de halfjaarlijkse saneringscyclus. De tandarts zal veelal als vanzelfsprekend uitvoeren, hetgeen hij bij controle heeft geïndiceerd.

Dit ontbreken van een prikkel tot verantwoording is een zwak punt van het huidige systeem: het nodigt niet uit tot overleg en vragen of verlenen van toestemming voor behandeling. Een ziekenfondsverzekerde vertrouwt in wezen zijn gebit meestal *blindelings* toe aan de zorg van de deskundige. De essentie van de relatie is dus vertrouwen, zodat aan de tandarts hoge eisen mogen worden gesteld wat betreft zijn deskundigheid, manuele vaardigheid en toewijding jegens de patiënt.

De positie van de patiënt is door zijn ondeskundigheid kwetsbaar en afhankelijk; hij is geheel overgeleverd aan de behandelaar. Vertrouwen op zichzelf biedt uitteraard geen garantie voor een goede kwaliteit van indicatie en behandeling. De positie van de patiënt zou dan ook beschermd dienen te worden door wettelijke regels, maar die zijn er niet. Wel is in de Grondwet het volgende artikel (11) opgenomen:

ARTIKEL 11, GRONDWET

“Ieder heeft, behoudens bij of krachtens de wet te stellen beperkingen, *recht op onaantastbaarheid van zijn lichaam.*”

Uit dit artikel kan worden afgeleid dat het ongevraagd uitvoeren van een tandheelkundige behandeling op gespannen voet staat met de onaantastbaarheid van het lichaam van de patiënt. In de praktijk wordt vaak geen toestemming voor behandeling gevraagd of gegeven. Voor zowel tandarts als ziekenfondsverzekerde geldt bovendien: het ziekenfonds betaalt de rekening.

De relatie tussen ziekenfonds en tandarts-algemeen practicus heeft haar formele beslag gekregen in de zogenoemde standaardovereenkomst. Hierin zijn een aantal afspraken opgenomen, onder andere over de wijze waarop de hulp dient te worden geboden.

In het huidige systeem van VWZ en TJZ, kan wellicht gesproken worden van *enige* waarborgen, maar geenszins van een *optimale* waarborg. De gesaneerde status is in het algemeen de voorwaarde voor aanspraken op hulp in de 'volle omvang' van het verstrekkingenpakket. Deze houdt geen wezenlijke

selectie met vastlegging van de gebitssituatie op enig moment in, zoals in het verleden bij de Integrale Tandheelkunde (13-jarigenplan). Hierdoor is een volgtijdelijke controle op behandelingsnoodzaak, dus een controle op indicatie achteraf, te enen male onmogelijk.

In verband met dit laatste dient overigens te worden opgemerkt, dat gerichte controle op een rechtmatige gesaneerde status in het huidige systeem (en op rechtmatige declaraties daaruit voortvloeiend) niet goed mogelijk is. Ook hier kan een kengetal, zoals het aantal nieuw-gesaneerden, slechts een signaal tot oplettendheid geven.

RECHTSONGELIJKHEID

Bij het opstellen van controle-richtlijnen ten behoeve van de ziekenfondsen is de aandacht gericht geweest op het in staat stellen van de ziekenfondsen om de verrichtingen van de tandarts aan een toets te onderwerpen. Hierbij heeft men zich echter verloren in dermate weinig specifieke algemeenheden, dat zij niet een gedegen grondslag voor controle kunnen vormen. Het feit bovendien, dat aan diepgaande controles niet onaanzienlijke kosten zijn verbonden, brengt de noodzaak met zich mee om selectief op te treden. Men kan zich alleen op belangrijke gevallen richten, zodat er niet alleen op grond van vage controlenormen, maar bovendien uit bittere budgettaire noodzaak grote rechtsongelijkheid ontstaat.

VOORBEELD

Ter illustratie een voorbeeld, dat representatief geacht mag worden voor de moeizaamheid in dergelijke ernstige gevallen, waarbij een ziekenfonds op grond van de hem toegewezen taak, de specifieke materiële controle toepaste, conform het Besluit controle declaraties tandheelkundige hulp door tandartsen algemeen-practici:

Vier jaar lang kwam een ziekenfonds tegen een medewerker in actie, op grond van overduidelijke fraude en vooral overbehandeling (lees: mishandeling), en diens advocaat via:

- Justitie (strafzaak, 6 zittingsdagen),
- Medisch Tuchtcollege,
- Centraal Medisch Tuchtcollege (respectievelijk 2 zittingen van 2 uur en 1 zitting van 6 uur),
- Commissie van Toezicht (2 avonden)
- Commissie voor de Rechtspraak.

Bij de Commissie voor de Rechtspraak werden alleen al 2 zittingsdagen besteed aan de vraagstelling of het ziekenfonds juist had gehandeld t.a.v. de opzegging met onmiddellijke ingang.

