

Publiekrechtelijke Zorgvuldigheid

**Verslag van een werkgroep
December 2002**



**Rien van der Horst
Wim van Ouwerkerk
Ruurd Westra**

Inleiding

*De bevoegdheid van de Commissie voor de Rechtspraak strekt zich niet uit tot een geschil over het al dan niet aangaan van een nieuwe opvolgende overeenkomst. Zorgverzekeraar heeft **onzorgvuldig** gehandeld doordat de wijze van uitvoeren van materiële controle niet in overeenstemming was met het bepaalde in de overeenkomst.*

Commissie voor de Rechtspraak Zorgverzekering
28 februari 2002.

Hoe actueel de werkgroep Publiekrechtelijke Zorgvuldigheid is, moge blijken uit bovenstaande korte samenvatting van de uitspraak. Het voert te ver om deze casus in ex tenso te bespreken, maar het bleek dat het niet toelaten van de tandarts bij het uitvoeren van het onderzoek door de adviserend tandarts al voldoende was voor de commissie om tot dit oordeel te komen.

(Zie voor uitgebreid verslag: RZA 2002, bladzijde 454 e.v.)

In de toelichting op de RTHZ 2002 staat over de toestemmingsprocedure (§1.9, pagina 17 en § 2.10, pagina 21) dat wanneer een tandarts bij verzekerden regelmatig veel verrichtingen binnen de hoofdverzekeringen doet dan wel dat een tandarts in het kader van de hoofdverzekering regelmatig (onnodig) kostbare verrichtingen doet, het ziekenfonds contact opneemt met de betrokken tandarts. Leidt dit contact niet tot een, naar het oordeel van het ziekenfonds, bevredigend resultaat dan zal het ziekenfonds de tandarts de verplichting kunnen opleggen om voor de bedoelde verrichtingen vooraf toestemming aan te vragen bij het ziekenfonds.

Hoewel het individueel opleggen van een machtigingsverplichting altijd al tot de mogelijkheden behoorde, is nu bij het wegvallen van altijd al geldende machtigingsverplichtingen de kans groter dat tandartsen onnodig kostbare, onnodig gecompliceerde en niet doelmatige behandelingen gaan declareren.

De vraag dringt zich op welke stappen een (vertegenwoordiger van het) ziekenfonds in volgtijdelijk opzicht moet zetten om voldoende zorgvuldig (goed onderbouwd) te kunnen beargumenteren waarom een machtigingsverplichting noodzakelijk is geworden.

Overwegingen

Bij de discussie komt al snel de vergelijking naar voren met de pogingen die diverse zorgverzekeraars hebben gedaan om (tandarts)medewerkers een nieuwe overeenkomst te onthouden dan wel een overeenkomst op te zeggen. Het gedeelte in de nabeschuiving uit het nog altijd actuele document 'RechtOp' dat handelt over kwantiteit versus kwaliteit, spreekt boekdelen. Het is niet de tandarts, de verzekerde of de zorgverzekeraar die ter discussie staan. Het is het systeem dat niet deugt. Het vigerende stelsel biedt geen enkele prikkel tot doelmatigheid.

Aan de hand van kengetallen valt slechts te constateren dat er sprake is van een hoge score ten opzichte van een gemiddelde dat in zichzelf al discutabel is. Wat zegt een gemiddelde als de frequentieverdeling zich niet beweegt langs een ideale Gauss-kromme?

Aan de andere kant hebben we inmiddels ook ervaringen op kunnen doen met de cluster, dat weliswaar geen echt abonnementsstelsel was, maar wel enkele kenmerken daarvan in zich had. De soms emotionele discussies over de cluster staan ons nog allen herkenbaar in het geheugen en bieden weinig uitzicht op een werkelijke wil tot doelmatig handelen binnen een stelsel waarin preventie en curatie communicerende vaten zijn geworden.

Geven we daarom de pijp aan Maarten? Natuurlijk niet, maar het moet iedereen duidelijk zijn dat we met het willen instellen van een machtigingsverplichting tegen dezelfde problemen op kunnen lopen als met het willen beëindigen van een overeenkomst. Het is dus meer zaak om op basis van kennis, kunde, verworven gezag en wederzijds vertrouwen een open discussie met een zorgverlener aan te gaan.

In het navolgende hoofdstuk zullen we aan de hand van de in de collegevergadering van 5-7-2002 vastgestelde procedure handreikingen geven op basis waarvan de werkgroep van mening is dat de nodige zorgvuldigheid wordt betracht.

Werkwijze

Hieronder wordt als een soort checklist de werkwijze beschreven, waarbij naar de mening van de werkgroep voldoende waarborgen zijn in ingebakken om voldoende zorgvuldig en met een positieve instelling de zorgverlener tegemoet te treden.

Welke verrichtingen komen in aanmerking?

In principe handelt het over alle verrichtingen die conform de RTHZ voor vergoeding in aanmerking komen. Echter is het weinig zinvol om voor weinig voorkomende verrichtingen selecties te gaan maken. Een partiële prothese voor een jeugdige zal dermate weinig worden gemaakt dat enige statistische bewerking niet zinvol is. De werkgroep stelt voor nader onderzoek te verrichten naar danwel bijzondere aandacht te schenken aan de volgende verrichtingen:

- H21 (kosten hechtmateriaal)
- H30 (operatieve verwijdering zonder mucoperiostale opklap)
- H35 (operatieve verwijdering met mucoperiostale opklap)
- H90 (voorbereiden praktijkruimte)
- H40 (correctie processus alveolaris)
- X21 (OPT)
- X10 (kleine röntgenfoto)
- C22 (medische anamnese)
- C13 (incidenteel consult)
- M55 (gemiddeld tandsteenverwijderen bij de jeugd)
- M59 (uitgebreid tandsteenverwijderen bij de jeugd)

Wat is veel en wat is onnodig kostbaar? Welke informatie is onontbeerlijk? Welke criteria zijn belangrijk?

Om een uitspraak te kunnen doen of een verrichting veel wordt gedeclareerd en dat daardoor het vermoeden zou kunnen rijzen dat de tandarts onnodig kostbaar met algemene middelen omgaat, is het absoluut noodzakelijk om declaratiegegevens te kunnen genereren van alle gecontracteerde tandartsen uit het primaire werkgebied.

Deze declaratiegegevens moeten zijn omgezet in bruikbare kengetallen en komt de werkgroep tot de 100-regel:

- de verrichting moet zijn afgezet tegen een gedeclareerde C11 per kalenderjaar
- de tandarts die nader wordt onderzocht heeft minimaal 100 maal een C11 per kalenderjaar gedeclareerd
- de betrokken tandarts wordt vergeleken met tandartsen die ook minimaal 100 maal een C11 hebben gedeclareerd.
- Een vergelijking met andere tandartsen is alleen zinvol als het totaal aantal tandartsen minimaal 100 is (hierdoor hebben we in ieder geval te maken met minimaal 10000 periodieke onderzoeken)

Wanneer een vergelijking met andere tandartsen wordt gemaakt, zal in eerste instantie naar het gemiddelde worden gekeken. Bedenk wel dat de frequentieverdeling van de verrichting heel belangrijk is. Bij een evenredige verdeling heeft een gemiddelde waarde weinig betekenis. Bij een verdeling volgens een Gauss-kromme, zegt een gemiddelde veel meer.

