

Pas op! Voorlichting wordt steeds meer nodig

M.A.J. Eijkman, tandarts

Trefwoord: Voorlichtingskunde

Adres: Prof. Dr. M.A.J. Eijkman, Sociale Tandheelkunde en Voorlichtingskunde, ACTA, Louwesweg 1, 1066 EA Amsterdam.

1 Inleiding

Zonder grondige overdenking van verleden en heden zijn ontwikkelingen op het gebied van de tandheelkundige zorgverlening – en de implicaties daarvan voor de praktijk van de Voorlichtingskunde – eigenlijk niet goed te voorspellen. Het vorige jaar verschenen scenariorapport besteedt, met het oog op de toekomst, ruime aandacht aan de ingewikkelde materie van vraag naar en aanbod van tandheelkundige hulp.¹ Vele gegevens uit de afgelopen tijd en een analyse van de huidige situatie zijn in dit rapport – waarnaar op deze plaats kortheidshalve wordt verwezen – verwerkt.

2 Voorlichting op landelijk niveau

We willen, door de bril van de voorlichter, de toekomst zowel op macro- als op micro-niveau bezien en beperken ons tot de Nederlandse situatie. Vastgesteld kan worden dat voor de resultaten van de preventie zichtbaar werden, er veel meer orale afwijkingen en gebitsziekten voorkwamen dan de professie aankon. Maar door de opkomst van de fluoride en dankzij de vernieuwde inzichten op het gebied van plaquebestrijding en mondhygiëne is landelijk een spectaculaire verbetering van de gebitsgezondheid van de jeugd opgetreden. De in de jaren zestig veel gehuldigde opvatting dat iedereen vatbaar zou zijn voor gebitsziekten, is heden ten dage veel minder vanzelfsprekend. Deze constatering is in het bijzonder relevant voor ziektekostenverzekeraars. Omdat het risico voor het krijgen van gebitsziekten, net als bij de kansen op het krijgen van andere lichamelijke afwijkingen en ziekten, thans veel beter verzekeraar zal blijken te zijn. Eveneens is duidelijk geworden dat er binnen de bevolking verschillende groepen zijn – de zogenaamde risicogroepen – waarbij aanmerkelijk vaker gebitsziekten worden aangetroffen dan gemiddeld worden waargenomen. Deze groepen worden veelal gekenmerkt door een lage sociaal-economische status en/of behoren tot een etnische minderheid. Mocht echter het tandheelkundige verstrekkingenpakket, binnen de ziekenfondsverzekering in de komende jaren in gevaar komen en zou er net als circa dertig jaar geleden een tekort aan tandheel-

kundige hulp ontstaan, dan moet ernstig worden gevreesd voor een verdere verslechtering van de gebitsgezondheid van deze groepen.¹ Voorlichtingsacties, vergelijkbaar met de actie Goed Gebit uit de jaren 1974-1984, alsmede de inspanningen van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) en de vereniging Het Ivoren Kruis zullen nodig blijven om deze groepen te doordringen van de waarde van een gezond gebit. De inhoud van al deze activiteiten zal meer gericht moeten zijn op mondhygiëne dan op – zoals in de jaren zestig het geval was – de preventie van cariës. Tegelijkertijd zal 'de politiek', in samenwerking met de ziektekostenverzekeraars en de NMT het mogelijk moeten maken dat de zorg voor deze groepen bereikbaar blijft. Voortdurende aandacht voor de gebitsziekten in de massamedia zal daarom gewenst blijven en ook de tandartsen kunnen bij deze vorm van voorlichting zeker een rol spelen. Kortom, wat deze problematiek betreft, is er in feite vanaf het begin van deze eeuw eigenlijk maar weinig veranderd.² Mogelijk zal in de komende decennia, naast voorlichtingsprogramma's voor de al eerder genoemde risicogroepen, de nadruk wat meer komen te liggen op voorlichtingscampagnes die vooral gericht zijn op medisch gecompromiteerde ouderen, op patiënten die grote angst hebben voor tandheelkundige behandelingen en op geestelijk en lichamelijk gehandicapten. Een wezenlijk verschil met vroeger is echter dat voorlichters thans niet alleen kunnen beschikken over verbeterde inzichten op het gebied van de gezondheidsvoorlichting, maar ook over de kennis van de marketing- en de daarbij behorende evaluatiemethoden uit het bedrijfsleven. De massamedia kunnen beter worden ingezet, waardoor men waarschijnlijk met meer effect zal kunnen inspelen op de houding en het gedrag van de bevolking.

