

BEROEPS- BELANGEN



DE SOCIOLOGISCHE ONDERGROND VAN DE CONTROVERSE
TUSSCHEN POLIKLINIEK- EN DE HUISBEHANDELING

DOOR

J. N. TEKENBROEK

De toepassing der sociale tandheekunde, en daarmede ook het polikliniekwezen, is niet een tandheekkundig, maar meer een sociologisch vraagstuk.

In de Aprilaflevering van het Tijdschrift voor Tandheekunde (blz. 247) treft men overgenomen uit „Het Ziekenfonds”, het officieele orgaan van den Centralen Bond van Ziekenfondsen, een pleidooi voor het behoud van de tandheekkundige poliklinieken.

De daarbij aangevoerde cassatiemiddelen tegen het reeds over de poliklinieken uitgesproken vonnis vormen een goeden grond voor een nadere beschouwing van het polikliniek-vraagstuk.

In dit betoog dan worden drie punten naar voren gebracht om het bestaansrecht der poliklinieken te bepleiten tegenover de voorgeschreven liquidatie dezer instellingen door het bepaalde in artikel 13 van het derde Uitvoeringsbesluit op het Ziekenfondsenbesluit.

In de eerste plaats zou, volgens dit betoog, door het opheffen der poliklinieken aan een tandheekkundig belang van de sociaal verzekerden worden te kort gedaan; in de tweede plaats wordt gesteld, dat bij de opheffing een finantieel belang der gemeenschap, dan wel van de fondsen zou worden geschaad door het verlies van de in de poliklinieken geïnvesteerde gelden en in de derde plaats wordt mogelijke finantieele schade voor de aan de poliklinieken medewerkende tandartsen door het verlies van een vaste bron van inkomen als argument aangevoerd.

Het thans door gaan breken van betere sociale tandheekkundige inzichten en verlangens ook buiten den engeren kring der tandartsen zal de vraag naar tandheekkundige hulp in de naaste toekomst doen stijgen; men zal daardoor binnenkort geschoolde handen te kort moeten komen. Alle gelukkige bezitters van een tandheekkundige bevoegdheid kunnen daarom zelfs in dezen onzekeren tijd hun materieele toekomst met een zeker vertrouwen tegemoet zien. En dit niet alleen omdat de totale hoeveelheid tandheekkundig werk zal toenemen, maar ook omdat een betere finantieele waardeering van het sociale tandheekkundige werk in den aard der maatschappelijke ontwikkeling ligt.

Men mag wel als zeker vaststellen, dat de geheele wereld aan den vooravond staat van een maatschappelijken ommekeer, waarbij het geld het een en ander van zijn oppermachtige positie bij sociale vraagstukken zal moeten prijsgeven. Dat beteekent dat bij de sociale vraagstukken de oeconomische indicatie terrein zal moeten afstaan aan sociale doelmatigheid. En sociaal doelmatig bij een tandheelkundige voorziening der massa is het beschikbaar stellen van voldoende geldmiddelen, zoodat ook voor den fondspatiënt reëel tandheelkundig werk kan worden verricht. Aan een juiste honoreering daarvoor ontbrak tot nu toe het een en ander en het was vooral het kostenvraagstuk voor de gemeenschap, hetwelk hier een redelijke belooning steeds in den weg heeft gestaan.

Beide factoren dus, het toenemen van de vraag naar tandheelkundige hulp en een meer evenredige tariefregeling zullen ertoe bijdragen, dat de gemeenschap in de naaste toekomst een aanmerkelijk grooter bedrag dan voorheen van de haar ter beschikking staande geldmiddelen aan de tandheelkundige verzorging zal dienen te besteden.

