

## IS TANDHEELKUNDIGE HULP OP BASIS VAN HET ZIEKENFONDSEN- BESLUIT UITVOERBAAR?

door *H. Broekhuizen*

Ingevolge art. 14 sub. 3 van het tweede Uitvoeringsbesluit ingevolge het Ziekenfondsbesluit hebben verplicht-verzekerden recht op tandheelkundige hulp volgens systematisch-rationele beginselen, omvattende onder meer: conserverende hulp tegen bijbetaling volgens door de Commissaris vast te stellen regeling.

In de circulaire van de Commissaris, belast met het toezicht op de Ziekenfondsen van 25 Januari 1944, 4e afdeling No. 25150, wordt nader aangeduid, wat onder systematisch-rationele hulp dient te worden verstaan.

Uit het gestelde in dit rondschriften blijkt, dat bij de deskundigen, die in dit verband hebben geadviseerd, zowel als bij de Commissaris, de bedoeling heeft voorgezeten door middel van een beperkte, doch deskundig-logische verlening van tandheelkundige hulp geleidelijk aan te geraken tot een sanering van de gebitten van alle verplicht-verzekerden, teneinde hierdoor bij te dragen tot verbetering van hun gezondheid.

De reeds aanstonds als noodzakelijk geziene beperking van de te verstrekken hulp, wordt in genoemde circulaire wenselijk genoemd in verband met het feit, dat vrijwel iedere verzekerde regelmatig tandheelkundige hulp behoeft (waardoor deze hulp geen object van verzekering kan zijn, doch veeleer gezien moet worden als maatregel van gezondheidszorg) en volledige tandheelkundige hulp, dientengevolge onbetaalbaar zou zijn en tevens onuitvoerbaar door gebrek aan tandartsen.

Bovendien wordt de begrenzing geoorloofd genoemd, omdat zij tot het gestelde doel, n.l. verbetering van de algemene gezondheidstoestand leidt. Onder D. „de halfjaarlijkse controle” wordt in genoemde circulaire vermeld: „met de meeste nadruk wijs ik op het belang van de halfjaarlijkse controle. Zou hieraan niet streng de hand worden gehouden, dan zou de kans bestaan, dat alle door de sanering behaalde voordelen weder verloren gaan.”

Bij het maken van deze regeling beschikte men over geringe ervaring met de systematisch-rationele behandelingsmethode, terwijl cijfermateriaal ten aanzien van voor deze behandeling noodzakelijke tijd vrijwel volledig ontbrak. Rekening houdende met het ervaringsfeit, dat plm. 15 % van het aantal verzekerden tandheelkundige hulp vraagt, meende men dat het aantal aan de fondsen verbonden tandartsen voldoende zou zijn om op de voorgeschreven wijze, een begin te maken met de gebitssanering van de 3¼ miljoen verplicht-verzekerden, hopende, dat de resterende 85 % geleidelijk tot betere begrippen inzake mondverzorging zou geraken.

Wij kunnen thans, bijna 3½ jaar na de invoering, met zekerheid vaststellen, dat naleving van de voorschriften inzake de behandelingsmethode niet mogelijk is, noch in de naaste toekomst tot de mogelijkheden zal behoren, omdat:

1. de vraag naar tandheelkundige hulp sneller is toegenomen dan men voor mogelijk heeft gehouden.
2. door de gelijkstelling van verstrekkingen voor vrijwillig- en verplicht-verzekerden,

het tempo van de voorgeschreven gebitssanering nagenoeg verdubbeld diende te worden.

Met twee voorbeelden uit de praktijk moge aangetoond worden, dat de voorschriften, gemaakt voor tandheelkundige hulp aan ruim  $3\frac{1}{4}$  miljoen verzekerden (het aantal verplicht-verzekerden in 1942) niet ongewijzigd kunnen worden gehandhaafd als richtsnoer voor de behandeling van  $6\frac{1}{2}$  miljoen verzekerden (het aantal verplicht- en vrijwillig-verzekerden in 1948).