Wanneer wordt uitgegaan van gemiddelde waarden, is naar de mening van de werkgroep alleen sprake van 'veel' als de onderzochte tandarts minstens het dubbele declareert van wat de andere tandartsen in de regio als gemiddelde genereren (de afwijking is dus minimaal 100%) (voor schematische weergave zie bijlage 4)

Het begrip onnodig kostbaar wordt in dit stadium niet gebezigd omdat vanaf het papier deze kwalificatie nooit gebezigd kan worden. Hoogstens kan worden gerefereerd aan wat binnen de beroepsgroep gebruikelijk is.

Welke tijdspanne?

Voor het verzamelen van de eerste gegevens is minimaal één kalenderjaar nodig om voldoende grote verzamelingen te genereren. Dit betekent dus feitelijk dat het jaar 2002 het vertrekpunt is. Bedenk dat voor bestaande verrichtingen voorgaande jaren van belang kunnen zijn voor het onderbouwen van informatie

- Tot 1-1-2002 waren de codes X21, H35 en H90 onderworpen aan een machtigingsverplichting. Vergelijk het aantal machtigingen (en declaraties) van voorgaande jaren met de declaratiegegevens van het onderzochte jaar
- Voor de codes M55 en M59 (TJZ) is informatie van voorgaande jaren natuurlijk al langere tijd beschikbaar. Neem dat mee!

Wanneer en op welke manier wordt contact gelegd met de tandarts?

Op het moment dat uit de kengetallen blijkt dat de afwijking van een verrichting meer dan 100% is, kan dat voor de adviserend tandarts aanleiding zijn een gesprek te hebben met de betrokken tandarts. Daartoe wordt telefonisch een afspraak gemaakt die vervolgens heel snel schriftelijk wordt bevestigd. Zie bijlage 1 en 2.

De attitude van de adviserend tandarts dient opbouwend maar ook kwetsbaar te zijn en er op gericht te zijn dat de tandarts voldoende mogelijkheden krijgt om zijn/haar standpunten toe te lichten of te motiveren. Er mag geen sprake van beschuldiging en de kengetallen moeten worden besproken in het licht van zorginhoudelijke overwegingen. De tandarts wordt ook voldoende gelegenheid geboden zijn/haar kritiek op het functioneren van de zorgverzekeraar te uiten. Al met al lijkt het op een functioneringsgesprek waarbij het tweerichtingenverkeer gegarandeerd moet worden.

Het is verstandig een vaste agenda te hanteren:

- Inleiding;
- Doelstelling van het gesprek;
- Bespreking van de kengetallen en de samenhang daarin;
- Wat verder ter tafel komt;
- Conclusies;
- Afspraken.

De adviserend tandarts maakt aantekeningen en maakt een verslag van het geheel. De afspraken worden daarin vermeld. Binnen twee weken wordt het verslag ter beoordeling en goedkeuring naar de tandarts gestuurd. Nadrukkelijk zij vermeld dat de tandarts en de adviserend tandarts het niet met elkaar eens hoeven te zijn. Er dient tijd te zijn voor 'voortschrijdend inzicht' bij beiden. Door het gesprek kan het gedrag van de tandarts (en adviserend tandarts) wel degelijk worden beïnvloed. Er dient derhalve voldoende tijd te zijn voor evaluatie.

Natuurlijk is het denkbaar dat het gesprek ontspoord en dat het niet mogelijk is op zorginhoudelijke gronden met elkaar van gedachten te wisselen. In het verslag wordt daarvan melding gemaakt, maar tevens wordt het initiatief genomen om een tweede gesprek te arrangeren waarbij een andere medewerker (kan een adviserend tandarts zijn) van de zorgverzekeraar aanwezig is.

Na hoeveel tijd dienen de gemaakte afspraken te worden geëvalueerd?

Gezien de keuze om kengetallen te maken op basis van een gedeclareerde C11, kunnen alleen kengetallen per kalenderjaar worden gegenereerd.

Het moment van evaluatie is dan afhankelijk van het moment dat het gesprek met de tandarts plaatsvindt. Een gesprek in oktober zorgt er voor dat de kengetallen van datzelfde kalenderjaar niet meer wezenlijk kunnen worden beïnvloed door een ander declaratiegedrag (alleen november en december kunnen nog iets betekenen). Alleen als het gesprek plaatsvindt vóór 1 juli kan dat kalenderjaar worden gebruikt voor evaluatie. Het moment van het beschikbaar komen van kengetallen is dus wezenlijk voor de actualiteit van het evaluatiemoment. Het is niet geweldig om een gesprek pas na twee jaar te kunnen evalueren.

Zorgverzekeraars dienen er voor te zorgen dat derhalve uiterlijk in de maand mei (volgend op het kalenderjaar waarop de kengetallen betrekking hebben) kengetallen beschikbaar zijn zodat met een strakke planning in juni gesprekken met een tandarts kunnen plaatsvinden.

Het meest wenselijk is natuurlijk als een zorgverzekeraar in staat is om kengetallen per kwartaal te genereren. Wel dient er voor te worden gewaakt alleen periodes met elkaar te vergelijken die congruent zijn (het eerste kwartaal van jaar x met het eerste kwartaal van jaar x-1) Immers, het declareren van C11 is niet gelijkmatig over het kalenderjaar verdeeld.

Wat te doen bij persisterend afwijkend gedrag?

Wanneer uit nieuwe, in tijd vergelijkbare gegevens i.c. kengetallen blijkt dat de betrokken medewerker zorgverlener zijn declaratiegedrag niet significant heeft bijgesteld en blijft persisteren in hetzelfde gedragspatroon dat aanleiding gaf tot het eerste gesprek, zal in de afgesproken evaluatie deze medewerker geïnformeerd worden over zijn onveranderd gedrag op basis van deze nieuwe gegevens i.c. kengetallen.

Het is verstandig tijdens dit evaluatiegesprek wederom een agenda te hanteren.

- Inleiding/doelstellingevaluatie
- Bespreking kengetallen
- Verklaring voor het gedrag(*)
- Conclusie(s)
- Te nemen maatregelen en de daarbij behorende procedure (**)

* Tijdens de evaluatie dient centraal te staan de vraag aan de medewerker zorgverlener: of hij een **verklaring** heeft voor dit persisterend afwijkend gedrag. Wanneer de betreffende medewerker zorgverlener geen verklaring aflegt die voldoet aan een deugdelijke motivering, die de 'uitslag' zou kunnen dragen, wordt hij verder geïnformeerd over het toepassen van het dwangmiddel, **machtigingsprocedure**, met betrekking tot die verrichting of verrichtingen, die deel uitmaken van zijn vastgesteld afwijkend gedrag.

