

## PLANNEN VOOR SOCIALE TANDHEELKUNDE IN AMERIKA

In U.S.A. is de actie der regering en der tandartsen voor een betere geneeskundige en tandheelkundige verzorging van de minvermogende meerderheid der bevolking nog steeds gaande. Zij is de belangstelling der beroepsgenoten in andere landen ten volle waard, wier eigen problemen zich kunnen spiegelen in het facettenrijke beeld der voorgestelde wetten. Op de toestand der gebitten viel een fel licht bij de keuring der dienstplichtigen, mannen in de kracht van het leven, waarvan er aanvankelijk 21% moesten afgewezen worden wegens een ziek gebit. Een grondige sanering van de toestanden op dit gebied is dan ook buitengewoon moeilijk, niemand die dit beter beseft dan referent, die al een 40 jaar geleden in dit tijdschrift een alarmkreet liet horen (*Sociale Vraagstukken*), welke uit beroepskringen maar een zwak echo deed weerklinken en die door de bevoegde instanties geïgnoreerd werd. Met het ontstaan van de V.t.B.v.h.Tandbederf, thans het Ivoren Kruis, kwam er, vooral door haar actie, belangrijke vooruitgang, hier en daar werd schooltandverzorging ingesteld, conserverende behandeling in ziekenfondsen, eindelijk ook sporadisch kleutertandinspectie en verzorging. In de U.S.A. is het een en ander nog maar weinig ontwikkeld, en de professie stelt zich aan het verwijt bloot, haar diensten om financiële redenen voornamelijk aan de goedgee klassen te besteden en het gebit der minvermogenen aan zijn fataal lot over te laten. En dit in een land met grote natuurlijke rijkdommen en bij een bevolking, die terecht trots is op de buitengewone prestaties en de hoge standaard der Amerikaanse tandheelkunde, die binnen een eeuw bereikt is.

Bij de aan het Parlement der Unie ingediende wetsontwerpen zijn het twee zienswijzen (philosophies), welke elkaar de leiding betwisten. De ene, thans door de regering bepleit, wil de *gehele geneeskundige verzorging der 48 staten, in een groot nationaal ziekenfonds* concentreren, onder leiding van ambtenaren der Unie, met voor alle staten uniforme wetten, met federale financiële regelingen en centrale controle; de artsen of als staatsambtenaren met vast salaris, of met vergoeding naar prestaties, of voor in beslag genomen tijd of wel een combinatie van deze regelingen.

De andere zienswijze laat aan *staten, gemeenten en liefdadige of hygiënische instanties* de regeling van de gezondheidsdienst over en steunt deze voor hulp aan minvermogenen door financiële bijdragen, waarbij de genoemde instanties niet of wél tot het uitgaven-conto bijdragen, en de particuliere praktijk haar rechten behoudt.

H. W. Oppice geeft in het J.A.D.A. Mei 1946 een *historisch verslag* van de voorgestelde en de aangenomen wetten der Unie en der afzonderlijke staten in het belang der volksgezondheid.

1869 werd de eerste gezondheidsraad-, *-Board of Health-* in Massachusetts ingesteld.

1893 heeft de Unie, die uit een in 1798 ontstane marine-hospitaaldienst een U.S. Public Health Service zag groeien, bevoegdheid betreffende quarantaine en controle van besmettelijke ziekten verkregen en machtiging, om met staats- en gemeenteverheden op dit gebied te coöpereren. *Thans is de Public Health Service onder leiding van de Surgeon-General, de federale instantie, aan welke de bescherming en verbetering der volksgezondheid is toevertrouwd.*

1912 heeft deze dienst voor de bescherming der kindergezondheid een mededinging gekregen in het *Children Bureau, onder jurisdictie van het Labor-Department.*

1933 schiep de Unie, midden in de grootste economische depressie, de *Federal Emergency Relief Administration*, om met de staten samen te werken, ten einde de beproevingen van de droogte en van de werkloosheid te verzachten. Dit bureau trok zich ook de behoefte aan medische en tandheelkundige verzorging aan en verleende voor het een en ander ondersteuning aan staten en gemeenten, bedoeld als hulp in nood, en over het algemeen liberaal toegepast. Deze administratie schiep een basis voor veel precedenten, experimenten en vergoedingsmethodes, een instantie voor bondssteun aan staten voor gebitsverzorging.