In vele plaatsen zijn de tandartsen, na overleg met een collegiale deskundige instantie, er toe overgegaan, de afgifte van saneringscontrôlekaarten stop te zetten. Door deze maatregel, waartoe men door de nood gedwongen overging, is de halfjaarlijkse contrôle illusoir geworden. Alle door de sanering behaalde voordelen gaan hiermede verloren (zie bovengenoemde circulaire onder D.).

In Amsterdam, waar zoals bekend de hulp polikliniek wordt gegeven, wenst men tot iedere prijs de halfjaarlijkse contrôle te handhaven, welke tot 1 Januari 1948 slechts door één ziekenfonds was ingevoerd, nadien door alle andere fondsen werd overgenomen. Het gevolg is, dat de achterstand in de behandeling, waarmee dit éne fonds steeds te kampen had, thans ook tot de zorgen van de andere fondsen is gaan behoren.

Het is de vraag of aan de twee bovengenoemde oorzaken van het falen van het voorgeschreven behandelingssysteem niet nog een derde moet worden toegevoegd, met name enige onjuistheden in het voorschrift zelve.

Van verschillende zijden is destijds gewaarschuwd tegen de moeilijkheden waarmee men te kampen zou hebben als gevolg van de praemature invoering van een systeem van behandeling, dat slechts onder bepaalde voorwaarden en voor een beperkte groep verzekerden als het juiste kan worden aangemerkt, doch dat zeker niet zonder meer als verplichte behandelingswijze voor alle verzekerden à bout portant kan worden voorgeschreven.

Prof. H e r i n g a, destijds lid van een commissie, welke de Commissaris adviseerde in tandheelkundige aangelegenheden: „De systematische periodieke gebitscontrôle en behandeling der opgespoorde defecten in beginstadium, is de enige wijze — zolang geen causale praeventie mogelijk is — voor doorvoering van een sociaal-tandheelkundige cariesbestrijding. De algemene grondslagen daarvoor komen mutatis mutandis overeen met die van de schooltandverzorging.”

Prof. B i j l adviseerde de twee in het N.P.P.-rapport genoemde afdelingen: eerste hulp en sanering te vervangen door praeventief-geneeskundige en curatief-geneeskundige afdeling. In de praeventief-geneeskundige afdeling zouden komen:

- a. gewezen schooltandverzorgingskinderen.
- b. mensen, die van nature een gezond gebit hebben.
- c. degenen, die ontslagen zijn uit de curatief-geneeskundige afdeling. In deze afdeling wordt alles behandeld, wat binnen een half jaar ontstaan is. Ook ernstige afwijkingen (wortelkanaalbehandeling), die binnen een half jaar ontstaan zijn, zouden hier behandeld moeten worden. Hier draagt de groep het risico van het individu.

Curatief-geneeskundige afdeling:

- a. fondsbehandeling (N.P.P.).
- b. particuliere behandeling (P.P.).

Een dergelijke regeling van de ziekenfondsbehandeling zou ook de sancties eenvoudiger maken. De patiënten van de praeventieve afdeling moeten in de 6e maand na iedere behandeling of contrôle terugkomen. Doen zij dit niet, dan worden zij op de lijst van de curatieve afdeling geplaatst. Hierdoor hebben zij het nadeel van een langere wachttijd en bovendien zullen zij moeten kiezen tussen extractie (en prothetische behandeling) en particuliere hulp (voor eigen rekening).

P a e s i e heeft in woord en geschrift steeds als zijn mening verkondigd, dat het

Nederlandse volk van thans tandheelkundig verloren is en dat slechts de jeugd nog geholpen kan worden door schooltandverzorging met aansluitende periodieke en systematische controle en behandeling.

B r u g m a n verlangde dat duidelijk zou worden aangegeven, welke patiënten nog in aanmerking komen voor sanering.