** De werkgroep is met betrekking tot dit belangrijk onderdeel van mening dat het verstandig is dat de adviserend tandarts over een duidelijk **mandaat** beschikt in het mogelijk ten finale instellen van het dwangmiddel: 'machtigingsprocedure' door de zorgverzekeraar. Waarom? Omdat het niet de adviserend tandarts is die uiteindelijk het besluit tot een machtigingsprocedure neemt maar de zorgverzekeraar als publiekrechtelijk orgaan in het kader van de Ziekenfondswet (Regeling Tandheilkundige hulp Ziekenfondsverzekerden en Regeling Hulpmiddelen) conform de Algemene wet Bestuursrecht (Awb). Zie: bijlage 5.

De werkgroep is verder van mening dat met betrekking tot dit dwangmiddel reeds in het **eerste gesprek** de grondslag waarop een eventuele machtigingsprocedure tot de mogelijkheden behoort indringend met de betrokken medewerker zorgverlener gearticuleerd dient te worden. Waarom?

Een dwangmiddel is een vrijheidsberovende dan wel een rechtsbeperkende maatregel van korte of lange duur, die door een instantie (orgaan) aan iemand tegen zijn wil kan worden opgelegd zonder dat er een veroordeling door een rechter heeft plaatsgevonden. Wanneer men een dergelijke rechtsbeperkende maatregel toepast is in feite sprake van een rechtshandeling, omdat de handeling gericht is op een rechtsgevolg: een beperking van een recht dat men daarvoor rechtens volledig bezat.

Een dergelijke ingrijpende maatregel die leidt tot een inperking van een recht is alleen te nemen indien men daarvoor de bevoegdheid bezit (gelegitimeerd is).

Op basis van het voorgaande dient men de betreffende medewerker zorgverlener te wijzen welke onderdelen uit de wet, de Regeling en de toelichtingen daarop deze ingreep mogelijk maken,

Hiervoor kan men concreet verwijzen naar het vademecum. Zie bijlage 3

Tijdens de tweede evaluatie maakt de adviserend tandarts wederom een verslag van het geheel. Binnen twee weken wordt het verslag en de aanzegging tot het toepassen van een machtigingsprocedure met betrekking tot datum van invoering, welke verrichting(en), termijn en voorwaarden naar de tandarts gestuurd.

Met betrekking tot het tijdstip van invoering is op basis van zorgvuldigheid te overwegen dat niet direct te doen, maar na 14 dagen vanaf ontvangst (poststempel) van het verslag en aanzegging.

Mogelijke verwickelingen bij en na de invoering van de machtigingsprocedure:

1. Acceptatie van de machtigingsprocedure door de betreffende medewerker zorgverlener.

Bij acceptatie dienen op basis van de inhoud van de rechtsbeperkende maatregel aanvragen te worden ingediend voor het verkrijgen van een machtiging ten behoeve van het uitvoeren van een verrichting in het kader van de Ziekenfondswet i.c. op een publiekrechtelijke titel.

Er is dus sprake van: 'een verzoek van een belanghebbende een besluit te nemen' (een aanvraag conform artikel 1:3 derde lid Awb). Zie: bijlage 6.

2. Afwijzing van de machtigingsprocedure door de betreffende medewerker zorgverlener.

In feite verleent hij geen medewerking (hij blijft geïmpacteerd of geretineerd in zijn afwijkend handelen). De werkgroep is van mening dat vanaf dat moment 2 opties openstaan:

- A. Hem mededelen dat terugvordering inhouding op de jaardeclaratie plaats zal vinden naar rato van de afwijking van het gemiddelde. Bij één soort verrichting lijkt deze optie aangewezen.
- B. Zijn meerdere tot vele soorten verrichtingen onderdeel van zijn afwijkend declaratiegedrag dan dient men te overwegen de overeenkomst met deze medewerker zorgverlener te ontbinden.

De werkgroep kiest voor de formulering ontbinden, omdat men middels een procedure bij de Commissie voor de Rechtspraak deze vraag kan voorleggen subsidiair de terugvorderingmogelijkheid in stelling kan brengen, mocht de 'toestemming' voor de ontbinding niet slagen.

Ad. A. Indien hij deze procedure niet accepteert is dat zijn probleem, niet de onze! Wel heeft hij de mogelijkheid zijn probleem voor te leggen bij de Commissie voor de Rechtspraak of rechtstreeks bij de burgerlijke rechter.

Wanneer hij dat laatste doet lijkt het niet ondenkbaar dat de rechter indien hij zelf geen uitspraak doet, de aanklager verwijst naar de Commissie voor de rechtspraak, onder de noemer:

“Ik ben wel bevoegd uitspraak in deze kwestie te doen, maar Gij zijt niet ontvankelijk, omdat een ander gremium met voldoende rechtswaarborgen omgeven (Commissie voor de Rechtspraak) tot een oordeel kan komen.”

Daarna, na de beoordeling en uitspraak door de Commissie voor de Rechtspraak staat het de aanklager vrij alsnog zijn probleem voor te leggen aan de burgerlijke rechter, onder het motto: niemand is af te houden van de burgerlijke rechter.

Conclusies

- * De Werkgroep PuZo is van mening op basis van haar onderzoek c.q. bestudering van de wettelijke mogelijkheden om te komen tot een machtigingsprocedure uitsluitend gekozen dient te worden voor de toepassing van het begrip '(te) veel'.
- * Artikel 2 Regeling Tandheeskundige hulp Ziekenfondsverzekerden (RTHZ) acht de Werkgroep in haar **inhoudelijke formulering** 'doelmatig en niet onnodig kostbaar' als meetlat een onvoldoende instrument tot het instellen van een machtigingsprocedure.

Advies

- * De Werkgroep PuZo meent op basis van al het voorafgaande te moeten adviseren om partijen uitdrukkelijk te overwegen artikel 2 RTHZ te herschrijven, waarbij inhoudelijk aansluiting gezocht wordt bij de formulering: 'datgene dat in de beroepsgroep algemeen te doen gebruikelijk is'.
- * Het opleggen en het uitvoeren van een machtigingsprocedure in het kader van de materiële controle zou op basis van zorgvuldigheid zeer veel tijd in beslag nemen. De Werkgroep PuZo adviseert om dit element van werkbelasting uitdrukkelijk met de zorgverzekeraar als bestuursorgaan conform de Awb te articuleren, zodat tijdgebrek in de toegepaste procedure niet de oorzaak wordt van falen. Immers, gebrek aan tijd leidt meestal tot onzorgvuldigheid zowel formeel (procedureel) als materieel en is nimmer als excuus te aanvaarden, in welke rechtsgang ook.