Het was een proefneming om locale controle over het besteden der Uniegelden te installeren, met de gelegenheid, de tradionele verhouding tandarts-patiënt te behouden onder een door de Unie gesanctionneerd gezondheidsprogram. Ook vormde dit program een proef op het veel besproken „panel” systeem van Groot Britannië. Dit program gaf inderdaad aan de regering zowel als aan de betrokken beroepen de eerste praktische lessen, om een ontwerp voor gezondheidsdienst voor ca. 20 miljoen mensen of meer op te stellen. *Genoemd Grants in Aid System wordt door de A.D.A. aanbevolen als de meest geschikte manier, om tot een goede medische en tandheelkundige verzorging der onbemiddelde volksklassen te geraken.* De ondersteuning geschiedt op verzoek van een staat, ev. van een gemeente of andere instantie, waarbij deze eventueel verplicht is, een gelijk bedrag voor het doel bij te dragen en over de besteding controle te oefenen en verantwoording te verstrekken. Volgens P. H. Douglas, een voor-  
aanstaand econoom der hogeschool van Chicago, heeft dit g.i.a. systeem de volgende voordelen.

1. De hulp der Unie halveert een last, die een staat alleen niet kan dragen.
2. Het verzekert de prestatie van een bepaalde minimum-standaard, waartoe een hulpvragende staat zich moet verplichten.
3. Het voorkomt een verkwisting van de financiën der Unie, als de hulpvragende staat het gevraagde zelf ook moet opbrengen en daarom genoodzaakt is, zijn eisen te beperken.
4. Het vereist geen centrale bureaucratie, maar het laat aan de staat zijn autonomie en zijn initiatief.
5. Het biedt een clearinghouse voor inlichtingen, staat een gecoördineerd research, evenals een uitwisseling der proeven en experimenten toe.
6. Het voorkomt constitutionele bezwaren tegen een nationale standaard, daar de staatsaanvraag vrijwillig geschiedt.

1935 werd de *Social Security Act* aangenomen, die aan de staten der Unie grants in aid door de Federatie (de Unie) toestond voor de volgende doeleinden:

1. Steun voor ouden van dagen. 2. Steun voor behoeftige kinderen. 3. Steun bij werkloosheid. 4. Hulp voor moeder en kind. 5. Openbare gezondheidsactie. 6. Steun voor blinden. Alleen bij de laatsten behoeven tegenwoordig de staten niet tot de steun bij te dragen. Overigens was de gezondheidszorg niet bij deze wet betrokken. Op verzoek van de president werd getracht, de weldadigheids- en de gezondheidsdoeleinden bij deze wet te coördineren en werd

1939 een wet: S. 1620 genoemd de *Wagner Health Bill* voorgesteld, als amendement op de *Social Security Act*. De wet voorzag in steun aan de staten voor moeder en kind, openbare gezondheidsbelangen, hospitalen en gezondheids-centra, medische verzorging en hulp bij tijdelijke ongeschiktheid om te werken. De verzorging van het gebit werd in de wet alleen als een onderdeel der geneeskunde genoemd zonder toespeling op ons beroep. Dit is trouwens typisch voor gezondheidswetten, die door artsen, juristen en bestuursambtenaren geredigeerd worden, tandheelkundigen zijn blijkbaar bang, hun vingers aan deze moeilijke verhouding te branden. De wet werd in de congresszitting niet afgehandeld.