KOSTEN

Het ziekenfonds betaalt daarnaast ook nog eens letterlijk de prijs van een zuiver geweten. Die is te hoog, als men bedenkt dat de financiële inspanningen uit het aangehaalde voorbeeld in de tonnen liepen en ten laste van het budget van het betreffende ziekenfonds vielen. Sterker nog, wanneer terugvordering mogelijk blijkt, dient men een en ander terug te storten in de algemene kas! De commissie kan in dit kader slechts vaststellen, dat een dergelijke "regeling" tot *ontmoediging* leidt. Het betreffende ziekenfonds zal zich in de toekomst terecht wel honderd maal bedenken alvorens zich in een dergelijk avontuur te storten.

De commissie pleit dan ook voor een herziening van dit beleid, zodanig dat dergelijke specifieke kosten ten laste van de algemene kas komen. Er is in zo'n situatie immers sprake van een voorbeeld met een duidelijke preventieve werking in algemene zin, in het belang van de verzekerden en de gemeenschap.

Wanneer het ziekenfonds voorbij gaat aan de prijs van het onderzoek, dan dient hij ook nog de nodige moed en durf te bezitten om op grond van de controle-richtlijnen een confrontatie aan te gaan.

De ziekenfondswet komt de ziekenfondsen slechts te hulp in artikel 13, waarin staat dat de ziekenfondsen de nodige maatregelen dienen te nemen, ter voorkoming van onnodige verstrekkingen en uitgaven welke hoger dan noodzakelijk zijn. Op welke wijze dat moet geschieden, is neergelegd in een minder sterk

wettelijk kader van artikel 19 van de standaardovereenkomst, dat de tandarts verplicht om het ziekenfonds inlichtingen te verschaffen ten behoeve van de uitvoering van de controletaak en de adviserend tandarts behulpzaam te zijn bij de uitoefening van zijn functie in dit opzicht.

In het algemeen kan gesteld worden dat de tandarts de plicht heeft om nauwgezet en zorgvuldig te werk gaan. Tevens dient de tandarts ervoor in te staan, dat zowel zijn theoretische kennis als zijn vakbekwaamheid gedurende zijn hele beroepsleven op peil blijft.

Deze behandelingsnorm wordt ook wel aangeduid als "medisch professionele standaard" en valt te formuleren als: "de zorgvuldige, op grond van wetenschap en ervaring aangewezen wijze van tandheelkundig handelen. Zoals een gemiddeld bekwaam tandarts in gelijke omstandigheden zou doen, met middelen, die in redelijke verhoudingen staan tot het concrete behandelingsdoel".

KWANTITEIT VERSUS KWALITEIT

De adviserend tandarts dient er op toe te zien dat de verleende tandheelkundige hulp van een voldoende niveau is en zal dan, gezien het bovenstaande, controleren op:

1. kwantiteit:
 - a - onderbehandeling (c.q. kwaliteit van indicatie),
 - b - overbehandeling (c.q. kwaliteit van indicatie);
2. technische kwaliteit van de uitgevoerde behandeling zelf;
3. overdeclaratie, frauduleuze handelingen.

Zoals reeds eerder werd aangegeven, valt uit de controle-richtlijnen te destilleren, dat de controle zich primair moet richten op aanmerkelijke afwijkingen van de regionale c.q. landelijke kengetallen van een aantal (gedeclareerde) verrichtingen. Daarnaast zullen andere signalen, bijvoorbeeld brieven van attente verzekerden, de aandacht op afwijkende (declaratie)situaties kunnen vestigen. Tot zover is alles uitstekend geregeld, de controle kan beginnen!

ONDERBEHANDELING

Op een bepaald moment wordt "vastgesteld" dat een tandarts-medewerker hoog of laag scoort t.a.v. een gemiddelde. Wanneer er sprake is van een lage score kan toetsing plaatsvinden aan de hand van patiëntenonderzoek. De huidige controle-richtlijnen bieden voldoende soelaas, indien sprake is van onderbehandeling en dus van een te kort schieten in kwaliteit van zorg aan de verzekerde. Zie onder andere de L.E.O.T. en T.N.O./V.U. onderzoeken. Immers, onderbehandeling is redelijk objectief vast te stellen, zeker in curatieve zin, mits we aan het begrip sanering een zekere waarde toekennen.

OVERBEHANDELING OF OVERDECLARATIE ?

Wanneer sprake is van een (te) hoge score, dan kan men op grond van de huidige richtlijnen slechts hopen, dat men met de betrokken tandarts-medewerker tot overeenstemming komt. Anders ziet het er voor de adviserend tandarts somber uit, want vanaf het moment dat de medewerker in verweer gaat, heeft de adviserend tandarts nauwelijks droog kruis om mee te schieten. Wanneer hij zorgvuldig te werk gaat, zal hij de toetsing op procedurefouten (vormfouten) nog wel doorstaan, maar vanaf dat moment begint voor hem een ongelijke strijd. Immers, hij dient alles op grond van een (bewust?) vaag geformuleerd controlebesluit te bewijzen en te verdedigen!

