

# BEROEPS- BELANGEN



## EENIGE OPMERKINGEN OVER DE TANDHEELKUNDE IN HET ZIEKENFONDSWEZEN

door

A. v. d. Mey de Bie.

III.

(Slot.)

Ondanks de groote afkeerigheid der ziekenfondsen van de honoreering der vulling door de patient, zijn er vooral in de latere jaren toch vele model-contracten in dezen geest tot stand gekomen; zoo bijvoorbeeld te Bloemendaal, Dieren, Groningen, Den Haag, Hardinxveld, Harlingen, Helmond, Herwijnen, Middelburg, Nijmegen, Oss, Valkenswaard, Vechel, Venlo, Vuren en Zutphen.

Deze opsomming heeft allermint de pretentie volledig te willen zijn, wellicht dat de lezer ze terstond kan aanvullen.

Men hoort wel het verwijt dat onze Maatschappij, terwijl de richtlijnen nu langzamerhand zoo tot in details uitgestippeld voor ons liggen, toch oogenschijnlijk zou berusten in het voortbestaan van regelingen die evenzoovele wantoestanden zijn. Hierover dient vooreerst opgemerkt te worden dat hoewel er nog ondeugdelijke contracten van kracht zijn en reeds sedert jaren geen nieuwe bij kunnen komen. Nieuwe overeenkomsten, die niet aan de minimum voorwaarden zouden voldoen worden niet meer afgesloten. Natuurlijk zijn de slechte contracten ook in de oogen der bevoegde instanties een gruwel; het zou echter heel wat eenvoudiger zijn als men op dit gebied met een schoone lei zou kunnen beginnen dan dat er getracht moet worden uit een moeras te geraken waar men al jaren in zit.

De pogingen tot verbetering dienen echter te geschieden langs lijnen der evolutie; met een revolutie is het risico dikwijls grooter dat men er meer bij verliest dan men er bij winnen kan. Zoo er maar een enkele kans is tot verbetering wordt deze natuurlijk

aangegrepen. Men moet hiervoor echter de geheele toestand terdege kunnen overzien, want er is met één ondoordachte maatregel vaak meer bedorven dan in jaren met veel moeite werd tot stand gebracht.

Daar het ontstaan der ondeugdelijke overeenkomsten uit historisch oogpunt beschouwd geheel te verklaren is, moet men hier een scherpe grens trekken tusschen de contracten van ouden datum en die plaatsen waar nog geheel geen tandheelkundige hulp bestond en men de gelegenheid heeft deze van meet af aan op te bouwen. Hier geldt de straffe voorwaarde: beter geen tandheelkundige hulp dan slechte.

Wat de onjuiste toestanden betreft hoort men zelfs wel eens de eisch uiten dat de Maatschappij haar leden dan maar moet verbieden langer voor zulk een ziekenfonds werkzaam te blijven.

Inderdaad zou dit een juiste weg kunnen zijn als men bij zulk een geval maar een eenigszins redelijke kans heeft dat in plaats van de onjuiste toestand een betere zou ontstaan. Deze redelijke kans is echter slechts bij uitzondering aanwezig, zoodat het eenige direkte gevolg van zulk een verbod zou zijn dat een nog slechtere tandheelkundige regeling in de plaats der oude komt, zoo noodig geheel buiten de Maatschappij. Hoe spoedig hoort men niet, als de onderhandelingen niet voldoende vlotten, van ziekenfondszijde de suggestie, dat men dan maar zal overgaan tot het aanstellen van „eigen” tandartsen of het oprichten van een „eigen” polikliniek.

Als een modelcontract, volgens onze richtlijnen tot stand komt berust het fundament hiervan gewoonlijk op de volgende gronden:

- 1e. Een ziekenfondsbestuur is werkelijk overtuigd geworden van de billijkheid en redelijkheid van de Maatschappij voorstellen en heeft bij invoering daarvan niet de concurrentie te duchten van een ander ziekenfonds wat zijn verzekerden meer belooft zonder bijbetaling der vulling.
- 2e. De solidariteit der plaatselijke tandartsen sluit de mogelijkheid van een andere regeling uit.

