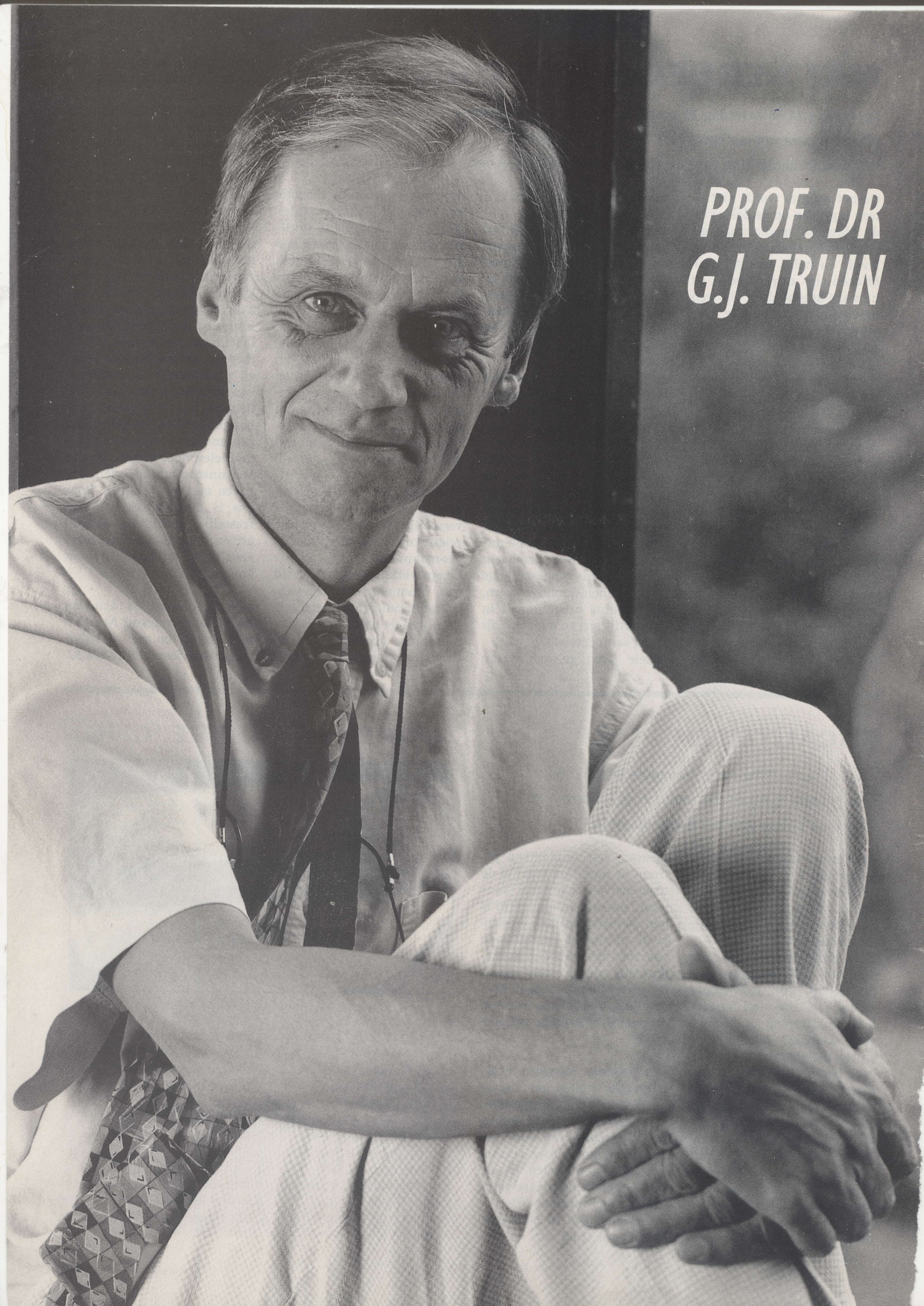


A black and white portrait of an older man, Prof. Dr. G.J. Truin. He is seated, leaning forward with his arms crossed over his knees. He has short, light-colored hair and a gentle smile. He is wearing a light-colored, short-sleeved button-down shirt and a dark tie with a geometric pattern. A lanyard with a small tag is visible around his neck. The background is dark and out of focus.

