

G. D. MARGADANT,
 OUD-BEHEREND REDACTEUR
 OVERLEDEN

Met leedwezen moet de Redactie van dit Tijdschrift thans berichten dat G. D. Margadant, kort na het bereiken van de hoge leeftijd van 90 jaar, op 3 mei jongstleden is overleden. Zijn verdiensten voor de professie en vooral voor dit - zijn - Tijdschrift werden al eerder uitvoerig toegelicht ter gelegenheid van zijn 65-jarig beroepsjubileum in 1977. Wij zullen niet in herhalingen vervallen.

Toch wil de Redactie niet nalaten thans nogmaals te getuigen van de grote waardering die zij deze onbaatzuchtige oud-

medewerker toedraagt. Schertsend werd wel eens opgemerkt dat hij zijn Tijdschrift koesterde als zijn kind en inderdaad, om de vergelijking nog wat door te trekken, hij gedroeg zich ook als een wel eens wat overbezorgde moeder. De redactievergaderingen werden dan ook wel eens gekenmerkt door zijn sombere en bedrukte stemming als de kopijvoorraad of de financiële positie aan de orde waren. De naoorlogse jaren waren zeker niet altijd even rooskleurig en het voeren van een zorgvuldig beleid vergde veel aandacht. De bewaking van de tijdschriftbelangen en vooral van de kwaliteit van het produkt bleek, iedere maand weer, bij hem in uitstekende handen.

De persoon van Margadant zal de jongste

generatie beroepsgenoten vermoedelijk niet veel meer zeggen. Toch blijft hij behoren tot de honorabelen, die mede het aanzien van de professie in de 20-ste eeuw hebben bepaald. Een relatief kleine groep, die zich uit overtuiging inzette voor de taken en functies die op hun weg kwamen. Hij was als mens niet gemakkelijk te peilen: het type van de regent, wat deftig en ouderwets, maar uitermate gewetensvol in zijn taakopvatting, met een relativerend gevoel voor humor gemengd met zelfspot en uiterst betrouwbaar. Met Margadant ging een collega heen in de ware betekenis van het woord, een beroepsgenoot en kameraad, van een categorie waarvan er steeds te weinig zijn.

v. S.

MENINGEN

NU EN STRAKS?

A. A. D. DERKSEN

Trefwoorden: Sociale tandheelkunde - Onderwijs

In 1975 werd in het Nederlands Tandartsenblad een aantal artikelen gepubliceerd onder het hoofd: 'Tandheelkunde en samenleving'. In vijf publikaties werd de tandheelkundige verzorging in Nederland van verschillende kanten belicht. Ten aanzien van de vraag of het huidige systeem naar genoegen functioneert bestond bij de auteurs geen verschil van mening. Zij stonden met dit oordeel niet alleen: integendeel, vrijwel iedereen die zich met dit onderwerp bezig houdt kan de woorden van de toenmalige voorzitter van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde, voor zover hij stelt dat er een tekort aan mogelijkheden tot het verkrijgen van tandheelkundige hulp *) bestaat, onderschrijven. Ook de omstandigheid dat het huidige systeem zowel met betrekking tot de uitoefening van de tandheelkunde in ziekenfondsverband als ten aanzien van de privé-sector in vele opzichten te wensen overlaat, bestaat niet veel verschil van mening. Over de oorzaken die hiertoe hebben geleid is men het uiteraard niet eens. In

De rubriek 'Meningen' is ingesteld ten einde bij te dragen aan de opinievorming binnen de tandheelkundige professie. Met een zekere regelmaat zullen hierin ook redactionele commentaren verschijnen. Daarnaast kunnen deze kolommen ter beschikking worden gesteld van diegenen, die onder eigen verantwoordelijkheid hun inzichten willen vastleggen over onderwerpen die ook de Redactie van belang acht voor de lezerskring van dit tijdschrift.

deze beschouwing behoeft daar niet op te worden ingegaan. Op deze plaats is het voldoende vast te stellen dat de situatie ligt zoals hij ligt en te trachten oplossingen ervoor te vinden. Deze dienen gefundeerd te zijn op de omstandigheid 'dat de veranderingen in de maatschappij de tandheelkunde niet ongemoeid laten en dat de komende jaren over de toekomst van de tandheelkundige verzorging in Nederland vergaande en diep ingrijpende beslissingen moeten worden genomen'. **) Maar ook van geheel andere

zijde worden dergelijke geluiden gehoord: 'Ook op het terrein van de tandheelkundige zorg zal men gewend moeten raken aan het idee, dat de maatschappelijke evolutie haar invloed zal doen gelden... De tandheelkundige sektor wordt gekonfronteerd met tal van actuele ontwikkelingen, die zijn toekomstig functioneren wellicht sterk zullen beïnvloeden. Niet in de laatste plaats kan hierbij worden gedacht aan ontwikkelingen die gaande zijn met betrekking tot volksverzekering, regionalisering, wijkgezond-

Aantallen tandartsen	01-01-1973	01-01-1974	01-01-1975
als praktizerend geregistreerden *)	3654	3888	4110
voorlopig toegelaten buitenlanders	96	101	125
totaal aantal praktizerenden	3750	3989	4235
correctie wegens:			
- beschikbaar voor militairen	128	127	140
- beschikbaar voor universiteiten	290	290	382
- beschikbaar voor controle-instanties	20	20	22
- beschikbaar voor schooltandverzorging	319	313	335
- beschikbaar voor AWBZ-inrichtingen	40	40	50
- specialisten	150	150	186
	947	940	1115
werkzaam in algemene praktijk	2803	3049	3120

*) Openingstoespraak 10e congres Ned. Mij. tot Bevordering der Tandheelkunde: M. Castlein (1974): Ned Tandartsenbl 29: 909-910.

**) Tandheelkunde en samenleving 3. Ned Tandartsenbl 30/22 (1975) 929.

*) Als praktizerend geregistreerden van 65 jaar of ouder waren er op 1 januari 1973 312, op 1 januari 1974 274 en op 1 januari 1975 ongeveer 241.

heidscentra en planning van extramurale voorzieningen*.)

Na deze inleiding lijkt het gewenst een status praesens van de situatie op te maken. Deze kan uiteraard niet uitputtend zijn. Voldoende is het enige algemene aspecten naar voren te halen. Cijfers zullen hierbij een belangrijke rol spelen, hoewel deze niet overal van commentaar worden voorzien.

Het tandartsenbestand

Exacte cijfers betreffende het aantal praktizerende tandartsen schijnen er niet te zijn. De cijfers die het Staatstoezicht op de Volksgezondheid verstrekt liggen gemiddeld 100 hoger dan die van de Ziekenfondsraad, terwijl beide niet geheel in overeenstemming zijn met de gegevens van het Tandheelkundig Controle Instituut, voor zover het praktijken betreft waar ziekenfondspatiënten worden behandeld. In deze beschouwing wordt uitgegaan van de gegevens van de Ziekenfondsraad. Tabel I geeft een overzicht van het tandartsenbestand op 1 januari 1973, 1974 en 1975. Uit de cijfers blijkt dat het aantal in de algemene praktijk werkzame tandartsen in 1973 met 8,8% is gestegen; over 1974 bedroeg dit percentage 2,3%.

