

SOCIALE TANDHEELKUNDE



THE NEW LAW ON PUBLIC DENTAL CARE IN SWEDEN ¹⁾

*An account of the proposals of the committee of Dental Experts
in 1937*

*by
Gösta Beijbom,
One of the five experts.*

Surveyed and translated by Y. Hildebrand

Introduction.

In Sweden, there has long been an urgent need of better dental care. By means of a number of special committees, the authorities have sought, during the last few decades, to investigate the matter and solve the problem of supplying this need. The last great investigation on the improvement of dental care was undertaken by the State Committee on the care of the sick, which published its findings on a national dental service in August, 1935. Since then opinions on the proposals of the State Committee have been published by a number of public institutions. Owing to the keen criticism coming from some quarters, one hardly dared to hope that this long pressing question would reach a speedy solution, especially as opponents of the proposals strongly urged the need of further trial before anything was settled. However, the provincial and county authorities took up a more benevolent attitude. Their views were naturally, above all, dictated by a lively desire to get something done for an improved dental service within a reasonable time.

So it looked as if a universal dental service in our country was going to be postponed, in spite of the proposals for its accomplishment which had been worked out and put forward by the Committee for the care of the sick at the request of the

¹⁾ Paper read. at the annual meeting of „Vereeniging van Nederlandsche Tandartsen” in Utrecht. April 23, 1938.

Government. But, luckily, it now seems as if that need not be the case. With clear insight into the necessity of avoiding any further delay in the accomplishment of improved conditions in this matter, the Minister for Social Affairs, committed to five experts the task of scrutinizing the proposals of the State Committee, so that a Bill to establish a Dental Service for the whole country was brought before the Swedish Parliament early in 1938¹⁾.

The rapid accomplishment of the work was due first to excellent leadership and a clever secretariat, and secondly to the access they had to the findings of the Committee for the care of the sick which, broadly speaking formed the framework of the experts' work, even though more or less important deviations were made from the proposals of the Committee. If cautious advance is made in this way, the risk of over-organisation will be eliminated and there need be no further.

The field of work of the Service.

A national dental service ought in principle to be open to all. But as the provision of dental care for children is especially urgent, the National Service should be organized with that end in view. The care of children's teeth must be the primary factor and its demands must be fundamental in the building up of the organisation. However, as there is also a great need of easily attainable dentistry for adults, that need should also be supplied as far as possible, in conjunction with the dental care of children. Dental policlinics should therefore be equipped and dentists appointed for the provision in the first instance of dental care for children but, beyond that, should also provide dentistry for adults.

The children's dental service should be available for all children and its cost mainly borne by the public, while dental service to adults should mostly be paid for by the patients themselves. The extent of the organization will thus be mainly dependent on the number of children who, under all circumstances must receive dental care. The Dental Service for children shall comprise all children, from the calendar year after their third birthday, until the close of the year in which they become 15 years of age. As the dental care of children of school age will probably be given by classes, it was deemed practical to include those aged 15, as many of that age are left in the continuation

¹⁾ This bill was passed in May 1938.

school. Dental service between the ages of 7 and 15 will not be limited to school-children but will be open to all.

The dental care of children will comprize the treatment of milk teeth also.

In order to encourage young people to continue the care of their teeth after leaving school it is proposed that from 16 to 19 years of age dental care shall be available at a reduction of 25 % on condition that these young people appear at the policlinic for annual examination.

To adults dental assistance will be available at the times appointed in order of application and in accordance with available resources. Differentiation of clients on a means basis, as recommended by the Care- of the -sick Committee is not considered advisable, nor capable of being performed with out friction. Moreover, such division is ruled out by the circumstance that the recipient of dental care shall, in the main, himself pay for the attention he obtains. In order to enable poor people and those of small means to have their teeth looked after, the State and the local authority should each pay 50 % of the cost of the attention which is deemed necessary.

The dental service will thus comprize all children aged from 3 to 15, who apply for it, and for whom the stipulated fees have been paid, as well as other persons as far as the resources admit. The available resources will then be the dental policlinics to whose equipment and management the State will contribute, as is outlined in the following, and also the central policlinics briefly mentioned in the foregoing. Obviously, there will be nothing to prevent the provincial councils from increasing these resources by their own contributions.

Organization of the Dental Service.

The Dental Service shall be organized by each provincial council in its own area and be mainly provided at District Dental policlinics suitably situated and equipped. In addition there shall be in every county a so-called central policlinic at one of the hospitals, preferably the central hospital. Furthermore, special arrangements shall be made to provide dental care for the inmates of certain institutions.

The district dental policlinics are to be permanent. Attached to them there shall be at least one dentist and one dental nurse. Only in districts where the long distances make attendance at the policlinic difficult, especially for children, should ambulatory policlinics be employed. The care of the latter would then be under-

taken by the staff of the permanent policlinic within the district, who would hold themselves in readiness to perform that work at suitable times. As mentioned, there must be at least one dentist appointed to each District Dental Policlinic. It is expected that in the period of one thousand hours per year — the time set apart for children — in a district with normal caries frequency, he could give dental care to 800 children. Should geographical or other reasons make it advisable for a larger number of children to receive attention at the same place, implying that the size of the district should be increased, then the size of the dental policlinic and the number of dentists must obviously be proportionally increased. Experience has shown that the quantitative result of the work is better when several dentists work at the same clinic. It will therefore generally be found advisable, where communications and other circumstances allow, to make the districts large enough for at least two dentist, to work at the same policlinic. Besides a better quantitative result of the work, there will also be the advantage of having a dentist always present at the policlinic. The cost of equipment will also be proportionately lower, because only one laboratory, one waiting-room and one X-ray apparatus will be required. Remembering what was said just now as to the advantage of several dentists working at the same policlinic, it should obviously be the rule for children and adults to receive attention at the same policlinic. Only in districts so large as to require more than two dentists, or where a dental policlinic has been established at a hospital, will it be found advisable to attend to children and adults at different policlinics. The adults can then be sent to the dental policlinic at the Hospital.

The division into districts and the need of dentists.