*PROF. DR
G.J. TRUIN*

'IK BEN TEGEN GEDWONGEN KOPPELVERKOOP DOOR VERZEKERAARS'

"Arts & Auto" nr. 19; 1995; p. 14-17.

Prof. dr G.J. Truin promoveerde in 1982 op een computersimulatiemodel van de tandheelkundige gezondheidszorg. Hij is een van de auteurs van het rapport *Toekomstscenario's Tandheelkunde, een verkenning van de periode 1990-2020*. Afgezien van de gevolgen voor patiënten is het een onbeantwoorde vraag of de tandartsen eigenlijk wel beter af zijn na de stelselwijziging. De recente perikelen in de tandheelkundige zorg zijn aanleiding tot een gesprek.

In de *Consumentengids* van afgelopen september beweert de Consumentenbond dat het kabinet de tandartsenkosten te abrupt uit het ziekenfondspakket heeft gehaald. De verzekeraars hebben daardoor te weinig tijd gekregen om het publiek goed te informeren over bijverzekeren. Veel verzekeren klagen over lange contractsduren, geringe keuzevrijheid en grote verschillen in de premies, die kunnen oplopen tot enkele tientjes per maand.

Prof. dr. G.J. Truin sprak op 3 maart 1995 zijn oratie uit getiteld 'Kwantiteit kwalificeren'. Daardoor aanvaardde hij het ambt van bijzonder hoogleraar in het gezondheidszorgonderwijs en -onderzoek op het terrein van de tandheelkunde vanwege de Stichting Tandarts en Maatschappij aan de Katholieke Universiteit Nijmegen. In zijn oratie beweerde hij dat de overheid 450 miljoen gulden bespaart door de tandheelkundige zorg uit het ziekenfonds te halen. De patiënten zouden zich vanaf 1 januari 1995 daarvoor moeten bijverzekeren. Dat gaat hen een miljard gulden op jaarbasis aan premie kosten.

Een besparing op collectieve uitgaven van 450 miljoen gulden kost individuele burgers een miljard gulden aan premies. Is dat wel terecht?

'Het is inderdaad zeer merkwaardig dat de overheid een deel van haar financieringsproblemen zo op haar burgers verhaalt. Feitelijk is er sprake van een lastenverschuiving en -verzwaring voor gezinnen uit het lagere-inkomenssegment.

Maar nog afgezien daarvan ben ik tegen de gedwongen koppelverkoop door de verzekeraars. In een gezin kan bijvoorbeeld de man de tandarts regelmatig bezoeken terwijl de vrouw een prothese draagt. Het is onrechtvaardig dat in zo'n geval geen rekening met de persoonlijke levenssfeer van patiënten wordt gehouden, want zij kunnen hooguit een gezinspolis afsluiten, een andere verzekeringspolis is er niet. Sommige patiënten zijn er wel op vooruitgegaan door een pakketuitbreiding. Daarnaast is het tarief voor de particulier verzekerden per 1 januari '95 verlaagd met zo'n 12 procent. Daartegenover stond een verhoging met 30 procent voor ziekenfondsverzekerden. Zo

kostte een controle voor een ziekenfondspatiënt voor de wetswijziging f 7,- en voor een particulier f 21,-. Door de tariefswijziging moet een fondsverzekerde dus wel veel meer betalen. Aangezien zo'n 65 procent van de tandartsenpatiënten via een ziekenfonds voor deze soort van ziektekosten waren verzekerd, leidt deze overheidsmaatregel dus tot een opmerkelijke inkomenspolitieke verschuiving. Door de hogere tarieven zullen minder ex-fondsleden zich bijverzekeren. Het aantal 'slechte risico'-patiënten dat verzekerd wil blijven, groeit en dus gaat de premie jaarlijks steeds meer stijgen. Er dreigt op termijn dan een spiraaleffect tussen het aantal verzekerden en de prijs op te treden.'