Op de thans heerschende bestaansonzekerheid voor bijna een ieder, vormen de tandartsen in hun van de conjunctuur min of meer onafhankelijk beroep en met een toekomstige maatschappelijke ontwikkeling die voor hen gunstig kan zijn, een uitzondering. Daar tegenover dan thans als argument tegen de opheffing der poliklinieken de vrees voor de materiele toekomst van een groep ervaren tandartsen te willen gebruiken, is niet alleen zwak, maar in zeker opzicht ook ongegrond te noemen.

Doch ook al zou de in het bovenstaande tot uiting gebrachte verwachting onjuist zijn, dus wanneer zoowel de toeneming der vraag naar tandheelkundige hulp als een redelijke honoreering der sociale tandheelkundige verrichtingen niet in den aard der maatschappelijke ontwikkeling zouden liggen, ook dan nog is de vrees, dat sommige tandartsen materiele schade zouden moeten lijden door de opheffing der poliklinieken, ongegrond te noemen. Dezelfde hoeveelheid tandheelkundig werk immers, die thans in de poliklinieken wordt verricht, moet ook na de opheffing der poliklinieken worden verricht, zij het dan elders. En volgens de meening der voorstanders van het polikliniek-stelsel zelf, die de huisbehandeling immers zooveel duurder achten dan de polikliniek behandeling, zou dit dan zelfs nog ten koste van meer geld gaan. Maar ook hier nog vanaf ziende blijft toch minstens hetzelfde totaal bedrag aan geld als voorheen voor de tandheelkundige verzorging ter beschikking. Het is daarom slechts een kwestie van organisatie, om te voorkomen, dat door de opheffing der poliklinieken persoonlijke schade zou worden geleden.

Bij de behandeling van het artikel in het derde Uitvoeringsbesluit, hetwelk de opheffing der poliklinieken voorschrijft, is mettertijd in den Raad van Bijstand met den meesten nadruk uitgesproken, toegezegd en vastgelegd, dat bij den overgang eventueel persoonlijk financieel nadeel zou worden voorkomen, verholpen en zoo noodig vergeoed.

Ook het tweede argument, dat tegen de opheffing der poliklinieken aangevoerd werd, namelijk dat kapitaalverlies voor de gemeenschap

zou ontstaan door het nutteloos worden van de polikliniek-installaties, kan men bij nadere beschouwing niet bijster sterk noemen, vooral niet onder de huidige tijdsomstandigheden. Er is thans immers een groot gebrek aan tandheelkundige uitrustingen en instrumentaria. De inboedels der poliklinieken zullen op het oogenblik in de tweede hand meer opbrengen dan de waarde waarvoor zij te boek staan.

Dezelfde redeneering gaat eveneens op voor de localiteiten, waarin de poliklinieken zijn gevestigd. Er is in ons land thans overal gebrek aan gebouwen, zoodat de verlaten polikliniekruimten niet renteloos zullen blijven. Kortom als er één tijd tijd gunstig te noemen is voor de liquidatie der poliklinieken zonder dat men daarbij kapitaalverlies behoeft te vreezen, dan toch zeker deze.

Doch ook al zou men hierover van meening verschillen, dan nog kan van kapitaalverlies voor de gemeenschap bij opheffing der poliklinieken niet zonder meer gesproken worden. Want indien de huisbehandeling het werk der poliklinieken opvangt, dan brengt dit met zich mede, dat aan de praktijkinrichtingen der tandartsen de „waste time” beter gevuld zal kunnen worden. Deze worden dan bedrijfs-oeconomisch nuttiger gebruikt, want zij waren reeds aanwezig en sociaal oeconomisch gezien beteekent dit zelfs een voordeel voor de gemeenschap.

De polikliniek-installaties moeten ook in normale tijden in de tweede hand altijd minstens hun boekwaarde kunnen opbrengen. Indien dit niet het geval mocht zijn dan is daarop in den loop der jaren foutief afgeschreven en een dergelijk verlies mag niet geweten worden aan de thans voorgeschreven liquidatie der poliklinieken.