Aan de hand van de kengetallen valt slechts te constateren, dat er sprake is van een hoge score t.o.v. een discutabel gemiddelde. De rest is juridische touwtrekkerij: marginale afwijkingen zijn geoorloofd en "grotere" afwijkingen blijven marginaal in de discussie over de betrouwbare van statistisch gemiddelden. Controle op indicatie en uitvoering van behandelingen is achteraf vrijwel niet mogelijk.

CONCLUSIE VAN DE NABESCHOUWING

In het licht van al het voorgaande is de conclusie gewettigd, dat (kwalitatieve) toetsing van indicatie en behandeling en toetsing op overbehandeling en/of overdeclaratie in het verrichtingensysteem niet goed mogelijk zijn zonder volgtijdelijke vergelijking (vóór en ná behandeling). Hierdoor lijkt werkelijk verantwoorde kwantitatieve en kwalitatieve tandheelkundige controle een vrome wens te blijven.

In de discussie over de (on)mogelijkheden van controle in het bestaande verzekerings-(en dus ook: honorerings-)stelsel moet vastgesteld worden, dat elke poging om zekere kwaliteit te garanderen door controle neerkomt op 'het paard achter de wagen spannen'.

De OpRechte vraag luidt dan ook: is het systeem zelf niet achterhaald ?

LONENDE DOELMATIGHEID

Niet de controle-richtlijnen moeten worden aangescherpt, maar het beloningssysteem dient zo ingericht te worden, dat het prikkelt tot goede kwaliteit van indicatie en behandeling, waarbij de behandelaar geen enkel belang heeft bij overbehandeling of -declaratie, dan wel onderbehandeling en waarbij de verzekerde belang heeft bij het behoud van de werkelijk gesaneerde status.

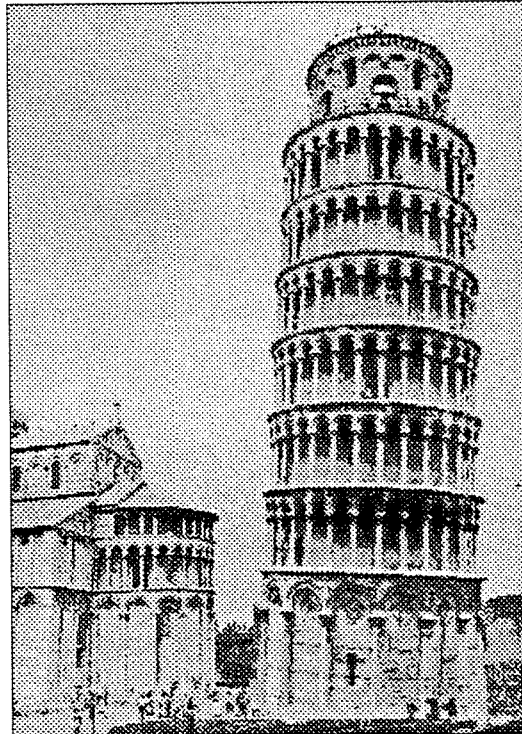
Het **belang van doelmatigheid** moet niet een belang van de financier zijn, maar van de **tandarts** en de **verzekerde**.

De enige manier om dit belang bij de tandarts en de verzekerde te leggen is honorering op basis van een *gedeeltelijk abonnement* voor onderhoudsverrichtingen. Wanneer de tandarts zich contractueel verplicht om de patiënt kwalitatief gesaneerd te houden en voor alleen de onderhoudsverrichtingen (controle, diagnostiek, preventie, en curatie alleen wat betreft de plastische vullingen; *alle* overige behandelingen op verrichtingenbasis) een vast bedrag per half jaar per gesaneerde ontvangt, dan is overbehandeling contra-productief, overdeclaratie voor deze verrichtingen onmogelijk en onderbehandeling aantoonbare contractbreuk. Met een contractueel gedeeltelijk abonnement (ook wel cluster genoemd) belooft de tandarts zichzelf (en de gesaneerde patiënt) op termijn door effectieve preventie en kwalitatieve curatie, gepaard aan een vast en voorspelbaar inkomensbestanddeel.

De Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) zal vanuit haar verantwoordelijkheid nadrukkelijk moeten participeren in de ontwikkeling en invoering van hanteerbare toetsingsnormen dan wel een honoreringssysteem, die de kwaliteit van de tandheelkunde *bevorderen*. In het belang van haar eigen geloofwaardigheid moet zij haar bijdrage leveren aan een heldere invulling van de begrippen 'goed medewerker' en 'hetgeen onder beroepsgenoten gebruikelijk is'. Het is niet in haar belang, dat het huidige controle-systeem noodgedwongen achter de feiten aanloopt en door onvolkomenheid schade berokkent aan de eer en goede naam van de gehele tandheelkundige professie.

