

## XIIe CONGRES VAN DE F.D.I. TE ROME

7-14 SEPTEMBER 1957

### SOCIALE TANDHEELKUNDE

DOOR N. A. K. M. VAN ERP

Aan de sociale tandheelkunde was een voordracht-middag op 12 en een panel-discussion op 13 september gewijd. Van de hand van O. Tempestini en E. Müller waren in de I.D.J. van resp. september 1956 en juni 1957 inleidende artikelen verschenen over de sociaal-tandheelkundige situaties in Italië en Duitsland.

Voordrachten en discussie behandelden bijna uitsluitend „Public Dental Health Services” en het was opvallend dat aan andere sociaal-tandheelkundige aspecten in het onderhavige onderwerp weinig of geen aandacht werd geschonken. Het eerst (9 september) behandelde onderwerp „Tandcariës”, waarin onderdelen als de cariës-epidemiologie en de resultaten van preventieve maatregelen in de verschillende landen werden besproken bood aanknopingspunten genoeg om in de discussies te betrekken en hoewel de leider van de panel-discussion J. W. Knutson (U.S.A.) herhaaldelijk aandrong om oplossingen aan de hand te doen voor bepaalde problemen bleef men zich bewegen op het terrein van critische beschouwingen over organisatievormen, de wijze en de hoogte van honorering, het tandartsentekort en het vraagstuk van de centrum-behandeling.

Misschien vindt dit zijn oorzaak in het feit dat men de sociale tandheelkunde in de landen om ons heen teveel vereenzelvigd met de uitvoeringsvormen en haar te weinig als een wetenschap beschouwt. De opvatting van de Ned. Mij tot Bevordering der Tandheelkunde dat zij inderdaad een wetenschap is, verankerd in de tandheelkunde en de sociologie, waarbij maatregelen op sociaal-tandheelkundig gebied de resultaten dienen te zijn van het beoefenen dier wetenschap komt slechts ten dele tot uitdrukking in de definitie die Müller geeft: „Soziale Zahnheilkunde ist eine Zusammenfassung von Maßnahmen gesundheitspolitischer Art zum Zweck der Vorbeugung und Behandlung bei der Gesamtheit des Volkes”.

De belangstelling voor de voordrachten was gering en ik kan mij indenken dat bij velen van de weinige toehoorders, die Aula A met een voortreffelijk „simultaneous translation system” en een niet te versmaden koele temperatuur herbergde, een gevoel van teleurstelling werd gewekt, omdat men steeds een bepaalde casuïstiek van zijn eigen land naar voren bracht zonder het probleem in zijn algemeenheid te benaderen of te pogen hiervoor een oplossing te vinden!

Een en ander brengt mee, dat het moeilijk is om uit het geheel van voordrachten en discussie's bepaalde scherp-omlijnde conclusies te

trekken, te meer waar de leiding niet op het aannemen van stellingen of resoluties aandrong. Niettemin bleek, dat er toch enkele standpunten naar voren kwamen, waarover wel een communis opinio bestond. Ik wil trachten ze zo kort mogelijk samen te vatten:

1. De uitoefening van sociale tandheelkunde is in wezen de uitoefening der tandheelkunde door de gezamenlijke tandartsen, dus óók door hen, die niet voor sociale verzekeringsinstellingen werkzaam zijn.
2. De tandarts moet in elke vorm van het sociale verzekeringswezen zijn beroep vrij kunnen uitoefenen. Zijn verhouding als werknemer is ontoelaatbaar. De vrije tandartsenkeuze moet zijn gewaarborgd.
3. Een volksziekte als de tandcariës vereist een andere instelling van het sociale verzekeringswezen voor de verzorging van zijn verzekerden dan t.a.v. de verzorging op ander geneeskundig gebied. Aan een differentiatie in de indicatie-stelling is onverbrekkelijk een differentiëring van verrichtingen verbonden. Door het algemeen en verbreid optreden van cariës kan er niet naar worden gestreefd deze ziekte in een kort tijdsbestek met de allereenvoudigste middelen te cureren. Het komt meer op de kwaliteit dan op de kwantiteit aan. Vandaar dat de tandheelkunde in sociaal verband gezien vóór alles goed, doch niet primair goedkoop moet zijn. Bij de keuze tussen bepaalde verrichtingen moet er zoveel vrijheid zijn als mogelijk en slechts zoveel dwang als strikt noodzakelijk is.
4. Schooltandverzorging (dus georganiseerde tandverzorging alleen in de schoolplichtige leeftijd) waarborgt geen resultaten van blijvende waarde. Tandheekkundige verzorging van de jeugd dient zich uit te strekken van 2 tot 18 jaar, dus met inbegrip van kleuterzorg en voortgezette zorg. De organisatie van jeugdzorg mag echter nimmer leiden tot behandelings-dwang. Wat de organisatie zelf betreft dienen meerdere systemen al naar gelang de verhoudingen en de omstandigheden mogelijk te zijn.
5. Centra voor tandheekkundige behandeling, die eigendom zijn van de staat of van bepaalde sociale verzekeringsinstellingen, waarin tandartsen als werknemers de patiënten behandelen houden het gevaar in ongunstig te werken op de onontbeerlijke vertrouwensrelatie tussen patiënt en tandarts. Is deze relatie even goed als in de huispractijk dan hebben deze centra alleen bestaansrecht als er een betere prestatie wordt geleverd. Men was algemeen van opvatting dat dit niet het geval is, doch dat er hoogstens in vele gevallen goedkopere tandheekkunde kon worden verstrekt.
6. Het uitvoeren van maatregelen op preventief of prophylactisch gebied behoort niet tot de taak van het sociale verzekeringswezen, doch ligt geheel op het terrein van de overheids-gezondheidszorg.