Voor het kapitaal, dat in ons land totaal geïnvesteerd is in de ruimten, die voor de uitoefening der tandheelkunde noodig zijn, geldt een soortgelijke redeneering. De huisbehandeling zal door het overnemen van het polikliniekwerk de voor haar ingerichte vertrekken bedrijfs-oeconomischer benutten. Sociaal oeconomisch beteekent dit wederom winst voor de gemeenschap; de polikliniekruimten komen voor andere doeleinden beschikbaar.

Belangrijker dan de beide reeds beschouwde argumenten is tenslotte het derde bezwaar, dat tegen de opheffing der poliklinieken werd aangevoerd, namelijk het argument betreffende het tandheelkundig belang der sociaal verzekerden, dat door die opheffing geschaad zou worden. Dit is een fundamenteel argument en feitelijk het eenige dat hier zou mogen gelden. Een meer uitvoerige beschouwing van dit argument is daarom zeker op zijn plaats.

Aan de bewering dat het tandheelkundig belang van de sociaal verzekerden om polikliniekbehandeling zou vragen kan slechts de stelling ten grondslag liggen, dat de tandheelkunde voor het groote publiek beter in poliklinieken dan in de huisbehandeling kan worden uitgeoefend. Is dit nu in zijn algemeenheid juist? Deze vraag is stelling ontkenkend te beantwoorden. De enig juiste sociale gedachte is natuurlijk slechts die, welke ook aan sociaal verzekerden eenzelfde tandheelkundig recht schenkt als de particuliere patiënten. Waarom zouden de fondspatiënten zich wel in poliklinieken moeten laten behandelen. Hiervoor is primair

geen tandheelkundige redenen aan te voeren, doch er lag slechts een zuiver sociaal-oconomisch motief aan ten grondslag. Dit nu is een zeer cardinaal punt. De kwestie van behandeling in de polikliniek of aan huis bij den tandarts is dan ook in eerste instantie geen tandheelkundig, maar een sociologisch vraagstuk. Het waren de uiterst geringe bedragen, die de fondsen in ons land voor de tandheelkundige verzorging ter beschikking stelden, die het polikliniekstelsel als het kind dezer armoede het leven gaven. Men hechte hier te lande geringe waarde aan een behoorlijke gebitsverzorging en het weinige dat men er aan gedaan wilde hebben moest met geringe kosten geschieden. De betrokken tandartsen moesten er nog het beste van zien te maken en roeien met de riemen die zij kregen. Men verlieze dit in het belang der sociaal verzekerden en in het belang der tandheekunde nooit uit het oog bij het beoordeelen van het poliklinievraagstuk. Nogmaals, slechts sociaal-oconomische noodzaak en geen tandheelkundige indicatie vormt primair den bestaansgrond der poliklinieken.

De vraag rijst of de beoordeeling van de *zuiver* tandheelkundige waarde van poliklinieken, waar 7 vullingen per uur gelegd worden en 30 spreekuurpatiënten per uur verwerkt worden, veel meeningsverschil kan veroorzaken. Sociaal gezien zijn poliklinieken in ieder geval objectief een sociaal onrecht aan de verzekerden te noemen. De aan de poliklinieken medewerkende tandartsen staan volkomen buiten deze zaken; zij zijn daarvoor noch sociaal noch tandheelkundige verantwoordelijk te stellen.