Post Scriptum

In het kader van de Ziekenfondswet onder de noemer Regeling Tandheelkundige hulp Ziekenfondsverzekerden en de Regeling Hulpmiddelen is één en ander geregeld voor welke verrichtingen een machtiging vereist is.

Een deugdelijk verleende machtiging kan slechts verstrekt worden op basis van een aanvraag.

Zo'n aanvraag wordt ingediend door een tandarts algemeen practicus, kaakchirurg, orthodontist of tandprotheticus op basis van de daaraan gekoppelde inherente bevoegdheid van de aanvrager. (Belanghebbende conform art. 1:2 sub 1 Awb: degene wiens belang rechtstreeks bij een besluit is betrokken (namens de verzekerde)).

Wanneer een machtiging wordt verleend, is het niet de adviserend tandarts, die deze machtiging verleent, maar de zorgverzekeraar, als bestuursorgaan conform art. 1:1 Awb jo. art. 4:1 Awb.

Immers deze artikelen bepalen de bevoegdheid van de zorgverzekeraar.

Art. 4:1 Awb luidt: 'Tenzij bij wettelijk voorschrift anders is bepaald, wordt de aanvraag tot het geven van een beschikking **schriftelijk** ingediend bij het bestuursorgaan dat **bevoegd is op de aanvraag te beslissen**.

Nogmaals de adviserend tandarts besluit dus niet. Hij is daarvoor wel gemandateerd; meestal 'stilzwijgend' inherent aan zijn werkzaamheden, waarvoor hij is ingehuurd. Wanneer de adviserend tandarts beslist tot accordering en er wordt een machtiging afgegeven, dan is het in wezen **de zorgverzekeraar** die beslist en de goedkeuring in de vorm van een beschikking als machtiging verleent.

Deze beschikking in de vorm van een machtiging wordt afgegeven aan de aanvrager i.c. medewerker zorgverlener op **zijn naam** in het belang van de verzekerde, mede op basis van de **inhoud van de aanvraag**. (Zie onder andere motivering en de inhoudelijke tandheelkundige vormgeving van het behandelplan.)

Het is dan **de aanvrager** i.c. de medewerker zorgverlener die het recht verkrijgt conform de machtiging tot uitvoering te komen. Hij heeft hiertoe die bevoegdheid gekregen. Hij heeft echter de plicht van die uitvoering **zelf** zorg te dragen in alle onderdelen.

Nu spreekt weliswaar de Wet BIG over de mogelijkheid van **delegeren** c.q. **taak delegeren!**

In het kader van de publiekrechtelijke regeling gelden echter andere verkeersregels. Daar is het overdragen, geheel of gedeeltelijk, van de uitvoering conform de machtiging **niet mogelijk**, omdat het primaat van de verantwoordelijkheid dient te blijven bij de gemachtigde.

Dat laatste kan eenvoudig in de publiekrechtelijke hulpverlening ingevuld worden door gebruikt te maken van **mandatering**.

Hierbij blijft de mandans (= mandaatgever) i.c. de medewerker zorgverlener de verantwoordelijkheid behouden, omdat alles wat de gemandateerde uitvoert in het kader van de toegewezen hulp krachtens de beschikking, i.c. machtiging, voor rekening en verantwoording blijft van de mandaatgever!

Deze laatste kan iemand voldoende bekwaam achten het geheel of een deel van de werkzaamheden uit te voeren zonder dat de bevoegdheid en inherent daaraan de verantwoordelijkheid en dus de aansprakelijkheid wordt verschoven!

De mandaatgever blijft te allen tijde aanspreekbaar.

Het is verstandig op basis van het gebruik van mandatering een en ander vast te leggen in een afspraak (lees **protocol**); dan is de cirkel rond en de uitvoering geheel transparant.

De relatie medewerker zorgverlener tot de tandtechniker inzake uitbesteding van tandtechnische werkzaamheden gebeuren in dezelfde verhouding.

De medewerker zorgverlener geeft **opdracht** voor deze werkzaamheden en kan zich nimmer verschuilen in zijn verantwoordelijkheid achter deze gemandateerde hulpverlener. De medewerker zorgverlener die de machtiging en dus het recht ontvangt tot uitvoering blijft als **eerste en enige** volledig aansprakelijk en dus aanspreekbaar met betrekking tot de uitvoering.

BIJLAGE 1

Geachte collega,

Enige dagen geleden heeft xxxxx telefonisch een afspraak met u gemaakt om op 4 oktober aanstaande eens nader stil te staan bij uw kengetallen. Het gesprek zal plaatsvinden in uw praktijk en zal het karakter hebben van een functioneringsgesprek. Het is dus nadrukkelijk de bedoeling dat in het gesprek een tweerichtingsverkeer ontstaat. Als u punten van kritiek heeft op het functioneren van AGIS Zorgverzekeringen, dan verneem ik die ook graag.

Ik stel voor de volgende agenda te hanteren:

- Inleiding;
- Doelstelling van het gesprek;
- Bespreking van de kengetallen en de samenhang daarin;
- Wat verder ter tafel komt;
- Conclusies;
- Afspraken.

Tijdens het gesprek zal ik aantekeningen maken en er vervolgens een verslag van schrijven. Dat verslag stuur ik u binnen 2 weken ter beoordeling en goedkeuring toe.

Ter meerdere informatie sturen wij een artikel mee waarin de ideeën over statistiek en kengetallen zijn weergegeven. Ik zal bij onze afspraak mijn laptop meenemen zodat de mogelijkheid bestaat over mijn schouder mee te kijken naar de manier waarop wij met het statistiekprogramma omgaan.

Met vriendelijke groeten,

W.Ph.L. van Ouwkerk
adviseur tandarts

bijlage: ziekenfonds en statistiek

BIJLAGE 2

Ziekenfonds en statistiek

Inleiding

De tandheelkunde neemt binnen de gezondheidszorg in het algemeen en binnen het ziekenfonds in het bijzonder een nogal markante positie in: Tandheekkundige behandelingen worden tot op de vierkante millimeter gespecificeerd. Hierdoor kunnen met name ziekenfondsen inzicht krijgen in de tandheekkundige zorgverlening in de regio maar ook van elke individuele tandarts afzonderlijk.

Door middel van de maanddeclaraties beschikt het ziekenfonds ook over de gegevens per verzekerde en om het nog verder te verengen, zijn door diezelfde maanddeclaraties gegevens bekend over de afzonderlijke gebitselementen en zelfs over vlakken van gebitselementen. Kortom, het is voor een ziekenfonds in principe mogelijk om na te gaan wat in het mesiale vlak van de 16 bij een jeugdige verzekerde in een reeks van jaren gebeurd is. Een dergelijk minutieus vastleggen van gegevens is natuurlijk ongekend in de gezondheidszorg.