L u i k i n g a drong aan op duidelijke scheiding tussen gesaneerde en verwaarloosde gebitten.

De grootste belemmeringen, met name die van financiële aard, voor de invoering van de schooltandverzorging, zijn thans uit de weg geruimd, doordat de mogelijkheid tot steun door de ziekenfondsen is geopend.

Het is dan ook te verwachten, dat binnen enige jaren deze materie in het gehele land zal zijn geregeld met als gevolg dat in de toekomst de fondsen slechts nieuwe leden met een gesaneerd gebit zullen krijgen. Het zal dan waarschijnlijk zijn, deze monden gezond te houden door middel van de door de fondsen te verstrekken hulp.

Thans echter dient een oplossing te worden gevonden voor het vraagstuk van de behandeling van 6½ miljoen mensen, die voor het grootste gedeelte een verwaarloosd gebit bezitten.

Het komt mij voor, dat het onjuist zou zijn, de verzekerden in het bezit te laten van rechten op tandheelkundige hulp van zodanige omvang, dat de gezamenlijke, aan de fondsen verbonden tandartsen, deze niet kunnen verlenen.

Als enige oplossing zie ik voorlopig een verdere beperking van de verstrekkingen.

Het meest logische lijkt mij, dat de conserverende behandeling van de jeugd de voorkeur zal genieten, hierbij de gedachten volgend, welke tot de schooltandverzorging hebben geleid.

Tot welke leeftijd deze hulp nog is verantwoord, is slechts bij benadering vast te stellen. Boven deze grens, waar die ook moge liggen, is conserverende hulp slechts mogelijk na sanering elders, of dient deze te worden vervangen door een behandeling, welke meer een prothetisch karakter draagt.

Amsterdam, 8 October 1948.

Naar aanleiding van het vorenstaande maakte collega C. Smits te Baarn de volgende berekening:

Per dag werkt een tandarts 8 uur. Hiervan is 1½ uur nodig voor het spreekuur (*eerste hulp en controle*). Rest 6½ uur = 25 kwartier. Per jaar werkt een tandarts: 280 dagen (365 — 52 = 315; ong. 9 extra feestdagen en 24 vacantiedagen). Per jaar dus 7000 kwartier voor uitgebreide hulp.

In 1946 had ons land een bevolking van 9.423.480 zielen, als volgt samengesteld:

van 0—6 jaar	1.345.099 zielen = 14,3 %
.. 7—49 ..	6.166.993 .. = 65,4 %
.. 49— ~	1.911.388 .. = 20,3 %

Er waren circa 6.500.000 verzekerden = 69 % van de bevolking d.w.z.:

van 0—7	————
.. 7—50	4.255.225 zielen
.. 50— ~ en van 0—7	2.244.775 ..

Wanneer het ganse volk gesaneerd zou zijn, zou de categorie van 7—50 jaar jaarlijks  $2 \times$  voor controle komen, (Wij gaan uit van de veronderstelling dat de tandheelkunde begint bij de schooltandverzorging (7 jaar) en gemiddeld op 50 jaar de mens een volle prothese krijgt.) Er zouden dus jaarlijks  $2 \times 4.255.225$  verzekerden = ong. 8.500.000 verzekerden ter controle komen.

Uit de statistieken van A.Z.A. blijkt, dat de *gemiddeld per controle* benodigde bezoeken waren:

1935	1,37	} volwassenen 14—50 jaar	0,82	} kinderen van 6—14 jaar
1936	1,34		0,89	
1937	1,45		0,87	
1938	1,54		0,80	
1939	1,44		0,84	
1940	1,48		0,83	
1941	1,27		0,80	
1942	1,11		0,64	
1943	1,01		0,65	
1946	1,28		0,84	

Uit deze cijfers vloeit voort, dat men per controle moet rekenen op 1,33 bezoeken voor volwassenen en 0,8 voor kinderen of gemiddeld op 1,22 bezoeken.