Volgens de berekening van de Ziekenfondsraad kan het gemiddelde aantal in de algemene praktijk werkzame tandartsen over 1973 worden geschat op 2925, terwijl dit aantal over 1974 ongeveer 3084 bedraagt. Binnen het totaal van 2925 algemene praktijken zouden er in 1973 ongeveer 675 (23%) zijn geweest, waar nieuwe ziekenfondspatiënten zonder enige bemerking werden geaccepteerd. Vervolgens blijkt uit het rapport dat er in 1973 ongeveer 275 (9%) praktijken waren waar uitsluitend particuliere patiënten werden behandeld. Het Tandartsenblad, 1976 pagina 778, vermeldt 3278 praktijken, waarvan 273 alleen particulier, al dan niet gecombineerd met schooltandverzorging, klinieken enzovoort. De helft van dit aantal schijnt uitsluitend voor particuliere patiënten geopend te zijn.

De tandartsendichtheid

In 1975 bracht de Ziekenfondsraad het rapport inzake de tandheelkundige situatie in Nederland uit. Hoewel in deze publicatie nog meermalen op dit rapport wordt teruggekomen, is het voldoende te vermelden dat in een aantal noodgebieden een tandartsentekort bestaat. Om na te kunnen gaan hoe het met de tandartsendichtheid in ons land is gesteld, dient

eerst te worden vastgesteld wat als de ideale gemiddelde praktijkgrootte moet worden aangemerkt. Uitgaande van de algehele fluoridering en een goede schooltandverzorging geeft het rapport Mahler een gemiddelde grootte (particulier + ziekenfonds) van 1000 tot 2000 zielen aan. Wanneer men de gegevens uit het 'Statistisch overzicht van de in huisbehandeling gegeven tandheelkundige hulp en tandheelkundige specialistische hulp aan ziekenfondsverzekerden over het jaar 1975' naar duizendtallen zielen per tandarts op een rij zet, krijgt men het hiernavolgende overzicht.

Gemiddeld aantal zielen per tandarts	Totaal aantal zielen, dat onder nevenstaande groep valt
1000-2000	588.273
2000-3000	2464.688
3000-4000	3.087.354
4000-5000	1.893.108
5000-6000	276.000
6000-7000	59.117
7000-8000	98.843
8000-9000	743.869
	9.211.252

Uit bovenstaande tabel blijkt dat, wanneer men uitgaat van het gestelde in het rapport Mahler - nog afgezien van de particuliere patiënten - 6% van de verzekerden tot een regio behoort die voldoet aan de eis: één tandarts op 1000 tot 2000 zielen. Legt men de grens bij 2000 tot 3000 zielen, dan wordt het percentage 33%. Misschien ten overvloede moet hier worden opgemerkt, dat bovenstaande cijfers betrekking hebben op de zogenaamde huisbehandeling in ziekenfondsverband. Wat de behandeling op poliklinieken betreft geeft bovengenoemd rapport aan dat 867.555 zielen in dergelijke instellingen worden behandeld.

De huidige structuur van de ziekenfonds-respectievelijk ziektekostenverzekering

Deze is - hoe kan het in dit land anders -

nogal ingewikkeld. Zonder in finesses af te dalen kan een aantal categorieën worden onderscheiden:

I. De verzekeringen volgens de ziekenfondswet:

- de verplichte verzekering;
- de vrijwillige verzekering;
- de bejaardenverzekering.

De ziekenfondsverzekerde kan daarnaast nog een aanvullingsverzekering sluiten.

II. De verzekering volgens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

III. De publiekrechtelijke ziektekostenverzekering voor ambtenaren (IZA, IZR, GNP).

IV. De particuliere ziektekostenverzekering (NWJAC).

Zonder hier verder op de verschillende systemen in te gaan, dient te worden vermeld dat alleen bij de onder I genoemde verzekeringen collectieve overeenkomsten met de tandartsmedewerkers worden afgesloten.

Volgens het jaarverslag van de Ziekenfondsraad 1975 bedroeg het aantal officieel toegelaten ziekenfondsen 84, terwijl als gevolg van samenvoegingen en van opheffing van één fonds aan het einde van 1975 er feitelijk 76 waren. Het gemiddeld totaal aantal zielen was 8.608.515. Dit betekent dat per ziekenfonds gemiddeld 113.270 verzekerden zijn ingeschreven. De grootte van de fondsen blijkt echter aanzienlijk te verschillen, namelijk van 890 tot 512.805 zielen (de samengevoegde ANOZ-fondsen). Tevens valt op dat in verschillende plaatsen meerdere ziekenfondsen naast elkaar werkzaam zijn met een zeer variërend aantal ingeschrevenen. De ziekenfondsen waren tot voor kort bij verschillende organisaties aangesloten. De aantallen op 31 december 1974 en 1975 bij de onderscheiden ziekenfondsorganisaties aangesloten, feitelijk werkzame fondsen, blijken uit het volgende staatje, waarin tevens per organisatie is vermeld welk percentage van het totale aantal verzekerden de gezamenlijk tot een organisatie behorende ziekenfondsen omvatten.

Ziekenfonds-organisaties	Aantal fondsen		Aantal verzekerden in percenten van het totale aantal	
	1974	1975	1974	1975
Federatie van door Verzekerden en Medewerkers bestuurd Ziekenfondsen	41	39	50,0	51,7
Nederlandse Unie van Ziekenfondsen	39	32	37,4	37,7
Organisatie van Algemene Ziekenfondsen in Nederland	4	4	11,9	11,7
Stichting Autonome Ziekenfondsen	6	6	9,3	9,2
Af: aangesloten bij 2 organisaties	-4	-5	-8,6	-10,3
Totaal	86	76	100,0	100,0

* Schets van de tandheelkundige zorg in Nederland. Drs. J. J. Carpay, Dr. R. M. Lapré (1974): T Soc Geneesk 52: 287.

Het bovenstaande brengt voldoende tot uitdrukking dat ook in de ziekenfondswereid in het jongste verleden niet bepaald van (organisatorische) eenheid kon worden gesproken.

Eind 1976 kwam echter een fusie van de hiervoor genoemde ziekenfondsorganisaties tot stand als gevolg waarvan thans alle ziekenfondsen lid zijn van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen. Deze fusie kan wellicht bevorderlijk zijn voor het streven om te komen tot een situatie, dat in de toekomst per werkgebied slechts één ziekenfonds werkzaam zal zijn.

De behandeling

Deze vindt plaats in huispraktijk, tandheelkundige centra en poliklinieken – voor wat de gesaneerde ziekenfondspatiënten betreft ongeveer in de verhouding 18 op 1 – in schooltandverzorgingsdiensten en in de militaire tandheelkundige dienst. Ten aanzien van de AWBZ-inrichtingen moet worden opgemerkt dat verzekerden in de grotere inrichtingen aanspraak maken op tandheelkundige hulp binnen de inrichting waarin zij verblijven. In de kleinere inrichtingen wordt onderzoek, consult en preventie binnenshuis en de overige hulp elders verleend, terwijl zij die in zeer kleine inrichtingen verblijven aanspraak krijgen op tandheelkundige hulp elders (Jaarverslag Ziekenfondsraad 1975, pagina 102).