Dat effect zou volgens Truin volgend jaar al zichtbaar kunnen worden. 'Dit jaar legden verzekeraars nog geen selectiecri-

'Het is merkwaardig dat de overheid een deel van haar financieringsproblemen op haar burgers verhaalt'

teria aan hun klanten op. Maar vanaf 1 januari 1996 gaat dat wel gebeuren. Bovendien kan er een verschuiving optreden tussen de verrichtingen. Zo vallen kronen en vullingen nu beide onder de aanvullende verzekering, waarvoor de klanten wel soms eigen bijdragen moeten betalen, dus wordt de kans groter dat de indicatie voor kronen eerder zal wor-

den gesteld. De tarieven zouden daarom in 1996 wel eens extra omhoog kunnen gaan.'

Welke gevolgen hebben de veranderingen in het ziekenfondsverstrekkingen-pakket op de gebitsgezondheid van volwassen ziekenfondsverzekerden?

'Tot 1995 bezochten zo'n 4¹/₂ miljoen volwassenen de tandarts regelmatig voor controle. Verder kwamen de 3 miljoen prothesedragers regelmatig op het spreekuur. Al met al kwam 80 procent van de volwassen bevolking regelmatig bij een tandarts. Uit onderzoek en een enquête van maart 1995 blijkt dat 77 procent van de ziekenfondsverzekerden zich in de loop van 1995 heeft bijverzekerd. Kortom: vrijwel alle patiënten die voorheen regelmatig hun tandarts bezochten, hebben zich bijverzekerd. Als wij dit gegeven in het scenariomodel invoeren, kunnen wij de volgende conclusies trekken. De doorgevoerde beperking van de verstrekking zal op termijn tot een verslechtering van de gebitsgezondheidszorg leiden. De verwachting is, dat er meer extracties van gebitselementen en minder restauraties bij volwassenen zullen plaatsvinden. Het aantal onbehandelde tandcariës per patiënt zal toenemen. De totale uitgaven van de tandheelkundige gezondheidszorg stijgen op korte termijn met 40 miljoen gulden tot 100 miljoen gulden op den duur.'

De besluitvorming door de overheid over het sluiten en heropenen van faculteiten is een grove schande

Krijgen tandartsen op termijn dan niet minder te doen, nu de jongeren dankzij de fluoride haast geen gaatjes meer hebben?

'Sinds het midden van de jaren tachtig is de gebitsgezondheid bij jeugdigen spectaculair verbeterd en is de tandeloosheid onder volwassenen drastisch gedaald tot 25 procent boven de 16 jaar. Dat zal evenwel niet tot minder prothesen leiden. Het absolute aantal mensen met een volledige prothese zal als gevolg van de bevolkingsprognose - meer grijs en minder groen - ook de komende vijftien jaar stabiel blijven. Overigens blijkt uit allerlei onderzoek dat de huidige 'gebitsbewustheid' van patiënten hoog is. De verwach-