Zoolang er echter in of buiten de Maatschappij nog collegae gevonden kunnen worden die bereid zijn zich aan een ziekenfonds te verbinden op practisch elke voorwaarde die dit ziekenfonds hun voorschrijft, kan men ook op deze wijze niet veel bereiken; tenzij de regeering in deze materie zou ingrijpen.

Het is bovendien een bitter ervaringsfeit dat juist diegenen die zich het heftigste over bestaande toestanden beklagen vaak het



eerste bereid blijken te zijn zich aan zulk een ziekenfonds te verbinden.

Hoewel deze algemeene opmerkingen over de tandheekunde in het ziekenfondswezen geenszins de bedoeling hebben een volledig beeld te willen geven zoo meen ik toch dat eenige woorden over de zoogenaamde kliniek- of huisbehandelingskwestie in dit verband niet achterwege kunnen blijven. Ook is het mij bekend dat een zeer competente commissie, bestaande uit deskundigen op dit gebied, dit wellicht eenigszins preciaire onderwerp momenteel in studie heeft. Dit behoeft echter, mijns inziens, geen bezwaar te zijn voor een Maatschappij-lid om zijn individueele opmerkingen hierover te mogen maken. Dit te meer daar ik mij bij elke discussie over „het kliniek- of huisbehandelingssysteem” steeds minder kan los maken van de overtuiging dat de voorvechters van een van deze beide systemen in zekeren zin voortdurend langs elkaar heen praten.

De voorstanders van het zoogenaamde „kliniek systeem” hebben bij hun pleidooi voortdurend voor oogen: De ideale polikliniek, dit wil zeggen, een kliniek waar de tandheekkundige principen (goede tandheekkunde in den volledige omvang van dit begrip) nummer één staan.

Wie zou deze opvatting niet ten volle toejuichen?

Zij meenen dat slechts in kliniek verband een goede behandelingsmethode is door te voeren. Dat het behandelingssysteem, door onze Maatschappij als eenig juiste voor deze groep patienten ontworpen, alleen *daar* tot zijn recht kan komen.

In het kort, zonder dat dit met evenveel woorden gezegd wordt, men verdedigt de Professie-kliniek.

Deze opvatting moge theoretisch volkomen juist zijn, ze houdt geen rekening met de realiteit.

De realiteit is dat de ziekenfondsen nog meer gekant zijn tegen de Professie-klinieken dan tegen de huisbehandeling.

De strijdvraag of uurhonorering in het algemeen de voorkeur heeft boven een andere kan hier als zoodanig achterwege blijven, en komt later nog vanzelf ter sprake.

De voorstanders der huisbehandeling baseeren hun conclusies op de werkelijkheid.

Deze werkelijkheid verschilt hemelsbreed van de idealen der kliniek voorstanders. Juist de meest ideëele argumenten kunnen lijnrecht in strijd komen met de belangen der ziekenfonds klinieken. De klinieken in Nederland bestemd voor deze groep patienten zijn klinieken direkt of indirekt geëxploiteerd door ziekenfondsen. Professie-klinieken worden door hen niet geduld.

Zeker, de ziekenfondsen hebben ook belang bij goede tandheelkunde, d.w.z. goede „leeken tandheelkunde” en deze gaat niet verder dan dat de patient tevreden is gesteld. Zij hebben geen belang bij tandheelkunde zooals wij die interpreteeren. Zij hebben echter vooral belang bij een zoo voordeelig mogelijke exploitatie voor de tandheelkunde.

