

ZIEKENFONDSTANDHEELKUNDE
EN LOONGRENS

Het kan niet op oorspronkelijkheid aanspraak maken, wanneer gesteld wordt dat de invoering en zeker niet minder de verdere uitbouw van het Ziekenfondsbesluit 1941 als een omwenteling in het ziekenfondswezen moeten worden aangemerkt; bevoegde auteurs hebben dat voor en na reeds betoogd. Wat voordien op basis van vrijwilligheid was gegroeid, met alle organisatorische, financiële en administratieve belemmeringen van dien, werd met één slag een hechte fundering gegeven door de verplicht gestelde deelname voor wie op grond van zijn positie als werknemer in de zin van de ziekwet te boek stond. Gegeven de beperktheid van dit criterium werd deze verplichting snel verder uitgestrekt over velerlei groepen van werknemers, die op grond van hun sociale status en daarmee verbonden loon met de eerstgenoemde categorie werden gelijkgesteld. Wie daartoe niet behoorden, konden eigener beweging hun ziekenfondslidmaatschap behouden dan wel toetreden tot de vrijwillige verzekering.

Niet het minst door de stelselmatige opvoering van de loongrens is het aantal verplicht-verzekerden — en in het kielzog daarvan ook dat der vrijwillige fondsleden — met grote sprongen omhoog gegaan. In de eerste tijd na de invoering van het ziekenfondsbesluit en bij een loongrens van *f* 3000,— beliep het totaal 2,5 miljoen, overeenkomende met 28% der bevolking. Sinds de bevrijding is de wettelijke loongrens met regelmatige impulsen tot *f* 5025,— (1 Januari 1952) opgevoerd. Deze werd bereikt langs de weg van een reeks tussentijds aangebrachte verhogingen: op 1 Januari 1948 tot *f* 3750,—; op 1 Mei 1950 tot *f* 4500,—; op 19 Augustus 1950 tot *f* 4725,— en op 12 Maart 1951 tot *f* 4925,—. Voor een deel werden deze verhogingen gemotiveerd met een verwijzing naar de gedaalde koopkracht van de landsmunt, de daarmee verband houdende stijging van lonen en salarissen en de toename van de kosten van het levensonderhoud, met daarnaast nog compensaties voor de gevolgen van economische overheidsmaatregelen, die in een vermindering van de bestedingsmogelijkheid van het inkomen geacht werden hun uitdrukking te vinden.

Het vereist geen scherpzinnigheid om in te zien, dat met de stootsgewijze verhoging van de wettelijke loongrens iets geheel anders wordt beoogd dan een aanpassen daarvan aan de genoemde stijging van lonen en salarissen; het is een onverhopen, doelbewust streven om op eenvoudige wijze steeds nieuwe groepen werknemers onder de ziekteverzekering te brengen ten einde het draagvlak van de risico's der daaruit voortvloeiende kosten bij voortdurend te vergroten. Men behoeft slechts kennis te nemen van het advies van de Stichting van de Arbeid¹⁾, dat aan duidelijkheid in dit

¹⁾ Tijdschr. Tandheelk. 60 : 602, 1953 (afl. 7).

opzicht geen toelichting behoeft en waarin desgevraagd de minister van Sociale Zaken wordt medegedeeld, dat het de Stichting gewenst voorkomt, de loongrens voor alle verzekeringen vast te stellen op f 6000,—.

Wanneer men zich realiseert dat als gevolg van deze tot nu toe getroffen maatregelen de ziekenfondsbevolking sinds 1944 is verdrievoudigd en ruw genomen meer dan 7,5 miljoen verzekerden omvat, d.w.z. 75% van het totale aantal zielen in ons land, dan gaat het jongste advies sterk in de richting van het verwezenlijken der politieke doelstellingen, die in het rapport van de Dr Wiardi Beckman Stichting 1952 zijn ontvouwd¹). Naar het oordeel der betreffende commissie immers dient het stelsel der verplichte verzekering de gehele bevolking te omvatten. Al is het nog niet zover, in elk geval zouden bij een loongrens van f 6000,— volgens de toelichting op het genoemde advies van de Stichting van de Arbeid 75.000 werknemers meer in de verzekering worden opgenomen. Gesteld, dat dit cijfer niet opzettelijk laag is gehouden, betekent het in werkelijkheid, met inbegrip van de gezinsleden, naar schatting een nieuwe toename met ten minste 300.000 verplicht-verzekerden.