De vraag dringt zich op of we ook iets nuttigs kunnen doen met de ter beschikking staande cijfers. Het antwoord daarop is bevestigend, maar tevens dient een ieder zich bewust te zijn van het feit dat met de cijfers zorgvuldig moet worden omgegaan.

De zorgverzekeraar en de beroepsgroep tandartsen hebben een gemeenschappelijk belang: De gebitsgezondheid van de verzekerde c.q. patiënt. De statistische informatie dient altijd in het licht daarvan te worden gebruikt en kan ook als basis dienen voor gezamenlijke gesprekken in geformaliseerd verband over o.a. instroom, volume, prijs en kwaliteit

Kengetallen

Op basis van de beschikbare declaratiegegevens kunnen kengetallen worden aangemaakt. Voorbeelden van kengetallen:

- Aantal fluoride-applicaties per 100 TJZ-onderzoeken
- Aantal X-foto's per C11
- Percentage H30 per C11
- verhouding tussen 1, 2 en 3 vlaksrestauraties
- vullingsgetal
- Kosten per onderzoek

Kengetallen dienen te worden opgevat als indicatoren: zij kunnen een eerste globale indruk geven van het declaratiegedrag van een individuele tandarts maar ook van het declaratiegedrag van hele groep tandartsen in de regio waardoor onderlinge vergelijkingen mogelijk zijn maar ook vergelijkingen met de landelijke cijfers.

Omdat kengetallen slechts een signaalfunctie hebben, is het belangrijk dat met name de adviserend tandartsen van een zorgverzekeraar worden ingeschakeld bij de interpretatie van kengetallen. Waartoe worden deze kengetallen vervolgens gebruikt:

1. Inzicht in en planning van de zorgverlening
2. verklaring van kostenontwikkelingen en financiële planning
3. controle van declaraties
4. kwaliteitsbewaking/kwaliteitsbevordering
5. terugkoppeling naar de individuele medewerker

Het is voor een zorgverzekeraar belangrijk om inzicht te krijgen in welke handelingen veel en welke juist weinig uitgevoerd worden.

Om een dergelijke ontwikkeling nauwlettend te kunnen vervolgen is er behoefte aan een snel en flexibel signaleringssysteem: Statistiek.

Controle van de declaraties

Degene die de statistiek van het ziekenfonds interpreteert, zal zich altijd bewust moeten zijn van het feit dat het hier om declaratiegegevens gaat (en dus niet om epidemiologische grootheden). Controle van declaraties is met behulp van statistiek niet mogelijk, maar statistische gegevens kunnen wel een indicatie geven.

Macro gezien wordt veel gewerkt met gemiddelden, maar bij het beoordelen van een individuele tandarts mag het regiogemiddelde geen absoluut criterium zijn. Het is beslist niet zo dat wanneer een tandarts met een kengetal 40% boven het gemiddelde zit, er dan terugvordering kan plaatsvinden. Een (grote) afwijking bij meerdere kengetallen zal wel altijd aanleiding zijn tot een persoonlijk gesprek tussen adviserend tandarts en betrokken tandarts. De adviserend tandarts zal daartoe vaak het initiatief nemen.

Bij het werken met gemiddelden moet altijd bedacht worden dat de spreiding een grote invloed heeft op de gemiddelde waarde. Een mooi voorbeeld daarvan in het verleden was altijd het kengetal consult mondhygiëne. Waarden van 0, 8, 14, 54 of 59 kwamen (of komen) even vaak voor. Wat zegt nu bij een dergelijke spreiding een gemiddelde van 22? Niets toch!!

Telkens dient de beoordelaar (of dat nu de betrokken tandarts is of de adviserend tandarts) zich af te vragen wat de waarde van een gemiddelde is. Tandheekundige aspecten kunnen essentieel zijn om van het gemiddelde af te wijken: Een praktijk in Bloemendaal zal waarschijnlijk een ander declaratiepatroon kennen dan een praktijk in de Stedenwijk in Almere, hoewel het meer de tandarts is die het declaratiebeeld bepaalt dan de plek van vestiging.

In sommige praktijken kan het zelfs zo zijn dat een gemiddelde waarde voor een bepaald kengetal niet eens wenselijk is.

Kwaliteitsbewaking

Bij een zorgverzekeraar moeten gemiddelden een ondergeschikte rol spelen. Veel belangrijker is het om de statistische gegevens van meerdere jaren achter elkaar te leggen, zodat ontwikkelingen in het declaratiepatroon kunnen worden vervolgd. Op die manier wordt de controle op de declaratie meer in het licht gezien van kwaliteitsaspecten.

Wanneer in een praktijk reeds jarenlang op hoog niveau preventie wordt bedreven, moet zich dat op den duur vertalen in een verlaging van het vullingsgetal. Blijkt dat niet het geval te zijn, zal ongetwijfeld een gesprek plaatsvinden om achter het waarom te komen.

Een ander voorbeeld: wanneer een tandarts een praktijk overneemt, worden in het begin veel röntgenfoto's gemaakt en gedeclareerd. Tevens zal, volgens verwachting, ook het vullingsgetal hoog zijn. Maar na verloop van jaren zal de waarde van beide kengetallen moeten afnemen.

Omgekeerd geldt ook dat in praktijken waar minimaal röntgenfoto's worden gedeclareerd en waar tevens het vullingsgetal laag is, gevreesd moet worden dat cariësdagnostiek voor verbetering vatbaar is. Een persoonlijk gesprek met de tandarts zal weer uitkomst moeten brengen.

Wanneer in een praktijk ineens blijkt dat een bepaalde behandeling (bijvoorbeeld sealen) veel vaker wordt gedeclareerd dan in het verleden, zal ook daarvoor een verklaring gegeven dienen te worden. Wanneer die verklaring er niet is, zal dit aanleiding kunnen zijn om op verzekerdeniveau naar de indicatie tot sealen te gaan kijken.

Hetzelfde geldt voor het fluoridebeleid in een praktijk.

Zo zijn er nog legio voorbeelden op te noemen, maar duidelijk is dat statistische gegevens geen eigen leven mogen leiden, maar altijd tandheilkundig geïnterpreteerd moeten worden. De daaruit volgende discussies zijn voor zowel de adviserend als praktiserend tandarts leerzaam en nuttig en verhogen het wederzijds begrip. Bij groepspraktijken leiden deze gesprekken niet zelden tot discussies tussen de tandartsen onderling, waardoor het geheel gaat lijken op een alpha-project.

BIJLAGE 3

A. De status van het Vademecum

Naast de wettelijk vastgestelde besluiten en overeenkomsten bevat het Vademecum ook een aantal regels die zijn gebaseerd op afspraken tussen Zorgverzekeraars Nederland en de NMT.