Hoe meer een kliniek-tandarts zich er op toelegt de tandheelkunde zoo goed mogelijk uit te oefenen, hoe meer hij werk maakt van saneering, hoe onvoordeelijker voor het ziekenfonds. Vullingen kosten aan het ziekenfonds tijd (honoreering) en de prothese levert inkomsten voor de kliniek.

Een kliniek-tandarts, die in deze omstandigheden zijn plicht als tandarts ten volle vervult dwingt daarom veel meer onze bewondering af dan een huistandarts.

De ziekenfondsen hebben vooral belang bij medewerkende tandartsen, die zij zooveel mogelijk in de hand hebben, in dienstverband, en liefst geheel van hen afhankelijk. Zij wenschen klinieken, daar de direkte invloed der ziekenfondsen bij de medewerkers op hun eigen klinieken veel grooter is dan bij de huistandartsen. Dat hier echter een weg geopend wordt die ten slotte de verzekerde het kind van de rekening kan doen worden ligt voor de hand.

Het is hier niet de plaats deze beweringen met concrete gegevens te staven, in hun algemeenheid ligt het vanzelfsprekende hiervan voldoende voor de hand.

Ook doet het argument nog steeds opgeld dat de kliniek behandeling goedkooper zou zijn dan de huisbehandeling.

Het moest nu maar eens voor goed uit zijn met deze onjuiste bewering, die nog steeds op een afdoende bewijs wacht.

Tandheelkunde op klinieken is nooit goedkooper dan deze zelfde tandheelkunde in de huispractijk. Dit is a priori reeds aan te nemen omdat de exploitatie der kliniek met alles wat daarbij behoort extra bij de direkte onkosten der tandheelkundige verrichtingen komt. Zeker, er kunnen andere motieven zijn waarom men dit duurder op den koop toe wil nemen; maar zoo de ziekenfondsen (verzekerden) dit bedrag moeten fourneeren brengt het extra kosten voor de tandheelkundige hulp met zich mee. Maar ook nuchtere cijfers, vergelijkbare cijfers, toonen duidelijk aan dat de tandheelkunde op de ziekenfondsklinieken duurder is voor de verzekerden dan de huisbehandeling. Teekenend is in dit verband de opmerking van een ziekenfonds-directie toen haar cijfers werden voorgelegd: „als er maar eens alléén ziekenfonds-klinieken waren en geen huisbehandeling, dan zou het wél goedkooper zijn”. Inderdaad, deze opmerking is volkomen juist, zoo men



hiermee het zelfde wil te kennen geven als met de constatering dat een fiets goedkoper is dan een auto, terwijl men met beide toch op reis kan gaan.

Want deze goedkoopte moet noodzakelijk aanleiding geven tot minstens één der onderstaande gevolgen:

Men onderhonneert zijn medewerkende tandartsen

Men doet ze onder hoogen druk werken

Men voert het tempo op door spreekuren met een groot  
aantal patienten

Men verstrekt zijn verzekerden geen saneering.

Ook wordt het argument aangevoerd dat slechts op een kliniek een ethisch en effectieve behandelingsmethode is door te voeren, dit alles onder de tandheelkundige controle van een leider.

Ik zou hier een enkele vraag willen doen.

Wie stelt deze leider op een ziekenfondskliniek aan?, en wie vervangt deze leider door een ander collega zoo hij niet voldoet? De tandartsen of de ziekenfondsen?

Men kan geheel afzien van de vraag of in onze oogen een leider gewensch is of niet, in ieder geval behoort de aanstelling van deze collega *geheel* in handen van de tandartsen te zijn en niet in die van leeken om te bepalen wat tandheelkundig nuttig en noodig is.

Zij die meenen dat er collegae gevonden worden die niet op een voldoende tandheelkundig ethisch peil staan om aan hen de behandeling van deze groote groep van patienten toe te vertrouwen, mogen het volgende bedenken.