Het honoreringssysteem

Ten aanzien van de ziekenfondsbehandeling geldt het zogenaamde verrichtingenstelsel. De tandarts declareert rechtstreeks aan het betrokken ziekenfonds, met dien verstande, dat voor prothetische hulp een eigen bijdrage van de patiënt is vereist, terwijl de tegemoetkomingen in behandelingen die buiten het verstrekkingspakket vallen respectievelijk voor behandelingen waarvoor een eigen bijdrage is verschuldigd uit de aanvullingsfondsen op basis van restitutie plaatsvinden. Er wordt voorts verschil gemaakt tussen rechten van de 'gesaneerde' en 'niet-gesaneerde' verzekerden. Niet-gesaneerden zijn voor vullingen een eigen bijdrage verschuldigd; indien de behandeling tot sanering leidt zijn de kosten van de saneringsverklaring geheel voor rekening van de patiënt. Wortelkanaalbehandelingen bij niet-gesaneerden zijn eveneens geheel voor rekening van de patiënt. Zowel bij de publiekrechtelijke als bij de particuliere verzekering, waarbij al dan niet een eigen risico bestaat, geschiedt de behandeling ook op basis van restitutie door de verzekeringsinstelling aan de patiënt. Bij de centra en poliklinieken treft men meestal het zogenaamde dienstverband van de tandarts aan, wat ook bij de

schooltandverzorgingsdiensten geheel of gedeeltelijk het geval is.

Na dit globale overzicht van de situatie zoals die op het ogenblik in Nederland is, dienen thans enige woorden te worden besteed aan financiële zaken. In de eerste plaats iets over de financiële lasten die bij zelfstandige vestiging noodzakelijk (schijnen te) zijn. Hierbij wordt uitgegaan van een echtpaar zonder kinderen, waarvan de man 27 en de vrouw 25 jaar is. Met opzet wordt de calculatie aan de lage kant gehouden.

Aangenomen wordt een eerste investering van f 370.000,—; hierin zijn begrepen koopprijs huis met kosten, verbouwing, inrichting praktijk en privé, auto en onvoorzien. Dit bedrag wordt gefinancierd met een eerste hypotheek van f 210.000,— en een rekening-courantkrediet van f 160.000,—. Er wordt van uitgegaan dat de hypotheek over 30 en het rekening-courantkrediet over 10 jaar loopt, terwijl met de aflossing in het tweede jaar wordt begonnen. Onder deze omstandigheden dient dan per jaar f 20.370,— te worden afgelost, terwijl aan rente f 35.000,— moet worden opgebracht; totaal dient dus f 55.870,— aan de kredietgever te worden betaald. Voor levensonderhoud (f 21.000,—) inclusief de noodzakelijke premies voor verzekeringen dient minstens f 43.000,— te worden gerekend. Afgezien van de verschuldigde inkomstenbelasting komt de post uitgaven dus op ± f 98.900,—.

De kredietgevers gaan er blijkbaar vanuit, dat de tandarts in het tweede jaar van zijn praktijkvoering een bruto-inkomen heeft van f 250.000,— met een onkostenpercentage van 40%, zodat na aftrek hiervan f 150.000,— overblijft. Van dit bedrag gaat volgens bovenstaande berekening f 98.900,— af, zodat f 51.100,— resteert. Ten aanzien van de verschuldigde inkomstenbelasting kan worden gesteld, dat deze ± f 40.700,— bedraagt, zodat er volgens deze berekening ± f 10.000,— batig saldo overblijft.

Hiermede is de financiële last waar de jong-gevestigde tandarts mee wordt geconfronteerd in vele gevallen niet afgerond. Een belangrijk aantal tandheelkundige studenten krijgt namelijk in de loop van de studie een rijksstudietoelage (RST) toegekend. Tabel II geeft een overzicht van hun aantal, het totaal toegeken-

de bedrag – exclusief collegegeld – en de gemiddelde toelage voor alle bursalen.

De hoogte van de RST is voor een belangrijk deel afhankelijk van het inkomen van de ouders. Men maakt onderscheid tussen hen, die een maximale toelage ontvangen (MRST) – de zogenaamde maximalisten – en degenen die een gedeeltelijke toelage krijgen toegewezen; de verhouding ligt ongeveer 1 op 3. Voor de cursus 1974/1975 geldt dat de maximale toelage voor thuiswonenden f 4.700,— en voor uitwonenden f 6.870,— bedroeg. De gemiddelde gedeeltelijke toelage bedroeg ongeveer f 4.546,—. Hierbij werd uitgegaan van een maximale toekenning (gemiddeld) ad f 7.000,—. Opgemerkt moet echter worden, dat in verband met instrumentarium- en huwelijksstoelagen en het relatief grote aantal uitwonende bursalen het aannemelijk lijkt dat het bedrag van f 4.546,— voor tandheelkundige studenten hoger zal liggen. Om misverstand te voorkomen dient hier nog te worden toegevoegd dat van iedere RST na het beëindigen van de studie een gedeelte moet worden terugbetaald. Elke RST is verdeeld in een vast bodembedrag aan renteloos voorschot van f 1.200,— en een bedrag daarboven, dat verdeeld is in 30% renteloos voorschot en 70% beurs (giftgedeelte). Op de mogelijkheid voor de ouders 1, 2 of 3 maal kinderbijslag en -aftrek te krijgen wordt hier niet ingegaan. Uit het bovenstaande blijkt dat vele studenten boven het hierboven globaal berekende bedrag met betrekking tot installatie- en vestigingskosten nog een deel van hun studietoelagen moeten terugbetalen. In grote lijnen komt dit neer op het volgende. Uitgegaan wordt van de gemiddelde toelage van f 5.379,—. Hiervan is in eerste instantie f 1.200,— renteloos voorschot. Van het resterende bedrag, groot f 4.179,—, dient 30% te worden terugbetaald, namelijk f 1.250,—. Over zes jaar genomen dient na de studie $6 \times (f 1.200,— + f 1.250,—) = f 15.736,—$ aan het Rijk te worden overgemaakt.

Ter afronding van dit gedeelte moet nog worden vermeld, dat sinds 1973 de mogelijkheid voor niet-bursalen bestaat rentedragend bij banken te lenen voor het dekken van het levensonderhoud. Over de omvang en het aantal van deze leningen is weinig informatie te krijgen, zodat wordt

Cursus	Aantal	Totaal toegekend	Gemiddelde toelage
1970/1971	481	1.914.000	3.79
1971/1972	529	2.163.000	4.089
1972/1973	679	3.380.000	4.978
1973/1974	656	3.486.000	5.314
1974/1975	718	3.862.000	5.379

Declaratie-categorieën	0 -	9267 -	37044 -	74088 -	111.132 -	148.176 -	185.200 -	222.264 -	Totalen
Leeftijdsgroepen	9261	37044	74088	111.132	148.176	185.200	222.264	en meer	
% van het bestand tandartsen in leeftijdsgroep									
20 - 24 jaar	83,3	-	16,7	-	-	-	-	-	alle declaratie-categorieën 0,2
25 - 29 jaar	14,7	13,5	22,0	15,9	11,4	8,6	6,1	7,8	10,6
30 - 34 jaar	9,0	7,5	12,9	20,4	19,3	14,7	8,2	10,0	16,9
35 - 39 jaar	8,5	8,8	15,4	17,7	20,4	10,8	9,2	9,2	11,3
40 - 44 jaar	4,4	7,2	15,6	16,8	20,0	16,4	9,2	10,4	10,9
45 - 49 jaar	5,8	6,7	9,6	15,7	22,7	15,7	10,7	13,1	15,0
50 - 54 jaar	7,9	8,8	10,1	17,6	21,1	15,9	7,9	10,6	9,9
55 - 59 jaar	11,0	9,8	17,0	23,4	15,6	9,2	5,5	10,6	9,5
50 - 64 jaar	9,6	14,4	19,7	18,3	17,3	11,5	4,3	4,8	9,0
65 jaar en ouder	21,4	26,0	18,8	18,2	7,8	3,9	1,3	2,6	6,7
Totaal	9,7	10,1	15,1	18,1	17,7	12,5	7,5	9,3	100

volstaan met het vermelden van dit gegeven.

