

# Meningen

## Zorgen over de zorg

### 1 Inleiding

In het plan-Simons werden de kosten voor geneesmiddelen overgeheveld naar de AWBZ en die voor andere vormen van de gezondheidszorg zouden stapsgewijs volgen, resulterend in één basisverzekering voor de gehele bevolking. Hoe de financiering van de tandheelkunde zou worden geregeld, was onduidelijk. De implementatie van het plan is echter, na een aanvankelijke vertraging en uitstel, afgesteld. Tijdens de kabinetsformatie is opnieuw voorgenomen de burger zelf bijna alle tandheelkundige verrichtingen te laten betalen.

### 2 Verworvenheden

Voor de Tweede Wereldoorlog verstrekten de ziekenfondsen een zeer beperkt en niet uniform tandheelkundig zorgpakket, veelal bestaande uit extractie en behandeling van ontstekingen. De Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) formuleerde in de jaren dertig een rationeel-systematische aanpak voor de behandeling van de ziekenfondsverzekerden, die moest leiden tot een caviteitvrije mond met een herstelde kauwfunctie. Het uitgangspunt, 'beperkte' hulp, werd in het Ziekenfondsbesluit van 1941 verwoord als 'hulp met eenvoudige middelen'. Dit uitgangspunt geldt nog steeds, hoewel het verstrekkingenpakket voor jeugdigen en gehandicapten werd uitgebreid.

Desondanks heeft de tandheelkundige zorg, de organisatie en financiering inbegrepen, in ons land veel bereikt. Door aandacht voor preventie, verhoging van kwantiteit en kwaliteit van de zorg en veranderde opvattingen over de waarde van de mondgezondheid onder de bevolking, is de gebitstoestand sinds de jaren dertig sterk verbeterd. Toegegeven, vele ouderen hebben een volledige prothese. De gebitselementen van de 35-plussers zijn veelal fors gevuld en vaak (secundair) carieus. En onder de jeugdigen uit de zwakkere sociaal-economische

groepen is de tandheelkundige nood groot. Maar toch, het tegenwoordig in het algemeen steeds beter verzorgde gebit blijft veel langer behouden dan voorheen, en dat kan nog verbeteren, mits de nodige zorg blijvend kan worden verleend.

### 3 Kosten

Het succes op het gebied van de mondgezondheid heeft Nederland in vergelijking met andere geïndustrialiseerde landen weinig gekost. Stellen we de uitgaven voor de tandheelkundige zorg in 1992 per inwoner van Duitsland op 100, dan blijkt onder meer dat daartoe in Nederland 60% minder werd besteed, terwijl het Bruto Nationaal Produkt (VS = 100) per inwoner in beide landen slechts 5% verschilde (zie tab.).

Ondanks het in de loop der jaren toegenomen beroep van de groter wordende en vergrijzende bevolking op de tandheelkundige zorg, blijken de kosten in ons land in absolute en relatieve zin bescheiden gestegen. Toch werd op grond van het Financieel Overzicht Zorg een volume- en financiële korting opgelegd.

### 4 Nieuwe plannen

Vanwege de onbeheersbaar ge(d)achte kosten van de gezondheidszorg en de wens de collectieve lastendruk te verminderen, acht 'de politiek' maatregelen nodig. Mogelijk omdat de tandheelkunde als een weinig belangrijk deel van de gezondheidszorg wordt beschouwd, wil de overheid fors schrappen in het tandheelkundige pakket, ongeacht of de bevolking het met die keuze eens is. Dat resulteert in een besparing op de collectieve lasten van honderden miljoenen. De NMT heeft een dergelijke ingreep voorzien en heeft daarop preluderend enkele zorgmodellen voor volwassenen opgesteld.

- Zorgmodel I komt vrijwel overeen met het huidige ziekenfondspakket, maar is wel eigentijdser. De burger kan zich bijverzekeren voor in het pakket ontbrekende voorzieningen, zoals kronen en bruggen.