Naar verluidt zou de minister — op aandrang van medische zijde — hebben besloten, vooralsnog niet tot deze aanbevolen verhoging over te gaan. Er zal echter niemand te vinden zijn, die hieruit zou willen afleiden dat een voortgezette opvoering van de loongrens definitief van de baan zou zijn en men zal goed doen zich nu reeds met de gedachte vertrouwd te maken, dat een desbetreffend besluit op een later tijdstip toch werkelijkheid wordt²). In het rapport van de Dr Wiardi Beckman Stichting is de beweegreden onverbloemd naar voren gebracht: men is begerig naar de (hoge) contributie van de betrokken groep, waarvan tevens verwacht wordt dat daarmede terzelfdertijd overwegend goede risico's worden binnen gehaald.

Het is overduidelijk dat het opdringen van deze vorm van verplicht ziekenfondslidmaatschap niets meer gemeen heeft met het wezen der sociale verzekering: de verzorging van economisch zwakkeren. Tenzij hierbij als een gerechtvaardigd middel moet worden gezien, gelijk het in het rapport van de Dr Wiardi Beckman Stichting luidt, de kosten van het vigerende stelsel van sociale gezondheidszorg „zo billijk mogelijk te verdelen”. Tenslotte is geen enkele verplicht verzekerde gehouden om van zijn verzekering gebruik te maken; verplicht is slechts het betalen van de contributie, fraaier en meer technisch uitgedrukt: „de premie”. Niemand gooit echter zijn geld bij voorkeur in het water en zo ligt het in de lijn der verwachtingen, dat de tegen hun zin ingelijfde nieuwe verzekerden op één of andere wijze gebruik gaan maken, „de voordelen willen genieten”, van de hun opgedrongen rechten. Maar daarover later.

Men zal zich onwillekeurig afvragen: gaat dat gedurig verhogen van de loongrens maar zo? Is dat in wezen alleen een zaak van de Stichting

¹) Tijdschr. Tandheelk. 59 : 953, 1952 (afl. 12).

²) Ook de Sociale Verzekeringsraad heeft reeds instemming betuigd en andere geraadpleegde instanties zullen wel volgen.

van de Arbeid en de minister? Het schijnt van wel. De vlotte wijze waarop de vroegere verhogingen tot stand zijn gekomen, wekt de indruk dat niemand zich geroepen gevoelt tot bezinning op de zich wijzigende aspecten, die hiermede uit het wazige verschiet steeds sterker op de voorgrond komen.

In de aanvang werd reeds het revolutionnaire karakter der huidige van overheidswege geordende gezondheidszorg vooropgesteld. Dit betreft niet alleen het dwingende karakter van de verzekering, doch evenzeer het grote verschil in premie voor de uniforme verstrekkingen. De verlangde bijdrage houdt geen verband met de grootte van het risico, d.w.z. de omvang van de te leveren praestaties, doch uitsluitend met de van alle kanten besprongen „draagkracht”, die geacht wordt zijn evenbeeld te hebben in de hoogte van het loon. Voordien was de bijdrage van alle ziekenfondsleden, ongeacht hun meerdere of mindere welstand, gelijk, zij het voor de fondsen onderling binnen beperkte grenzen afwijkend, hetgeen niet zelden zijn oorzaak vond in toekomstige verstrekkingen (o.a. tandheelkundige hulp).