De tandarts aan de polikliniek krijgt zijn vaste uurloon en voert in loondienst een hem opgedragen taak uit. Als hij daarbij b.v. eens van meening zou zijn, dat hij geen 7 behoorlijke vullingen per uur kan maken, zooals b.v. het gemiddelde bij een goed bekendstaande polikliniek luidt, dan zijn er de statistieken, die aantoonen, dat er meerdere tandartsen zijn die dat schijnbaar wel kunnen en die dus met hun „betere” routine ook meer voor hun plaats in de polikliniek geschikt zijn dan hij. Met het oog op de belangen van zijn gezin toont de medewerkende tandarts zich al spoedig een dergelijke „betere” routine eigen. Maar zeer terecht voelt hij zich daarbij voor die gang van zaken tandheelkundig niet meer persoonlijk verantwoordelijk als de beoefenaar van een vrij beroep. De verantwoording wordt hier gedelegeerd aan de onpersoonlijke en zoo geduldige statistiek. Daaruit leert men dat ook anderen 7 vullingen per uur weten te leggen of 30 spreekuurpatiënten per uur weten te verwerken. Door deze zoo „nuttige” statistieken kan de tandarts zich gedekt voelen en de fondsen zelf meenen er mede te kunnen aantoonen hoe zeer zij hun sociale tandheelkundige plicht vervullen. De eenige echter die kwalijk vreugde aan deze „nuttige” statistieken kan beleven, is het lijdende voorwerp van de 7 vullingen en de 30 spreekuurpatiënten per uur, n.l. de fondspatiënt. Tandheelkundig staat vast, het is een communis opinio van de meest competente autoriteiten op dit gebied, dat een ervaren tandarts per uur drie gemiddelde N.P.P. vullingen kan maken. Als de polikliniekstatistieken daartegenover tot cijfers als 7 vullingen per uur komen en daarmee het oconomische

kampioenschap voor de poliklinieken veroveren, dan is het slechts de fondspatiënt, die hiervoor de tol betaalt. De grens van het sociaal gerechvaardigde wordt hierbij rijkelijk overschreden, aangezien met de N.P.P. behandeling voor den fondspatiënt de grens van de sociale beperkingen in de te verstrekken behandeling reeds bereikt moet worden geacht. De beperkte N.P.P. behandeling (evenals de gedeeltelijke bijbetaling) zijn op zich zelf feitelijk sociaal reeds zoo aanvechtbaar, doch de huidige slechte tandheelkundige toestand der bevolking en de huidige stand der tandheelkundige wetenschap maakt dat men zich hierbij wel moet neerleggen.

Het alternatief der polikliniekbehandeling is de huisbehandeling, waarbij de fondspatiënt evenals de particuliere patiënt zich wendt tot den tandarts zijner keuze. Deze zal de keuze van zijn patiënt weten te waardeeren en daaraan uiting geven in de zorgzaamheid van de behandeling. Bij de huisbehandeling kan (tot groot voordeel van den patiënt) geen tandarts zich gedekt voelen door die „nuttige” statistieken, door kliniekgewoonten, kliniekgemiddelden, verstrekte opdrachten etc. De tandarts weet zich bij de huisbehandeling voor zijn materieel bestaan afhankelijk van het oordeel zijner patiënten over de ondervonden behandeling. Dit nu is een wapen in de hand van den patiënt voor zijn tandheelkundige verdediging, ten minste als de honoreering dusdanig is dat de tandarts inderdaad prijs stelt op behandeling van fondspatiënten.

De tegenstelling tusschen de behandeling in de polikliniek of ten huize van den tandarts is niet ingewikkeld en geen controverse te noemen als men met de huisbehandeling maar niet bedoelt de uitvoering zooals die thans veelal bij de sociale tandheelkunde plaats moet vinden, een behandeling namelijk *waarop de stempel der onderhonoreering is gedrukt*. Bij belooning b.v. uit een „potje” waaruit vaak niet meer dan $f 1,25$ per vulling of ongeveer $f 1,-$ voor de extractie kwam, daarbij is natuurlijk een behoorlijke sociale tandheelkundige huisbehandeling niet mogelijk. Boven een dergelijke huisbehandeling moet de polikliniek gesteld worden in het belang van de tandartsen zelf, om hen te ontlasten van de verantwoordelijkheid voor de praestaties, waartoe een dergelijke honoreering onvermijdelijk moet voeren. Als voor de sociale tandheelkunde in ons land de ban niet kan worden verbroken, waarin zij gevangen zit als gevolg van veel te geringe geldmiddelen, die ter beschikking worden gesteld, dan zal men de fondspatiënten ten bate van de tandartsen beter naar de poliklinieken kunnen verwijzen. Doch dit blijft voor de fondspatiënten een sociale achterstelling beteekenen.