Het is in het belang van de NMT, de individuele tandarts, de verzekerde patiënt en de financier, om een systeem te ontwerpen, waarin controle zich kan beperken tot beantwoording van de tandheelkundige vraag of een vereiste behandeling inderdaad kwalitatief verantwoord gegeven werd. Geen zorg, maar juist controle met eenvoudige middelen. Een abonnement voor de onderhoudsverrichtingen ($\pm 70\%$ van de tandheelkundige ziekenfondsomzet!) biedt hiervoor de oplossing.

Over bevordering der tandheelkunde gesproken...



RechtOp? Produktie: moonlight serenade

LITERATUUR:

- Mr. W.J. Admiraal en Dr. M.A.J. Eijkman: Een mondje vol gezondheidsrecht.
- Strafvonnis zaak X 10-12-'87.
- Uitspraak van het College voor Medisch Tucht recht te Eindhoven, zaak X 12-01-'87.
- Commissie voor de Rechtspraak Ziekenfonds-tandartsen 16-2-'88 in zaak K.
- Uitspraak Commissie voor de Rechtspraak ziekenfonds-tandartsen 1986, 1987, 1988.
- M. Koolhaas, notitie i.v.m. steekproef-onderzoek tandartspraktijk d.d. 27-4-'88, C.Z.H. Externe zaken.
- Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 120, nr. 47, 1967.

BIJLAGE 1

BIJLAGE 2

Tabel F-1

95% EN 99%-BETROUWBAARHEIDSGRENZEN VOOR HET PERCENTAGE ELEMENTEN MET KENMERK A IN DE POPULATIE INDIEN X VAN DE n ELEMENTEN IN EEN ASELECTE STEEKPROEF DIT KENMERK BEZITTEN

n = 5			n = 20			n = 50			n = 75 (vervolg)		
x	95%	99%	x	95%	99%	x	95%	99%	x	95%	99%
0	0	52.2	0	0	16.8	0	0	7.1	11	7.6	24.7
1	0.5	71.6	1	0.1	24.9	1	0.1	10.6	12	8.6	26.3
2	5.3	85.3	2	1.2	31.7	2	0.5	13.7	13	9.6	27.8
3	14.7	94.7	3	3.2	37.9	3	1.3	16.5	14	10.6	29.3
n = 6			n = 25			n = 60			n = 80		
0	0	45.9	0	0	13.7	0	0	6.0	0	0	4.5
1	0.4	64.1	1	0.1	20.4	1	0.0	8.9	1	0.0	6.8
2	4.3	77.7	2	1.0	26.0	2	0.4	11.5	2	0.3	8.7
3	11.8	88.2	3	2.5	31.2	3	1.0	13.9	3	0.8	10.6
n = 7			n = 30			n = 75			n = 100		
0	0	41.0	0	0	11.6	0	0	4.8	0	0	3.5
1	0.4	57.9	1	0.1	17.2	1	0.1	7.2	1	0.2	5.4
2	3.7	71.0	2	0.8	22.1	2	0.6	9.3	2	1.8	12.3
3	9.9	81.6	3	2.1	26.5	3	1.8	12.6	3	4.7	20.8
4	18.4	90.1	4	3.8	30.7	4	3.8	16.2	4	11.8	31.2
n = 8			n = 40			n = 100			n = 150		
0	0	36.9	0	0	8.8	0	0	3.8	0	0	2.8
1	0.3	52.7	1	0.6	16.9	1	0.3	5.6	1	0.3	4.4
2	3.2	65.1	2	1.6	20.4	2	1.6	7.2	2	1.8	5.2
3	8.5	75.5	3	4.2	26.8	3	4.2	9.3	3	5.3	10.6
4	15.7	84.3	4	8.4	33.2	4	8.4	11.5	4	10.6	14.7
n = 9			n = 50			n = 125			n = 200		
0	0	33.6	0	0	7.7	0	0	3.2	0	0	2.3
1	0.3	48.2	1	0.1	11.6	1	0.1	4.8	1	0.4	3.3
2	2.8	60.0	2	0.8	17.2	2	0.8	6.0	2	3.2	7.7
3	7.5	70.1	3	2.1	22.1	3	2.1	7.5	3	8.5	11.8
4	13.7	78.8	4	3.2	26.0	4	3.2	8.5	4	11.8	14.7
5	21.2	86.3	5	4.5	29.2	5	4.5	9.9	5	15.7	18.4
n = 10			n = 60			n = 150			n = 250		
0	0	30.8	0	0	11.6	0	0	6.0	0	0	4.5
1	0.3	44.5	1	0.1	17.2	1	0.0	8.9	1	0.0	6.8
2	2.5	55.6	2	0.8	22.1	2	0.4	11.5	2	0.3	8.7
3	6.7	65.2	3	2.1	26.5	3	1.0	13.9	3	0.8	10.6
4	12.2	73.8	4	3.8	30.7	4	1.8	16.2	4	1.4	12.3
5	18.7	81.3	5	5.6	34.7	5	2.8	18.4	5	4.1	14.0
n = 12			n = 75			n = 180			n = 300		
0	0	26.5	0	0	11.6	0	0	6.0	0	0	4.5
1	0.2	38.5	1	0.1	17.2	1	0.0	8.9	1	0.0	6.8
2	2.1	48.4	2	0.8	22.1	2	0.4	11.5	2	0.3	8.7
3	5.5	57.2	3	2.1	26.5	3	1.0	13.9	3	0.8	10.6
4	9.9	65.1	4	3.2	29.2	4	1.8	16.2	4	1.4	12.3
5	15.2	72.3	5	4.5	31.2	5	2.8	18.4	5	4.1	14.0
6	21.1	78.9	6	6.8	34.7	6	3.8	20.5	6	5.3	15.7
n = 14			n = 100			n = 250			n = 400		
0	0	23.2	0	0	11.6	0	0	6.0	0	0	4.5
1	0.2	33.9	1	0.1	17.2	1	0.0	8.9	1	0.0	6.8
2	1.8	42.8	2	0.8	22.1	2	0.4	11.5	2	0.3	8.7
3	4.7	50.8	3	2.1	26.5	3	1.0	13.9	3	0.8	10.6
4	8.4	58.1	4	3.2	29.2	4	1.8	16.2	4	1.4	12.3
5	12.8	64.9	5	4.5	31.2	5	2.8	18.4	5	4.1	14.0
6	17.7	71.1	6	6.8	34.7	6	3.8	20.5	6	5.3	15.7
7	23.0	77.0	7	9.9	37.9	7	4.8	22.6	7	7.5	17.2
n = 16			n = 125			n = 300			n = 500		
0	0	20.6	0	0	11.6	0	0	6.0	0	0	4.5
1	0.2	30.2	1	0.1	17.2	1	0.0	8.9	1	0.0	6.8
2	1.6	38.3	2	0.8	22.1	2	0.4	11.5	2	0.3	8.7
3	4.0	45.6	3	2.1	26.5	3	1.0	13.9	3	0.8	10.6
4	7.3	52.4	4	3.2	29.2	4	1.8	16.2	4	1.4	12.3
5	11.0	58.7	5	4.5	31.2	5	2.8	18.4	5	4.1	14.0
6	15.2	64.6	6	6.8	34.7	6	3.8	20.5	6	5.3	15.7
7	19.8	70.1	7	9.9	37.9	7	4.8	22.6	7	7.5	17.2
8	24.7	75.3	8	13.8	40.2	8	6.6	23.2	8	10.6	18.4