De uitoefening der tandheelkunde is in zekeren zin een monopolie wat de wetgever een bepaalde groep van deskundigen in handen legt, echter niet zonder zijn welomschreven eischen en waarborgen hiervoor te stellen. Deze eischen zijn vervat in een voorgescreven opleiding en een aantal examens. Deze opleiding omvat evenzeer een doordringen van de candidaten dat zij hun uiterste best doen de vaardigheid machtig te worden voor hoogstaand tandheelkundig werk alsook van een conscientieuse beroepsethiek, hetgeen culmineert in de eed of gelofte dat men de tandheelkunde naar beste weten en kunnen zal uitoefenen.

Het is mij niet bekend dat de wetgever deze eischen ook aan leeken stelt.

Bovendien is dit monopolie bedoeld voor de uitoefening der tandheelkunde bij het geheele Nederlandsche volk hetgeen de zeer groote groep ziekenfonds-leden includeert; in ieder geval kan men deze zeer groote groep toch moeilijk als een afzonderlijke daarnaast beschouwen.

De kwestie kliniek- of huisbehandeling, leider of geen leider zijn geheel interne aangelegenheden voor de tandartsen zelf en voor de opleiding; hier moet elke mogelijkheid van invloed van ziekenfondszijde buiten gehouden worden.

Stelt men zich op het starre standpunt dat de behandeling op een kliniek alléén de ideale is, wat is er dan tegen om de tandartsen plaatselijk, of waar de omstandigheden dit gewenscht maken deze hulp op een eigen onderling beheerde kliniek te laten geven, al brengt dit voor die tandartsen zelf dan ook meer onkosten met zich mee. Maar deze kliniek moet dan geheel en al buiten de bemoeienis der ziekenfondsen zelf staan, dus ook zonder uurhonorering door de ziekenfondsen.

De weg naar de „ideale kliniek” ligt stellig meer via het huis-tandartsensysteem dan via de ziekenfondsklinieken.

Er wordt in deze kwestie niet genoeg naar voren gebracht het feit dat er een fundamenteel en principieel verschil is tusschen een *ziekenfondskliniek* en een *professiekliniek*, waardoor de argumentatie van een van beide partijen vaak zijn doel mist.

Er bestaat mijns inziens eigenlijk geen controverse: Kliniek-systeem — Huisbehandelings-systeem. Veeleer is er een tegenstelling tusschen de volgende begrippen. Aan den eenen kant: „Ziekenfonds-klinieken” en hier te samen als geheel tegenover: „Huisbehandeling met eventueele Professie-klinieken”.

Ik zie in de oprichting van ziekenfonds-klinieken een ernstig gevaar voor de uitoefening van het vrije beroep, ergo voor de tandheelkunde. Hoe grooter het aantal ziekenfonds-polikliniek-tandartsen, des te grooter het aantal afhankelijke collegae voor wien de mogelijkheid dreigend wordt telkens in botsing te kunnen komen met hun opvattingen over goede tandheelkunde.

Met het toestaan van het oprichten van eigen klinieken aan de ziekenfondsen legt men via den weg van den minsten weerstand (n.l. de van hen afhankelijke medewerkers) de eindbeslissing over de wijze van uitoefening der tandheelkunde, ten slotte in handen van leeken.

#### Conclusies:

1. De tandartsen dienen zich er van bewust te zijn dat zij zich nauwer aaneen moeten sluiten om het onmogelijk te maken dat er ondeugdelijke tandheelkundige hulp bij de ziekenfondsen wordt verstrekt.
2. De vulling moet afzonderlijk, per verrichting en met een gereduceerd tarief gehonoreerd worden.

3. De tandheelkunde, en elk onderdeel wat dit begrip omvat, blijve in handen der tandartsen.
  4. De Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde geve geen toestemming meer aan haar leden om zich te verbinden aan nieuwe ziekenfonds-klinieken.
  5. Er moeten ernstige pogingen worden overwogen om de exploitatie der bestaande ziekenfonds-klinieken in handen der tandartsen te doen overgaan.
-