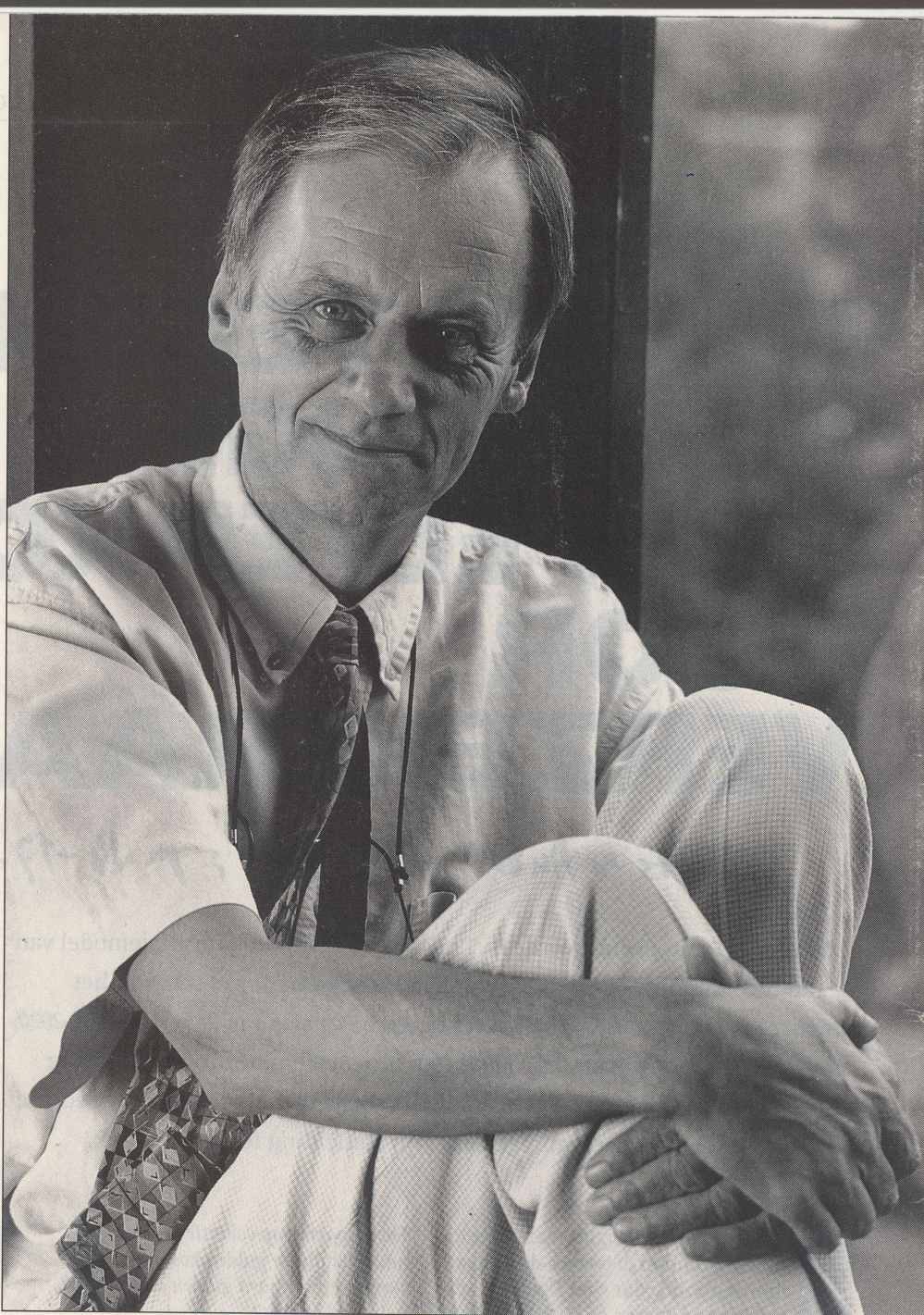
ting is dat tot 2015 maar liefst 24 procent meer mensen over hun eigen gebit zullen beschikken. De bevolkingsaanwas zal tot 2015 zo'n 12 procent omvatten. Er blijft dus een 'netto' groei over van 12 procent of zo'n 2 miljoen extra mensen die over hun eigen gebit beschikken. De groei van het aantal mensen met een natuurlijk gebit zal van 12,3 miljoen in 1992 toenemen tot 15,3 miljoen in 2020. Velen zijn dan ook zeer gemotiveerd om hun gebit zo gezond mogelijk te houden. De verwachting is dat er in de nabije toekomst dus meer tandheelkundige zorg wordt gewenst dan er nu is berekend.'