Uit het bovenstaande blijkt wel dat veel problemen in de diverse landen parallel lopen, ondanks de verscheidenheid van organisatie en systeem en dat ze met name ook in ons land aanwezig zijn. Hoewel door de reporters en de aan de discussies deelnemende collegae veel wetenswaardigs uit hun vaderland werd gelanceerd is het niet wel doenlijk

in dit kort bestek alles te vermelden. Ik wil dan ook slechts proberen de meest interessante punten op te noemen:

*Italië* (coll. O. T e m p e s t i n i).

80% der bevolking heeft recht op tandheelkundige verzorging in sociaal verband. De hulp wordt vrijwel uitsluitend in centra (instituten en ziekenhuis-poliklinieken) verstrekt. Men is nog in een experimenteel stadium. De hulp is bijna alleen in de stad te verkrijgen zodat het platteland ernstig in het nadeel is. Extractie en prothese vormen nog de hoofdschotel van de verstrekkingen. Schooltandverzorging maakt vorderingen doch is alleen in de grote steden georganiseerd. De meerderheid van de professie wenst ingrijpende reorganisatie en doet een beroep op de F.D.I. zich met een resolutie tot de staat te wenden. Een groot percentage der verzekerden zoekt hulp buiten de centra. Uit een stand op de tentoonstelling voor sociale tandheelkunde bleek dat in de Fiat-fabrieken 67 tandartsen in loondienst werken in 32 behandelkamers (ploegensysteem?)

*Oostenrijk* (coll. W. B r e n n e r)

80% der bevolking is wettelijk verzekerd. De vraag naar hulp is sedert de oorlog verdrievoudigd. De kosten stegen van 17.5 naar 61 mln. Sch. In de eerste helft van 1957 bestond er een conflictsituatie tussen tandartsen en Kassen. De hoofdoorzaak was een verschil van inzicht over het doelmatig besteden der gelden en de methode van hulpverlening. Er is centrum- en huisbehandeling. Schooltandverzorging wordt bijna uitsluitend in centra gegeven. De tandheelkundige professie leverde zelf een positieve bijdrage tot een betere tandheelkundige verzorging en een passende honorering. Het conflict is thans tot tevredenheid van de tandartsen beëindigd. De onbeperkte vrije tandartsenkeuze had een vermindering van de toeloop naar de behandelcentra tot gevolg van 40% tot 20% van het totaal der verzekerden die hulp vroegen.

*Frankrijk* (coll. M. V i n c e n t)

Door de wet op de gezondheidszorg zijn alle inwoners tot een inkomensgrens van 50.000 francs per maand verplicht verzekerd. Voor de tandheelkundige verzorging bestaat een restitutie-verzekering. De aanvankelijk gewaarborgde 80% restitutie op de gespecificeerde nota's verminderde de facto tot 60% en bedraagt tot voor kort 40%. Gevolg: grote ontevredenheid bij verzekerden en tandartsen. De verzekeringsinstellingen hebben sterke politieke invloed. Dit zal er toe hebben bijgedragen, dat door het Ministerie van Soc. Zaken voor 15.000 „dentistes" tarieven zijn *vastgesteld*. Men verzuimde dit evenwel óók te doen voor de „Stomatologen", zodat men twee groepen practici creëerde hetgeen tot grote ontevredenheid aanleiding geeft. Men spreekt zelfs van tandartsen „pour les riches et les pauvres" en er is in Franse collegiale kring een duidelijke voorkeur voor het Duitse systeem. Men ziet dat een restitutie-systeem bij een sterk politiek getint sociaal verzekeringswezen ook zijn nadelen kan hebben!

*Oost-Duitsland* (coll. E. Müller; W.-Dld.).

De huis-practijken worden door de staats-gezondheidszorg gedwongen werkzaam te zijn als eenmans-„Ambulatorien”. Er worden dus geen centra gesticht doch de privé-practijken worden door de staat genationaliseerd.