Met dit principe in het voormalige ziekenfondswezen van gelijke contributie voor gelijke rechten is bij de vigerende ziekteverzekering radicaal gebroken; de sociale verzorgingsgedachte, in oorsprong en wezen uitsluitend gericht op het welzijn der economisch zwakkeren, werd tot gemeenschapsplicht geproclameerd in de vorm van „verzorgd worden naar behoefte en verzorgen naar draagkracht”¹⁾. De wal keerde echter het schip: de vrijwillige verzekering bleef, ondanks gelijkstelling in rechten met de verplichte verzekering, gekoppeld aan het overgeleverde systeem van een vaste contributie, ongeacht de welstand. Dit zal zo blijven tot bij tijd en wijle het almachtige en alomvattende fiscale apparaat dienstbaar kan worden gemaakt aan de vaststelling en inning der premies, aan de hand van de aanslagen in de inkomstenbelasting!

Wat met de voortdurende inlijving van steeds nieuwe groepen werknemers met hogere inkomsten uit dienstbetrekking wordt nagestreefd, is niet zo zeer het sociale belang der betrokkenen. Het is veeleer het draagkrachtprincipe, dat met het oog op de financiering van de voortdurend stijgende kosten en tekorten verhoging van de loongrens aantrekkelijk maakt: hogere inkomsten bij uniforme praestatie.

Waartoe zulks leidt kan men lezen in het rapport van de Dr Wiardi Beckman Stichting: uitbreiding van de verplichte verzekering (premiebetaling) tot de gehele bevolking, waarbij de verwachting voorziet dat de beter gesitueerden niet alleen „goede” risico's zullen zijn, maar ook slechts voor een deel gebruik zullen maken van de hun in ruil voor de begeerde premie ter beschikking gestelde rechten.

Waarom ten dele? zou de naïef aangelegde buitenstaander kunnen vragen. Het antwoord kan kort zijn: alleen al omdat de omstandigheden, waaronder de „verstrekkingen” worden geleverd, d.w.z. de diensten moeten worden aanvaard, vaak onverenigbaar zijn met de menselijke

¹⁾ Dr. Mr. W. Schuurmans Stekhoven: Het Nieuwe Ziekenfondsrecht.

waardigheid, het criterium van de jongste tijd. „Daar de verzekerde zonder enige beperking, zo vaak als hij wil zijn ziekenfondsdokter kan consulteren, ontstaan er op de ziekenfondssprekuren, vooral van de artsen die „vol” zijn, onmenswaardige toestanden. In de wachtkamers, maar ook op de trappen en gangen staan de „zieke” mensen opeengedrongen”¹⁾). Voor de tandartsen geldt in gelijke situatie hetzelfde. En dan is het meteen duidelijk dat, wie gewoon is zekere minimum-eisen te stellen aan het intermenselijke contact, zich tot een dusdanige geneeskundige verzorging niet bijster aangetrokken gevoelt.

Al moge de gewaarborgde geneeskundige verzorging „volledig” zijn, de vorm waarin deze onder veelal hoge druk verleend wordt of noodgedwongen moet worden, wijkt wel sterk af van die in de particuliere praktijk, waar de gebruikelijke bezoeken en consulten omgeven zijn met de onmisbare aandacht voor de patiënt en zijn geval. Het is de sfeer, de wederzijdse gezindheid, die het karakter en ten dele ook het effect bepaalt van de geneeskundige raad en bijstand. Men kan bij de bestaande neigingen tot socialisatie hierin een overbodige luxe zien, waarvan het gemis aan de reële waarde van de „verstrekking” geen afbreuk doet. Het zou evenwel van weinig psychologisch inzicht getuigen, de sfeer als factor bij de behandeling te bagatelliseren, omdat zij in de ziekenfondspraktijk niet tot stand of tot haar recht kan komen. Maar voor nieuw in te schakelen groepen verplicht-verzekerden kan het betekenen, dat hun grote teleurstellingen te wachten staan.