In aansluiting op het voorgaande wordt thans een poging gedaan na te gaan hoeveel de tandartsmedewerkers in de huispraktijk per jaar met het behandelen van ziekenfondspatiënten bruto verdienen. Uiteraard maakt de hiernavolgende berekening geen aanspraak op exactheid. Hij dient dan ook als zeer globale benadering te worden gehanteerd.

In het Rapport van de Ziekenfondsraad (1975) inzake de tandheelkundige situatie in Nederland in 1975 wordt in tabel II een overzicht gegeven van het aantal tandartsmedewerkers verdeeld naar omvang van jaardeclaratie en naar leeftijd (1972). Deze tabel werd wat de declaratiecategorien betreft omgerekend voor 1975. De vermenigvuldigingsfactor werd afgeleid uit de gegevens, die bijlage 4 van het Rapport van de Ziekenfondsraad, 'Adviezen inzake premieverplichte ziekenfondsverzekering in 1977' verschaftte. Uit dit overzicht blijkt, dat de stijging van honorarium, tarieven enzovoort in % ten opzichte van het voorgaande jaar voor 1973, 1974 en 1975 respectievelijk 12,1%, 16,9% en (in 1975 voorlopige cijfers) 12,2% bedroeg. De stijging van 1972 tot en met 1975 bedroeg dus 47%. Uit het statistische overzicht van de in huisbehandeling gegeven tandheelkundige hulp en tandheelkundig-specialistische hulp aan ziekenfondsverzekerden over het jaar 1975 komt tot uiting dat het door de verzekerde betaalde suppletie-bedrag 26% van het door het ziekenfonds betaalde bedrag uitmaakt. Met deze gegevens werd bovengenoemde tabel II omgewerkt, waarbij het totaalbedrag (ziekenfonds + patiëntenbijdrage) in de declaratiecategorien werd verwerkt. Wat de leeftijdsgroepen betreft werd van absolute getallen afgezien, maar werden de percentages aangehouden, wat uiteraard een

foutenbron met zich meebrengt. Bij deze globale berekening werd geen rekening gehouden met:

a. een verhoging van het bruto-honorarium met 8,65%;

b. continuering van de . . . regeling inzake beschikbaar stellen van gelden ten behoeve van een collectieve pensioenverzekering voor tandartsen (6,41% van de door de tandarts ingediende en door het ziekenfonds akkoord bevonden declaraties);

c. continuering van de . . . regeling inzake de bijdrage in de kosten van het sekretariaat van de onderhandelingscommissie en van de commissie Tandheelkundige Statistiek (0,40% van de door de tandarts ingediende en door het ziekenfonds akkoord bevonden declaraties);

d. continuering van de . . . regeling inzake het inhouden of afdragen van het bedrag dat de Maatschappij is verschuldigd als toeslag boven de voor 1975 vastgestelde contributie (0,95% van de door de tandarts ingediende en door het ziekenfonds akkoord bevonden declaraties).
De technisch-administratieve uitwerking, welke partijen voor het jaar 1975 aan de onder b., c. en d. genoemde regelingen hebben gegeven, kwam erop neer, dat door het ziekenfonds een bedrag zal worden afgedragen, overeenkomende met 7,76% (6,41% + 6,40% + 0,95%) van de door de tandarts ingediende en door het ziekenfonds akkoord bevonden declaraties (Jaarverslag Ziekenfondsraad 1975).

Tabel

Uit de tabel blijkt dat van de jonge tandartsen onder de 30 jaar (10,8% van de gehele populatie) voor wat de verdiensten uit de ziekenfondsbehandeling betreft ongeveer 4 à 5% boven de f 100.000,— uitkomt.

Het volgens de bank noodzakelijke be-

drag voor aflossing en rente zal dus uit de particuliere praktijk moeten komen. Hoewel deze tabel aanleiding geeft tot meer opmerkingen en vragen lijkt het op dit moment niet noodzakelijk hier verder op in te gaan.

In dit verband is het niet onaardig te citeren uit een ingezonden stuk van Carpay, Ned Tandartsenbl 1977, pagina 124, waarin hij stelt: 'Per tandarts manjaar wordt aldus gemiddeld wel meer dan f 300.000,— omgezet. Nu is dit geen inkomen, immers onkosten, kosten voor investeringen en personeel moeten daarvan af.'

In het bovenstaande werd getracht een aantal gegevens op een rijtje te zetten waarbij niet naar volledigheid werd gestreefd.

Zo bleek dat de spreiding van de tandartsen in Nederland zeer onregelmatig is; het aantal zielen per tandarts in de verschillende regio's verschilt aanzienlijk. Ongetwijfeld is in bepaalde streken sprake van een noodsituatie. Toch blijken de deskundigen niet in staat te zijn nauwkeurig aan te geven wanneer van een noodgebied sprake is. In het Rapport van de Ziekenfondsraad inzake de tandheelkundige situatie in Nederland (1973) wordt gesteld, dat er in sommige gevallen 'zonder meer sprake moet zijn van een noodgebied'; anderzijds kan de vraag worden gesteld of niet bepaalde lokale factoren mede van grotere of kleinere invloed kunnen zijn.

Als factoren kunnen worden onderkend:

1. het plaatselijk verzekerde-percentage;
2. de plaatselijke leeftijdsopbouw;
3. de plaatselijke vraag naar hulp;
4. de plaatselijke behandelingsmethodiek;
5. het plaatselijk tandartsenbestand.

'De werkgroep meent dat het meest reële aanknopingspunt om te kunnen beoordelen of van een noodgebied sprake is, ge-

vonden wordt in een beantwoording van de vraag in hoeverre de tandartspraktijken in een regio geopend zijn voor de aanname van nieuwe ziekenfondsverzekerden.'

Het komt schrijver dezes voor, dat met deze, ongetwijfeld met zorg opgestelde, omschrijving weinig of niets te beginnen is. Hij is in zekere zin te vergelijken met de uitspraak: winkelbedrijven die op de koopavond niet zijn geopend, zijn goed florerende zaken.

In het Tweede Rapport van de Ziekenfondsraad (1975) wordt men iets positiever. Op pagina 20 wordt gesteld: 'aan de hand van een aantal cijfermatige gegevens is een verantwoorde benadering mogelijk van de vraag of in een bepaalde stad of regio gesproken kan worden van een tandheelkundig noodgebied . . .

Noodzakelijke gegevens zijn:

- het aantal gesaneerde verzekerden per praktijk;
- het aantal gesaneerde verzekerden dat niet in een praktijk kan worden ondergebracht;
- de tijd die voor ziekenfondsverzekerden beschikbaar is per praktijk.'