Dental care will thus be mainly given at a District Dental Policlinic for a certain district. Every county will be divided into dental districts for this purpose. It will fall to the Provincial Councils, as being responsible for Dental Service, to make proposals for the division, after consulting the various local authorities. These proposals will then be submitted to the Advisory Medical Board for approval. In the very first stage of division, which must be deemed provisional owing to the deficient knowledge of the spread of dental disease in the county, full advantage should be taken of the knowledge of caries frequency which may possibly exist as a result of the work of the school dentist in some quarters. A district should normally be large enough to employ a district dentist for 1900 hours a year. Of these 1900 hours, one

thousand should be devoted to child-dentistry and 900 hours to adult-dentistry. As all children from 3 to 15 years of age are to be afforded the possibility of dental care, the size of the district, or rather the number of dentist needed, will be decided by the number of children who can be treated by one dentist in one thousand hours. The knowledge of caries frequency which we already possess, indicates, that this number will vary very considerably in different parts of the country, perhaps as much as from 500 to 1200 children. The number of dentists needed will apparently be twice as many in the districts around Gothenburg and Boras as in Västmanland or Sörmland. A dentist should normally be able to treat about 800 children, when the organization has been completed, and taking into consideration the general reduction of caries frequency which a complete solution of the milk-tooth problem may be expected to bring about.

For a number of years at first it is not to be expected that more than 30% of pre-school children and 90% of the school children will apply for treatment, and this must be taken into consideration in the division into districts and the estimation of the need of dentists. On these presuppositions at the result will be that for all the provincial districts there will be needed about 800 dentists when the Dental Service is in full operation, while the Care-of-the-sick Committee had estimated about 600. This is a considerable increase which, inter alia, affords some guarantee that adults also will be able to obtain dental attention to a reasonable extent.

The appointment and remuneration of dentists.

As the Dental Service will be under the control of the provincial councils, the dentist should also be appointed by those councils. The procedure of appointment might be similar to that for the appointment of assistant doctors at the hospitals controlled by the provincial councils, except, that dentists should be appointed for an unlimited period, while assistant doctors are appointed for a certain number of years. When a district dentist is to be appointed, the post will be advertised in the organ of the provincial council, which body after consulting the Dental Inspector for that provincial area will make proposals and special recommendations, after which the appointment will be made by the Supervisory Medical Board. The qualification for service as District Dentist will obviously be that of a registered dentist.

It is proposed that a district dentist shall be paid a fixed salary the minimum of which shall be Kr. 7800 per annum. In

addition there will be an increase of Kr. 500 each after three, six and nine years' service respectively.

The working hours are to be 42 per week and 1900 hours in the year. This would allow for a month's holiday. A substitute is not considered indispensable during that month, for in cases where there is only one dentist at a policlinic, it might be closed for a month preferably at a time when the schools are also closed. Where several dentists work at the same policlinic, the holidays should be arranged so that there need be no interruption of the activities.

Dental technical assistants.

At the outset, at any rate, the employment of permanent dental technicians is not contemplated in the District Dental Service. The provincial councils are empowered to provide for the services of dental technical assistants in any way they deem practicable. It may be by resorting to private technicians or by the employment of technical assistants at the central policlinics and, perhaps, the larger policlinics, and then utilizing their services for the needs of neighbouring smaller policlinics.

A technical assistant would be needed for every four dentists and have included the cost of technical assistants among the expenses of the District Dental Policlinic, when they assigned the annual pay of a dental technician at about Kr. 4000 per annum. The proposal of the Care-of-the-sick Committee to make some use of dental nurses for technical work is not supported as the whole-time work of the nurse is needed for her proper task.

Dental nurses.

A dental nurse should be provided for every dentist. The nurses will be appointed by the due organ of the provincial council in exactly the same way as other nurses under that body. The requirements for the post of dental nurse should include the possession of a certificate of having passed the training course at the Dental Institute, or some other training approved by the Supervisory Medical Board. The training at the Dental Institute should be of one year's duration at most and free of expense to the trainees.

A District Dental Nurse should receive a minimum salary of Kr. 2000, plus an increase of 100 Kronor each after three, six and nine years of service respectively.

The District Dental Nurse, like the District Dentist, will be

granted a holiday of one month and be entitled to a pension from the State Pension Fund. It is proposed that the full pension shall be Kr. 1530 payable at 55 years of age and after 25 years of service.

Dental care at the Central Policlinics.

As a complement to the District Dental Policlinics it is proposed the setting-up of a central policlinic at one hospital in every county, preferably the central hospital. The purpose of the central policlinic would be to supply the need of treatment in the more complicated cases. It would have to be better equipped than an ordinary District Policlinic and the dentist working there would be expected to possess a high degree of skill. Over and above the treatment of severe cases, the central policlinic would supply dental care to the inmates of the hospital. Moreover, it shall, take over some of the work at the district policlinics when that becomes excessive, and finally it must form an integral part of the District Dental Service. When the central policlinic is in a large town, where the dental care of children alone requires more than one dentist, it will certainly be found advisable to locate the children at their own policlinic, and to treat the adults of the district at the central policlinic.

Dentists and nurses at the central policlinics will be appointed in the same way as District Dentists and District Nurses, except that the Board of the Hospital will also have a voice in the appointment of dentists. The remuneration of dentists and nurses will be determined by the Provincial Council, which alone will have to meet all expenses at the central policlinic, in so far as it cannot be shown to have taken over some part of the duties of the District Service in accordance with the plan for State contributions. All treatment given at the central policlinic, except that given on account of medical indications to hospital patients, shall be paid for according to a fixed rate. District dental care will obviously be paid for at the rates prevailing in the National Dental Service.

As was remarked above, it is intended that the Superintendent of the central policlinic will, as a rule, act as Inspector of the Dental Service in the county.

Dental Care at certain institutions.

The inmates of certain institutions such as shelters for children, institutions for blind, deaf and dumb, cripples, imbeciles and mentally diseased, as well as prisons, cannot usually receive dental

care at the District Dental Policlinics. However, as these persons ought also to obtain the dental assistance they need, special steps must be taken for their benefit. The problem of dental service for them must be solved in various ways. When the inmates of such institutions cannot easily be brought to a policlinic outside the institution, some simpler method must be devised for the care of their teeth within the institution. Inter alia, this will be necessary at mental hospitals. In other cases, for instance, shelters for children and the like, the inmates could receive dental care at the nearest policlinic. Children who are maintained in Homes or shelters and the children at institutions for the blind, deaf and dumb, cripples and epileptics, should receive dental care during the whole of their school time, irrespective of their age. The Government shall then pay the whole of the cost at State institutions of the kind just mentioned, and make a grant of Kr. 5 for every child inmate at the other institutions.