Op grond van uw eigen berekeningen uit 1986 en die van het Toekomst Scenario Rapport voorspelde u een dreigend tandartsentekort. De faculteiten Tandheelkunde te Utrecht en Groningen zijn gesloten, en vervolgens besluit de regering de subfaculteit te Groningen dit jaar weer te

openen. Leidt dat extra aantal op te leiden tandheelkundigen en mondhygiënisten in de toekomst niet tot een dunnere spoeling?

'Uit het Toekomst Scenario-rapport Tandheelkunde bleek dat er vanaf het jaar 2000 een tekort aan tandartsen dreigt te ontstaan. Om daarin te voorzien, besloot de overheid om de faculteit tandheelkunde te Groningen wederom in gebruik te stellen. Vanaf september '95 worden daar nu dertig studenten tandheelkunde en dertig mondhygiënisten tegelijkertijd opgeleid. Vanaf heden worden er jaarlijks 210 tandheelkundigen en 174 mondhygiënisten in Nederland opgeleid. Bij

De schaamte over het verwijzen naar mondhygiënisten is voorbij. Tandartsen hoeven gelukkig niet meer alles te kunnen



PROF. DR G.J. TRUIN

ongewijzigde ziekenfondswetgeving zouden er eigenlijk veel meer tandartsen moeten worden opgeleid. In 1992 schatte de scenario-studie het aantal opleidingsplaatsen voor eerstejaars tandheelkunde studenten op 360. De substitutie van tandartsen door mondhygiënisten blijkt maar beperkt mogelijk te zijn. Afhankelijk van hoe de vraag naar zorg zich zal ontwikkelen als gevolg van de gewijzigde wetgeving, zou het aantal opleidingsplaatsen wel eens te gering kunnen zijn. Zeker lijkt nu al dat de huidige instroom van tandheelkunde- en mondhygiënisten studenten nog te gering zal blijken te zijn om aan de verwachte vraag te kunnen voldoen. Dan zou alsnog de vierde faculteit te Utrecht heropend moeten worden.'

Truin neemt een slok koffie en vervolgt dan heftig: 'De besluitvorming door de overheid is een grove schande. In september 1991 deed de laatste Groningse student het licht achter zich uit en nog geen vier jaar later wordt dezelfde faculteit heropend. Uiteindelijk blijkt volgens de Rijks Universiteit van Groningen dat de hele operatie veel meer heeft gekost dan er door de sluiting is bespaard, namelijk 7 miljoen gulden sluitingskosten volgens de minister, plus 5 miljoen extra volgens de Universiteit van Groningen. De nieuwbouw als gevolg van de heropening vergt ook nog eens zo'n 40 miljoen gulden. Onbekend is wat er aan wachtgeld is uitgegeven, die nog tot zeker 2006 zullen moeten worden betaald. Nog geheel afgezien van alle persoonlijke leed dat door deze beslissing werd veroorzaakt.'

Wat is het beroepsperspectief voor tandartsen? Waarop kunnen zij rekenen en wat moeten zij ervoor doen?

'Tandartsen gaan een goede toekomst tegemoet. Het beroepsperspectief is uitstekend. Er zijn veel nieuwe ontwikkelingen op komst en er staan dus een groot aantal uitdagingen voor de deur. Daardoor is beantwoording van de vraag hoe het onderwijs van de toekomst vorm zou moeten krijgen, heel belangrijk. Willen wij in Nederland, net als in de Verenigde Staten, steeds meer tandheelkundige specialismen zoals endodontisten (zenuwbehandelaars) en prothetici (kunstgebitdeskundigen), of houden wij die differentiatie beperkt tot de huidige specialismen orthodontie en kaakchirurgie? In dat geval zal de toekomstige opleiding op inte-

DE STELSELWIJZIGING

Waarom verdween de tandheelkundige zorg grotendeels uit het ziekenfondspakket?