8.500.000 controlepatiënten zouden dus per jaar afleggen 10.370.000 bezoeken voor behandeling.

Stelt men de tijd, nodig voor één behandeling op 1 kwartier, dan zouden 1481 tandartsen, 7000 kwartier per jaar werkend voor uitgebreide hulp, hiervoor nodig zijn. Zij zouden dan alleen spreekuur kunnen houden voor eerste hulp en controle van gesaneerde patiënten en verder niets dan controlepatiënten saneren. Elke dag zouden op het spreekuur van elke tandarts 14 controlepatiënten verschijnen. Stelt men de tijd, nodig voor een controle, op 5 minuten, dan gaat van de 1½ uur spreekuur 70 minuten met controleren heen en blijft slechts 20 minuten over voor de eerste hulp.

Nu is nog in het geheel geen rekening gehouden met:

- de behandeling van kinderen van 0—6 jaar,
- de behandeling van patiënten voor prothese (vol of partieel),
- de behandeling der ong. 3.000.000 niet-verzekerde patiënten,
- de behandeling der verzekerde patiënten, voor zover dit betreft verrichtingen, die niet onder de ziekenfondsbehandeling vallen (zenuwbehandelingen, kroon en brugwerk etc. etc.).

Hier staat tegenover, dat niet alle verzekerden gesaneerd zijn: Zij vragen (God-dank) niet allemaal uitgebreide tandheelkundige hulp; voorlopig zal dit percentage de 15 % wel niet te boven gaan; het zal echter jaarlijks stijgen.

Voor A.Z.A. liep het aantal controles van 14.500 in 1936 geleidelijk op tot 26.500 in 1943. Daarna trad, in verband met de tijdsomstandigheden, een teruggang in maar het bedroeg in 1946 toch nog 17.500.

15 % vraagt uitgebreide hulp. 15 % van 4.250.000 zielen = 637.000 zielen. Deze 637.500 controlepatiënten hebben per jaar ( $2 \times$  controle)  $2 \times 637.500 \times 1,22$  bezoeken voor behandeling nodig (niet voor controle, want die geschiedt in het spreekuur) 1.555.500 bezoeken = 1.555.500 kwartier.

Er werken in Nederland circa 1000 tandartsen voor de ziekenfondsen. Stel, dat zij, buiten hun spreekuur van 1½ uur, nog eens gemiddeld 4 uur per dag aan zieken-fondstandheekunde wijden, dan is voor deze ziekenfondsbehandeling beschikbaar:  $1000 \times 280 \times 4$  uur = 1.120.000 uur = 4.480.000 kwartier.

Van die 4.480.000 kwartier moeten 1.555.500 voor de behandeling van gesaneerde patiënten worden gereserveerd. Er blijven dus 2.924.500 kwartieren of 731.125 uur of per tandarts 731 uur per jaar = ruim 2½ uur per dag per tandarts voor de verdere tandheelkundige behandeling van verzekerden (prothesen, behandeling van niet gesaneerde patiënten, ten getale van 5.850.000) over.

Dit geldt alleen wanneer al die 1000 tandartsen zich houden aan de voorgeschreven wijze van behandelen (geen zenuwbehandeling, tenzij voor controlepatiënten en bij grote uitzondering), wat in de praktijk geenszins het geval is.

In de loop der jaren gaat natuurlijk het percentage gesaneerde patiënten omhoog. Zodra dit gestegen zou zijn tot ong. 40, zouden de 1000 tandartsen, 4 uur werkend voor ziekenfondsleden (1½ uur spreekuur), al dien tijd voor het bijhouden van hun controlepatiënten nodig hebben.