The cost of the lay-out of a policlinic.

A District Dental Policlinic for one dentist only ought to comprise a lobby for clothes, an ante-room, a working-room and a laboratory — which latter can, at the same time, serve as a sterilizing-room. Further, it is desirable that a small rest-room should be available. The total space needed is about equal to a flat of two rooms and a kitchen with the usual offices. The cost of fitting up such premises as a dental policlinic, at a low estimate, will amount to Kr. 1500. As a rule, premises for policlinics will not imply new building or extensive alterations, but can be obtained in existing premises either owned or rented.

The outfit of apparatus and instruments for a District Dental Policlinic is estimated to cost about Kr. 6000. The cost would be distributed as follows:

Apparatus, instruments and furniture for the working-room	Kr. 3200
X-ray apparatus	Kr. 1800
Laboratory equipment	Kr. 800

about Kr. 5800 at places

where there is alternating current. If there is only direct electric current, the cost will amount to about Kr. 6300.

The equipment of the central policlinics will obviously be considerably more expensive. The extra cost is estimated to amount to about Kr. 4000.

The complete equipment of a central policlinic will thus amount to close on Kr. 10,000.

Running expenses of a policlinic.

Guided by the expenses incurred at the School and Public Dental policlinics of Gothenburg, the running expenses of a District Dental Policlinic will amount to about Kr. 17,000 of which about Kr. 8,700 will go to the dental care of children and about Kr. 8,200 to the National Dental Service (adults).

The total cost and how it will be met.

The initial outlay shall be met by the Provincial Councils with contributions from the State. There is, however, no objection to the said Councils making agreements with borough and districts councils for the latter to take over local expenses, when such an agreement is deemed suitable. Of the 800 dentists who, in the opinion of the experts will be required when the dental service is fully established in all provincial council areas, it is estimated that about 500 will be working at one-man policlinics while the rest will be working in groups of two or three.

The total cost of the lay-out for the national dental service is estimated to amount to

Furniture, fittings etc.	1.050.000
Furniture, apparatus en instruments for district policlinics about	4.000.000
for central policlinics about	250.000
	<hr/>
	Kronor 5.300.000

This sum will be provided by the State to the extent of about Kr. 2,000,000

by the Provincial Councils to the extent of about Kr. 3,300,000

Kronor 5,300,000

The fixed annual payment to be made by parents and guardians for the dental care of children, is Kr. 5 for the first child. When application is made at the same time for the dental care of two children, the fee for the second child is to be reduced to Kr. 3 and for the third child to Kr. 2. When application is made at the same time for more than three children from the same family, the children after the third will receive free dental care. The annual fees payable by the same family for the dental

care of all their children from 3 to 15 years of age will thus never amount to more than Kr. 10. The local authorities will be held responsible for the paying over to the provincial councils of the stipulated fees for the dental care of children. It is calculated that the fees will provide the district policlinic with an income of Kr. 2400 per annum.

The Government will grant towards the running expenses of every District Dental policlinic where a dentist is occupied for one thousand hours per annum with the dental care of children and 900 hours in the Public Dental Service Kr. 4000 per annum, of which Kr. 3000 will go to the salary of the dentist, and Kr. 1000 to that of the nurse. It is also proposed that the State shall be responsible for the increments due to dentists and nurses. The other expenses connected with the dental care of children will be met by the provincial councils but, as was said before, they are at liberty to put the provision of premises in the hands of local authorities.

The *total cost of the dental care of children* at a one-man policlinic is estimated to amount to Kr. 8710 per annum.

This sum will be provided in the following manner:

Fees	2400
Government Grants	4000
Provincial Council Grants	2310
	8710

Kronor 8710

The running costs of that part of the District Dental Policlinic which provides for the National Dental Service and which are estimated to amount to Kr. 8200 per annum shall be covered by fees according to fixed rates. The rates shall be determined by the Government, but shall be so calculated that, with normal frequency, they will bring in to the policlinic Kr. 8200 in 900 hours of work. Should the income fall short of this amount, the provincial council will stand for the loss. Should there be a surplus, the profit will go to the provincial council.

In order to provide those of no means or small means with the needful dental care, the Government and the local authorities shall intervene. The dental care of these people shall, along lines closely agreeing with those followed in Gothenburg, be borne by Government and Local authorities on a 50—50 basis. Guided by the experience of Gothenburg, it is estimated that the cost of this will amount to Kr. 1.640.000 when the National Dental

Service has been established in all the provincial council districts. This sum will be equally shared by the Government and the Local Authorities. The dental care which, in this respect, will be enjoyed by persons of small means or no means is not to be regarded as aid to paupers and is not liable to restitution claims by the provincial councils.

The total cost of running the District Dental Service when it has been fully established in all the provincial council areas is estimated to be as follows:

for the dental care of children (800 × 8710)	Kr.	6,968.000
for the public Dental Service (800 × 8200)	Kr.	6,560.000
		<hr/>
	Kronor	13,528.000

This outlay will be met in the following way:

Children's dental service:

Fees for dental service (800 × 2400)	Kr.	1,920.000
Government grants (800 × 4000)	Kr.	3,200.000
Provincial Councils' grants (800 × 2310)	Kr.	1,848.000
		<hr/>
		6,968.000

Adult Dental Service		
Income of fees at fixed rates (800 × 8200)		6,560.000
		<hr/>
	Kronor	13,528.000

A District Dental Service fully established in all the provincial council areas would imply the following *burden for the public funds*:

The Government.

Grants for the salaries of District dentists and District Dental Nurses	Kr.	3,200.000
Increments of salary to District Dentists and District Dental Nurses calculated after two increments to each	Kr.	960.000
Contributions to the dental care of persons of no means or of small means	Kr.	820.000
		<hr/>
		4,980.000
Provincial Councils		1,848.000

Local Authorities.

