

## INGEZONDEN

### SOCIALE VOORZIENINGEN EN TANDHEELKUNDE

In aansluiting op de in het Tijdschrift voor Tandheelkunde verschenen artikelen van de collegae Buisman en Broekhuizen<sup>1)</sup> wil ik trachten, ook mijn visie te geven met betrekking tot het vraagstuk: „Sociale voorzieningen in de tandheelkunde”.

Zonder iets te kort te willen doen aan de belangrijkheid van hun bijdragen geloof ik toch, dat de beide zojuist genoemde collega's in hun betoog hier duidelijk hebben uiteengezet, wat hun uitgangstelling was, met als natuurlijk gevolg, dat zij op verschillende punten langs elkaar heen redeneren. Getuigenis hiervan zijn de uiteenlopende opschriften, die door beiden worden gebruikt: „Ziekte- en tandstandheelkunde en loongrens” van Buisman; de reactie van Broekhuizen, getiteld: „Regeringsbeleid en tandheelkunde”; het antwoord van Buisman hierop: „Tandheelkunde en sociale overheidsbemoeiing”.

Wanneer ik dus in mijn opschrift het woord „sociale voorzieningen” gebruik, zal ik allereerst hebben duidelijk te maken wat ik hieronder versta. De definitie die Veldkamp geeft voor sociale verzekering luidt als volgt:

„De rechten die de persoon middels sociale verzekering heeft in geval van omstandigheden, welke voor hem als mogelijkheid dreigen en welke tot gevolg hebben hetzij dat het inkomen ophoudt of vermindert, hetzij dat voor hem zeer moeilijk te dragen uitgaven noodzakelijk worden.”

Hiertegenover staat de „Universal Declaration of Human Rights”, die — enigszins verkort — het volgende zegt:

„Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and his family and the right to security in the event of sickness in circumstances *beyond his control*.”

De toevoeging van deze woorden: „beyond his control” acht ik uitermate belangrijk. Men kan toch bezwaarlijk volhouden, dat iemand die *bewust*, door *eigen schuld* in omstandigheden komt te verkeren, waarvan hij de gevolgen zelf niet meer kan dragen, nog steeds *recht* op de gemeenschap kan laten gelden om hem te helpen.

Dat men, het gebod der Christelijke naastenliefde kennende, ook deze mens niet aan zijn lot zal overlaten, behoeft geen nader betoog. De basis waarop deze hulp wordt verstrekt, is echter een andere dan die in de definitie der Verenigde Naties is bedoeld.

Nemen wij deze definitie dus als uitgangspunt en passen wij haar thans toe op de tandheelkunde.

Door de economische en sociale raad der Verenigde Naties is op 22 Juli 1951 te New York voor het begrip gezondheid de volgende omschrijving gegeven: „A state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”, en verder: „The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition.”

Duidelijk wordt hier dus gezegd, dat: „the highest attainable standard of health” tot de fundamentele rechten behoort, zonder dat men daarbij acht mag slaan op de sociale status van de betrokkenen.

<sup>1)</sup> Afl. 8—9, pag. 603; afl. 10, pag. 774, 777.

Voor de tandheelkunde beschikken wij sinds 1929 over het z.g. N.P.P.-rapport. Ik meen dat wij ook heden ten dage nog respect moeten hebben voor de samenstellers van dit rapport, die 25 jaar geleden onder totaal andere sociale en economische omstandigheden deze, tandheelkundig beziën, zo duidelijke taal spraken. Toch geloof ik dat het juist deze zo volkomen gewijzigde omstandigheden zijn, die aanleiding geven tot de vraag of het toenmaals gestelde heden nog ongewijzigd van toepassing kan zijn. Een vraag overigens, welker beantwoording reeds aan verscheidene Maatschappij-instanties is voorgelegd.

Sinds 1941 vigeert in Nederland het Ziekenfondsenbesluit, volgens welks bepalingen aan iedere Nederlander, wiens loon (niet inkomen) beneden een zekere grens ligt, tandheelkundige hulp wordt gegarandeerd, waardoor hij in staat wordt gesteld, zijn gebit te laten saneren en het vervolgens in gesaneerde toestand te houden. Na 12 jaar mag men aannemen dat iedereen, die over enig verantwoordelijkheidsgevoel beschikt, gezorgd heeft dat deze gezondheidszorg zijn deel werd.