1943 werd, weer als amendement op de *Social Security Act*, door de senatoren R. F. Wagner, en J. E. Murray een wetsvoorstel S. 1161 bij de senaat ingediend, en door J. D. Dingell bij het huis van afgevaardigden gebracht, *the Wagner, Murray, Dingell Bill*. Deze stelde een gezondheidsregeling op federale

basis voor, gelijk in het begin van dit referaat beschreven, en gecombineerd met verzekeringen tegen werkloosheid, ouden van dagen, nagelaten betrekkingen, duurzame ongeschiktheid om te werken, oorlogsschade aan de gezondheid en meer. De loontrekker zou hiervoor 6% van zijn inkomen moeten bijdragen, het bedrag door de werkgever te innen! In dit wetsontwerp werd de tandheekkunde wel afzonderlijk genoemd, het gelastte de Surgeon General of the Public Health Service, en de Social Security Board, de doelmatigste methodes voor verbetering van tandziekten te verkrijgen, na te gaan en aan te bevelen, binnen twee jaren na afkondiging der wet. Ook dit wetsvoorstel bereikte niet de goedkeuring der Kamers.

1945 Februari, diende P. A. Traynor bij het Huis een wet in, om de staten te steunen bij de ontwikkeling en het onderhoud van programma's voor gebitsgezondheid.

1945 Mei, werd een *tweede Wagner Murray Dingell Bill* bij Senaat en Huis van Afgevaardigden ingediend. Ook deze wet bevat gedwongen verzekeringen gelijk de eerste, voorts grants en loans voor hospitalen, gezondheids-centra en diverse algemene gezondheidsmaatregelen der staten. Dit wetsontwerp tracht de zienswijze van de g.i.a. steun met die van een centrale controle te verenigen in een algemeen nationaal verzekeringssysteem. De artsen en tandartsen, bereid er aan deel te nemen, worden door de Surgeon General voor elk bepaald district — panel — bekend gemaakt, de patiënten kiezen zelf hun arts, die ze aannemen of weigeren kan. Er is een gecompliceerd systeem van salariering, van bepaling der te presteren diensten, van diagnose en preventie, met voorbehoud van verandering in een volgend jaar. Het maakt eerder den indruk, aan de groene tafel geschreven te zijn, dan uit ervaring gesproten.

1945 Juni, dienden G. D. Aiken en Cl. Pepper bij de Senaat een wetsvoorstel in, met analoge strekking en een veel uitgebreider uitvoerings-program.

1946 Mei, werd bij de Senaat ingediend de *Taft-Ball-Smith Health Bill*, die uitgebreide voorstellen deed voor een nationaal gezondheidsprogram inclusief zekere tandheekkundige voorzieningen. Zij bevat geen nationaal verzekerings-systeem, maar bedoelt de federale gezondheidsdiensten te combineren om steun aan de staten te verlenen voor geneeskundige en tandheekkundige verrichtingen, te beperken tot families met laag inkomen, voorts voor uitbreiding van research en van gezondheids-personeel. De wet voorziet in details omtrent administratie, research, dienst aan minvermogenden, mondverzorging van kinderen der onbemiddelden. Het voorstel is nog niet in de senaat behandeld, het verdient c.q. een nauwkeurige kennisneming.

1946 Het *Bureau of Research and Statistics of the Social Security Board* heeft zijn verslag over verzekering van geneeskundige verzorging gepubliceerd. Het bevat een samenvattend onderzoek betreffende de gezondheidseisen en de resources, om in de Unie in den gezondheidsdienst te voorzien. Het doel der auteurs was ogenschijnlijk argumenten naar voren te brengen, om een gedwongen nationaal verzekerings-systeem te bepleiten. Veertien bladzijde van het rapport zijn gewijd aan de behoefte aan gebitsverzorging, personeel daarvoor en dienstcapaciteit, kostenraming voor tandverzorging en een theoretische toepassing van een dwangverzekerings-plan, om tandheekkundige verzorging van volwassenen en kinderen in te stellen. De feitelijke grondslagen van het verslag zijn grotendeels afkomstig van de tandheekkundige literatuur, voornamelijk uit het J.A.D.A. De gevolgtrekkingen c.q. de dwangverzekeringen, zijn echter in strijd met de inzichten der A.D.A. Op pg. 1581—1591. In December 1946 wordt in het J.A.D.A. dit document gepubliceerd. Een ieder, die in deze hygiënische en sociale vraagstukken belang stelt, doet goed, er kennis van te nemen, er wordt een schat van gegevens over deze problemen geboden. Een uittreksel zou dit referaat te uitgebreid maken.