TABEL F-2
 95%- EN 99%-BETROUWBAARHEIDSGREZEN VOOR HET PERCENTAGE ELEMENTEN MET KENMERK A IN DE POPULATIE INDIEN X VAN
 DE n ELEMENTEN IN EEN ASELFOTTE STEEKPROEF DIT KENMERK BEZITTEN

x	n = 100		n = 150		n = 200	
	95%	99%	95%	99%	95%	99%
0	0 3.6	0 5.2	0 - 2.4	0 3.5	0 - 1.8	0 2.6
1	0.025 5.4	0.005 - 7.2	0.017 - 3.7	0.003 - 4.8	0.013 - 2.8	0.0025 3.7
2	0.24 - 7.0	0.104 - 8.9	0.16 - 4.7	0.069 - 6.0	0.12 - 3.6	0.052 - 4.6
3	0.62 8.5	0.34 - 10.5	0.41 - 5.7	0.23 - 7.1	0.31 - 4.3	0.17 - 5.4
4	1.1 - 9.9	0.68 - 12.1	0.73 - 6.7	0.45 - 8.2	0.55 - 5.0	0.34 - 6.2
5	1.6 - 11.3	1.1 - 13.5	1.1 - 7.6	0.73 - 9.1	0.82 - 5.7	0.54 - 6.9
6	2.2 - 12.6	1.6 - 14.9	1.5 - 8.5	1.04 - 10.1	1.1 - 6.4	0.78 - 7.6
7	2.9 13.9	2.1 - 16.3	1.9 - 9.4	1.4 - 11.0	1.4 - 7.1	1.03 - 8.4
8	3.5 - 15.2	2.6 - 17.6	2.3 - 10.2	1.7 - 12.0	1.7 - 7.7	1.3 - 9.0
9	4.2 16.4	3.2 - 18.9	2.8 - 11.1	2.1 - 12.8	2.1 - 8.4	1.6 - 9.7
10	4.9 - 17.6	3.8 - 20.2	3.2 - 11.9	2.5 - 13.7	2.4 - 9.0	1.9 - 10.4
11	5.6 - 18.8	4.5 - 21.5	3.7 - 12.7	2.9 - 14.6	2.8 - 9.6	2.2 - 11.1
12	6.4 20.0	5.1 - 22.7	4.2 - 13.6	3.4 - 15.5	3.1 - 10.2	2.5 - 11.7
13	7.1 - 21.2	5.8 23.9	4.7 - 14.4	3.8 - 16.3	3.5 - 10.9	2.8 - 12.4
14	7.9 22.4	6.5 25.1	5.2 - 15.2	4.3 - 17.1	3.9 - 11.5	3.2 - 13.0
15	8.6 - 23.5	7.2 - 26.3	5.7 - 16.0	4.7 - 18.0	4.3 - 12.1	3.5 - 13.6
16	9.4 24.7	7.9 - 27.5	6.2 - 16.7	5.2 - 18.8	4.6 - 12.7	3.9 - 14.2
18	11.0 - 26.9	9.3 - 29.8	7.3 - 18.3	6.1 - 20.4	5.4 - 13.9	4.6 - 15.5
20	12.7 29.2	10.8 - 32.1	8.3 - 19.8	7.1 - 22.0	6.2 - 15.0	5.3 - 16.7
25	16.9 - 34.7	14.8 - 37.7	11.1 - 23.6	9.7 - 25.9	8.3 - 17.9	7.2 - 19.7
30	21.2 - 40.0	18.9 - 43.1	13.9 - 27.3	12.3 - 29.6	10.4 - 20.7	9.1 - 22.6
35	25.7 - 45.2	23.2 - 48.3	16.8 - 30.9	15.1 - 33.3	12.5 - 23.5	11.2 - 25.4