Waar de ouders in gebreke bleven is de dienst der schooltandverzorging het instituut geworden, waar de op dit punt aan hun lot overgelaten kinderen zijn — of nog moeten worden — opgevangen.

Hoe heeft zich intussen de positie van de tandarts ontwikkeld? De opleiding is zwaar en kost een grote som gelds. Indien wij nog volledig volgens het N.P.P.-rapport te werk gaan, dan betekent dit dat alle uitgebreide hulp, waarbij aan de opleiding toch noodzakelijkerwijze veel tijd moet worden gegeven, onbereikbaar is voor alle personen die onder het Ziekenfondsenbesluit vallen. Bij de tegenwoordige stand van zaken zijn slechts weinig tandartsen in de gelegenheid, hun meerdere kennis en vakbekwaamheid in praktijk te brengen. Voor de ziekenfondstandarts zullen echter de hoge investeringskosten evenzeer moeten worden doorberekend, met als gevolg een te zware belasting van het zg. meer eenvoudige werk.

Tegenover deze bezwaren van economische aard staan echter veel grotere bezwaren van morele aard. Eén van de resoluties van de Verenigde Naties luidde zoals wij zagen: „the enjoyment of the *highest attainable standard* of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of social condition”.

Voor mij betekent dit, dat de gesaneerde patiënt, die zelf zijn gebit goed onderhoudt en dus zijn plicht doet, *recht* heeft op alle tandheelkundige behandelingen op een wijze als de moderne wetenschap die thans biedt, indien hij door omstandigheden „beyond his control” deze hulp nodig heeft. Eenvoudig gezegd: het meisje of de vrouw, die haar gesaneerde gebit keurig onderhoudt en, bijvoorbeeld tengevolge van een val, haar eerste incisief fractureert, heeft recht op vervanging door een stiftand.

Dit is een „sociale voorziening” in het kader van het boven geschetste. Echter neem ik ook de consequentie ter anderer zijde: de patiënt die thans, na twaalf jaar daarvoor in de gelegenheid te zijn geweest, nog zijn gebit niet heeft laten saneren of een gesaneerd gebit opnieuw heeft laten verwaarlozen, kan niet langer de woorden „beyond his control” op zichzelf van toepassing brengen en heeft derhalve zijn rechten verspeeld.

Hier ga ik dus volkomen afwijken van het N.P.P.-rapport. Dit kwam niet verder dan een prioriteitsschema in de aard der behandelingen. Men behoefde 25 jaar ook niet verder te gaan. Thans wordt niet alleen een omschrijving gegeven van *wat* de rechten zijn, maar ook *wie* aanspraak kunnen maken. Volkomen ben ik ervan overtuigd dat het menigeen thans nog moeite zal kosten, deze gedachten-gang te volgen. Toch zal het de enige mogelijkheid zijn om tot de uiteindelijke doelstelling te geraken: „iedere Nederlander die daarop prijs stelt en die over

voldoende verantwoordelijkheidsgevoel beschikt een goed onderhouden gebit, ongeacht of hij ziekenfondspatiënt is of niet." Zoals het systeem thans werkt worden er ieder jaar zeker enige millioenen uitgegeven voor hulp, die niet tot het doel leidt, terwijl aan de andere kant velen „van goeden wille" niet in de gelegenheid zijn te profiteren van de velerlei mogelijkheden die de tandheelkundige wetenschap heden ten dage biedt. Dit is fout aan beide kanten en het zal de dure plicht zijn van zowel ziekenfondsbestuurders als tandartsen dit aan het publiek duidelijk te maken. Het woord „inperken van rechten" is hier misplaatst. Degene die „rechten" heeft, geve men het volle pond; degene die zijn „plichten" verzaakt en hierdoor zijn rechten verspeeld heeft, zal hiervan helaas de wrange vruchten moeten plukken.

Indien ik aan de hand van het bovenstaande tot een schema zou moeten komen, volgens hetwelk de tandheelkundige hulp in het raam der sociale voorzieningen moet passen, moge ik het volgende ter overdenking aanbieden:

- 1°. verlossen van pijn.
- 2°. jeugdverzorging.
- 3°. het in orde houden van het gesaneerde gebit met *alle* middelen die de tandheelkunde biedt.
- 4°. herstel van kauwvermogen.  
(uit het oogpunt van algemene gezondheidszorg zal het slechte opgeruimd moeten worden en het kauwvermogen hersteld).
- 5°. het saneren van de patiënten die thans nog buiten hun schuld geen gesaneerde mond hebben.