3 Algemeen-practici en voorlichting

Is er, in principe, wat het macroniveau betreft, vergeleken met vroeger maar weinig veranderd, op microniveau, dat wil zeggen voor het tandheelkundig team, des te meer. Voor deze stelling kan een aantal argumenten worden aangevoerd die zijn terug te vinden in het eerder genoemde

scenariorapport. Omdat communicatieve aspecten in dit rapport maar weinig aan de orde komen, zullen wij er hier een drietal naar voren brengen.

De wetenschappelijke ontwikkelingen zullen ook in de toekomst snel verlopen, zowel op het gebied van de preventie en de diagnostiek als op het terrein van de curatieve tandheelkunde. Het zal de algemeen-practicus (en zijn medewerkers) in de komende decennia veel tijd kosten om 'bij te blijven'. De vergaarde kennis zal in veel gevallen ook moeten worden 'vertaald' hetgeen betekent dat de tandarts over goede communicatieve kwaliteiten dient te beschikken.

Indien wij naar de rol van de patiënt kijken, dan kunnen wij vaststellen dat de doorsnee patiënt van nu en in de toekomst gebitsbewuster is, de tandarts regelmatig bezoekt en kritischer staat ten opzichte van de hulpverlening dan dertig jaar geleden. Ook is de patiënt beter opgeleid, daardoor meer bewust van kwaliteit en mondiger. Bovendien zal hij eerder een tweede mening vragen en de bereidheid tot grotere dienstverlening op prijs stellen. Voor hem is de tandarts de belangrijkste informatiebron op tandheelkundig gebied en de patiënt verwacht dat dit zo zal blijven. Vooral ook omdat de schrijvende pers en de andere massa-media aandacht zullen blijven besteden aan nieuwe onderzoeksresultaten of actuele kwesties op tandheelkundig gebied. Wanneer eenmaal de nieuwe patiëntenwetten door het Parlement zullen zijn aangenomen, impliceert dit dat de patiënt recht heeft op informatie en dat de tandarts verplicht is die te geven.

De hierboven geschetste ontwikkelingen zullen vooral van invloed zijn op de tandheelkundige zorgverlening en daarbij speelt informatie verstrekken aan de patiënt een grote rol. Door de professie zal een houding moeten worden aangeleerd die gericht is op de wensen en de behoeften van de patiënt. Dit is een aspect van de zorgverlening waarop de tandarts niet altijd is ingesteld. De consequentie is ondermeer dat de toekomstige tandarts meer kennis zal moeten hebben van de gedragswetenschappen en van inzichten op het gebied van besluitvorming. Daarnaast zullen aan de gespreksvaardigheid van de tandarts en zijn medewerk(st)ers hogere eisen worden gesteld.³

De dagelijkse praktijkvoering zal efficiënter moeten plaatsvinden dan vroeger, want de hoeveelheid tijd die aan de communicatieve aspecten moet worden besteed, zal toenemen. Naar verwacht wordt, zullen de verzekeraars, als het gaat om een aanpassing van de honoraria, weinig rekening willen houden met deze ontwikkelingen. Want men zou wel eens een redenering kunnen volgen indachtig het oudhollandse gezegde 'de cost gaat voor de baet uit'.

4 Slot

De opzet van de gezondheidszorg in de toekomst staat heden ten dage volop in de belangstelling. Wij noemen de nieuwe ideeën voor een basisverzekering, de con-

tracten met nieuwe zorgverzekeraars, het beperkte verstrekkingenpakket en de functionele omschrijvingen van zorg. Wanneer en in welk tempo deze veranderingen zullen worden gerealiseerd, staat nog niet vast. Maar de plannen, waarvoor de Commissie Dekker zich heeft ingezet en die door staatssecretaris Simons zijn aangepast, wijzen in een nieuwe richting die niet meer valt om te keren. Voor de tandheel-

kundige gezondheidszorg staan, zowel op micro- als op macroniveau, grote veranderingen te wachten. Voorlichting geven aan de bevolking zal in de komende jaren in toenemende mate een factor van overheersende betekenis blijken te zijn in het proces van zorgverlening. De leden van de professie – georganiseerd en individueel – doen er verstandig aan zich daarop grondig voor te bereiden.