Terwijl geen van de verschillende wetsontwerpen in en na de oorlogsjaren door de Kamers en de president tot wet verheven werd, heeft de georganiseerde tandheekkunde zich niet onbetuigd gelaten, om voor de belangen van de volksgezondheid, wat het gebit betreft, op te komen en de wettelijke regelingen zo doelmatig mogelijk te laten vaststellen, waarbij zij getracht heeft, de vertrouwensverhouding patiënt-tandarts te bestendigen. De *American Dental Association*, vertegenwoor-

digende 56.000 tandartsen, bezit een uitstekende *Council of Dental Health*, waaraan deze actie was toevertrouwd. Hij stelde amendementen op de wetsontwerpen voor, met het doel: Een deel der te besteden millioenen dollars zou voor de tandlijders gebruikt worden. De tandheelkunde zou als een bepaalde groep in de wet ingeschakeld worden met het oog op de uitzonderlijke aard der tandziekten. Een nationaal gebits-program zou vastgesteld worden met deze doeleinden: Uitgebreid Dental Research. Uitgebreide Mondhygiënische Instructie. Vermeerderde Gebits-Verzorging. Het een en anders met financieel grant in aid aan de Staten. Het eerste amendement der A.D.A. op de wetsontwerpen was de Research Bill, door senator J. A. Murray bij de Senaat Januari 1945 ingediend. In het Octobernummer 1946 van dit tijdschrift vindt men al het een en ander over dit wetsontwerp vermeld; het werd door de senaats-commissie gunstig beoordeeld en aangenomen, maar in het Huis van Afgevaardigden nog niet afgehandeld. Voorts heeft de A.D.A. in een wetsontwerp S 1099 haar program voor een doelmatige gezondheidszorg voor het gebit, bestemd voor alle volksklassen uiteengezet, het werd de Senaat aangeboden en in de commissie door de senatoren Murray, Aiken en Pepper zeer goed ontvangen.

De A.D.A. betoogt, dat de tandheelkunde ziekten behandelen moet, die universeel zijn en daarom ongeschikt voor regeling door verzekering. De enige weg om ze te overwinnen is een zeer vroegtijdige controle en behandeling bij de kinderen, daar dezen al in het derde jaar door caries bedreigd worden. Steeds weer wijzen C. O. Flagstad, voorzitter van de commissie voor wetgeving, A. O. Grubbél, secretaris van de Council of Dental Health, en C. W. Camalier, gewezen president der A.D.A., op de noodzakelijkheid, alle beschikbare krachten te concentreren op de caries-preventie bij kleuters en schoolkinderen en op de onmogelijkheid, om alle gebitter der volwassenen te saneren, welke niet onder regelmatig tandheelkundig toezicht geweest zijn. Daarvoor zou het aantal der tandartsen veel en veel groter moeten zijn. Alleen de dringende gevallen van pijnen, ontstekingen, fracturen enz. zouden natuurlijk verholpen moeten worden. Ook als de hulp kosteloos geboden wordt, wordt er volgens de statistiek slechts door 7% der gerechtigden gebruik van gemaakt. Een ieder is in de eerste plaats zelf verantwoordelijk voor verzorging en behoud van zijn gezondheid. Alleen voor kinderen is het gezin verantwoordelijk. Als bij ziekte de beschikbare middelen ontoereikend zijn, is in de tweede plaats de gemeente, daarna de staat en als laatste instantie de Federatie geroepen, om financieel te helpen, door grants in aid. Aan de gemeenten komt in alle gevallen de taak toe, de hulp voor minvermogene zieken te organiseren. Weder worden deze zienswijze in de senaatscommissies uitstekend bepleit en over het algemeen aanvaard, terwijl de A.D.A. zeer ernstige bezwaren had tegen een algemeen ziekenfonds der Unie, met de vele instanties tussen de Surgeon General en de patiënt. De verslagen zijn weer een boeiende lectuur, te vinden in het J.A.D.A. 1946, Juni pg. 743, Augustus pg. 1012, September, pg. 1147.