Maar ook de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Tandheekunde blijkt niet in staat te zijn nauwkeurig aan te geven wat een noodgebied nu eigenlijk is. Tijdens de openbare zitting van de Kamercommissie voor de Volksgezondheid dd. 14 maart 1977, antwoordt de voorzitter op een desbetreffende vraag van een van de Kamerleden: 'Wat de vraag van de heer Dolman betreft, het is moeilijk aan te geven wat nu exact een noodgebied is. De tandverzorgingsgezindheid kan van plaats tot plaats verschillen en de ervaring heeft geleerd dat het moeilijk is vestigingen tot stand te brengen in echte noodgebieden. Gemiddeld besteedt ongeveer de helft van de Nederlandse bevolking helemaal geen zorg aan zijn gebit doch plaatselijk kan er, zoals gezegd, aanzienlijk meer of aanzienlijk minder tandverzorgingsgezindheid zijn.'

Ondanks het feit dat men niet precies kan of wil formuleren wanneer een bepaalde regio een noodgebied is, is men het er wel over eens dat dergelijke gebieden voorkomen. De werkgroep van de Ziekenfondsraad stelt in deze gevallen een aantal maatregelen voor, die in twee groepen kunnen worden onderverdeeld, namelijk lokale en structurele.

De eerstgenoemde maatregelen zullen in collegiaal overleg moeten worden genomen, daarbij 'zal binnen de tandartsenkring het gesprek moeten gaan over de vraag of de gezamenlijke tandartsen bereid zijn tot medewerking aan - c.q. reeds zijn overgegaan tot - een der volgende mogelijkheden:

- er wordt meer behandelingstijd be-

schikbaar gesteld voor ziekenfondsverzekerden;

- de behandelingsmethodiek voor particulieren én voor ziekenfondsverzekerden wordt aangepast;

- er wordt - althans op voorlopige basis - een noodoplossing gezocht;

- er worden nieuwe vestigingen bevorderd.'

Waarschijnlijk hebben de opstellers van het rapport zelf niet veel heil gezien in het resultaat van deze maatregelen. Op pagina 9 stellen zij tenminste: 'Indien alle lokale maatregelen te zamen geen soulaas bieden, zullen onvermijdelijk meer algemene en voor het gehele land geldende maatregelen overwogen moeten worden zoals daar zijn:

- maatregelen met betrekking tot de tandartsspreiding;
- maatregelen van sociaal-tandheelkundige aard;
- maatregelen met betrekking tot de opleiding;
- maatregelen van tandheelkundige aard;
- maatregelen in het financiële vlak.

Juist het ontbreken van maatregelen zoals hier genoemd heeft er mogelijk toe geleid, dat in Nederland aperte noodsituaties konden ontstaan.'

In het Tweede Rapport wordt op deze maatregelen - iets anders geformuleerd - nader ingegaan.

Samengevat betekent dit:

- Maatregelen met betrekking tot de vestiging van tandartsen.*

De werkgroep is van mening, dat in beginsel vier mogelijkheden aanwezig zijn om van overheidswege rechtstreeks invloed uit te oefenen op de vestiging van tandartsen in Nederland:

- een positief vestigingsbeleid;
- een negatief vestigingsbeleid;
- vestigingsvoorwaarden verbonden aan de beroepstitel;
- financiële stimulering

Ad a.

Hiermede is bedoeld een regeling, waarin van overheidswege wordt bepaald, dat nieuwe vestigingen van tandartsen slechts mogelijk zijn in bepaalde daartoe aangewezen gebieden. Een wettelijke grondslag ontbreekt hiervoor thans.

Ad b.

Hiermede is bedoeld een regeling waarin van overheidswege wordt bepaald, dat nieuwe vestigingen van tandartsen niet langer mogelijk zijn in bepaalde daartoe aangewezen gebieden, die voor nieuwe vestigingen gesloten zijn verklaard. Ook hiervoor ontbreekt thans een wettelijke grondslag.

Ad c.

De Staatscommissie Medische Beroeps-

uitoefening heeft voorgesteld de opleidingstitel los te koppelen van de beroepstitel. Indien dit voorstel in een wettelijke regeling zijn neerslag heeft gekregen, is het mogelijk door middel van het stellen van voorwaarden bij het verlenen van een bevoegdheid tot het uitoefenen van het tandheelkundige beroep door middel van een registratie een vestigingsbeleid af te dwingen.

Ad d.

Denkbaar is, dat de overheid tandartsen, die zich in noodgebieden vestigen financieel stimuleert, bijvoorbeeld in de vorm van een eenmalige of jaarlijkse bijdrage in de praktijkinvesteringen, dan wel in de vorm van een inkomensgarantie. Daarbij is tevens te denken aan een loondienstverhouding. Hiertoe zou een subsidiëeringsregeling kunnen worden ontworpen, welke geen wettelijke basis behoeft, zodat een snelle realisering mogelijk is.

- Maatregelen van sociaal-tandheelkundige aard*

. . . waarbij is gedacht aan het voorschrijven van een praktijkvorming afgestemd op de plaatselijke verhouding tussen ziekenfondsverzekerden en anderen. Ten aanzien van de noodgebieden kan tenslotte nog worden opgemerkt, dat de discrepantie tussen vraag en aanbod niet uitsluitend op het vlak van de mankracht is gelegen. Carpay en Lapré merken dienaangaande op: 'In noodgebieden is sprake van een tijdelijk of structureel tekort aan aanbodzijde. Dit tekort kan een louter kwantitatieve achtergrond hebben, maar ook een gevolg zijn van een verkeerde beroepsopvatting, bijvoorbeeld uitmondende in het onvoldoende zorgdragen voor de continuïteit van de zorg of het ten onrechte weigeren van behandeling.'

De Commissie Tandheelkundige Statistiek geeft jaarlijks een statistisch overzicht uit van de in huisbehandeling gegeven tandheelkundige hulp en tandheelkundig-specialistische hulp aan ziekenfondsverzekerden. Deze rapporten bevatten een grote hoeveelheid cijfermateriaal dat ongetwijfeld belangwekkend is. Toch is het moeilijk conclusies uit de rapporten te trekken, daar statistische bewerking van het materiaal - afgezien van rubricering - achterwege blijft.

Met wat moeite en rekenwerk kan de lezer van het Rapport meer informatie worden gegeven, die bovendien voor de beleidsinstanties van nut kan zijn. Ter illustratie worden hier enkele correlaties gegeven die uit het cijfermateriaal over 1975 werden gedistilleerd.

- Er blijkt een correlatie te bestaan van -64 tussen het gemiddelde aantal zielen per praktijk en het percentage gesaneerden. Deze hoge (negatieve) correlatie be-

tekent dat het percentage gesaneerden toeneemt naarmate het aantal zielen per praktijk afneemt.

- De correlatie tussen het gemiddelde aantal ingeschrevenen per tandarts en het aantal volledige protheses (volledig boven en onder, volledig boven, volledig onder en immediaatprotheses) bedraagt -0.29 . Deze - toch niet te verwaarlozen - correlatie betekent, dat in grotere praktijken een lager percentage volledige protheses voorkomt dan in kleinere praktijken, terwijl het ook mogelijk is, dat in grotere praktijken minder snel tot vernieuwing wordt overgegaan.

- De correlatie tussen het gemiddelde aantal zielen per tandarts en het percentage gelegde één- en tweevlaks-vullingen is -0.11 .

- De correlatie tussen de praktijkgrootte en het percentage drie- of meervlaksvullingen is $+0.06$.