Literatuur

- ¹STUURGROEP TOEKOMSTSCENARIO'S GEZONDHEIDSZORG. Toekomstscenario's Tandheelkunde: een verkenning van de periode 1990-2020. Scenariorapport. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1992.
²DEN DEKKER J, EIJKMAN MAJ. Honderd jaar sociaal-tandheelkundig denken. Ned Tijdschr Tandheelkd 1993; 100: 172-5.
³EIJKMAN MAJ. In de voorbereiding ligt het resultaat. Bewerking oratie Dr. M.A.J. Eijkman uitgesproken op 24 juni 1993 te Amsterdam. Ned Tijdschr Tandheelkd 1993; 100: 378-82.

Ontwikkelingen in het tandheelkundig verzekeringsstelsel

1 Inleiding

De tijd dat Nederlandse bomen tot in de hemel leken te groeien, ligt al weer jaren achter ons. In die tijd gold het adagium: 'Verzekerd van de wieg tot het graf'. Het was staatssecretaris Hendriks die met het Wetsontwerp Algemene Verzekering Gezondheidszorg in 1975 een eerste poging deed een volksverzekering voor ziektekosten tot stand te brengen.

De Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde (NMT) reageerde op deze plannen met het uitbrengen van de zogenaamde Maatschappij Verklaring van 5 februari 1976. Sindsdien hebben velen binnen en buiten de politiek hun tanden stuk gebeten op een herstructure-

ring van de gezondheidszorg. Tot op de dag van vandaag is er echter nog geen oplossing gevonden voor dit weerbarstige probleem. Tijdens de regeerperiode van het huidige kabinet is het staatssecretaris Simons geweest die ingrijpende veranderingen in de gezondheidszorg heeft voorgesteld. In zijn oorspronkelijke voorstel zou 96% van de totale zorg in het basispakket, beschikbaar voor iedere burger en gefinancierd uit de collectieve middelen, moeten komen. De overige 4% van de zorg zou dan door verzekeraars in aanvullende verzekeringspakketten kunnen worden aangeboden. Het Plan Simons heeft sinds zijn lancering veel weerstand ondervonden binnen en buiten de politiek, bij verzekeraars, zorgverleners en patiëntenorganisaties.

A. Heyboer, tandarts

Trefwoord: Ziektekostenverzekering

Adres: A. Heyboer, Zijpendaalseweg 97, 6814 CH Arnhem.

Voor de tandheelkunde betekende het oorspronkelijke Plan Simons dat het huidige ziekenfondsverstrekkingenpakket in de basisverzekering voor alle burgers beschikbaar zou moeten komen. Dit deel van de tandheelkundige verzorging zou dan gefinancierd moeten worden uit de zogenaamde collectieve middelen. Onder collectieve middelen verstaat men al die gelden die door premiebetaling bijeen zijn gebracht, zowel door ziekenfondsverzekerden als door particulier verzekerden.

2 Huidige stand van zaken

Inmiddels heeft bij de overheid en de politieke partijen de opvatting post gevat dat

een zo groot mogelijke basisverzekering gefinancierd uit de collectieve middelen onbetaalbaar en onbeheersbaar is. Men is thans voorstander geworden van een beperkte basisverzekering met meer verantwoordelijkheid voor de burgers zelf. Deze opvatting vindt brede steun in de Tweede Kamer.

De hoofddoelstelling bij het herstructureren van de gezondheidszorg is het beheersbaar maken en terugdringen van de steeds stijgende kosten geworden. Het Financieel Overzicht Zorg (FOZ) is voor de overheid in plaats van informatieverschaffend taakstellend geworden. Overschrijdingen van het macrobudget in verschillende deelsectoren in de gezondheidszorg worden verrekend door tariefsdalingen. Hiermee is de gezondheidszorg in een wurgende volumehonoreringsspiraal terechtgekomen. Van de problemen die dit oproept kunnen we dagelijks via de media kennis nemen.