Natuurlijk, alles heeft zijn verklaring: de weinig aantrekkelijke vormen, die de praktijk der gesocialiseerde gezondheidszorg heeft aangenomen, zijn in hun grond een gevolg van de onvolkomenheden van de moderne mens, hetzij in de gedaante van verzekerde dan wel in die van medewerker. Hij is er blijkbaar nog niet rijp voor en het zal nog wel even duren voor hij zover is, gesteld dat hij het ooit zover kan brengen. Dat is echter geen zaak voor het ogenblik. Wat zich in causale samenhang (ongebreidelde toeloop, polypragmasie, verwijzingszucht enz.) aan iedereen opdringt, is voor een niet gering deel het gevolg van het met geforceerde slag streven naar de volledige invoering van het zg. solidariteitsbeginsel, dat in de praktijk van het vigerende ziekenfondsstelsel neerkomt op een vorm van sociale gelijkmaking. Vooral in de bestaande regeling voor de tandheilkundige hulp vertoont dit verschijnsel facetten, waarop het gewent is, in het kader der voortdurende loongrensverhogingen nogmaals het licht te laten vallen.

Bij de egaliserende strekking van de sociaal-geneeskundige verzorging, zoals die tot uitdrukking komt in de uniforme verstrekkingen voor alle groepen verzekerden, wordt ten enen male het verschil verwaarloosd in de levensbehoeften en levensstijl van de diverse maatschappelijke lagen der bevolking, die voor een niet gering deel parallel lopen met de materiële omstandigheden, waarbinnen het individu zijn bestaan opbouwt. Hiermede wordt bedoeld dat de zorg voor het persoonlijke wel-

¹⁾ Geneeskundige verzorging op drift. N.R.Ct. 24 Juli 1953.

zijn en het kader waarin deze in de levenswijze tot uiting komt, grote verschillen vertoont bij de verscheidenheid van sociale groeperingen, die bij de ziekteverzekering zijn ondergebracht. Die verschillen worden voor een belangrijk deel beheerst door het geestelijke en culturele microklimaat dat in de betreffende milieus heerst. Ondanks de talrijke uitzonderingen op de regel mag men toch stellen dat er over 't geheel een nauwe samenhang bestaat met de mate van materiële welstand, zoals die door de hoogte van het inkomen wordt omlijnd. De levenseisen zijn daarop uiteraard afgestemd. Dit met behulp van doctrinaire motieven te willen ontkennen, ware struisvogelpolitiek. Een ieder tracht binnen de grenzen van zijn materiële mogelijkheden de voor hem geldende levenswaarden zo goed mogelijk tot hun recht te laten komen. En zo is het loon of salaris een hanteerbare maatstaf, alhoewel geen nonius, voor het levensniveau der betrokkenen, waarin ook de zorg voor het fysieke welzijn een belangrijke plaats inneemt.

Dit zo zijnde ligt het in de rede, dat overeenkomstig de levensstijl, ook de vorm waarin de geneeskundige voorzieningen ter beschikking worden gesteld, een niet te verwaarlozen rol speelt. Men kan de vraag stellen: mag de vorm worden verwaarloosd met een beroep op overmacht? De verplichte verzekering laat niet na de premie zuiver af te stemmen op de hoogte van het loon, zonder daarbij in de verstrekkingen naar hun hoedanigheid ook maar enigszins te differentiëren.

Voor de tandheelkundige hulp komt daar nog iets belangrijks bij. In de uitvoeringsbesluiten is met nadruk vastgesteld dat de verzekerde recht heeft op *volledige* hulp zowel van huisarts als (op verwijzing) van specialist en ook ten aanzien van de verstreking van geneesmiddelen. Bij de tandheelkundige hulp is die volledigheid doelbewust ter zijde gesteld door de behandeling aan de bekende „systematisch-rationele beginselen” te koppelen, hetgeen een drastische beperking van de zorg voor de gebitsconservering impliceert.