40	30.3 - 50.3	27.6 53.4	19.8 - 34.5	17.9 - 37.0	14.7 - 26.2	13.3 - 28.2
45	35.0 55.3	32.2 - 58.3	22.8 - 38.0	20.8 - 40.5	16.9 - 28.9	15.4 - 31.0
50	39.8 60.2	36.9 - 63.1	25.9 - 41.5	23.8 - 44.0	19.2 - 31.6	17.5 - 33.7

x	n = 300		n = 500		n = 1000	
	95%	99%	95%	99%	95%	99%
0	0 - 1.2	0 1.8	0 - 0.74	0 - 1.1	0 - 0.37	0 - 0.53
1	0.008 1.8	0.0017 2.5	0.005 1.1	0.001 1.5	0.0025 0.56	0.0005 0.74
2	0.08 2.4	0.035 - 3.1	0.05 - 1.4	0.021 - 1.8	0.024 - 0.72	0.010 - 0.92
3	0.21 - 2.9	0.11 3.6	0.12 - 1.7	0.068 2.2	0.06 - 0.87	0.034 - 1.1
4	0.36 - 3.4	0.22 - 4.1	0.22 - 2.0	0.13 - 2.5	0.11 - 1.0	0.067 - 1.3
5	0.54 - 3.8	0.36 - 4.6	0.33 - 2.3	0.22 - 2.8	0.16 - 1.2	0.11 - 1.4
6	0.74 - 4.3	0.52 - 5.1	0.44 - 2.6	0.31 - 3.1	0.22 - 1.3	0.15 - 1.6
7	0.94 - 4.7	0.68 - 5.6	0.56 - 2.9	0.41 - 3.4	0.28 - 1.4	0.20 - 1.7
8	1.2 - 5.2	0.86 - 6.1	0.69 3.1	0.52 - 3.7	0.35 - 1.6	0.26 - 1.8
9	1.4 5.6	1.1 6.5	0.83 - 3.4	0.63 - 4.0	0.41 - 1.7	0.31 - 2.0
10	1.6 6.0	1.3 7.0	0.96 3.6	0.75 4.2	0.48 - 1.8	0.37 2.1
11	1.8 6.5	1.5 7.4	1.1 3.9	0.87 4.5	0.55 - 2.0	0.43 - 2.3
12	2.1 6.9	1.7 7.9	1.2 4.2	0.99 4.8	0.62 - 2.1	0.50 2.4
13	2.3 7.3	1.9 8.3	1.4 4.4	1.1 5.0	0.69 - 2.2	0.56 - 2.5
14	2.6 7.7	2.1 8.8	1.5 4.7	1.3 5.3	0.77 - 2.3	0.63 - 2.7
15	2.8 8.1	2.3 9.2	1.7 - 4.9	1.4 - 5.6	0.84 - 2.5	0.69 - 2.8
16	3.1 8.5	2.6 9.6	1.8 - 5.1	1.5 - 5.8	0.92 - 2.6	0.76 - 2.9
18	3.6 9.3	3.0 10.4	2.1 5.6	1.8 - 6.3	1.1 - 2.8	0.90 3.2
20	4.1 10.1	3.5 11.3	2.5 6.1	2.1 6.8	1.2 - 3.1	1.0 3.4
25	5.5 12.1	4.7 13.3	3.3 7.3	2.8 8.1	1.6 - 3.7	1.4 4.1
30	6.8 14.0	6.0 15.3	4.1 8.5	3.6 9.3	2.0 - 4.3	1.8 4.7
35	8.3 15.9	7.4 17.2	4.9 9.6	4.4 10.5	2.4 - 4.8	2.2 5.3
40	9.7 17.7	8.7 19.1	5.8 10.7	5.2 11.6	2.9 5.4	2.6 5.9
45	11.2 19.6	10.1 21.0	6.6 11.9	6.0 12.8	3.3 6.0	3.0 6.5
50	12.6 21.4	11.5 22.9	7.5 13.0	6.8 13.9	3.7 - 6.5	3.4 7.1