- Model II voorziet in slechts de meest primaire (be)handelingen: consultatie, controle, diagnostiek, preventie en tandsteenverwijdering. Voor dit model heeft de overheid gekozen. Dit absolute minimumpakket, een duidelijk tweede keuze, is voor de NMT alleen acceptabel als de integrale zorg voor de jeugd en risicogroepen, betaald uit de collectieve middelen, grotendeels is gewaarborgd. Door de volwassenen de mogelijkheid te bieden tot het vrijwillig afsluiten van aanvullende verzekeringen ('mecanodoosmodel') moet meer of minder uitgebreide zorg voor hen bereikbaar blijven. Hier wordt de patiënt op de eigen verantwoordelijkheid aangesproken: hij kan immers door preventie gebitsziekten tegengaan en hij mag zich verzekeren.

In hoeverre het, aan de doelstellingen van de NMT eigen, spanningsveld tussen de belangenbehartiging van patiënt en tandarts op de zorgmodellen van invloed is geweest, is onduidelijk. Zorginhoudelijke aspecten worden in het minimum-

**De tandheelkundige kosten (dollars) in 1992 (naar B. van Amerongen) per inwoner voor een aantal landen en hun onderlinge vergelijking, waarbij Duitsland op 100 is gesteld. Tevens wordt het Bruto Nationaal Produkt (BNP) per inwoner landelijk vergeleken, waarbij dat voor de VS op 100 is gesteld.**

	Kosten (in \$)*	Kosten landelijk	BNP landelijk
	tandheelkunde	vergeleken	vergeleken
Duitsland	127	100	74%
VS	108	85%	100**
Canada	82	65%	97%
Japan	71	56%	76%
Frankrijk	69	54%	72%
Finland	56	44%	72%
Australië	50	39%	76%
Nederland	49	39%	69%
U.K.	27	21%	71%

\*In VS dollars, waarde 1987.

\*\* B.N.P. per inwoner \$ 17670.



model opgeofferd aan de verlaging van de collectieve lasten, maar de gedachte 'redden wat er te redden valt' zal zwaar hebben meegewogen getuige het feit dat ook het meer begeerde model I werd ontwikkeld.

## 5 Eigen verantwoordelijkheid

Natuurlijk kan preventie de meest voorkomende gebitsziekten voorkomen. Maar toch, is de claim van eigen verantwoordelijkheid niet een te zware? Botresorptie van edentate kaken is een gevolg van een gebrekkige preventie, want anders waren de extracties niet nodig. Pulpitiden en dergelijke als gevolg van cariës profunda, zijn door primaire en tijdige secundaire preventie vaak te voorkomen. Zo zijn meer voorbeelden te geven. Hoe terecht derhalve de verwijzing naar de eigen verantwoordelijkheid ook moge lijken, het is op zijn minst onbarmhartig de gevolgen van tekortschietende preventie voor rekening van de getroffen te laten komen, te meer omdat (de nadruk op) de preventie voor de ouderen te laat is gekomen. De financiële gevolgen van (jeugd)zonden op andere terreinen moeten slechts zelden het gehele leven worden megedragen. Waarom voor de tandheelkunde een uitzondering gemaakt?

## 6 Gevolgen

De gevolgen van de politieke keuze zijn divers. In algemene zin mag worden gezegd dat de solidariteit die aan de ziekenfondsverzekering ten grondslag ligt, wordt aangetast. Wel vaker zijn geluiden te horen dat bijvoorbeeld rokers en sporters een hogere ziektekostenpremie zouden moeten betalen. Evenzo, waarom zouden personen met goede gebitten opdraaien voor de tandheelkundige kosten van hen die veel snoepen, geen fluoride (willen) gebruiken en hun hygiëne verwaarlozen? Hoewel gedifferentieerde premies misschien tot een beter gezondheidsgedrag leiden, is de achtergrondgedachte heilloos, want van de solidariteit zal weinig overblijven. Maar er zijn ook meer pragmatische bezwaren.