C. SMITS

Baarn, 1 November 1948

## HET VRAAGSTUK DER BEDRIJFSTANDARTSEN

In de beschouwing van coll. Broekhuizen (T. v. T. Nov. '48) over de bedrijfstandarts ontbreekt naar mijn mening het antwoord op een belangrijke vraag en wel deze: Waarom is het instituut der bedrijfstandartsen een realiteit geworden en wat is daarvan de oorzaak?

Voor zover mij bekend is de functie van bedrijfstandarts pas na de bevrijding geschapen. Mogelijk dat hier of daar voordien in een bepaald bedrijf reeds tandheelkundige hulp verleend werd, maar van sociale betekenis was dat nog niet.

De opdoemende vraag naar bedrijfstandartsen van thans moet worden gezien als resultaat van de ingrijpende veranderingen in de algemene sociale toestand en verlangens na de oorlog en wel in het bijzonder de behoefte van de arbeidende klasse en kleine middenstand naar een betere tandheelkundige verzorging. Dat thans de ondernemingen aan dat verlangen willen tegemoet komen, wijst tot zekere hoogte op erkenning van de redelijkheid van deze wensen, ook van de zijde der werkgevers.

Kon men vlak na de bevrijding een fabrikant er nog van verdenken deze sociale maatregel alleen toe te passen ten einde de toen schaarse arbeidskrachten aan te trekken ten koste van andere bedrijven, dan wordt thans dit veronderstelde motief gelogenstraft door het feit, dat ondanks het optreden van werkloosheid in bepaalde bedrijfstakken, de betreffende ondernemers voortgaan met het opbouwen van een bedrijfstandartsdienst. Men moet dus naar andere drijfveren zoeken voor de behoefte aan een eigen bedrijfstandarts en vindt deze in:

1. De door de schrijver erkende vermindering van arbeidsverzuim, een belang van de werkgevers.

2. De ontevredenheid van de werknemers over de hoedanigheid der ziekenfondsbehandeling.

Welke de oorzaken zijn van deze ontevredenheid wordt hier in het midden gelaten, dat is een probleem op zichzelf, maar dat het er is staat vast.

Het gevolg van deze ontevredenheid is dat van de zijde der werknemers die gunstige ervaringen hebben met het instituut van de bedrijfsarts, de werkgever verzocht wordt om een bedrijfsmatige tandheelkundige verzorging.

Dat er gegronde redenen voor die ontevredenheid bestaan wordt door coll. Broekhuizen wellicht onbedoeld toegegeven wanneer hij in zijn beschouwing verwacht, „dat al het werk van de bedrijfstandarts teloor gaat zodra de arbeider de dienst verlaat en weer op de normale fondsbehandeling is aangewezen. (Curs. van mij).

Voor mijn gevoel is de zienswijze van coll. B. ingegeven door de vrees dat men voor de praktische uitvoering van een groot sociaal-tandheelkundig plan niet voldoende tandartsen beschikbaar zal vinden om aan de uitvoering mee te werken, omdat een deel elders een sociale werkkring heeft gevonden die meer bevrediging biedt. Dan dringt zich echter de vraag op in hoeverre moreel het recht bestaat een tandarts indirect te willen dwingen deel te nemen aan de verwezenlijking van dat plan door hem de gelegenheid te onthouden om een bepaalde, eveneens sociale werkkring na te streven.

Voor het geval men zich slechts zorgen zou maken over het vervullen van de sociaal-tandheelkundige plicht door iemand die bedrijfstandarts is of wil worden, dan zou de beroepsorganisatie altijd nog haar goedkeuring kunnen onthouden aan het betreffende contract, indien daarnaast niet nog op andere wijze een sociale taak wordt vervuld (alg. ziekenfonds, schooltandverzorging). Men dient zich echter wel te realiseren dat aldus de bedrijfstandarts wordt achtergesteld bij de collega's, die uitsluitend particuliere praktijk uitoefenen. Hetgeen op zijn beurt sociaal onrechtvaardig zou zijn.

F. W. SPIES