- De correlatie tussen de grootte van de praktijk en het percentage verrichte extracties per tandarts is -0.10 .

Over de laatste drie punten worden geen opmerkingen gemaakt, hoewel men misschien andere coëfficiënten zou hebben verwacht.

De ziekenfondsorganisatie

Er werd reeds op gewezen, dat in Nederland een groot aantal ziekenfondsen werkzaam is. Sommige met een groot, andere met een klein aantal ingeschrevenen. In bepaalde streken werken soms drie fondsen naast elkaar. Hierbij moet worden opgemerkt dat $\pm 70\%$ van de bevolking bij een ziekenfonds is ondergebracht (50% verplicht en 20% vrijwillig verzekerd). Alle fondsen zijn door particulier initiatief tot stand gekomen. De premieheffing voor de vrijwillige verzekering geschiedt door de afzonderlijke fondsen. De premie voor de verplicht-verzekerden wordt jaarlijks door de overheid vastgesteld, na terzake advies bij de Ziekenfondsraad te hebben ingewonnen. Deze premie, waarvan de helft ten laste van de werkgever komt en de andere helft ten laste van de werknemer, wordt door de werkgever in zijn totaliteit ingehouden en aan de algemene kas van de verplichte verzekering afgedragen. De premie van de vrijwillig-verzekerden wordt door de ziekenfondsorganisaties bepaald aan de hand van de voor het betreffende jaar te verwachten kostcijfers. Bij de vaststelling is uiteraard eveneens de Ziekenfondsraad betrokken.

Tot op heden werd het criterium ziekenfonds-particulier van het inkomen afhankelijk gesteld. De argumenten die tot deze caesuur hebben geleid zijn niet duidelijk (zijn zij wel eens uitgesproken en (of) schriftelijk vastgelegd?). Op korte termijn zal een uitspraak moeten worden gedaan of het trekken van een dergelijke

grens op basis van de inhoud van het loonzakje of de grootte van het salaris verantwoord is. Het komt schrijver dezes voor dat, mede op ethische gronden, dit systeem in deze vorm niet gehandhaafd kan blijven. In het voorgaande werd reeds opgemerkt dat in de ziekenfondswereld nog niet bepaald van een (organisatorische) eenheid kan worden gesproken. Sterker nog, de huidige situatie van het ziekenfondswezen is vrij inefficiënt en niet economisch. Het lijkt voor de hand te liggen de inning van de niet fiscaal aftrekbare premie via de belasting te doen geschieden, waarbij het principe van de progressieve heffing gebaseerd op het draagkrachtbeginsel uitgangspunt zal dienen te zijn. Dit betekent uiteraard niet dat het werkgeversaandeel hiermede komt te vervallen. Wel zal een zodanig systeem moeten worden ontworpen dat de minst draagkrachtigen - tot een bepaalde inkomensgrens, bijvoorbeeld het minimum-loon - van betaling van hun aandeel in de premie worden vrijgesteld. Het verschil tussen vrijwillig- en verplicht-verzekerden komt hiermede te vervallen. Het bovenstaande houdt echter niet in dat iedereen verplicht moet worden zich in ziekenfondsverband te laten behandelen. Zij die aan een particuliere behandeling de voorkeur geven, dienen in de gelegenheid te zijn dit ook te verwezenlijken, zij het ook dat de tarifiering van de particuliere praktijk niet vrijblijvend zal kunnen zijn. In de toekomst zal het aantal ziekenfondsen drastisch moeten worden beperkt. Voorlopig wil schrijver nog niet zo ver gaan alle ziekenfondsen op te heffen en er een staatsaangelegenheid van te maken; wel lijkt het noodzakelijk het land in een niet te groot aantal regio's onder te verdelen, met in elk één ziekenfonds dat de benodigde gelden van een in te stellen centrale kas ontvangt.

Het betalingsstelsel

Zoals reeds is gebleken varieert het honoreringssysteem van verrichtingen - via restitutiesysteem naar dienstverband. In de Eerste Nota inzake de toekomstige structuur van de tandheelkundige zorg (1974) (Ned Tandartsenbl) geven de opstellers van deze nota een goed overzicht van de verschillende honoreringssystemen. De voor- en nadelen van alle regelingen worden uitvoerig besproken. Alvoorts tot een standpunt te komen volgt hier een citaat uit bovengenoemd stuk:

'... het verrichtingsstelsel is daar aantrekkelijk voor de medewerker, waar een schaarste aan aanbod is. Er wordt dan een directe relatie gelegd tussen de meerdere inspanning welke moet worden gedaan en het inkomen, wat stimulerend kan werken op het aanbieden van diensten. Dat dit mechanisme niet geheel opgaat komt omdat de schaarste met een

zekere elasticiteit kan worden opgevoerd door verhoging van het tarief, waardoor de maximale financiële consumptie van de aanbieder eerder wordt bereikt. Het verrichtingsstelsel is interessant voor de financier bij een over-aanbod, immers een eventueel gebundelde koopkracht is dan in staat lagere tarieven te bedingen. Ook is het verrichtingsstelsel interessant als sturingsmechanisme in het richten van de dienstverlening. Wordt de hulp, door adequate honorering, verleend extra-muraal (mogelijk goedkoper), of intra-muraal door een niet adequate honorering van dezelfde verrichtingen in de eerste lijn (wat dit ook moge betekenen). Het abonnementssysteem is aantrekkelijker voor een situatie waarin vraag en aanbod elkaar vrijwel in evenwicht houden. In principe vindt hier een redelijke ontkoppeling plaats van tijdseenheid-verrichting. Voor de tandheelkundige zorg zou dat betekenen dat de preventief werkende collega kans ziet zijn verrichtingengetal per patiënt te verlagen, hetgeen dan financieel aantrekkelijk kan zijn. Het dienstverband is vanuit de medewerkers gezien dan aantrekkelijk, wanneer er een over-aanbod bestaat. Dienstverband kan echter ook aantrekkelijk zijn door het werkklimaat, immers stimulerend van de productie is slechts binnen niet al te grote marges (vastliggende) mogelijk, waardoor een zeker ontspannen werkklimaat kan ontstaan.

In het algemeen kan naar het oordeel van de Commissie worden gesteld dat aan elk systeem een aantal voordelen en nadelen kleven, welke mede verband houden met de aard van de dienstverlening en de omstandigheden waarin deze verkeert. Zo kan een verrichtingsstelsel gemakkelijk leiden tot een 'jaagsysteem', het abonnementssysteem tot een onverantwoordelijk 'drukken' van het aantal verrichtingen, evenals het dienstverband.'

Ten aanzien van het dienstverband wordt nogal eens opgemerkt dat dit gemakkelijk kan leiden tot het 'drukken' van het aantal verrichtingen, daar dit onafhankelijk is van het jaarinkomen. Deze redenering gaat slechts in zeer beperkte mate op in verband met de omstandigheid dat statistische bewerking van het aantal verrichtingen 'drukken' beneden een bepaalde grens onmogelijk kan maken.