- Hoevelen zijn in staat zich bij te verzekeren voor tandheelkundige risico's? Het zal weliswaar niet om enorme bedragen gaan, maar zelfs voor een modaal gezin zijn enkele tientjes per maand niet onbelangrijk.

- Waarschijnlijk zullen patiënten met weinig tandheelkundig risico zich niet willen bijverzekeren; dat is ook nu al het geval.

- Waarschijnlijk moet een groot aantal onverzekerden bij falende preventie restauratieve behandeling omwille van de kosten uitstellen, waardoor later extractie wordt bevorderd. Ook nu worden gebitselementen geëxtraheerd die met veel kosten behouden hadden kunnen blijven, maar het aantal extracties zal in de toekomst van een geheel andere orde van grootte zijn. Ook de daardoor noodzakelijke (partiële) gebitsprothesen worden onbetaalbaar, zeker voor veel ouderen. Kortom, het lijkt uiterst reëel te stellen dat de mondgezond-

heid in Nederland door de voorgestelde maatregel achteruit zal gaan. De Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg komt op grond van berekeningen tot eenzelfde conclusie.

- Dat de ingreep de vraag naar dure spoedhulp zal vergroten en zal leiden tot meer werkverzuim, dus meer geld kost, lijkt nauwelijks speculatief. Het doel 'kostenbeheersing' komt door de 'privatisering' van de financiering van de tandheelkunde in het gedrang.

- Wie wordt tot de vrijwillige verzekering toegelaten? Wordt het personen met veel caviteiten of grote restauraties toegestaan zich te verzekeren? Instellingen bekommeren zich uiteindelijk meer om hun voortbestaan of winst dan om de belangen van patiënten. Dergelijke overwegingen vragen om een wederzijdse verplichtstelling van een aanvullende verzekering, hetgeen het College van Adviserende Tandartsen en de Ziekenfondsraad ook bepleiten.

- Een 'voordeel' kan zijn dat het dreigende tekort aan tandartsen wordt afgewend.

## 7 Conclusie en slot

Door lasten van de collectieve naar de privé-sector te verschuiven, komen veel tandheelkundig onverzekerden en minvermogenden terecht in de vooroorlogse situatie, zij het met het voordeel van de huidige preventieve mogelijkheden. In theorie kan door de aanvullende verzekering het verschil in behandelingsmogelijkheden van particuliere patiënten en ziekenfondsverzekerden deels wegvallen, maar in de praktijk zal de minder welgestelde zich moeilijk kunnen (en willen?) verzekeren. Het kabinetsvoornemen valt zorginhoudelijk zeer slecht uit, maar is voor de collectieve lasten uitermate gunstig. Hebben zij die tot de ingreep besloten dit alles voorzien en gewogen? Anderzijds, de voorkeur geven aan tariefsverlaging ter verlichting van de collectieve uitgaven lijkt ook geen redelijk alternatief, omdat daardoor de inkomens van de beroepsgroep onder te zware druk komen te staan, hetgeen repercussies voor de kwaliteit van de zorg tot gevolg zal hebben.

De verwachting dat de financieel-economisch georiënteerde beslissing zorginhoudelijk te veel kost, is reden om te pleiten voor een andere afweging tussen beide aspecten, maar liever nog, hoe weinig kansrijk ook, te kiezen voor een geheel andere strategie. Deze moet gericht zijn op een verdergaande verbetering van de zorg en preventie, want de consequente grotere doelmatigheid (duurzaamheid van de voorzieningen) zal uiteindelijk hun kwantiteit verminderen. Daarbij moet worden gestreefd naar een adequate honorering per verrichting, want kwaliteit kost tijd. Een dergelijke aanpak biedt op de korte termijn geen soelaas voor de macro-economische perikelen, maar zal op den duur leiden tot besparingen, en dat bij een hoger welzijn.

A.H.B. Schuurs, tandarts