

## SOCIALE TANDHEELKUNDE

### TANDHEELKUNDIGE ZIEKENFONDSBEHANDELING: DE PSYCHOLOGISCHE ACHTERGROND \*)

DOOR P. H. BUISMAN

Wanneer ik mij heb voorgenomen voor u over de psychologische achtergrond van de ziekenfondsbehandeling enkele beschouwingen te ontwikkelen, dan vereist dit enige toelichting. Ik stel mij niet voor een psychologische verhandeling ten beste te geven over het type van de ziekenfondstandarts en zijn psychische structuur. Dit zou de zaak moeten zijn van een psycholoog, die van het fenomeen tandarts in zijn hoedanigheid van medewerker aan de ziekenfondsbehandeling een studie zou hebben te maken.

Wat ik heden mij als doel heb gesteld, is uiteraard veel beperkter, n.l. enig inzicht te verschaffen in het gedrag van de tandarts en zijn innerlijke reacties op de omstandigheden waarvoor hij bij zijn ziekenfondstaak wordt geplaatst en welke in wisselwerking zijn handelen bepalen. Ik zou een verklaring willen geven van de wijze waarop hij bij zijn werkzaamheden noodgedwongen bepaalde verrichtingen wèl en andere niet betreft. Wat ik wil trachten te bereiken is u enigszins duidelijk te maken waarom ten aanzien van de tandheelkundige behandeling van ziekenfondsverzekerden alles zich heeft ontwikkeld zoals dit op het ogenblik is. Ik hoop dat u daarbij mij niet al te zeer eenzijdigheid zult verwijten wanneer ik te uwer voorlichting dit zal doen geheel van uit het gezichtspunt van de tandarts.

Ik meen hiertoe gerechtigd te zijn omdat de facetten, waarop ik het licht zou willen laten vallen, bij niet-tandartsen onvoldoende bekend zijn. Ik hoop dat, indien u de hun toekomende waarde er niet aan toe zou kennen, u deze bij een oordeelsvelling wèl in aanmerking zult nemen.

Wat ik ter inleiding van mijn betoog voorop ga stellen heeft – ik weet het – een conservatieve klank; ik vertrouw niettemin dat u zulks op grond van de waarheid en de historie als onomstotelijk feit voor lief wilt nemen. Dit n.l.: de bloeiperiode van de tandheelkundige praktijk (niet van de tandheelkundige wetenschap) viel in het voor-sociale tijdperk. Ze werd gekenmerkt door een beperkte en – zuiver economisch gesproken – koopkrachtige vraag naar gebitsverzorging vanuit de kringen der min of meer welgestelden. Als uitvloeisel van de toenmalige gezindheid stelden zij deze behandeling, ook al konden zij die niet op haar speciale mérites beoordelen, op prijs in haar karakter van voor hen verwerkelijkte mogelijkheid van gebitsconservering of -herstel. Daar tegenover een eveneens beperkt maar numeriek aangepast aantal praktizerenden, dat aldus in de gelegenheid was in het belang van hun patiënten te doen datgene, waartoe de kennis en kunde van het ogenblik hen in staat stelden.

Ik heb hierbij geenszins het oog op de financiële uitkomsten van de praktijk

---

\*) Voordracht, gehouden op 12 december 1955 te Utrecht voor de Centrale Bond van Onderling Beheerde Ziekenfondsen.

die ook toen evenals nu een sterke spreiding vertoonden. Waar ik de nadruk op wil leggen is de beroepsmatige voldoening die de practicus uit zijn dagelijkse werkzaamheden kon putten. De tandbehandeling toch wordt gekenmerkt door minutieuze manipulaties, die voor een goede en zorgvuldige uitvoering tijd en rust vereisen; tijd, welke door de toenmalige verhoudingen tussen vraag en aanbod zelfs in de druk bezette praktijk beschikbaar was.

Hierbij zij volledigheidshalve opgemerkt dat de meeste „gewone” tandartsen niet tot buitensporige inkomsten kwamen, gelijk gaarne wordt aangenomen. Dit was alleen reeds een gevolg van de bij thans vergeleken eenvoudige, ja sobere levenswijze bij vele welgestelden, de toenmalige koopkracht en de subjectieve, de gevoelswaarde van het geld.