Met betrekking tot het honoreringssysteem staat schrijver dezes op het standpunt, dat het zogenaamde dienstverband waar mogelijk moet worden ingevoerd. De argumenten die mede tot dit inzicht hebben geleid komen verderop ter discussie. Op dit moment moet hier worden vastgesteld dat dienstverband alleen kan functioneren wanneer in centra wordt gewerkt. Afgezien van de opmerking in bovengenoemde nota dat extramurale prak-

tijkvoering mogelijk goedkoper is dan intramurale, dient te worden vastgesteld dat zowel de kwalitatieve als de kwantitatieve controle in centra gemakkelijker en goedkoper te verrichten is dan bij de huisbehandeling. Toegegeven moet worden dat het niet mogelijk is overal in het land centrumbehandeling in te voeren. In dunbevolkte gebieden kan dit tot moeilijkheden voor patiënten leiden in verband met de afstanden die moeten worden afgelegd. Voor deze streken dient de huisbehandeling onder strikte voorwaarden te worden gehandhaafd. In het vervolg van deze beschouwing wordt nog op de voordelen van de behandeling in centra ingegaan. Op deze plaats kan nog worden opgemerkt dat bij centrumbehandeling de mogelijkheid bestaat deugdelijke 24-uurs-regelingen te treffen, terwijl bovendien de vraag wat precies onder spoedhulp wordt verstaan definitief kan worden beantwoord.

De tandartsspreiding

Aan dit onderwerp werd reeds, ook in deze bijdrage, veel aandacht besteed. Het komt schrijver dezes voor dat met alle gepraat, met alle adviezen, met constatering dat het nog niet mogelijk is gebleken in noodsituaties belangrijke verbeteringen aan te brengen, het ook in de toekomst niet mogelijk zal zijn op deze wijze verandering in de situatie te verkrijgen. Dit betekent volgens de auteurs dat de overheid zal moeten ingrijpen. In het Rapport van de Ziekenfondsraad werd – het is reeds vermeld – een aantal suggesties gedaan, namelijk:

- a. een positief vestigingsbeleid;
- b. een negatief vestigingsbeleid;
- c. vestigingsvoorwaarden, verbonden aan de beroepstitel;
- d. financiële stimulering.

Uit deze mogelijkheden zal, ondanks het feit dat alle min of meer verstrekkende gevolgen hebben, een keuze moeten worden gedaan. De schrijver van dit artikel is tot de slotsom gekomen dat een combinatie van a. en d. de beste mogelijkheden biedt. Hij werd hiertoe geleid door een plan dat Witthaus – voorwaar een man van rode smetten vrij – in 1936 lanceerde, dat door de toenmalige hoofdredacteur Nord werd overgenomen. Alhoewel het voorstel zoals verwacht kon worden in de ijskast verdween is het goed het er weer uit te halen. Wat wilde Witthaus? Niets meer of minder dan een plichtjaar invoeren. 'De tandarts zou voortaan verplicht zijn, na zijn examen een jaar lang tegenmatige vergoeding als kindertandarts werkzaam te zijn, alvorens het recht tot vestigen te krijgen.' (Nord). 'Het optimum, consult en behandeling in de particuliere praktijk, is niet bereikbaar, de grote meerderheid zal van consultatiebu-

reus en kinderklinieken gebruik moeten maken' . . . 'Elk hoger beroep legt zijn discipelen zedelijke verplichtingen op, maar ook wettelijke . . .' De gedachten die aan het plan Witthaus ten grondslag liggen verder uitwerkend in het kader van de situatie waarin de tandheelkundige verzorging in ons land thans verkeert, komt men tot de conclusie dat de invoering van (een) dergelijk(e) plichtjaar(jaren) niet tot de jeugdzorg beperkt kan blijven maar over de gehele linie zal moeten worden uitgebreid. Dit betekent dat tot de invoering van een positief vestigingsbeleid dient te worden overgegaan. Met andere woorden gezegd: de jong afgestudeerde tandarts zal voor – laten we zeggen – vijf jaar op een door de overheid bepaalde plaats, waarbij uiteraard een beperkte keuzemogelijkheid moet worden opengelaten, worden ingezet. Dit dient te geschieden in dienstverband tegen een behoorlijk salaris. Na die contractperiode staan drie mogelijkheden voor hem open:

1. verlenging dienstverband;
2. uitsluitend particuliere praktijk (vrije vestiging);
3. half-time dienstverband, half-time particuliere praktijk.

Het behoeft geen betoog dat de dienstverlening in goed ingerichte centra zal dienen plaats te vinden. Dit biedt tevens de mogelijkheid curatieve hulpkrachten in te schakelen, die onder verantwoordelijkheid van de tandarts hun werkzaamheden kunnen uitvoeren. Zeer bewust wordt hier de nadruk op het woord curatieve gelegd. Deze hulpkrachten zullen immers tijdens hun opleiding niet alleen worden geschoold in curatieve handelingen, maar bovendien in het uitvoeren van zowel algemene als individuele preventie. In dit licht bezien kan de vraag worden gesteld of, wanneer de KTVer in actie is gekomen en zijn werk in centra doet, het nog nodig is mondhygiënisten op te leiden. Naar het oordeel van de schrijver dient de vraag met 'neen' te worden beantwoord, daar de werkterreinen van KTVer en mondhygiënist elkaar voor een deel overlappen. Daarenboven kunnen in bepaalde centra specialisten worden geplaatst. Op deze wijze komen teams tot stand, die een nauwe samenwerking tussen de verschillende disciplines mogelijk maken. Dit heeft tot gevolg dat de patiënt een adequate behandeling krijgt. Tegen de hierboven geschetste gedachtengang kunnen ongetwijfeld bezwaren worden aangevoerd. Allereerst de niet geringe beperking van het vrije beroep, het in loondienst zijn van de tandarts, het vrij drastisch nivelleren van sommige inkomens, het niet meer geheel vrij zijn in het stellen van indicatie en behandelingsplan. Het ene zal voor de één zwaarder wegen dan het ander. Toch wegen deze bezwaren naar het oordeel van schrijver dezes niet

op tegen de voordelen, die thans op een rij worden gezet:

1. De jonge tandarts behoeft zich na het beëindigen van zijn studie niet in grote schulden – momenteel geschat op om en nabij een half miljoen – te steken. Dit betekent dat hij niet gedwongen is gedurende 30 jaar zijn opgenomen gelden af te lossen. Ook behoeft hij indien hij geheel of gedeeltelijk in dienstverband blijft niet of in aanzienlijk mindere mate voor oudedagsvoorzieningen enzovoorts zorg te dragen. Aangenomen wordt namelijk dat aan het dienstverband oudedags-, weduwe-, wezenpensioenen enzovoort zijn verbonden. Ook ten aanzien van de woonruimte kunnen andere eisen worden gesteld dan wanneer de praktijk aan huis wordt gevoerd. Een en ander houdt in, dat in de buurt waar de 'vestiging' plaats vindt door ziekenfonds en/of overheid behoorlijke huisvesting tegen redelijke prijs – huur of koop – beschikbaar moet worden gesteld.
2. Het eerste punt brengt met zich mee dat de jonge tandarts niet direct wordt gedwongen 'veel geld te verdienen' om zijn schulden te kunnen afbetalen. Hij kan zijn praktijk rustig opbouwen zonder tot een geforceerd tempo – met alle gevolgen van dien – te moeten overgaan.
3. Wat de nascholing betreft brengt het hierboven gesuggereerde systeem zijn voordelen eveneens met zich mee. De tandarts kan worden verplicht het post-academisch onderwijs op geregelde tijden te volgen, wat ongetwijfeld door het 'bij' blijven ten aanzien van nieuwe ontwikkelingen ten goede zal komen aan de patiënt.
4. Met betrekking tot een goede spreiding van het aantal tandartsen over het land kan worden opgemerkt dat door middel van een positief vestigingsbeleid in vrij korte tijd aan plaatselijke tekorten een einde kan worden gemaakt, terwijl op langere termijn een doeltreffende indeling kan worden bewerkstelligd.
5. Ten aanzien van het verstrekkingspakket – waarop hieronder uitvoerig wordt ingegaan – kan worden gesteld, dat het centrumsysteem, met de tandarts in loondienst, het zonder veel risico mogelijk maakt dit pakket geleidelijk uit te breiden, waardoor voor bepaalde categorieën integrale tandheelkunde mogelijk wordt. Hierbij zijn zowel patiënt als tandarts gebaat.