Contributions towards the Dental Service fees of persons of no means or small means:

Children	Kr.	288.000	
Adults	Kr.	820.000	
			1.108.000
			<hr/>
			Kronor 7.936.000

The cost of running the central policlinics will be financed in the following manner. The dental care given there will comprise a) attention to inmates of the hospital and paid for by the hospital, b) special dental treatment, which expense will be met by treatment fees and c) district dental care of adults, entering into the foregoing summary respecting the cost of the District Dental Service. No other outlay for the running of these policlinics, beyond that appertaining to the hospitals for attention given to patients on medical indications, and which must be deemed part of the Hospital treatment, will thus fall to the provincial councils.

It is apparent that the cost to the public funds of the National Dental Service will be very considerable, when it has been fully established in the whole country. That will, however, take some years. The outlay during the early years need not be very heavy. It must be built up with caution. Very considerable sums already go to the School dental service. According to an investigation recently made by the Society of Dentists the expenses of the local authorities for a dental service which was in many cases not very satisfactory, amounted in 1935 to over two million kronor, and has since then risen considerably.

The dental care of children will cost 8.70 kronor per hour, as long as there are no increments of salary, against 13 kronor at the rate usually employed. This is a reduction of 40 % and, in addition, dental care will be afforded to adults at a rate, which for the most common forms of treatment, is 50 % below the current one.

Summary.

The national dental service shall be organized within the provincial council districts. The Provincial Council shall be the constituent, and committees of management will be the organs of management. The Councils themselves will decide when to bring the scheme into operation.

Dental care will be obtainable (a) at District Policlinics where

a dentist is occupied for 1000 hours with children aged from 3 to 15 and 900 hours with other persons, all this reckoned per year and (b) at the central policlinics situated at hospitals where, in the first place, the more difficult cases will be treated.

The cost of the dental care of children will be partly met by annual fees (5, 3 and 2 kronor respectively for the first three children from the same family, children after the third free) these fees being payable by the parents. The rest of the cost will be financed from public funds.

The dental care of adults will be covered by the fees which they will pay. Young people between the ages of 16 and 19 will, under certain conditions, enjoy a reduction of 25 %.

The rates are designed to cover the actual cost.

The fees to be paid by persons of no means or small means for dental attention shall, in accordance with certain principles, be paid by the State and the Local Authority on a 50—50 basis.

The State will make grants towards the equipment of the Districts Dental Service of an initial, non-recurrent maximum amount of Kr. 3000 per policlinic and dentist, and towards the running expenses of Kr. 4000 annually for the salaries of a dentist and a nurse and, further, the State will pay three increments of Kr. 500 each to the dentist and of Kr. 100 each to the nurses, provided that the minimum salary of a dentist is Kr. 7800, and that the minimum salary of a nurse is Kr. 2000.

Dentists and nurses will be eligible for membership in the State Pension Fund and dentists will receive a pension of Kr. 5400 per annum and nurses of Kr. 1530.

Dentists and nurses will be officials of the Provincial Councils. Dentists will be appointed by the Supervisory Medical Board on the recommendation of the Committee of Management. Nurses will be appointed by the Committee of Management.

EENIGE OPMERKINGEN OVER DE TANDHEELKUNDE IN HET ZIEKENFONDSWEZEN

II

door

A. v. d. Mey de Bie

Vooral van Ziekenfonds-zijde wordt tegen de betaling van de vulling door de patient dikwijls overwegend bezwaar gemaakt.

Van ziekenfondsstandpunt bezien ook een zeer begrijpelijke weerstand.

Aan den eenen kant erkent men natuurlijk wel de billijkheid dat de vulling aan den tandarts gehonoreerd behoort te worden, anderszijds zit men echter met de moeilijkheid van de „bestaande toestanden”, noodlottige erfenis uit vroeger tijd, toen onze Maatschappij zich nog niet zoo intensief met het Ziekenfondswezen kon bemoeien.

De „bestaande toestand” van vroeger, waarbij eigenlijk alleen maar wat wij nu zouden noemen: „eerste hulp” in de premie verdisconteerd was. De verzekerde kreeg: „tandheerkundige hulp” en daarmee uit! Het zou onredelijk zijn, van een leek, ziekenfondspatient of -bestuur à priori te verwachten dat deze een duidelijk inzicht zou hebben in het verschil in wezen van tandheerkundige eerste hulp en systematisch-rationeele-mondverzorging, tot welke begrippen wij zelf eerst later zijn gekomen.

Voor een ziekenfonds moet dit wel een aanleiding zijn tot de vraag: „maar is die tandheerkunde dan ineens zooveel kostbaarder geworden?”

Ik hoop dat door een en ander duidelijk wordt hoe het mogelijk is geweest dat, vaak geheel te goeder trouw, in vroeger tijd contracten en overeenkomsten zijn ontstaan die tandheerkundig en sociaal gezien kant noch wal raakten tot nadeel van de patienten en ook tot nadeel van de tandartsen, van wie men echter individueel toch onmogelijk kon verwachten dat zij de gevolgen van hun verbintenissen ook maar bij benadering konden overzien.

Vroeger was het inderdaad mogelijk zoo nu en dan een vulling op den koop toe te maken; deze mogelijkheid berustte op twee feiten:

- 1e. De vraag naar hulp door den patient was zooveel geringer, omdat men de waarde van het behoud van het eigen gebit veel minder inzag. Deze nam van 1918 tot heden toe van 16% tot 25%. Alleen al wat het *aantal* hulpvragenden betreft. De vraag naar vullingen is naar verhouding hierbij natuurlijk nog veel meer toegenomen.
- 2e. De prothesekosten waren zoodanig gesteld, dat met het surplus hiervan de kosten van een enkele vulling gecompenseerd werden.

Dit nu is een systeem wat men allerminst kan toejuichen als de rationeele methode voor goede tandheekkundige verzorging van zulk een groote groep der bevolking als het ziekenfondswezen vertegenwoordigt.

Ook eenvoudige goede tandheekkunde heeft niet de prothese als doel. Doel is het eigen gebit zooveel mogelijk te behouden, iets wat ook het leekenpubliek langzamerhand is gaan inzien.

De tandheekkundige propaganda van den tandarts gaat uit naar de vulling en niet naar de prothese.

Daarom moet het belang van den tandarts parallel loopen met deze opvatting. De vulling moet billijk gehonoreerd worden, maar ze *moet* gehonoreerd worden.