Hoewel deze afspraken niet de status van een wettelijke goedgekeurde overeenkomst hebben, heeft de Commissie voor de Rechtspraak (zie: UvO tandheelkundige hulp, art. 1.h en art. 12) in een uitspraak van april 1986 opgemerkt:

‘de onderlinge rechtsverhouding tussen partijen beheerst wordt door het Vademecum, voor zover de landelijke overeenkomsten waarbij partijen mede zijn betrokken, bevat.

Naast een overzicht van besluiten en overeenkomsten van de tandheelkundige hulp bevat dit Vademecum een gedeelte van de Regeling hulpmiddelen betreffende de verstrekking van een volledige gebitsprothese’.

Evenals de afspraken met betrekking tot de Regeling Tandheelkundige hulp Ziekenfondsverzekerden en de Regeling hulpmiddelen door Zorgverzekeraars Nederland en de NMT inzake toestemmingsprocedure.

B. § 1.9 Toestemmingsprocedure volwassen Ziekenfondsverzekerden, vademecum 2002 blz. 17.

‘Voor de behandeling in het kader van de bijzondere tandheelkunde (artikel 8 van de regeling), waaronder begrepen het aanbrengen van implantaten in een ernstige geresorbete tandeloze kaak en het vervaardigen van de suprastructuur, is voorafgaande toestemming van het ziekenfonds vereist. In het geval dat een tandarts bij volwassen verzekerden regelmatig **veel verrichtingen** binnen de hoofdverzekering doet dan wel dat een tandarts in het kader van de hoofdverzekering regelmatig (onnodig) kostbare verrichtingen doet neemt het ziekenfonds contact op met de betrokken tandarts. Leidt dit contact niet tot een naar het oordeel van het ziekenfonds bevredigend resultaat dan zal het ziekenfonds de tandarts de verplichting kunnen opleggen om voor de hierboven eerder bedoelde verrichtingen vooraf toestemming bij het ziekenfonds aan te vragen.’

C. § 2.10 Toestemmingsprocedure jeugdige Ziekenfondsverzekerden, vademecum 2002 blz. 21.

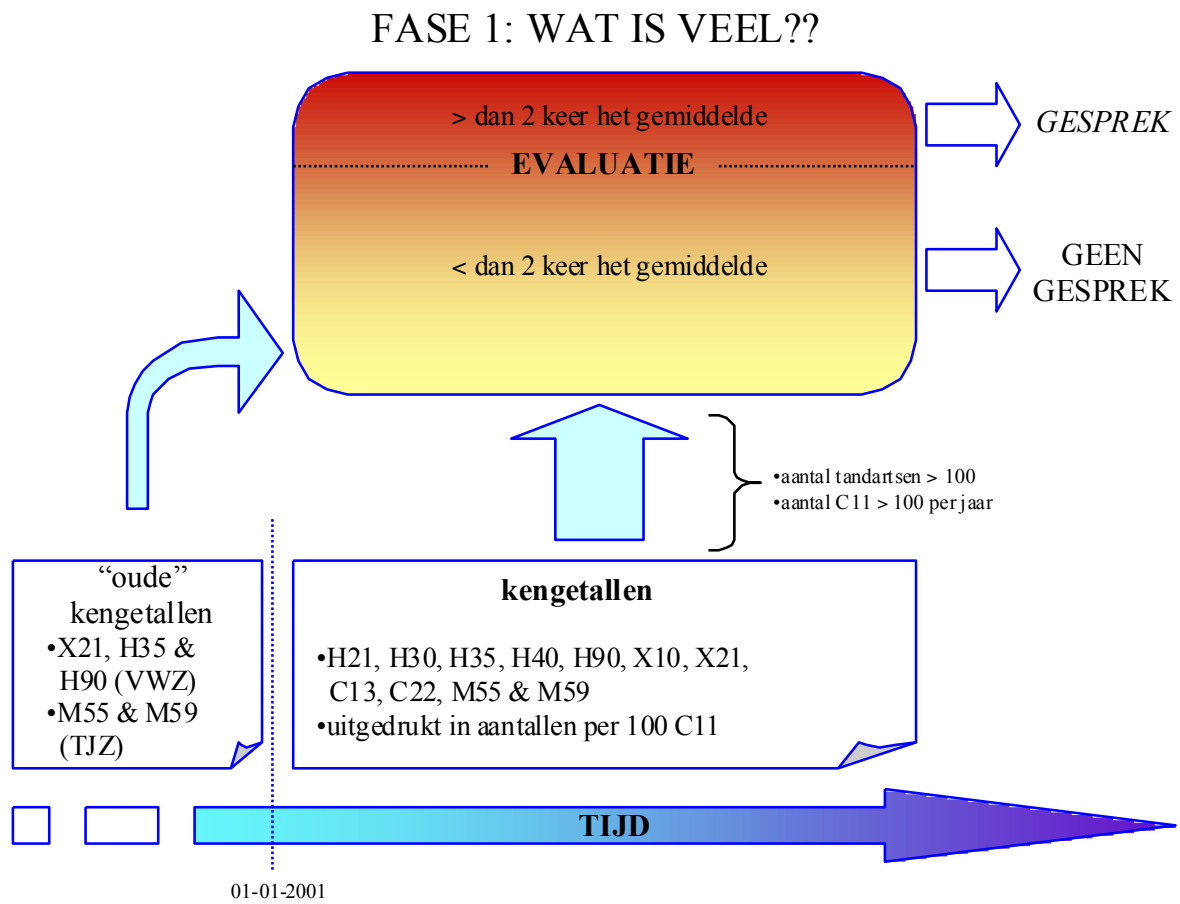
‘Voor fluoride-applicatie voor meer dan twee keer per jaar alsmede voor behandelingen in het kader van de bijzondere tandheelkunde (artikel 8 van de regeling) is voorafgaande toestemming van het ziekenfonds vereist. Eveneens is voorafgaande toestemming van het ziekenfonds vereist voor hulp met niet plastische restauratiematerialen bij vervangingsnoodzaak van een of

meerdere ontbrekende blijvende snijtand(en) of hoektand(en), het direct gevolg zijnde van agenesie of ongeval.

Op het aanvraagformulier zal de behandelende tandarts de oorzaak van het (de) ontbrekende element(en) vermelden en een gemotiveerd behandelingsplan aangeven. Dit plan zal geen behandelingen omvatten die onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd of tandheilkundig niet doelmatig zijn.

In het geval dat een tandarts bij jeugdige verzekerden regelmatig veel verrichtingen binnen de hoofdverzekering doet dan wel een tandarts in het kader van de hoofdverzekering regelmatig (onnodig) kostbare verrichtingen doet neemt het ziekenfonds contact op met de betrokken tandarts. Leidt dit contact niet tot een naar het oordeel van het ziekenfonds bevredigend resultaat dan zal het ziekenfonds de tandarts de verplichting kunnen opleggen om voor de hierboven eerder bedoelde verrichtingen vooraf toestemming bij het ziekenfonds aan te vragen.'