De vrees dat bij huisbehandeling „geknoeid” zou worden kan gegrond te noemen zijn onder de huidige omstandigheden van onderhonoreering. Niemand kan echter aannemelijk maken, dat bij een normaal beloonde en goed georganiseerde huisbehandeling de tandheelkundige stand in ons land in haar taak zou tekort schieten. Dat de tandartsenstand, die gerecruteerd wordt uit dezelfde sociale milieus als die van medici, juristen, apothekers etc. een uitzondering zou vormen is niet aannemelijk. Zwakke broeders telt ieder broep, maar er breekt ongetwijfeld voor hen een moeilijke tijd aan door de straffere organisatie van beroepsstanden

en van beroepsrechtspraak, welke zaken in den aard der maatschappelijke ontwikkeling liggen opgesloten.

Zooals de tandheekunde voor haar wetenschappelijke ontplooiing nog te zeer in haar empirisch stadium gevangen zit, zoo zijn het de sociologische omstandigheden, die de toepassing der tandheekunde op breeden grondslag hebben tegengehouden. Bij een gunstige sociologische ontwikkeling der tandheekunde zullen de poliklinieken zooals wij die in de groote bevolkingscentra thans kennen tot de historie gaan behooren. Slechts speciale poliklinieken, o.a. fabriekspoliklinieken, die wel om bijkomstige redenen in een essentieel belang van een categorie van fondspatiënten voorzien, zullen zich kunnen handhaven. Ook aan een voorstel, b.v. zooals dat onlangs in dit Tijdschrift naar voren werd gebracht, om jonge tandartsen aan poliklinieken hun ervaring te laten opdoen, ligt een sociaal niet geheel aanvaardbare gedachte ten grondslag. Het belang van sociaal verzekerden vraagt niet om als leerobject voor nog onervaren handen te moeten dienen. Het is zelfs ondenkbaar dat men verplicht verzekerden wettelijk op dergelijke instellingen zou kunnen aanwijzen.

De verplichtverzekerde is een geheel nieuwe figuur en met zijn intrede is ook op het polikliniekstelsel in ons vak sociologisch een scherper licht komen te vallen. De verplichte verzekering heeft wel reeds lang in de bedoeling van onzen wetgever gelegen (Artikel 50 van de Ziektewet) doch pas het Ziekenfondsenbesluit heeft ons thans in werkelijkheid tegenover deze figuur gesteld.

De vroegere „particuliere” fondspatiënt ging met zijn fonds een vrijwillige overeenkomst aan en legde zich in een privaatrechtelijke verhouding uit eigen overweging neer bij de bepalingen van die overeenkomst, dus ook bij den aard en de wijze waarop in zijn tandheekundige behoeften werd voorzien.

Principieel anders staan die zaken bij de verplicht verzekerden van heden. De overheid dwingt deze menschen tot een overeenkomst met een ziekenfonds. De verhouding is hierdoor een publiekrechtelijke geworden, en daarom rust op haar de plicht om de overeenkomst en de naleving daarvan onder haar toezicht te nemen.