*Groot-Brittannië* (coll. R. O. Walker)

National Health Service. Alle inwoners verplicht aangesloten.  $3\frac{1}{2}$  % van het nationaal inkomen wordt uitgegeven voor tandheekkundige hulp n.l. 40 mln. pond per jaar. Het voornaamste probleem is het tandartsentekort. De aanvoer van jonge tandartsen is gering. Er komen slechts 650 studenten per jaar aan. Men experimenteert thans met hulpkrachten met een beperkte bevoegdheid n.l. het conserverend behandelen van oppervlakkige cariës en extractie van melkelementen. Bovendien worden jonge tandartsen in klinieken opgeleid voor kinderbehandeling. Daar er een terugloop van het aantal tandartsen werkzaam in de schooltandverzorging was geconstateerd heeft men de honoraria van deze functionarissen verhoogd. Thans is weer een toename vast te stellen. In het algemeen is er prioriteit voor de jeugd, jonge moeders en patiënten die aan chronische ziekten lijden. Ondanks alles is er een gevoel van onbehagen bij de professie en de patiënten. Men is overtuigd dat de gang van zaken gedurende de eerste tien jaar beslissend zal zijn voor het voortbestaan van de N.H.S.

*Tsjecho-Slowakije* (coll. J. Kubín)

De jeugd van 6 tot 14 jaar wordt kosteloos één maal per jaar onderzocht en zo nodig behandeld. Voortgezette zorg wordt gegeven tot 18 jaar. Er is geen behandelingsdwang doch de opkomst is bijna 100%. Bij de volwassenen is er prioriteit voor jonge moeders en hen, die in het nationale produktie-proces uit hoofde van hun werkzaamheden meer aan tandziekten bloot staan. Tandartsen bezoeken voor het op peil houden van hun prestaties geregeld de georganiseerde post-graduate courses.

*U.S.A.* (coll. J. Knutson)

70.300 van de rond 100.000 tandartsen werken mee aan het program van de federale regering. Een zesde van de uitgaven voor gezondheidszorg komt ten goede aan de tandheekkundige verzorging, waarbij de preventie sterk op de voorgrond treedt.

*Nieuw Zeeland* (coll. J. Bruce Bibby)

Er zijn drie soorten centra n.l. ziekenhuizen en centra voor de strijdkrachten en de jeugd. In de jeugdcentra werken tandartsen (niet in dienstverband) en 700 dental-nurses. Iedere dental nurse behandelt

500 kinderen (vullingen van amalgaam en sil. cement, extractie onder lokaalanesthesie, prophylaxe en lokale fluorapplicatie). Kinderen worden tot 8 jaar kosteloos verzorgd. Daarna wordt er tot 16 jaar een bijdrage gevraagd. De opkomst is ongeveer 95%. De controle en de interne organisatie van de centra is opgedragen aan directeur-tandartsen. De behandeling in de huispraktijken geschiedt op een contract van de tandarts met de staatsgezondheidsdienst volgens een verrichtingentarief.

Aan het einde van de discussie werd door coll. W. G. Senior (Gr. Britannië) een hartstochtelijk pleidooi gehouden om meer aandacht te besteden aan de preventie in de dagelijkse praktijk. De beste leer over preventieve tandheelkunde moet komen van de man aan de stoel en er bestaat bij de beroepsgenoten helaas nog te weinig belangstelling voor dit onderdeel en misschien te veel voor de curatieve tandheelkunde. In Engeland zoekt men naar wegen hoe de openbare mening het best te beïnvloeden. Films, voordrachten voor radio en televisie zijn natuurlijk volkomen op hun plaats, maar een kort woord in de praktijk van de tandarts tot een patiënt, die geïnteresseerd moet zijn, over prophylaxe en het bestrijden van verkeerde voedingsgewoonten zal, als dit over de gehele linie inderdaad gebeurt, meer effect sorteren dan alle massale propaganda.

Algemeen was men van oordeel dat de tijd die de tandarts aan dit werk besteedt ook op een of andere wijze moest worden gehonoreerd. Zolang de verzekeringsinstellingen op het standpunt staan dat een consult slechts verantwoord is en dus kan worden gehonoreerd in een geval van ziekte en niet bij een gezond individu zullen zij op de lange duur ongelijk moeten bekennen.

Onze collegae Van Houte en Stork belichtten de sociaal-tandheelkundige problemen in Nederland, die genoegzaam bekend mogen worden geacht. De contractloze periode met de ziekenfondsorganisaties, de prioriteit voor de gesaneerde groep verzekerden, het vraagstuk van de medebetaling voor deze groep en de maatregelen om in een tandartsentekort te voorzien passeerden achtereenvolgens de revue. Zij hadden een aandachtig gehoor en zij deden het uitstekend!

Van alles wat op de „Mostra d'igiene orale e di odontoiatria sociale” aan schoons te zien was verdienen een kleine doch goed verzorgde stand van het Ivoren Kruis, een Zwitserse stand over sociaal tandheelkundige verzorging in afgelegen gebieden met zeer interessante gegevens over Dental Cars, die de bergen intrekken, en een stand van de Fiat fabrieken een eervolle vermelding. Tot slot zij vermeld, dat op deze tentoonstelling twee zeer goede propaganda-films in kleuren werden vertoond, die het waard zijn ook eens in ons land gedraaid te worden, n.l. „A tooth in time” van de Gibbs fabrieken en een documentaire „A Gateway to Health” onder het motto: It is important what you eat and when you eat it!

(Valkenswaard, 9 oktober 1957)