Met het oog op de eventuele financiële lasten, is het moeilijk, de besluiten der wetgevende instanties te voorspellen. Reeds worden de kosten van een Research Instituut op het dubbele geschat als 1945. Tot dusverre werd van het op het budget door de staten voor de volksgezondheid uitgetrokken bedrag slechts 0,6 % voor de gebitsverzorging besteed. De kosten van een algemeen verzekeringsbedrijf voor alle staten lijken bijna onberekenbaar.

In het 1 Maartnummer J.A.D.A. pg. 322 wordt en gespecificeerd verslag gegeven van de kosten van een sanerings- en behandelingenactie voor kinderen in de staat New Jersey. Onderzoek en behandeling geschiedt zowel in particuliere praktijk, als in een landelijke kliniek, in een trailer en in een mobiele kliniek. De staat draagt belangrijk bij in de kosten.

In het Julinummer 1946 pg. 899 vindt men een opstel van A. O. Grubbél: *Dental Health Goals*. Het is het antwoord van de Council of Dental Health op het verzoek van senator Murray, een 5 jarenplan voor herstel, preventie, hygiënische propaganda, verdeling van tandartsen, hospitalen, klinieken en healthcentra op te stellen in de geest der A.D.A. Het uitvoerig betoog culmineert o.a. in de vol-

gende eis: The control of dental diseases by the expansion of community dental programs, intregated in the general health program, to provide every child with dental care and dental health education, regardless of income or location.

De niet afgehandelde wetsontwerpen kunnen met een nieuwe zitting der Kamers opnieuw ingediend worden, gelijk oorspronkelijk of geamendeerd. Het nieuwste ontwerp is door *de senatoren Taft, Smith, Bull en Donnell als S 545* ingediend. Het is gebaseerd op de Grant in Aid principes en stelt een aantal federale instanties voor. Het zal volgens de uitgever van het J.A.D.A. nog in verschillende onderdelen verbeterd moeten worden, om aan zijn doel te kunnen voldoen.

Hoewel in Nederland met zijn gedeeltelijke schooltandverzorging en met zijn vele ziekenfondsen van diverse oorsprong en met allerlei tandklinieken de verhoudingen wel anders zijn, dan in de grote republiek, mogen wij de gang van de wetgevende acties wel opmerkzaam gadeslaan. Ook hier te lande is voor de oplossing dezer sociale vraagstukken het laatste woord zeker nog niet gesproken.

Meer dan bij de geneeskundigen, compliceren diverse factoren de verhoudingen van tandarts tegenover de particuliere patiënten, de fondspatiënten, en de minvermogenden. Een therapeutisch ingrijpen is meestal noodzakelijk, daarbij tijdrovend en moeilijk. Behalve sanitaire en functionele eisen vragen ook aesthetische verlangens zijn kunstvaardigheid. Er bestaan grote verschillen in de qualiteit der aan te bevelen herstelmaatregelen, zodat de keuze voor de beste behandeling, — volgens de eed van Hippokrates te verrichten — onvermijdelijk den invloed ondergaat van de sociale positie van de patiënt. Bij het uitzonderlijk geboden ingrijpen van de chirurg bijv. dekt het fonds ook de grote kosten, het zou echter met zijn tarieven niet de veelvuldige optimale kunstbewerkingen der tandartsen voor alle patiënten kunnen bekostigen. Dezen komt ook de verantwoordelijkheid toe als het wegens verzuim van regelmatig onderhoud tot vele en ingewikkelde behandelingen moet komen. De arme slachtoffers dezer verhoudingen voelen zich te kort gedaan; de tandartsen worden onbewust beïnvloed door de financiële voordelen van uitstekend werk, zij schuwen de behandeling van verwaarloosde en onreine gebitten. Ziehier enige der motieven en factoren, die het zo moeilijk maken, om door wetgeving tot een billijke oplossing van het vraagstuk te geraken, om minvermogenden behoorlijk tandheelkundig te verzorgen.

Dr. C. WITTHAUS.