BIJLAGE 4



BIJLAGE 5

Mandaat

Iedere zorgverzekeraar die is belast met de uitvoering van de Ziekenfondswet, is een orgaan in de zin van de Algemene wet bestuursrecht (art. 1:1 Awb).

Aan deze zorgverzekeraar zijn publiekrechtelijke bevoegdheden toegekend (geattribueerd).

Attributie is het **toekennen** van bevoegdheid bij of krachtens de wet.

Zo'n bevoegdheid die men bezit door toekenning (= attributie), is niet **zomaar** te delegeren.

Onder **delegatie** wordt verstaan: het **overdragen** door een bestuursorgaan van zijn bevoegdheid tot het nemen van besluiten aan een **ander die deze onder eigen verantwoordelijkheid uitoefent** (art. 10:13 Awb).

Delegeren is dus het **overdragen** van bevoegdheid; door deze overdracht verliest degene die delegeert zijn of haar bevoegdheid aan de gedelegeerde.

Deze laatste is daarom volledig aansprakelijk voor het doen en laten op basis van de verkregen gedelegeerde bevoegdheid, als gedelegeerde.

Deze delegatie is in het kader van de Algemene wet bestuursrecht alleen mogelijk indien de wet die mogelijkheid biedt.

Delegatie geschiedt slechts indien **in de bevoegdheid** daartoe bij wettelijk voorschrift is voorzien.

Wanneer we teruggaan naar de zorgverzekeraar, als bestuursorgaan conform de Awb, bezit zij als zo'n orgaan een bevoegdheid geattribueert bij wet.

Die bevoegdheid is dus niet over te dragen door delegatie aan een ander, omdat de wet dat niet toelaat.

Haar bevoegdheid kan ze niet delegeren, wat ze wel kan is mandateren.

Onder **mandaat** wordt verstaan: de bevoegdheid om in naam van een bestuursorgaan besluiten te nemen (art. 10:1 Awb).

Bij mandatering is sprake van een opdracht door de mandaatgever, ook wel mandans genoemd, aan de gemandateerde, ook wel de mandataris genoemd, zonder dat sprake is van een bevoegdheidsverschuiving.

Dit kan aan de orde zijn in de situatie dat een zorgverzekeraar besluit als 'dwangmiddel' de machtigingsprocedure op te leggen aan een medewerker zorgverlener.

Vaak kan in de uitvoering de indruk bij derden ontstaan dat de adviserend tandarts de machtigingsprocedure oplegt. Die indruk is verkeerd. Waarom?

In het kader van de uitvoering van de Ziekenfondswet valt de zorgverzekeraar in haar doen en laten onder de Algemene wet bestuursrecht, op grond van een publiekrechtelijke titel.

Op basis van die titel als bestuursorgaan is het de zorgverzekeraar zelf, als bestuursorgaan, die beslist. Niet een van haar medewerkers, i.c. de adviserend tandarts.

Bij de voorbereiding en uitwerking tot een deugdelijke machtigingsprocedure dient op basis van mandatering door het bestuursorgaan i.c. zorgverzekeraar de ruimte van de adviserend tandarts met betrekking tot onderzoek, evaluatie en mogelijk invoering van een machtigingsprocedure vooraf te worden of te zijn gearticuleerd. Waarom?

Omdat in **alle gevallen** namens het betrokken bestuursorgaan gehandeld wordt.

Bij mandaat is er geen sprake van een bevoegdheidsverschuiving in juridische zin: nu gehandeld wordt **namens** het betrokken bestuursorgaan, worden de handelingen ook aan dat orgaan toegekend; het blijven juridisch gesproken, besluiten van het orgaan zelf (art. 10:12 Awb).

Er is hier sprake van een vorm van **vertegenwoordiging** van het bestuursorgaan. De mandaatgever (mandans) blijft dan ook bevoegd de bevoegdheid zelf te hanteren, indien hij dat wenst (art. 10:7 Awb).

Hij kan de mandataris alle aanwijzingen geven die hij nodig acht (art. 10:6 Awb). Hij, de mandaatgever, i.c. het bestuursorgaan is geheel verantwoordelijk voor de krachtens mandaat genomen besluiten. Juridisch gesproken is de mandataris niet een ander dan de mandans.

Het voorgaande is van belang met betrekking tot de aansprakelijkheid.

Omdat mandaat geen verschuiving van bevoegdheid impliceert maar slechts een vorm van vertegenwoordiging, blijft de gemandateerde onder de volledige zeggenschap van het bevoegde bestuursorgaan (de mandans of mandaatgever). Een krachtens mandaat genomen besluit vermeldt namens welk bestuursorgaan het is genomen (art. 10:10 Awb).

Wordt bezwaar aangetekend of beroep ingesteld tegen een besluit dat krachtens mandaat is genomen, dan is niet de gemandateerde maar de mandaatgever de verwerende partij; rechtens gaat het immers om een besluit van de mandaatgever zelf.

Artikel 10:2 Awb drukt dit uit met de formule dat een in mandaat genomen besluit 'geldt als een besluit van de mandaatgever'.

De plaats waar het anker dient uitgeworpen te worden om aansprakelijkheid te claimen indien men dat wenst is dan ten principale bij het bestuursorgaan i.c. de zorgverzekeraar zelf!

BIJLAGE 6

Aanvraag conform de Awb

De Werkgroep hecht er aan, mede op basis van haar naam, de verdere procedure met betrekking tot deze aanvraag iets uit te vergroten in het licht van de Algemene wet Bestuursrecht, om vooral aan te geven hoe belangrijk het is, zorgvuldig te handelen.

Wanneer de betreffende medewerker zorgverlener zich committeert met een machtigingsprocedure, zal hij zich ook dienen te houden aan de vereisten waaraan **een aanvraag dient te voldoen**; artikel 4:2 eerste lid Awb: ondertekend, gedateerd, naam en adres aanvrager en welke beschikking de aanvrager gehad had willen hebben.

Artikel 4:4 Awb bevat voorts de onvermijdelijke concessie aan de bureaucratische realiteit: het bestuursorgaan kan de aanvrager verplichten voor de aanvraag een formulier te gebruiken.

Voorts dient de aanvrager bij zijn aanvraag gegevens te verstrekken die voor de beslissing nodig zijn; artikel 4:2 tweede lid Awb.

Dat duidt erop dat hij zijn aanvraag dient te motiveren waarom een goedkeuring dient plaats te vinden.

Op deze aanvraag dient de betreffende zorgverzekeraar, als bestuursorgaan in het kader van de uitwerking van de Ziekenfondswet **een besluit** te nemen conform artikel 1:3 eerste lid Awb: 'een schriftelijke beslissing van een bestuursorgaan inhoudende een publiekrechtelijke rechtshandeling'.