Dit van tandheelkundige zijde indertijd gepropageerde behandelings-systeem, waarvan de aanvaarding in het zogenaamde N.P.P.-rapport van de Maatschappij al ruim een kwart eeuw terug ligt, paste volkomen in het kader van de toenmalige ziekenfondsverhoudingen en betekende een grote stap voorwaarts in de gebitsverzorging van de maatschappelijke groep der autochthone ziekenfondsleden, die voordien daarvan zoal niet in theorie, dan toch praktisch zo goed als geheel verstoken waren. De in bedoeld rapport neergelegde en in 1941 bij het Ziekenfondsenbesluit overgenomen richtlijnen schiepen een basis, waarop een evenwichtstoestand tussen vraag en aanbod kon worden bereikt. Of dat bij handhaving van de oorspronkelijke loongrens nog zo zou zijn, is aan gerechte twijfel onderhevig; de vraag naar gebitsbehandeling is ook bij die bevolkingslagen — gelukkig — levendig geworden.

Sindsdien echter hebben andere maatschappelijke groepen hun intrede gedaan in de ziekenfondsgelederen, personen die tot dusverre op eigen geneeskundige en tandheelkundige verzorging waren aangewezen, zonder dat zij zulks als een sociaal-hygiënisch tekort te hunnen laste ondervonden. Voor zover dit wel het geval mocht zijn geweest, stond

altijd toetreding tot de vrijwillige verzekering voor de gegadigden open.

Van de overigen en vooral de het laatst ingeschakelde verplicht-verzekerden mag om eerder genoemde redenen worden aangenomen, dat hun individuele verzorgingspeil niet adaequaat wordt gediend met een behandeling naar beperkende maatstaf. Het overigens loffelijke sanerings-systeem dat daarin is vevat, beantwoordt in vele gevallen zeker niet aan de normen, waarmede deze personen van huis uit vertrouwd waren geworden. Daarvoor behoeft slechts te worden herinnerd aan het voorschrift dat de voor het gebitsbehoud essentiële pulpabehandeling nadrukkelijk tot de „hoge uitzonderingen” moet worden beperkt. Wat een en ander in werkelijkheid voor de praktijk der ziekenfondsbehandeling betekent, blijkt het treffendst uit de statistiek der verrichtingen, zoals die ter kennis worden gebracht ¹⁾.

Zo werden in 1951 bij de gezamenlijke ziekenfondsen per 1000 verplichtverzekerden 448 vullingen gelegd, waarvan 8,2 met voorafgegane pulpabehandeling. Bij eenzelfde aantal v.v.'s gingen echter 280 elementen door extractie verloren. Zelfs in de het dichtst met tandartsen bezette provincie (Utrecht), waar de conserverende hulp relatief het grootst is, bedroeg het aantal extracties per 1000 verzekerden 272 en het aantal vullingen 458, hetgeen uit een oogpunt van doelbewust streven naar gebitsbehoud geen in het oog lopend verschil betekent. In Drente daarentegen bedroeg het aantal vullingen niet meer dan 230 per 1000 verzekerden.

Daarnaast mag worden aangenomen, dat bij een minder drastische beperking van de pulpabehandelingen (8 per 1000 verzekerden) een aanzienlijk deel van de geëxtraheerde elementen voor het betreffende gebit (en de verzekerde) behouden had kunnen blijven, ook zonder dat omvang of localisatie van het carieuze defect het voor de ziekenfondstandarts bij de bestaande honorering onaantrekkelijk had gemaakt, zich daarvoor in te spannen.

Gemiddeld wordt dus elke verplicht-verzekerde per twee jaren verzorgd met één vulling en om de $3\frac{1}{2}$ jaar van een kies of tand verlost (of beroofd), die bij de geldende normen niet voor behoud in aanmerking komt. Houdt men daarbij in het oog, dat de pulpabehandeling bijna uitsluitend fronttanden ten goede mag komen, dan is het duidelijk, dat de kauwelementen bij uitstek, molaren en praemolaren, voorbestemd zijn om uit hun functie te worden „ontheven” als het cariesproces tot in de nabijheid van de pulpa is doorgedrongen.