Dat de ziekenfondsbehandeling daarnaast van geringe omvang was, mag als voldoende bekend worden verondersteld. Alleen al de gebrekkige regeling, verklaarbaar uit de toenmalige maatschappelijke constellatie, was oorzaak dat tandartsen, die uiteraard voldoende particuliere praktijk hadden, door de onaantrekkelijke voorwaarden niet konden worden ingeschakeld. Niettemin hebben zij het toentertijd als een morele plicht beschouwd om hunnerzijds een positieve bijdrage te leveren tot een aanvaardbare voorziening ten behoeve van de aangeslotenen bij de ziekenfondsen. Behalve uit de vakliteratuur kan dit blijken uit het bekende rapport van de „Maatschappij” van 1929, hetwelk ook thans nog de grondslag vormt van de regeling der tandheelkundige verzorging in het vigerende ziekenfondsenbesluit. Wanneer niettemin de huidige uitbouw van het ziekenfondswezen onvoorziene consequenties en complicaties met zich heeft gebracht, dan mag bij een beoordeling hiervan niet uit het oog worden verloren dat de in dit rapport vervatte regeling was afgestemd op de toenmalige omstandigheden.

Wanneer men aanneemt dat vóór 1941 het aantal bij de ziekenfondsbehandeling betrokken tandartsen zeker niet meer dan 15% van het totaal der gevestigde practici bedroeg, terwijl dit thans is uitgegroeid tot globaal gesproken 1600 op 2000 tandartsen, zijnde 80%, dan kan in het licht van het vorenstaande gevoelig worden vastgesteld dat zich in 15 jaar tijds een revolutie heeft voltrokken in de structuur van en de werkwijze in de tandheelkundige praktijk.

Dat deze, sociaal gesproken, van gunstige uitwerking is gebleken op de algemene gebitstoestand van ons volk, zal door ieder als een groot winstpunt worden geboekt. Velen die tot gebitsverzorging in vroeger jaren niet in de gelegenheid zouden zijn geweest kunnen hier thans geredelijk toe komen. Het tandheelkundig saneringspercentage van 20% der verzekerden legt daarvan een onmiskenbaar getuigenis af.

Wanneer gesproken werd van een revolutie in de tandheelkundige praktijk, dan wordt hier vanzelfsprekend bedoeld op de omstandigheden waaronder de tandarts van dit ogenblik zijn werk in het kader der ziekenfondsverzorging verricht of – juister uitgedrukt – genoodzaakt is te verrichten. Waarom dit laatste? zult u vragen. Ik stel mij voor met u na te gaan waarin de sfeer van de praktijksbeoefening van nu, gezien vanuit het standpunt van de tandarts, zich essentieel onderscheidt van de particuliere praktijk van voorheen.

Als het meest op de voorgrond tredend mag wel worden beschouwd de onontkoombare behandeling van een dusdanig aantal hulpzoekenden dat vroeger voor ondenkbaar en onmogelijk zou zijn gehouden. Men kan aannemen, op grond

van verkregen inlichtingen, dat dit in veel praktijken zelfs varieert tussen 60 en 80 patiënten per dag. Wat zulks in werkelijkheid betekent, zelfs onder aftrek van een aantal dat zonder feitelijke behandeling uit de patiëntenstroom kan worden uitgeshift, moge thans worden uiteengezet aan de hand van een deelsommetje.

Ik sprak reeds over het kenmerk van de tandheelkundige behandeling als tijdvereisend uit hoofde van de minutieuze manipulatieve bewerkingen, welke niet voor overdracht vatbaar zijn en door de tandarts zelf van begin tot eind moeten worden verricht. Dit gedwongen zelf-moeten-doen vormt het wezenlijke van de tandheelkundige praktijk, hetgeen betekent dat in feite alleen de *tijd* de voor de tandarts bepalende factor is bij de omvang zijner beroepsmatige werkzaamheden. Het geven van adviezen, welker waarde en nut niet van tijdsfactoren afhankelijk zijn, behoort in de regel niet tot het werk van de tandarts. Zijn taak is handelingen te verrichten, waarvan het aantal recht evenredig is met de duur van zijn werktijd en het daarbij ontwikkelde arbeidstempo.