De overheid nu, die thans de verantwoordelijkheid op zich heeft genomen voor de wijze waarop de verplichte verstrekkingen door de fondsen aan de verzekerden worden geleverd, moet daarbij met meer nauwkeurigheid te werk gaan dan een particuliere fondspatiënt of zelfs een fondsbestuur dat tot nu toe vermochten te doen. Bij de tandheekundige verstrekkingen is het polikliniekstelsel gewogen, maar te licht bevonden. Men heeft daarbij den verplicht verzekerden een recht op vrije tandartsenkeuze niet kunnen onthouden. Hier ligt dan ook de grond waarom het derde uitvoeringsbesluit de opheffing der poliklinieken voorschrijft. Degenen die hun tijd, geestkracht en arbeid aan de tandheekundige poliklinieken hebben gegeven kunnen en zullen er zich echter als overtuigde sociale werkers ongetwijfeld voor de fondspatiënten over moeten verheugen, dat zich voor de sociale tandheekunde betere mogelijkheden voordoen, ook al wordt daarbij tevens aan hun poli-

kliniek, den sociologischen bestaansgrond ontnomen. Dat zij evenwel ervan overtuigd willen zijn dat de sociale beloften werkelijk in vervulling zullen gaan, is even menschelijk als wenschelijk te noemen. Men moet geen oude schoenen weggooien alvorens men zeker is van een nieuw paar. Maar men moet ook nieuwe schoenen, die men krijgt, niet vreezen te dragen, omdat zij mogelijk in het begin wat knellen of onwennig zitten.

In het maatschappelijke verkeer staan hier in wisselwerking tegenover elkaar, de tandheelkunde, haar beoefenaars en de bevolking. Het is de taak der sociologie (en niet der tandheelkunde) om hier de juiste onderlinge maatschappelijke verhouding aan te geven. Drie punten zijn hierbij bepalend.

In de eerste plaats hetgeen de tandheelkunde als wetenschap in dit verband voor de bestrijding van het tandbederf aan preventie en aan therapie kan geven. En dit is in het huidige stadium slechts de minitieuze, zenuwlopende en kostbare behandelingswijze zooals wij die thans kennen en die onvermijdelijk van de gemeenschap groote geldbedragen voor hun sociale doorvoering verlangen. In het tandheelkundige jeugdwerk (schooltandverzorging) en in de bepalingen van het N.P.P. rapport heeft de tandheelkunde aan de sociologie haar desiderata geformuleerd.

In de tweede plaats staat het feit, dat de uitoefening der tandheelkunde een vrij, ambtseedig beroep is, waarvan de beoefenaars verantwoordelijk zijn tegenover zichzelf en de patiënten, daarbij een verkregen recht nakomende, vrije keuze moeten hebben. En ten derde dan het feit, dat onder de bevolking naast onkunde een zeer groote aversie bestaat tegen tandheelkundige behandeling, waardoor slechts die organisatiewijze aanvaardbaar is, welke in mogelijke mate psychologisch daarmee rekening houdt.

De tandheelkundige polikliniek beantwoordt niet aan de bovenstaande factoren. Haar ontstaan dankt zij aan de te geringe ter beschikking gestelde geldmiddelen, met de uitoefening der tandheelkunde als vrij beroep is zij in strijd, met de vrije tandartsenkeuze is zij niet in overeenstemming en psychologisch ligt zij de massa niet bijster. Ter staving van deze laatste bewering neme men slechts de proef om in een plaats een polikliniek haar monopolie te ontnemen en haar in vrije concurrentie met normaal gehonoreerde huisbehandeling te stellen.

Mogelijk is het dienstig om hier tenslotte op een organisatiewijze van de huisbehandeling te wijzen, zooals die reeds vele jaren lang o.a. ook te Zeist tot voldoening heeft gewerkt en daarbij haar uitvoerbaarheid heeft kunnen bewijzen.