Een beslissing is slechts een besluit als zij op enig rechtsgevolg is gericht; in dit geval de verrichting wel of niet mogen uitvoeren. Dit laatste geeft aan dat niet uit te sluiten is dat de aanvraag wordt afgewezen.

In geval van een afwijzing spreken we van een negatief besluit of beter een negatieve beschikking.

Conform artikel 1:3 tweede lid Awb: 'een besluit dat niet van algemene strekking is, met inbegrip van de **afwijzing** van een aanvraag daarvan'.

(Ieder besluit dat niet van algemene strekking is, is een beschikking.)

Wanneer men positief beschikt krijgt de aanvrager in feite waar hij om vroeg en zal in het algemeen met die aanvraag geen probleem ontstaan.

De problemen kunnen ontstaan in de vorm van:

- **Termijnoverschrijding**
- **Afwijzing aanvraag**

Ad. 1: Artikel 4:13 Awb regelt binnen welke termijn het bestuursorgaan een beschikking dient te nemen na de ontvangst van de aanvraag.

Artikel 4:13 eerste lid Awb: Een beschikking dient te worden gegeven binnen de bij wettelijk voorschrift bepaalde termijn of, bij gebreke daarvan, binnen een redelijke termijn na ontvangst van een aanvraag.

Ingevolge lid 2 van het artikel is de redelijke termijn in ieder geval verstreken wanneer het bestuursorgaan 8 weken na ontvangst van de aanvraag nog geen beschikking heeft afgegeven.

Dat termijnoverschrijding door het bestuursorgaan i.c. zorgverzekeraar een probleem voor de zorgverzekeraar kan opleveren leert ons de rechtsgevolgen bij overschrijding van beslistermijn.

“Het voornaamste gevolg van het niet in acht nemen van de wettelijke beslistermijn of de redelijke termijn (bij het ontbreken van een vaste wettelijke termijn) is dat de aanvrager een bezwaarschrift kan indienen of beroep kan instellen tegen de fictieve weigering.

De rechter zal, in het geval de regeling van de redelijke termijn van toepassing is, hebben te bezien of inderdaad de redelijke termijn verstreken was, tenzij acht weken verstreken waren sedert de ontvangst van de aanvraag en geen kennisgeving als bedoeld in artikel 4:14 Awb werd verzonden. Er zij op gewezen dat het bestuursorgaan ook al is de beslistermijn verstreken, in beginsel wel verplicht blijft om alsnog een beslissing op de aanvraag te nemen.

Aansprakelijkheid

Tijdig beslissen is een op het bestuursorgaan rustende rechtsplicht. Men kan termijnstellingen niet meer beschouwen als slechts ‘termijnen van orde’.

In hoeverre de overschrijding van de beslistermijn een vordering tot schadevergoeding uit onrechtmatige daad ten gevolge zal hebben, zal uit de jurisprudentie van de gewone rechter moeten blijken.

Het vereiste dat de wetsovertreding ook schade moet hebben veroorzaakt, brengt in ieder geval wel met zich mee, dat in het algemeen geen schade gevorderd kan worden indien niet vaststaat dat de beslissing die binnen de termijn genomen had moeten worden, ook positief voor de aanvrager zou zijn uitgevallen. (Mvt, PG Awb I p.264.)”

Ad. 2: Afwijzing aanvraag

Deze beschikking kan tot problemen leiden indien men zowel procedureel als inhoudelijk tekort schiet in zorgvuldig handelen. Met name is van groot belang de motivering, waarom men afwijst.

Het motiveringsbeginsel omvat twee duidelijk te onderscheiden eisen:

- Een beschikking moet berusten op een deugdelijke motivering (art. 4:16 Awb);
- De motivering moet kenbaar zijn (vgl. art. 4:17 Awb).

Voor de eerste eis is fundamenteel, omdat zij verwijst naar het elementaire beginsel dat het bestuur rationeel moet handelen.

Een deugdelijke motivering moet immers aan twee vereisten voldoen:

- De feiten waarop de beschikking is gebaseerd moeten juist zijn vastgesteld (juiste feitelijke grondslag);
- De redenering waarop de beschikking is gebaseerd moet sluitend zijn en de conclusie (het dictum van de beschikking) kunnen dragen (draagkrachtige redenering).

De eis van een kenbare motivering verwijst naar het evenzeer fundamentele beginsel dat het bestuur over al zijn handelen verantwoording moet afleggen. Het is niet voldoende dat het bestuur een juiste beslissing neemt, het moet ook kunnen uitleggen waarom zo en niet anders is beslist. Alleen dan is het bestuur immers controleerbaar.

De Awb verplicht het bestuur i.c. de zorgverzekeraar zijn beslissing uit te leggen aan belanghebbenden en wel direct bij het geven van de beschikking (art. 1:17 Awb). De eis van deugdelijke motivering geldt altijd. Het bestuur i.c. zorgverzekeraar beslist en dan past het niet als een sergeant bevelen te blaffen, maar zich te gedragen als een bestuur dat op een moderne democratische stijl zijn orders toelicht en daarover zonnodig in discussie gaat. Op basis van het voorgaande is in beginsel niet in te zien dat in onze casus een deugdelijke motivering is te formuleren zonder dat men de verzekerde (patiënt) klinisch heeft kunnen onderzoeken c.q. beoordelen met betrekking tot een aangevraagde verrichting, zodat een tandheeskundig inhoudelijk oordeel mogelijk is conform artikel 2 RTHZ.

Bij geen klinische beoordeling is vervolgens de kans groot dat men 'later' voor schut staat. Zeker wanneer men in de bezwaarschriftprocedure, waarbij een voorziening tegen het besluit gevraagd wordt, bij het bestuursorgaan dat het besluit genomen heeft i.c. de zorgverzekeraar conform artikel 1:5 eerste lid Awb, de mogelijkheid van een heroverweging niet adequaat benut, door dezelfde fout te maken.

Aansluitend komt men dan in eerste aanleg terecht bij de bestuursrechter door het instellen van beroep volgens artikel 1:5 derde lid Awb (beroep bij de administratieve rechter).

Tot slot van dit onderdeel moet nog genoemd worden dat in een afwijzende beschikking vermeld dient te worden of bezwaar of beroep kan worden ingesteld: door wie, binnen welke termijn en bij welk orgaan bezwaar kan worden gemaakt of beroep kan worden ingesteld (artikel 3:45 Awb).

De strekking van deze bepaling is het bestuursorgaan te verplichten belanghebbenden te wijzen op bestaande bezwaar- en beroepsmogelijkheden.

De termijn voor het indienen van een bezwaar- of beroepschrift bedraagt 6 weken (artikel 6:7 Awb).