Uit deze moeilijkheden is de behoefte geboren tot het instellen van commissies ter bestudeering van dit onderwerp en aan een centrale leiding, opdat toch op de eerste plaats onder de deskundigen, de tandartsen, normen werden vastgesteld voor wat men had te verstaan onder tandheekkundige hulp voor ziekenfonds-verzekerden, en vooral welke minimum-eischen men aan goede tandheekkundige hulp diende te stellen.

In dit verband gelieve men te beschouwen de vele besprekingen in vergaderingen, de rapporten van de Unificatie Commissie, de N.P.P. Commissie en ten slotte de instelling der permanente Centrale Ziekenfonds-Commissie; deze laatste tevens als de uitvoerende commissie van de principieel vastgelegde richtlijnen.

Het kan wellicht den schijn wekken dat op het onderwerp: de vulling los van de vaste premie, wel wat al te veel de nadruk wordt gelegd.

Dit heeft zijn oorzaak in het feit dat naar mijn persoonlijke meening de kern der moeilijkheden met de ziekenfondsen in dit begrip gelegen is.

Bij de regelingen die de Maatschappij voorstelt vindt de weerstand der ziekenfondsen als regel het hoogtepunt in het verwijt: „en vroeger kon men wél tandheelkunde geven tegen een lage premie” of „in de plaats X is een regeling, waarbij de tandheelkunde heel wat goedkoper is”; waarmee men blijk geeft het hiervoor betoogde niet te begrijpen, en tevens vormt dit de verklaring van de voorliefde der ziekenfondsen om de tandheelkunde in eigen beheer te willen nemen.

Men kan inderdaad heel goed met een gering bedrag uitkomen voor „tandheelkunde” in het ziekenfonds; maar dan kan in dit bedrag slechts (of slechts in hoofdzaak) „leeken tandheelkunde” = het trekken van een kies die pijn doet, verdisconteerd zijn; in onze oogen geen werkelijke tandheelkunde, zelfs niet in haar eenvoudigste vorm.

Men ontmoet echter ook een welwillend begrijpen van onze voorstelling der zaken, en men wil ook de redelijkheid en de billijkheid van onze tarieven aanvaarden, maar... er is een concurrerend ziekenfonds, dat de „tandheelkunde” wél inclusief de vulling, gratis aan zijn ziekenfondsleden verstrekt (althans op papier), en hiermee is de geheele aangelegenheid teruggebracht tot een finantieele kwestie.

De drie standaard regelingen die onze Maatschappij den ziekenfondsen aanbiedt zijn genoegzaam bekend en ten overvloede aan het slot van dit artikel afgedrukt.

Uit het hiervoor betoogde volgt de conclusie dat onze regeling III, waarbij de eerste hulp (extractie wegens pijn) verzekerd is tegen f 0.25 per ziel per jaar, en de vulling hier geheel apart naast staat met een honoreering van f 2.—, *theoretisch* als de meest ideale zou moeten gelden, ware het niet dat deze regeling speciaal is ontworpen voor het platteland, waar te zeer weinig vraag naar tandheelkundige hulp is en ze ook de artsen nog vele extracties verrichten.

De extractie wegens saneering = extractie van *alle* elementen die niet behouden zullen worden, is in deze premie dan ook niet verdisconteerd.

Dat de vraag naar tandheelkundige hulp in de grootere centra veel belangrijker is dan op het platte land, waar men nog niet aan saneering toe is, spreekt wel van zelf.

Zou men deze regeling ook dienstig willen stellen voor de volledige hulp a.b.c. (extractie wegens saneering inbegrepen) dan zou de vaste premie misschien gesteld moeten worden op f 0.35— f 0.40 per ziel.

Theoretisch wellicht de meest juiste oplossing.

Er is echter een groot practisch bezwaar; wij hebben rekening te houden met de realiteit n.l. dat men bij zulk een regeling voorloopig waarschijnlijk terecht meent dat een betaling van f 2.— per vulling een remmende invloed heeft op de propaganda en de toename der mondsaneering. Eerst als een grooter deel van het ziekenfondspubliek de waarde van systematische saneering en geregelde contrôle voldoende is gaan inzien, acht men dit op zijn plaats. Zoolang dit echter nog niet het geval is, en nog slechts een percentage der verzekerden van de gebitsverzorging gebruik maakt, is het uit practische overweging aanbevelenswaardig regeling II toe te passen. Vaste premie f 0.50; patient betaald f 1.— per vulling.

Deze regeling II zou men derhalve in dit verband als een tijdelijke overgangsmaatregel kunnen beschouwen, waarbij van het overblijvende saldo van de f 0.50 premie 50% van de vulling aan den tandarts gehonoreerd wordt, en de overige 50% door den patient betaald.

Dit tijdelijke dient op te houden zoodra het aantal vullingen zoozeer stijgt dat dit overschot van de vaste premie ontoereikend zou worden en de honoreering van de vulling dus beneden de f 2.— zou dalen.

Hierbij vervult regeling II eenigszins tevens de taak het publiek tot de volledige saneering op te voeren.

Blijft ter bespreking regeling I.

Deze regeling is mijns inziens een concessie aan de starre wensch der ziekenfondsen om de vulling in de vaste premie te willen opsluiten.

Het moge hier nog eens voorop gesteld worden: De ziekenfondsen willen of durven niet over te gaan tot de invoering van een afzonderlijke honoreering van de vulling, niet door den patient en niet door het ziekenfonds zelf. Dit laatste niet omdat men meent dan geen begrooting te kunnen maken van de totale onkosten der tandheelkundige hulp. Deze moeilijkheid is echter wel gedeeltelijk te ontgaan, door b.v. eerst de patient aan den tandarts het vullingshonorarium te laten voldoen en later hiervan een percentage door het ziekenfonds aan den patient te restitueeren naar rato van het totale bedrag wat voor vullingen beschikbaar was.

De vulling op te sluiten in de vaste premie is echter psychologisch verkeerd voor den tandarts zoowel als voor den patient. Onjuist voor den tandarts omdat de vulling de meest tijdroovende der saneeringsbehandelingen is. Een gezonde prikkel de vulling en algeheele saneering te propageeren gaat van zulk een regeling niet uit, immers neemt door deze propaganda het aantal vullingen

toe, dan zal de honoreering voor den tandarts onder de f 2.— dalen.