(plaatsen waar geen schooltandverzorging is; hierbij een leeftijdsgrens stellen, bijv. de kinderen tot 21 jaar de gelegenheid geven zich volgens het N.P.P.-rapport te laten behandelen; verder voor plattelandsgemeenten waar nog geen tandarts gevestigd was; hulp volgens N.P.P.-rapport bijv. tot 30 jaar).

6°. indien na serieuze uitvoering van bovenstaand plan nog geld en mankracht beschikbaar is, met *behoorlijke* bijbetaling het *éénmalig* saneren van niet gesaneerde patiënten, die niet onder punt 5 vallen.

Onder geen voorwaarden mag onder de sociale voorzieningen worden gerangschikt de hulp aan diegenen die door vrije wil een gesaneerde mond opnieuw verwaarloosd hebben.

Dat bijzondere behandelingen, zoals regulaties op medische indicatie, vervaardiging van obturatoren, e.d., geheel onder de sociale voorzieningen behoren te vallen zal voor ieder, die mijn intentie aanvoelt, duidelijk zijn.

Resumerende zou men al het bovenstaande ook als volgt kunnen samenvatten:

- 1°. geef de mens dat, waarop hij recht heeft, maar dan ook ten volle;
- 2°. zorg dat geld (en speciaal dat voor sociale voorzieningen) doeltreffend wordt besteed.
- 3°. durf te zeggen waarop men geen recht kan laten gelden.

Dit systeem, zuiver doorgevoerd, kan geen tandarts ooit meer in conflict doen komen met zijn beroepsdeed en het moet voor ieder werkelijk „sociaal" denkend mens het enige aanvaardbare zijn.

Zeer bewust heb ik mij bij dit alles niet begeven op neventerreinen, zoals b.v. de wijze van schooltandverzorging, huis- of poliklinische behandeling, enz. Men zal het eerst eens moeten worden over de te volgen grote lijn; daarna kan gesproken worden over de methode van uitvoering, waarbij ik misschien de stelling zou durven poneren, dat de wijze *waarop* mij vrij onverschillig laat, mits het maar *goed* gebeurt. Dit kan dan niet anders zijn dan volgens één of ander systeem,

waarbij de tandarts zelf de verantwoordelijkheid draagt. Wij zullen dit grote recht van het vrije beroep evenwel slechts dan mogen hanteren, indien ons werk goed is.

Hier staat echter een even grote verantwoordelijkheid van de zijde van de ziekenfondsbesturen tegenover. Men zal ons een remuneratie moeten geven, waardoor het inderdaad mogelijk is ons vak naar behoren uit te oefenen. Op de praktijk van de tandarts drukken zware lasten. Een groot bedrag is geïnvesteerd in studie en instrumentarium, de vaste lasten zijn hoog; het inkomen van de tandarts staat en valt met zijn gezondheid, waarbij een gedeeltelijke invaliditeit van een ander voor hem 100% invalide betekent, zodat hoge verzekeringen nodig zijn voor ziekte zowel als voor oudendagvoorziening. Het beroep is vermoeiend: de gehele dag staan in meestal ongemakkelijke houding, de volledige aandacht geconcentreerd op een klein werkgebied, terwijl de patiënt tengevolge van min of meer onplezierige ingrepen soms neiging heeft zich als „tegenpartij” te ontpoppen.

Om onder de huidige omstandigheden tot een inkomen te geraken, waarbij met al het bovenstaande op zeker niet meer dan normale wijze is rekening gehouden, moet de tandarts gaan werken volgens de bekende dienstregeling van 4 à 5 vullingen per uur. Dit is *fout*. Men zal zich dienen te realiseren dat ieder systeem, en zeker het door mij gepropageerde tot mislukking gedoemd is bij een onderhonorering. Dat moet leiden tot teveel werken in te korte tijd met alle gevolgen van dien. Ook dan wordt het „goed geld naar kwaad geld gooien” en dat is in dit verband al even onjuist als bij het andere, door mij signaleerde.

Geenszins vlei ik mij met de hoop door deze enigszins revolutionnaire schijnende denkbeelden zowel al mijn collega's als alle ziekenfondsbestuurders te hebben overtuigd. De drang om oplossing te brengen in de chaos, waarmede ik telkenmale geconfronteerd wordt, is de enige aanleiding tot deze ontboezeming.

Deventer, Oct. 1953

J. Th. L. Rozendaal