En thans het rekensommetje. Nemen wij voor een ogenblik aan dat een tandarts in staat is dagelijks acht uren onverpoosd te werken en daarbij 50 patiënten moet behandelen, dan betekent dit dat hij gemiddeld  $9\frac{1}{2}$  minuut voor ieder beschikbaar heeft. Trekt men voor het binnenkomen, plaats nemen en het stellen van vragen 1 minuut af, dan blijven er  $8\frac{1}{2}$  over. Betreft het een nieuwe patiënt, dan zal de tandarts het doel, althans de aanleiding tot zijn komst, moeten aanhoren wil hij kunnen vaststellen wat hem te doen staat. Tijd: 1 minuut; resteren  $7\frac{1}{2}$  minuut. Ja, wat nu. Laat ons aannemen dat deze patiënt komt om „even” een kies te laten trekken, hetgeen betekent dat hij er pijn aan heeft. Goed, maar aan welke? In drie van de vier gevallen verdenkt hij het verkeerde element; het schuldige is althans niet op de eerste blik te onderkennen, er kunnen meerdere aangetaste elementen zijn waaruit de pijnverwekker moet worden geselecteerd. Soms voert het onderzoek naar een kies in de tegenovergestelde kaak, tandpijn is nu eenmaal, wat zijn zetel betreft, bedrieglijk. Wil de tandarts zich zekerheid verschaffen om met een extractie van het verkeerde element geen kunstfout te begaan, dan moet hij niet zelden de carieuze elementen stuk voor stuk onderzoeken. Dit kost, ik behoeft het u waarlijk niet te zeggen, tijd die in mindering gaat van onze  $7\frac{1}{2}$  minuut. Bij een afwijkende bevinding zal hij hiervan mededeling moeten doen, de tandlijder van de juistheid overtuigen en wanneer het de tegenovergestelde kaak betreft, heeft de patiënt doorgaans enige tijd nodig om dit te verwerken alvorens hij met de extractie instemt. Ik vraag u in gemoede: hoeveel luttele minuten zullen nog beschikbaar zijn voor de eigenlijke behandeling, waarom het te doen is? En wat wanneer deze niet vlot verloopt? Behoeft het betoog dat in een tijdschema van 9 minuten zelfs een extractie, onder vermindering van alle conversatie, vaak niet te verrichten is? Wat is het probleem waarvoor de tandarts, met in zijn gedachten het spook van een volle wachtkamer, bij voortduring gesteld is? Om bij de extractie te blijven: op de tijd, nodig bij de voorbereiding en uitvoering, kan hij niet bekibbelen, alleen op het onderzoek. Hij kan niet anders, hij moet wel. Een minutieus onderzoek vormt een potentiële bedreiging van zijn dagindeling. Ik laat de oplossing aan uw scherpzinnigheid over.

Wat gezegd werd over de wisselvalligheden met betrekking tot de in veler ogen meest eenvoudige, alledaagse tandheelkundige kunstbewerking geldt in

ietwat andere vorm voor conserverende verrichtingen. Het woord „vulling” omvat in een ieders voorstelling een omschreven begrip; de eenheid waarin des tandarts' conserverende verrichtingen worden uitgedrukt. Hoe eenvoudig en begrijpelijk voor de buitenstaander dit ook is, in de voorstelling van de tandarts gelden daarvoor andere criteria. Er zijn, om het populair weer te geven, gemakkelijke en moeilijke vullingen en – wat vooral belangrijk is – vullingen die weinig tijd en inspanning vergen en andere die meer tijd, instrumentatie en aandachtsconcentratie opeisen. Uiteraard gaat het vooruitzicht op de eerste met andere gedachtenassociaties gepaard dan de laatste. Is het wonder dat de tandarts aanstonds in de ban komt van de meerdere tijd en de meerdere inspanning die deze laatste betekenen? Dit alles met op de achtergrond van zijn denken de wachtenden, die ook op behandeling rekenen en waarvan velen al lang geduld oefenen. Negen minuten, wat kan daarin wèl, wat niet gedaan worden? Hij zal snel een selectie moeten toepassen ten aanzien van de behandeling waaraan hij kan beginnen en waarbij, om tijdeconomische redenen, complicaties bij voorbaat uitgesloten moeten zijn. Hierbij wordt nog niet eens rekening gehouden met afweerbewegingen van de patiënt, lust tot spoelen, exclamaties, kortom allerlei reacties die ook alweer aan de tijd van de tandarts knabbelen.