Dit geldt des te meer voor die regelingen, reeds bestaande of door het ziekenfonds geëischte, waarbij men voor een regeling naar model Reg. I, minder dan f 0.75 per ziel beschikbaar stelt. Hierbij wordt dan alleen, of vrijwel alleen, de eerste hulp gehonoreerd, terwijl men van den tandarts, al of niet bewust, „tandheelkunde” verwacht. Men noemt echter *beide* begrippen: „tandheelkundige hulp van wege het ziekenfonds voor de verzekerden”. En nu mag men ethisch nog zulk een tandheelkundig hoogstaand standpunt innemen, dit is geen gezonde basis voor een finantieele regeling. Het zijn sterke beenen die de weelde van onderhonorering van de vulling kunnen dragen, en dan tevens van de bezitter van deze beenen te verwachten dat hij nog propaganda voor goede tandheelkunde zal maken!

Een dergelijk bezwaar geldt evenzeer of in nog sterker mate voor tandartsen die een uurhonorarium genieten; voor hen komt hier de drang van buiten bij, dat een groot aantal patienten per uur behandeld moet worden.

Immers bij het groeien van het aantal vullingen, waar dus meer tijd per patient = meer werkuren mee gemoeid is, wordt deze tandarts spoedig te „duur” voor het ziekenfonds.

Hier krijgt het ziekenfonds derhalve direkt finantieel belang bij het aantal gemaakte vullingen en de tandarts komt tusschen twee vuren te zitten. Het is onredelijk van deze tandarts propaganda voor mondverzorging te willen vergen.

Ook is het psychologisch onjuist voor den patient; deze mist elke opvoedende prikkel om op tijd zijn mond in orde te houden. Wacht hij te lang en komen er een paar caviteiten meer bij, geen nood, de tandarts maakt ze toch kosteloos.

De ziekenfondsen wenschen echter toch vrijwel uitsluitend een regeling waarbij de vulling geheel gratis aan de verzekerden verstrekt wordt.

Om zoowel de patient alsook de tandarts bij zulk een regeling zoo veilig mogelijk te stellen is door onze Maatschappij de premie hiervoor, naar ziekenfondsbegrippen vrij hoog gesteld moeten worden, n.l. f 1.— per ziel per jaar; er zijn echter omstandigheden waardoor ze varieeren kan tot minimaal f 0.75. Het is door verschillende factoren zeer bezwaarlijk één vaste finantieele norm hiervoor aan te nemen.

Van deze variabele factoren kunnen genoemd worden: Het percentage van het totaal aantal verzekerden wat zich per jaar voor tandheelkundige hulp aanmeldt (opkomst).

Het sociale gehalte der patienten.

Groote centra of kleine, etc.

Alle elementen die van grooten invloed zullen zijn op de grootte der vraag naar hulp of vullingen.

Wat de gevolgen zijn bij een systeem van een vaste premie waarin de vulling voor 100% opgesloten zit (Reg. I) en die voor 50% (Reg. II) en op welk moment een redelijke honoreering hierbij ophoudt toont onderstaande grafiek.

Tot goed begrip moet men de volgende punten hierbij in aanmerking nemen:

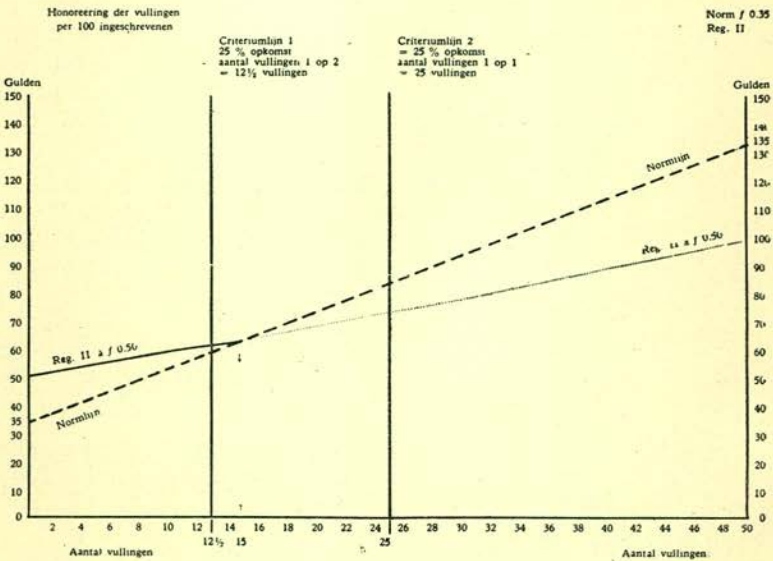
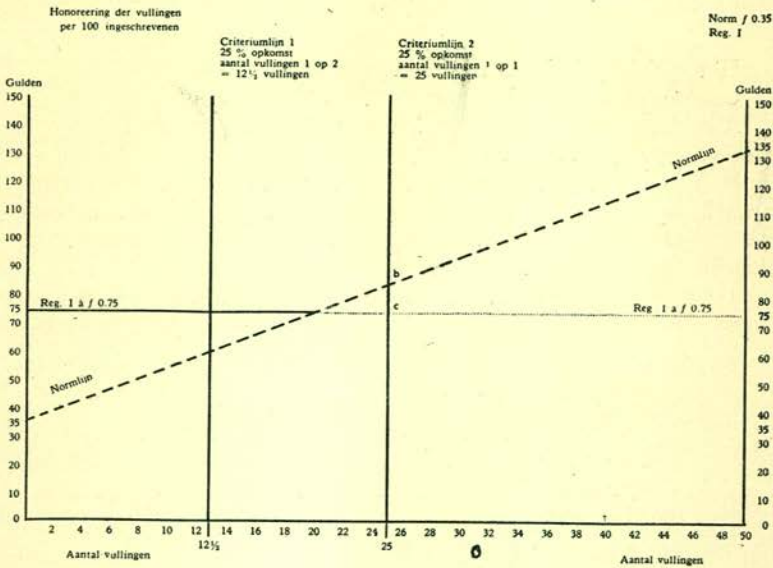
- 1e. Dat de honoreering van f 2.— voor de vulling een redelijke en billijke honoreering is.
- 2e. Dat een vaste premie van f 0.35 per ziel per jaar toch zeker niet te hoog is voor alle noodige extracties inclusief die wegens saneering. Wellicht zijn er deugdelijke argumenten om dit op f 0.40 te stellen.
- 3e. Moet men bij het aflezen der grafiek rekening houden met de huidige toestand, n.l. dat van het totaal aantal verzekerden (zielen) een 20% tot 25% per jaar om tandheelkundige hulp vraagt.
- 4e. Dat een gemiddelde van één vulling per twee opgekomen patienten per jaar proefondervindelijk een verhouding is die bij goede regelingen bereikt wordt (vullingenindex 1 op 2) soms zelfs een gemiddelde van één vulling op elke opgekomen patient (vullingenindex 1 op 1). In de grafiek criteriumlijn 1 en 2 genoemd.