TABEL F-3
 95% EN 99% BETROUWBAARHEIDSGRENZEN VOOR HET PERCENTAGE ELEMENTEN MET KENMERK A IN DE POPULATIE INDIEN P
 PERCENT VAN DE ELEMENEN IN EEN ASELECTE STEEKPROEF MET OMVANG n DIT KENMERK BEZIT

P	n = 100				n = 200				n = 500				n = 1000			
	95%		99%		95%		99%		95%		99%		95%		99%	
0	0	3.6	0	5.2	0	1.8	0	2.6	0	0.74	0	1.1	0	0.37	0	0.53
1	0.025	5.4	0.005	7.2	0.12	3.6	0.052	4.6	0.33	2.3	0.22	2.8	0.48	1.8	0.37	2.1
2	0.24	7.0	0.104	8.9	0.55	5.0	0.34	6.2	0.96	3.6	0.75	4.2	1.2	3.1	1.0	3.4
3	0.62	8.5	0.34	10.5	1.1	6.4	0.78	7.6	1.7	4.9	1.4	5.6	2.0	4.3	1.8	4.7
4	1.1	9.9	0.68	12.1	1.7	7.7	1.3	9.0	2.5	6.1	2.1	6.8	2.9	5.4	2.6	5.9
5	1.6	11.3	1.1	13.5	2.4	9.0	1.9	10.4	3.3	7.3	2.8	8.1	3.7	6.5	3.4	7.1
6	2.2	12.6	1.6	14.9	3.1	10.2	2.5	11.7	4.1	8.5	3.6	9.3	4.6	7.7	4.2	8.2
7	2.9	13.9	2.1	16.3	3.9	11.5	3.2	13.0	4.9	9.6	4.4	10.5	5.5	8.8	5.1	9.3
8	3.5	15.2	2.6	17.6	4.6	12.7	3.9	14.2	5.8	10.7	5.2	11.6	6.4	9.9	5.9	10.5
9	4.2	16.4	3.2	18.9	5.4	13.9	4.6	15.5	6.6	11.9	6.0	12.8	7.3	10.9	6.8	11.6
10	4.9	17.6	3.8	20.2	6.2	15.0	5.3	16.7	7.5	13.0	6.8	13.9	8.2	12.0	7.7	12.7
11	5.6	18.8	4.5	21.5	7.0	16.2	6.0	17.9	8.4	14.1	7.7	15.1	9.1	13.1	8.6	13.8
12	6.4	20.0	5.1	22.7	7.8	17.3	6.8	19.1	9.3	15.2	8.5	16.2	10.1	14.2	9.5	14.9
13	7.1	21.2	5.8	23.9	8.7	18.5	7.6	20.3	10.2	16.3	9.4	17.3	11.0	15.2	10.4	16.0
14	7.9	22.4	6.5	25.1	9.5	19.6	8.4	21.4	11.1	17.4	10.3	18.4	11.9	16.3	11.3	17.0
15	8.6	23.5	7.2	26.3	10.4	20.7	9.1	22.6	12.0	18.4	11.1	19.5	12.8	17.4	12.2	18.1
16	9.4	24.7	7.9	27.5	11.2	21.8	10.0	23.7	12.9	19.5	12.0	20.6	13.8	18.4	13.1	19.2
17	10.2	25.8	8.6	28.7	12.1	22.9	10.8	24.9	13.8	20.6	12.9	21.7	14.7	19.5	14.1	20.3
18	11.0	26.9	9.3	29.8	12.9	24.0	11.6	26.0	14.7	21.7	13.8	22.8	15.7	20.5	15.0	21.3
19	11.8	28.1	10.1	31.0	13.8	25.1	12.4	27.1	15.7	22.7	14.7	23.9	16.6	21.6	15.9	22.4
20	12.7	29.2	10.8	32.1	14.7	26.2	13.3	28.2	16.6	23.8	15.6	25.0	17.6	22.6	16.8	23.4
21	13.5	30.3	11.6	33.3	15.6	27.3	14.1	29.3	17.5	24.8	16.5	26.1	18.5	23.7	17.8	24.5
22	14.3	31.4	12.4	34.4	16.5	28.4	15.0	30.4	18.4	25.9	17.4	27.1	19.5	24.7	18.7	25.6
23	15.2	32.5	13.2	35.5	17.4	29.5	15.8	31.5	19.4	26.9	18.3	28.2	20.4	25.7	19.7	26.6
24	16.0	33.6	14.0	36.6	18.3	30.5	16.7	32.6	20.3	28.0	19.2	29.3	21.4	26.8	20.6	27.6