Een aan het mechanisch-technisch denken ontsproten „herstel” van de kauwfunctie door middel van een prothese negeert het surrogaat-karakter van deze irreversibele voorziening. Welke omvang de prothetische bedrijvigheid in de praktijk van het ziekenfondswezen heeft aangenomen, blijkt eveneens uit de statistiek der verrichtingen. Niet minder dan 25 kunstgebitten van diverse omvang werden in 1951 per 1000 verplicht-verzekerden vervaardigd, hetgeen betekent, dat in veertig jaar een aantal protheses wordt geplaatst, gelijk aan het totaal der Neder-

¹⁾ Stichting Verrekenkas 1951.

landse bevolking! Neemt men dan nog in aanmerking de jaarlijkse mortaliteit in ons land — 13 per duizend — dan volgt hieruit dat het aantal prothesedragers per 1000 inwoners jaarlijks met 12 toeneemt!

Voor wat de gebitsbehandeling der verzekerden in behandelingscentra aangaat, blijkt uit de gepubliceerde gegevens ¹⁾, dat in 1951 bij 650.000 ingeschrevenen in de hoofdstad 212.000 extracties werden verricht, d.w.z. 326 per 1000 verzekerden. Het aantal blijvende vullingen bedroeg eveneens 212.000, zodat tegenover elke gelegde vulling de verwijdering van een element moet worden gesteld. Het aantal verstrekte protheses beliep 11.877, overeenkomend met 18 per 1000 verzekerden. In de hoofdstad groeit bijgevolg het aantal prothesedragers minder snel dan in de rest van het land.

Hoe het zij, ook voor de behandeling in poliklinisch verband geldt, dat de gebitsverzorging, voorzover die op het behoud van het natuurlijke kauworgaan is gericht, slechts een zwakke afspiegeling is van wat de tandheelkunst, ook „met eenvoudige middelen” vermag. De methode van hulp in de behandelcentra als bewijsmateriaal te willen gebruiken, om een „vooroordeel” zo spoedig mogelijk te doen verdwijnen, namelijk dat een patiënt beter en deugdelijker hulp geniet bij de particuliere dan bij de ziekenfondstandarts, zal aan de hand der statistiek bezwaarlijk gelukken. Een dergelijke zelfbewuste uitspraak ²⁾ is propagandistische bluf en voor niet-ingewijden in hoge mate misleidend.

Het is geenszins de bedoeling om in deze beschouwing de ontoereikendheid der ziekenfondsverzorging aan de kaak te stellen. Er zijn nu eenmaal dwingende oorzaken waarom alles ook hier is zoals het is. Er zijn tandartsen die er naar streven, hun ziekenfondspraktijk zo veel mogelijk in overeenstemming te brengen met wat hun tandheekkundige normen hun voorschrijven. Zij kunnen dit alleen doen door het aantal ingeschrevenen op hun naam streng aan een limiet te binden. Deden echter alle tandartsen zo, dan zou het merendeel der verzekerden van hulp verstoken blijven en het sociaal gestelde doel deerlijk in het gedrang komen. Het gaat er alleen om, de aandacht te vestigen op het voor velen ongeëigende behandelingssysteem, temeer nu steeds weer pogingen worden ondernomen om in de verplichte verzekering maatschappelijke groepen te betrekken, wier sociale status alleen al hun recht geeft op een andere gebitsverzorging dan in ziekenfondsen noodwendig wordt verstrekt.