Reg. I f 1.— per ziel per jaar (vulling geheel in premie inbegrepen). Hiervoor wordt gegeven hulp a. b. c. en d. Dit bedrag kan in verband met de tijdsomstandigheden voorloopig worden teruggebracht tot f 0.75.

Reg. II f 0.50 per ziel per jaar (vulling voor 50% in premie inbegrepen). Hiervoor wordt gegeven hulp a. b. en c. Bijbetaling per vulling f 1.—.

Reg. III f 0.25 per ziel per jaar (vulling geheel los van de premie) Hiervoor wordt gegeven eerste hulp. Bijbetaling per vulling f 2.—.

Bij Reg. II en III kan de bijbetaling voor vullingen geschieden door den patient of door het Ziekenfonds.



Reg. III is uitsluitend bedoeld voor het platte land, waar kan worden verondersteld dat, door de vaak groote afstanden, minder vraag naar hulp zal zijn.

Toelichting bij de figuren:

Beschouwt men grafiek 1.

De verticale lijnen rechts en links geven aan het honorarium per 100 ingeschrevenen. De horizontale aan de basis het aantal vullingen per 100 ingeschrevenen en wel van 0 tot 50.

Beschouwt men eerst alleen de normlijn.

Deze begint bij de linker verticale bij 35 en geeft aan dat wanneer bij 100 ingeschrevenen 0 vullingen gemaakt worden $f 35$ aan honorarium wordt ontvangen (alleen voor extracties inclusief die voor saneering).

De normlijn eindigt bij de rechter verticale op 135, ze geeft aan dat als bij 100 ingeschrevenen 50 vullingen worden gemaakt (= vullingen index bij 25 % opkomst 4 op 1) $f 135$ wordt ontvangen. De vulling wordt dus gemiddeld gehonoreerd met $f 135 - f 35 = f 100$ gedeeld door 50 = $f 2$.—

Dit is op elk willekeurig aantal vullingen (tusschen 0 en 50) uit de grafiek af te lezen.

Neemt men bijv. criteriumlijn 1 = gem. $12\frac{1}{2}$ vullingen per 100 ingeschr.

Het snijpunt van deze lijn met de normlijn ligt precies op de hoogte van $f 60$ (linker verticale).

De vulling wordt gehonoreerd met $f 60 - f 35 = f 25$ gedeeld door $12\frac{1}{2} = f 2$.—

Voor elk ander aantal vullingen trekt men vanuit de horizontale basislijn, (vullingenlijn), vanuit dit willekeurige getal een verticale dan leest men op de hoogte van het snijpunt met de normlijn het aantal guldens af, wat gehonoreerd wordt, dit getal herleid als bovenstaand voorbeeld zal steeds $f 2$.— voor de vulling geven.

Zet men in deze figuur Reg. I uit à $f 0.75$ per ziel dan is dit een horizontale lijn, immers het honorarium is altijd $f 75$ per 100 ingeschrevenen, zoowel links als rechts eindigt deze lijn derhalve op 75.

Wij lezen nu het volgende af:

De Reg. I lijn snijdt de normlijn in punt a.

De verticale behoorende bij 20 vullingen blijkt ook door punt a te gaan.

Conclusie: Bij deze Reg. I en dezen norm wordt bij 20 vullingen per 100 ingeschrevenen gemiddeld $f 2$.— per vulling gehonoreerd.

Voorbij dit snijpunt verwijderd de Reg. I lijn zich steeds verder van de normlijn, m. a. w. de vullingen worden gemiddeld per vulling steeds lager dan $f 2$.—

Bijv.: Er worden 25 vullingen gemaakt snijpunt met Reg. I. lijn is punt c: hon.: $f 75$.—, snijpunt met normlijn is punt b, dit blijkt te zijn op de horizontale van $f 85$.— Er wordt voor deze 25 vullingen dus te weinig gehon.: $f 10$.— (afstand b—c = 10); dit is per vulling $f 0.40$. Deze 25 vullingen worden dus per vulling gehon. met $f 1.60$.

Een dergelijke berekening is natuurlijk bij elk ander vullingengetal af te lezen.

Op grafiek 2 is Reg. II op dezelfde wijze uitgezet (f 0.50 per ziel f 1.— per vulling bijbetaald).

Hier blijkt het snijpunt met de normlijn reeds bij 15 vullingen te liggen: daar is de hon. der vulling dus juist f 2.—.

De verwijdering van de normlijn is echter veel geleidelijker dan bij Reg. I, de hon. der vulling daalt derhalve veel minder snel dan bij Reg. I; Reg. II heeft ook voor den tandarts veel meer elasticiteit dan Reg. I.

Voor elk aantal gemaakte vullingen is weer op dezelfde wijze als hiervoor aangegeven af te lezen met welk bedrag de vulling gemiddeld gehonoreerd wordt.

(Wordt vervolgd).

DE SCHOOLTANDHEELKUNDIGE DIENST IN UTRECHT OPGEHEVEN

Wij nemen uit het Utr. Nieuwsbl. het volgende over :

WETHOUDER TEN DIEPSTE TELEURGESTELD.

De heer Ploeg begrijpt nog steeds niet waardoor geprojecteerde schooltandverzorging geen doorgang kon vinden.

„Het feit, dat de schooltandverzorging zooals die in onze stad was opgezet en die gedurende een jaar beproefd werd, tenslotte niet kan gecontinueerd worden, heeft mij bitter teleurgesteld.” Wethouder Ploeg, dien wij over deze kwestie spraken, zegt dit met nadruk en wij voelen uit het verdere, dat hij ons vertelt, hoe hij het verloop van zaken in deze aangelegenheid van ganscher harte bejammert.