Ten aanzien van de tandheelkunde in ziekenfondsverband wordt nogal eens opgemerkt dat de jonge collega, die in zijn opleiding verschillende methoden en technieken in meer of mindere mate heeft leren beheersen, geen gelegenheid krijgt deze in het kader van de 'sociale tandheelkunde' toe te passen. Hierdoor zouden frustraties ontstaan die voor sommi-

gen aanleiding zijn zich uitsluitend tot de particuliere praktijk te beperken. Hier komt bij, dat ook de honorering niet zodanig zou zijn, dat men zich hierdoor aangetrokken zou voelen voor het ziekenfonds te gaan werken.

Voor deze en andere uitspraken kan een zekere mate van begrip worden opgebracht. Niet alleen vanuit de gezichtshoek van de tandarts maar ook vanuit die van de patiënt is de situatie onbevredigend. De tandarts kan niet werken zoals hij het heeft geleerd. De patiënt mag niet verwachten behandeld te worden zoals hij idealiter geholpen zou kunnen worden. Het vaststellen van deze situatie is op zichzelf niet nieuw, het werd reeds in vele toonaarden gedaan. Hierbij bleef het echter niet. Van verschillende zijden werden pogingen ondernomen een bijdrage te leveren tot het oplossen van de problemen. Over een ding is men het over het algemeen wel eens, namelijk over het feit dat het onmogelijk is het verstrekkingpakket in zijn geheel fors uit te breiden. De redenen zijn onder andere:

- het gebrek aan tandheelkundige mankracht;
- de financiële offers die dit zou vergen;
- de staat waarin het gebit van de bevolking zich bevindt.

Hoewel nog andere motieven kunnen worden aangevoerd zijn dit wel de voorname.

Bovengenoemde factoren maken het helaas nodig zich aan te sluiten bij diegenen, die van oordeel zijn dat een groot deel van de Nederlandse bevolking voor integrale behandeling moet worden uitgesloten. Dit brengt met zich mee – er is reeds talloze malen op gehamerd – dat met de jeugd zal moeten worden begonnen. De rapporten die dienaangaande zijn uitgebracht raken uiteraard de kern van het probleem. Zij behoeven – op één uitzondering na – hier niet te worden besproken.

Die uitzondering is het 'Advies inzake de gewenste toekomstige tandheelkundige voorzieningen in Nederland', uitgebracht door de Centrale Raad van de Volksgezondheid. Dit gedegen rapport geeft – in het kader van deze beschouwing – voldoende aanleiding er enige kanttekeningen bij te plaatsen.

Allereerst moet worden vastgesteld dat het een gedegen overzicht geeft van het bestaande. Wie echter een revolutionaire visie had verwacht komt bedrogen uit, daar wordt volstaan met het aangeven van een aantal verbeteringen van het huidige systeem. In feite is het een pleidooi – althans wat de organisatie van de hulp betreft – voor handhaving van de status quo, ondanks het feit dat hier en daar voorzichtig een gewaagde suggestie wordt gedaan. Waarschijnlijk is het met opzet zo geformuleerd, om de kans dat het stuk in de la met de 'onbegrepen rapporten' komt te liggen zo klein mogelijk te maken. In ieder geval geeft dit advies een aansporing – misschien met een goede mogelijkheid op verwezenlijking – sommige knelpunten, zo niet op te lossen dan toch minder storend te maken.

Zoals uit de teneur van deze beschouwing blijkt wordt de problematiek van een tandartsendichtheid in genoemd advies te lichtvaardig behandeld. De activiteiten ten deze worden voorshands aan de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde overgelaten. Tot dusver is ondanks alle goede bedoelingen en activiteiten van deze organisatie van een oplossing van de problemen weinig terecht gekomen. Terloops zij hier nog opgemerkt dat op sommige plaatsen in het rapport de begrippen 'behoefte aan' en 'vraag naar' door elkaar worden gehaald.

Met betrekking tot de (bureaucratische) aanpak van bijvoorbeeld de jeugdtandverzorging rijzen eveneens vraagtekens. Als men ziet dat boven de regionale diensten de Vereniging van Regionale Diensten komt te staan en daarboven weer een Landelijke Raad voor de Jeugdtandverzorging, vraagt men zich af of het niet op kan.

De administratieve rompslomp waarmee de vrij gevestigde tandarts wordt belast (herinneringsbrieven aan patiënten voor elke controle, opletten dat daaraan ook gevolg wordt gegeven in verband met het al dan niet realiseren van recht op hulp, al dan niet met bijbetaling enzovoort) kan onmogelijk kinderachtig worden genoemd. Ook hier komt weer de vraag naar voren of in tandheelkundige centra deze en andere administratieve

werkzaamheden niet beter en efficiënter kunnen worden uitgevoerd.

Tenslotte nog een opmerking over de geldmiddelen. Het komt schrijver dezes voor, dat in het advies al te vlot wordt gesuggereerd dat, indien voor bepaalde maatregelen de nodige gelden ter beschikking moeten komen, deze uit de algemene middelen dienen te worden gefinancierd. Gegeven de huidige situatie en ook de prognoses voor de toekomst met betrekking tot 's lands financiën kan men zich afvragen of hier voldoende werkelijkheidszin aanwezig was. Is bestrijding van de kosten via de sociale verzekering – zeker wanneer door het hele Nederlandse volk premie wordt betaald – niet aan te bevelen?

In deze beschouwing werd zeer globaal een aantal gedachten en ideeën weergegeven, zoals die bij de schrijver van dit artikel leven.

Zeer bewust werd van een nadere precisering afgezien, daar deze op dit moment nog niet aan de orde is.

De in de inleiding geciteerde uitspraak 'dat de veranderingen in de maatschappij de tandheelkunde niet ongemoeid laten en dat de komende jaren over de toekomst van de tandheelkundige verzorging in Nederland vergaande en diepingrijpende beslissingen moeten worden genomen' is ongetwijfeld juist. Aan deze stellingname dient echter te worden toegevoegd dat niet alleen 'de veranderingen in de maatschappij' 'vergaande en diepingrijpende beslissingen' noodzakelijk maken, maar dat in niet mindere mate de wijze waarop de tandheelkundige verzorging van het Nederlandse volk functioneert dergelijke beslissingen vereist.

De gegevens betreffende de rijksstudietoelagen werden verschaft door Drs. D. van Wijk, studentendecaan van de rijksuniversiteit Utrecht, waarvoor hartelijk dank.

Literatuur: Op aanvraag.

September 1977.

Adres: Prof. A. A. D. Derksen,
Sorbonnelaan 16,
Utrecht.