Een bijkomend probleem is dat het totale budget voor de gezondheidszorg naast de sector 'Cure' ook de sector 'Care' omvat welke in verband met de vergrijzing een steeds grotere aanslag op het budget pleegt. Er ontstaat vooral op basis van het ouder worden van individuen een steeds grotere vraag naar cure en care, terwijl ook de inhoud van de vraag kwalitatief verandert namelijk van eenvoudige naar gecompliceerde zorg. Voor de tandheelkunde is er nog een aantal andere ontwikkelingen, zoals het toenemende aantal mensen dat gebruik maakt van tandheelkundige hulp, en de groei van het aantal dentaten.

Te verwachten is dat in de toekomst het karakter van het FOZ zal gaan veranderen. Voor het collectief gefinancierde deel van de gezondheidszorg zal de taakstellende functie van het FOZ worden verstrekt. Voor het niet-collectief gefinancierde deel zal het FOZ slechts een 'monitoring' functie krijgen.

Een andere belangrijke ontwikkeling is de aanstaande en thans in voorbereiding

zijnde fusie tussen KLOZ en VNZ. Het naar elkaar toegroen van ziekenfondsverzekering en particuliere ziektekostenverzekering is daarmee zeer voor de hand liggend en maakt de weg vrij voor een gelijk basispakket voor de ziekenfonds en particulier verzekerde patiënt.

Daarbij komt dat ook de VNZ tot de overtuiging is gekomen dat een deel van de zorg geprivatiseerd moet worden hetgeen betekent dat het tandheelkundig verstrekkingenpakket voor de volwassen ziekenfondspatiënt verkleind zal worden.

Ten slotte dient nog vermeld te worden dat de staatssecretaris advies gevraagd heeft aan de Ziekenfondsraad en de Nationale Raad voor de Volksgezondheid ten aanzien van een flexibilisering van de halfjaarlijkse controle, bijvoorbeeld door deze eenmaal per jaar in plaats van tweemaal per jaar verplicht te stellen.

3 De beroepsorganisatie

De NMT heeft reeds vanaf de eerste plannen voor een volksverzekering haar standpunt voorbereid en een beleidsvisie daaromtrent geformuleerd. Een en ander is in een stroomversnelling gekomen met het uitbrengen van het Rapport van de Commissie Dekker.

Het standpunt en de visie van de NMT zijn verwoord in de nota 'Zorg voor tandheelkunde in de markt' en is door de Algemene Vergadering van de NMT in december 1990 geaccordeerd. In dit kader zijn de uitgangspunten van deze nota summier weergegeven:

1. De jeugd tot 19 jaar en de gehandicapten: integrale tandheelkundige zorg in de basisverzekering gefinancierd uit de collectieve middelen.

2. Voor volwassenen vanaf 19 jaar een minimumpakket A in de basisverzekering, gefinancierd uit de collectieve middelen.

Dit A-pakket dient in ieder geval preventief gerichte voorzieningen te bevatten

zoals:

- periodieke controle
- normaal tandsteen verwijderen
- instructie mondhygiëne
- bitewings

Daarboven zijn de relatief eenvoudige curatieve tandheelkundige voorzieningen in het B1-pakket ondergebracht. Dit pakket omvat:

- vullingen
- endodontische behandelingen
- initiële parodontologie
- initiële gnathologie
- extracties
- volledige prothese

De tarieven van het A- en B1-pakket dienen naar de mening van de NMT minimaal op TJZ-niveau te liggen. Het B1-pakket kan worden aangeboden in een aanvullende verzekering of gefinancierd worden uit de collectieve middelen voor zover deze toereikend gemaakt worden.

Alle overige tandheelkundige verrichtingen worden op de zogenaamde vrije markt aangeboden los van overheidsbemoeienis. Deze verrichtingen worden omschreven in het B2-pakket en omvatten o.a.:

- kroon- en brugwerk
- chirurgische ingrepen, exclusief extracties
- overige parodontologie
- overige gnathologie
- overige prothetiek
- implantologie
- orthodontie voor volwassenen

Het is bekend dat in afwijking van de visie van de NMT de overheid en verzekeraars er voorstander van zijn dat ook vullingen en de volledige prothese in het basispakket worden opgenomen.

Gezien de huidige ontwikkeling in de opvattingen van beleidsmedewerkers van WVC, VNZ, KLOZ, en de NMT lijken er thans gerede mogelijkheden te zijn om tot een structurele verandering in de tandheelkundige gezondheidszorg te komen zonder dat een allesomvattende stelselwijziging wordt doorgevoerd.