Tussen 1989 en 1993 stegen de uitgaven in dit zorgsegment gemiddeld met meer dan 8 procent per jaar. Na de uitgaven voor medicijnen vormt deze verstrekking de snelst groeiende uitgave. Vandaar dat de overheid drastische maatregelen noodzakelijk achtte. In 1993 hoopte het ministerie van VWS, dat de NMT (Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Tandheelkunde) en de verzekeraars een *package-deal* zouden sluiten over een fundamentele tarievenaanpassing. Zo'n overeenkomst zou de budgetoverschrijdingen van 1992 en 1993 moeten compenseren. Beide partijen konden niet tot overeenstemming komen. Dus vaardigde de COTG (College Overeenkomsten Tarieven Gezondheidszorg) een tariefsaanwijzing uit waardoor tandartsen en orthodontisten een prijsmaatregel kregen opgelegd. Eind juli 1994 besloot het Kabinet de premie-uitgaven en het aansprakenpakket van ziekenfondspatiënten op de tandheelkundige verstrekking sterk te beperken. Voor het overgebleven deel (preventieve activiteiten zoals onderhoud, implantaten en röntgenonderzoek) van de ziekenfondsverstrekking zal waarschijnlijk een clustertarief worden ingevoerd. Vanaf 1 januari 1996 zal de aanspraak op jeugdtandheelkundige verzorging van 18 jaar tot 17 jaar worden teruggebracht.

(Bron: Ministerie van VWS; 'Financieel Overzicht Zorg 1995'; p. 88-89)

gratie zijn gericht. Dat betekent dat er een basisopleiding tot tandarts moet komen met postdoctorale aanvullende opleidingen, waardoor extra expertise beschikbaar komt.'

Hoe ver staat het met het ontwikkelen van tandartsgeneeskundige standaarden, de invoering van een kwaliteitstoetsing en de invulling van de Wet BIG (Beroepen Individuele Gezondheidszorg)?

'De schaamte over het verwijzen naar mondhygiënisten is voorbij. Wel is het jammer, dat er een groot tekort aan deze deskundigen bestaat. Tandartsen hoeven - gelukkig - niet meer alles te kunnen. Het op peil houden van hun kennis vergt al heel veel tijd en energie. Vandaar dat er zekere niet-erkende specialismen ontstaan zoals implantologie, kinder-, adhe-sieve en prothesetandheelkunde. Sommige tandartsen verwerven daarmee een zekere faam onder collega's met als gevolg dat zij meer patiënten onderling doorsturen: de zogenaamde horizontale doorverwijzing.'

Truin constateert dat kwaliteitszorg en -bewaking in toenemende mate aandacht krijgt binnen de tandheelkunde. 'De ontwikkeling van standaarden en protocollen vormt er een onderdeel van. De protocollen die momenteel in ontwikkeling zijn behelzen onder meer horizontale verwijzing en *second opinion*. Het opstellen en het ontwikkelen van een behandelstrategie, het verwerven van algemene instemming van de beroepsgroep vergen natuurlijk veel tijd. Die behandelingsstandaarden vormen een stap in de goede richting, maar de verwachtingen erover moeten wel reëel blijven. Uit onderzoek van professor Grol blijkt dat het veel inspanning kost om huisartsen zich aan de standaarden te laten houden. Er is dus nog een lange weg te gaan alvorens de protocollen door een groot deel van de beroepsgroep worden nageleefd. Maar ja, als de beroepsgroep er niet in slaagt deze richtlijnen na te leven, dan dreigt op termijn ingrijpen van de overheid. Ook zorgverzekeraars zullen in toenemende mate gebruik maken van deze standaarden om behandelingsaanvragen te toetsen en controles uit te voeren. Een verplichtend karakter van de standaarden zal de acceptatie ervan door de beroepsgroep sterk bemoeilijken. Voordat het zo ver is, zitten wij helaas wel in de volgende eeuw.'