„Ik erken natuurlijk ten volle, dat wat er tot stand gebracht werd, niet ideaal te noemen was. Wanneer onze stad de beschikking gehad zou hebben over voldoende gelden, dan zou ik natuurlijk indertijd ook niet bij den Raad zijn gekomen met een voorstel, behelzende een tandverzorging via het tandheelkundig instituut. Dan zou men m.i. hebben moeten gaan in de richting van een volledige gemeentelijken dienst. Maar het spreekt vanzelf, dat zoo'n dienst tienduizenden zou hebben gekost en daarvoor is de tijd, waarin wij thans leven natuurlijk niet de meest geschikte. Vandaar tenslotte het denkbeeld van de inschakeling van het Tandheelkundig Instituut. Met steun daarvan kan dan tenminste het principe van de schooltandverzorging worden ingevoerd. En ik ben ervan overtuigd, dat na eenige jaren, dit instituut zoo zou zijn ingeburgerd, en door de ouders zeker zóó gewaardeerd zou worden, dat, wanneer er weer eens wat meer geld zou zijn geweest, niemand tegen de grootere offers van een eigen dienst zou hebben opgezien.

Maar thans zijn al die perspectieven van de baan. Wij hebben de proef moeten beëindigen, zonder tot een meer definitieve instelling der verzorging te kunnen overgaan. Ik begrijp eerlijk ge-

zegd zelf nog niet, hoe dat mogelijk is en ik herhaal, dat ik diep teleurgesteld ben, want nu is het met de tandverzorging weer voor jaren afgelopen.

In het kort verhaalt de wethouder dan wat er gebeurd is. Dank zij den steun van de rechtsche wethouders nam de Raad indertijd met een zeer kleine meerderheid het voorstel voor den proef aan, die dan 1900 gulden zou kosten. Maar Ged. St. begonnen met bezwaar te maken. Nochtans vond ik bij het college in zooverre steun, dat alhoewel de meerderheid niet voornemens was mede te werken aan een beroep op de kroon, men toch bereid bleek de kwestie nog eens te bezien bij de behandeling van de begroting. T o e n is echter weer deze moeilijkheid gekomen, dat het Tandheelkundig Instituut verklaarde niet verder te kunnen medewerken. Dat was wel een heel groote tegenvaller, want het meer definitieve contact lag al ter teekening voor.

Ik had ten behoeve dezer zaak verleden jaar met minister Slotemaker de Bruïne overlegd en, deze bewindsman ging tenslotte met deze proef accoord. Men zou dus gedacht hebben, dat, ná het slagen van die proef, de verdere medewerking van het Instituut en van de andere onderwijsinstanties verzekerd was. Dit is echter een misrekening geweest . . .

Eveneens is een misrekening geweest de veronderstelling, dat de toestemming van den Rijksinspecteur voor het L.O. voor de proef tevens beteekende, dat een slagen van die proef zou beduiden: een verdere medewerking. Want ofschoón de proef slaagde, hebben wij daarna van den inspecteur bericht gekregen, dat hij geen verdere medewerking kan verleen, omdat tandverzorging geen schooltaak is. Naar mijn meening is dit een principe, dat dan al vóór de proef naar voren had kunnen zijn gebracht. Maar zelfs de minister had er geen bezwaar tegen. En nu blijkt eensklaps de inspecteur wél bezwaar te hebben. Weliswaar heeft hij in de tweede plaats aangevoerd het bezwaar van de verzuimen, maar men weet toch waarlijk wel, dat, wanneer een kind een eigen tandbehandeling ondergaat, dit ook schoolverzuim meebrengt. . ."

Een andere poging.

„Is er nog getracht om op een andere wijze toch de schooltandverzorging in stand te houden?”

„Ja, dat is inderdaad getracht. Kijk eens, de tandartsen hebben de instelling van de schooltandverzorging zéér toegejuicht. Zij waren er zoowat allen vlák voor. Dat heeft er dan ook toe geleid, dat toen onze opzet plotseling in elkaar begon te zakken, dank

zij het initiatief van de afdeeling Utrecht der Maatschappij tot bevordering van de Tandheelkunde, een ontwerp werd gemaakt, 't welk behelsde, dat een groot aantal tandartsen zich gratis een aantal ochtenden ter beschikking zouden stellen ten behoeve der tandverzorging. Hoez er ik deze medewerking ook op prijs stelde, heb ik toch gemeend, dat dit niet aanvaard mocht worden. Het gaat in de eerste plaats niet aan, dat afgestudeerde menschen voor niets gaan werken, maar bovendien kan men geen serieuze semi-overheidsinstelling baseeren op een vriendelijke medewerking. De kans bestaat dan immers altijd, dat er begrijpelijke bezwaren rijzen, waardoor de uitvoering van wat men zich voorstelde, toch in het honderd gaat loopen. Daarom is er toen nog wel een becijfering gemaakt, met als grondslag een minimumvergoeding aan de medewerkende tandartsen. Maar met dit stelsel bleek weer een bedrag gemoeid, dat de som van de aanvankelijk gefixeerde 1900 gulden eenige malen overtrof. Daaraan kon dus ook niet begonnen worden. Vandaar dat de zaak toen maar stopgezet is.

Maar eerlijk gezegd, ik kan voor al dezen tegenslag nog geen goede verklaring vinden. Weliswaar was de rechterzijde in den Raad in het algemeen tegen den opzet, maar in het Stichtingsbestuur vond men menschen van allerlei richtingen, onverdachte principe-menschen, die hun groote sympathie aan het werk der stichting hadden verpand. Het R.K. lager onderwijs had de grootste belangstelling voor onzen opzet. Zoo sterk zelfs, dat de meeste medewerking juist ondervonden werd van de R.K. scholen. Menschen, die een zeer belangrijke rol spelen bij dat onderwijs, werkten van ganscher harte, ik zou het nog sterker kunnen zeggen, aan dezen arbeid mee, maar het heeft niet mogen baten . . .”

En de teleurstelling van den heer Ploeg, die ons in al zijn woorden tegenklonk is nog niet uit zijn stem verdwenen, wanneer wij weer vertrekken . . .