Hierbij zijn de tarieven voor de drie basis verrichtingen, de extractie, de plastische vulling en de volle prothese (inclusief extractie) reeds jarenlang respectievelijk f 1,50; f 2,50 en f 55,— (f 75,— voor kunstthars). De patiënt heeft volkomen vrije keuze, zonder inschrijving op naam onder allen ter plaatse gevestigde tandartsen en men kent er geen „fondspreekuren”. De patiënt betaalt na afloop der behandeling zijn rekening contant aan den tandarts. Daarbij ontvangt de patiënt op een standaard-formulier een volledige specificatie van de behandeling. Op dit door den tandarts ondertekende formulier ontvangt de patiënt van den

bode of op het kantoor van het ziekenfonds de bedragen terug conform de overeenkomst met het Ziekenfonds dan wel, bij de verplicht verzekerden, conform de wettelijke voorschriften. Contrôle op de verrichte behandeling is hierbij even goed mogelijk als bij ieder ander afrekenings-systeem der huisbehandeling. Drie groote voordeelen van dit systeem springen in het oog. Ten eerste de buitengewoon eenvoudige en goedkoope administratie zoowel voor den tandarts als voor het fonds. Ten tweedeervaart de patiënt hoeveel de behandeling kost en wat het fonds voor hem doet. Daardoor zal hij het een en ander beter weten te waardeeren en het zal hem zorgzamer op zijn kauworgaan doen zijn. En ten derde, last but not least, voelt de fondspatiënt zich volkomen een particuliere patiënt, welke bovendien als iedere contante betaler de waardeering daarvan in de zorg, aan de behandeling van zijn geval besteed, vindt uitgedrukt.

Zeist, Utrechtsche weg

Mei 1942

KUNSTHARSPROTHESEN

Maximum-tarieven vastgesteld.

In de Staatscourant van 6 Juli 1942 is een beschikking gepubliceerd van den Secretaris-Generaal van het Departement van Handel, Nijverheid en Scheepvaart (de Tarievenbeschikking Kunsthariprothesen no. 1), waarin wordt bepaald, dat zij, die tandtechnische laboratoria exploiteeren, voor het vervaardigen van kunsthariprothesen ten hoogste in rekening mogen brengen de som van de navolgende tarieven, vermeerderd met de door hen verschuldigde omzetbelasting. Onder kunsthariprothesen wordt in deze beschikking verstaan, prothesen, die van paladon zijn vervaardigd.

In rekening mag worden gebracht:

A. voor maakloon.

a. van kunsthariprothesen, die ten behoeve van ziekenfondsleden en armlastigen worden vervaardigd met:

1 element	f.	2.45
2 elementen	,,	3.36
3 "	,,	4.20
4 "	,,	5.18
5 "	,,	6.02
6 "	,,	6.86
7 "	,,	7.70
8 "	,,	8.12
9 "	,,	8.54
10 "	,,	8.96
11 t/m 14 elementen	,,	9.10
28 elementen	,,	18.20

b. van kunsthariprothesen, die ten behoeve van particuliere patiënten worden vervaardigd: de tarieven, die zij op 9 Mei 1940 voor rubberprothesen berekenden, verhoogd met 30% van het hierboven onder a vermelde tarief.

B. voor materiaal.

benooidigd voor de vervaardiging van kunsthariprothesen, met:

1 t/m 4 elementen	f	1.63
5 " 8 "	f	2.43
9 " 14 "	f	3.25
28 "	f	6.50

C. voor elementen.

De tarieven, die zij op 9 Mei 1940 voor elementen berekenden, met dien verstande, dat, indien door het ontbreken van de gebruikelijke elementen, duurdere moeten worden aangewend, deze tarieven mogen worden verhoogd met het verschil tusschen de inkoopsprijzen dezer elementen, franco huis.

Voorts is bepaald, dat zij, in wier opdracht de hierboven bedoelde kunstharsprothesen zijn vervaardigd, aan hun patiënten ten hoogste in rekening mogen brengen de tarieven, die zij op 9 Mei 1940 voor rubberprothesen berekenden, vermeerderd met het bedrag, waarmede de hun in rekening gebrachte bedragen voor kunstharsprothesen die voor rubberprothesen te boven gaan, alsmede met de door hen verschuldigde omzetbelasting.

De datum van in werking treding van deze beschikking is 7 Juli 1942.