25	16.9	34.7	14.8	37.7	19.2	31.6	17.5	33.7	21.3	29.0	20.2	30.3	22.3	27.8	21.5	28.7
26	17.7	35.7	15.6	38.8	20.1	32.7	18.4	34.8	22.2	30.1	21.1	31.4	23.3	28.8	22.5	29.7
27	18.6	36.8	16.4	39.9	21.0	33.7	19.3	35.8	23.2	31.1	22.0	32.4	24.3	29.9	23.5	30.8
28	19.5	37.9	17.2	40.9	21.9	34.8	20.2	36.9	24.1	32.2	23.0	33.5	25.2	30.9	24.4	31.8
29	20.4	38.9	18.1	42.0	22.8	35.8	21.1	38.0	25.1	33.2	23.9	34.5	26.2	31.9	25.4	32.8
30	21.2	40.0	18.9	43.1	23.7	36.9	22.0	39.0	26.0	34.2	24.8	35.6	27.2	32.9	26.3	33.9
31	22.1	41.0	19.7	44.1	24.7	37.9	22.9	40.1	27.0	35.3	25.8	36.6	28.1	34.0	27.3	34.9
32	23.0	42.1	20.6	45.2	25.6	38.9	23.8	41.1	27.9	36.3	26.7	37.6	29.1	35.0	28.2	35.9
33	23.9	43.1	21.5	46.2	26.5	40.0	24.7	42.1	28.9	37.3	27.7	38.7	30.1	36.0	29.2	37.0
34	24.8	44.2	22.3	47.2	27.5	41.0	25.6	43.2	29.9	38.3	28.6	39.7	31.1	37.0	30.2	38.0
35	25.7	45.2	23.2	48.3	28.4	42.0	26.5	44.2	30.8	39.4	29.6	40.7	32.0	38.0	31.1	39.0
36	26.6	46.2	24.1	49.3	29.4	43.1	27.4	45.2	31.8	40.4	30.5	41.7	33.0	39.1	32.1	40.0
37	27.6	47.2	24.9	50.3	30.3	44.1	28.4	46.3	32.8	41.4	31.5	42.8	34.0	40.1	33.1	41.0
38	28.5	48.3	25.8	51.3	31.2	45.1	29.3	47.3	33.7	42.4	32.4	43.8	35.0	41.1	34.1	42.1
39	29.4	49.3	26.7	52.3	32.2	46.1	30.2	48.3	34.7	43.4	33.4	44.8	36.0	42.1	35.0	43.1
40	30.3	50.3	27.6	53.4	33.2	47.1	31.2	49.3	35.7	44.4	34.4	45.8	36.9	43.1	36.0	44.1
41	31.3	51.3	28.5	54.4	34.1	48.2	32.1	50.3	36.7	45.5	35.3	46.8	37.9	44.1	37.0	45.1
42	32.2	52.3	29.4	55.3	35.1	49.2	33.0	51.3	37.6	46.5	36.3	47.8	38.9	45.1	38.0	46.1
43	33.1	53.3	30.4	56.3	36.0	50.2	34.0	52.3	38.6	47.5	37.3	48.8	39.9	46.1	39.0	47.1
44	34.1	54.3	31.3	57.3	37.0	51.2	34.9	53.3	39.6	48.5	38.3	49.9	40.9	47.1	39.9	48.1
45	35.0	55.3	32.2	58.3	38.0	52.2	35.9	54.3	40.6	49.5	39.2	50.9	41.9	48.1	40.9	49.1
46	36.0	56.3	33.1	59.3	38.9	53.2	36.9	55.3	41.6	50.5	40.2	51.9	42.9	49.1	41.9	50.1
47	36.9	57.2	34.1	60.2	39.9	54.2	37.8	56.3	42.6	51.5	41.2	52.9	43.9	50.1	42.9	51.1
48	37.9	58.2	35.0	61.2	40.9	55.2	38.8	57.3	43.5	52.5	42.2	53.9	44.9	51.1	43.9	52.1
49	38.9	59.2	35.9	62.2	41.9	56.1	39.8	58.3	44.5	53.5	43.2	54.8	45.9	52.1	44.9	53.1
50	39.8	60.2	36.9	63.1	42.9	57.1	40.7	59.3	45.5	54.5	44.2	55.8	46.9	53.1	45.9	54.1