Het werd reeds opgemerkt: de verplicht-verzekerden zijn niet gehouden om van hun rechten gebruik te maken, al ligt het voor de hand dat velen het zullen doen. Natuurlijk hebben zij gelegenheid om zich volledig op de hoogte te stellen van wat de verzekering heeft te bieden. Voor de geneeskundige behandeling is dat wellicht niet zo moeilijk, maar men moet wel goed bekend zijn in het Jeruzalem van de praktijk der ziekenfondstandheekkunde om te weten waarop men wel en waarop men niet behoeft te rekenen. Uitspraken gelijk in het geciteerde verslag van de

¹⁾ Verslag A.T.Z. 1951.

²⁾ Verslag A.T.Z., 1950, blz. 8.

A.T.Z. zijn oneerlijk, want zij dienen mede om de opeenvolgende verhogingen van de loongrens er zonder verzet door te drijven.

In de propaganda voor verdere horizontale uitbouw van het verplichte ziekenfondswezen wordt ook de tandheekkundige hulp te baat genomen, die in de toekomst zal worden verstrekt ten einde het principe ener totale verzekering aantrekkelijk te maken. Inlays, stiftanden, kronen en bruggen, die naar het oordeel van de Dr Wiardi Beckman Stichting tot dusverre „ten onrechte” buiten het kader der verstrekkingen zijn gehouden, vormen de paradepaarden. Ook hierbij wordt de denkfout begaan dat het technisch meer gecompliceerde als zodanig ook steeds het betere, zo niet voor elk geval het beste zou zijn. Voor het welzijn van het kauworgaan is in de eerste plaats nodig gebitsconservering en daarvan vormen goede pulpa- of wortelkanaalbehandelingen een onmisbaar onderdeel. Mits de extractie met minder élan worde bedreven, vormen bruggen een voorziening, waaraan zeker in de ongevallenverzekering een plaats behoort te worden ingeruimd. Voor de sociale verzekering echter kan brugwerk bezwaarlijk als een normale verstrekking worden beschouwd.

Ten besluite: niemand zal ontkennen dat met de vigerende ziekenfondsorganisatie de volksgezondheid in veel opzichten is gebaat, al kan men de consequenties van een onmatige uitbreiding als alleszins gerechtvaardigde grief op rekening van de blijkbaar inhaerente, niet in te tomen expansiezucht stellen. Gelijk gezegd, oorspronkelijk en terecht gecreëerd ten gunste van de maatschappelijk en economisch zwakkere bevolkingslagen, pogen de politieke promotors de openbare gezondheidszorg tot een allen omvattend semi-overheidsorgaan te laten uitgroeien. Er wordt stap voor stap op aangestuurd om steeds meer personen er bij te betrekken, wier tandheekkundig belang met de in het ziekenfonds ter beschikking staande, beperkte hulpverlening niet adaequaat wordt en kan worden gediend. En dat mag ons als tandartsen niet onverschillig laten.

Wij zijn ons volkomen bewust van de ondergeschikte betekenis van het gebit binnen het geheel der geneeskundige voorzieningen, ook ten aanzien van het leven. Omtrent de vaak grote psychologische waarde van het natuurlijke gebit voor het algemene individuele welzijn beginnen de inzichten zich geleidelijk te ontwikkelen. Het ziekenfondswezen komt daar krachtens zijn nivellerende opzet niet aan toe.

Voor de toekomstmusicus van „Het Ziekenfonds”¹⁾, die zich indertijd keerde tegen het „reactionnaire denken” der tandartsen zal hierin wel geen reden tot bezinning gelegen zijn. Dit soort nuances wordt blijkbaar geen plaats waardig gekeurd in de „progressieve gedachte”, die het ideaal ener gemonopoliseerde geneeskundige verzorging via de ziekenfondsen als onafwendbare werkelijkheid in uitzicht stelt. Dit kan ons zeker niet weerhouden stelling te nemen tegen een streven, waarmede het algemeen belang, zoals dat tandheekkundig moet worden gezien, geenszins is gebaat.

B.

¹⁾ Mededelingenblad, pag. 278. Mei 1952.