En wat te zeggen van kinderen, wier verklaarbare achterdocht of vrees, om van mogelijk verzet te zwijgen, even zovele verdragingsmomenten vormen bij de doorvoering van de nodig geoordeelde behandeling? Moet van de tandarts worden verondersteld dat hij, met steeds in zijn onderbewustzijn de wachtkamer en de reeds ontstane achterstand op zijn werkschema, met tact tewerk zal gaan, d.w.z. met voor- en omzichtigheid en overreding, factoren die ook alweer even zovele aanslagen vormen op zijn kostbare tijd?

Wil men het ziekenfondstafereel, psychologisch gezien, verder aanvullen dan komt men vanzelf op het terrein van de financiële regeling voor de sociale gebitszorg. Het is geenszins mijn bedoeling de geldende overeenkomsten te toetsen op hun waarde voor wat betreft de vraag of daarin een redelijke bestaansbasis voor de practicus zal worden gevonden. De tijd, dat behandeling van de minder draagkrachtigen op charitatieve principes was opgetrokken is lang voorbij. Thans zijn daar andere maatstaven van kracht en er wordt gestreefd naar een vergoedingssysteem hetwelk geacht kan worden het equivalent te vormen van de diensten welke, sociaal gezien, binnen ziekenfondsverband aan de gemeenschap worden bewezen.

Aangezien in deze beschouwing het accent wordt gelegd op de psychologische aspecten van de ziekenfondswerkzaamheid dienen de overeenkomsten ook van uit deze hoek te worden beschouwd. Het eerste punt dat de aandacht vraagt betreft het stelsel van vaste, ongedifferentieerde vergoedingen op basis van de verrichting, als beloningseenheid. Op welke praktische overwegingen deze regeling tot stand is gekomen kan hier buiten beschouwing blijven, van belang is in dit verband alleen tot welke reacties het systeem in de praktijk aanleiding kan geven, ja onvermijdelijk moet leiden.

Gesproken werd reeds over de ongelijksoortigheid in aard, omvang en duur van de afzonderlijke verrichtingen, die in het eenheidsbegrip „vulling” zijn vervat. Juist die heterogeniteit als variabele factor naar de tijd gemeten, is voor de tandarts van overwegend belang. Niet echter voor de patiënt die, behalve

wellicht waar het de zichtbare elementen betreft, uiteraard er geen voorstelling van heeft noch kan hebben voor wat betreft de voorziening die zijn gebit van node heeft en ondergaat. Voor hem betekent de behandeling alleen of in hoofdzaak een reeks korter of langer aanhoudende onlustgevoelens, welke met het aantal en de moeilijkheden der verrichtingen in zeer verwijderd verband staan.

Voor de tandarts, ik wees daar reeds op, ontbreekt in zijn beloning elk redelijk verband met de tijd (nog ongeacht de meerdere inspanning) die hij daaraan heeft besteed. In het stelsel van vergoedingen zoekt men tevergeefs een materiële aanmoediging voor de tandarts om zich ook voor de meer tijdvereisende conserverende behandelingen in te zetten. Aldus is uit een oogpunt van financieel belang voor de tandarts het criterium uitsluitend gelegen in het aantal verrichtingen dat hij in rekening kan brengen. Hierdoor ziet hij zich geplaast voor een netelig probleem. Gesteld dat hij alle noodzakelijke vullingen legt, ongeacht moeilijkheden en complicaties, dan betekent zulks financieel gezien dat hij een aanmerkelijk geringer inkomen verwerft dan wanneer hij zich uit de veelheid tot de gemakkelijke gevallen zou beperken, ook al zou hij zijn tempo tot het uiterste opvoeren. Zuiver psychologisch gezien wordt hij voortdurend geplaast voor een controverse tussen een consciëntieuze opvatting van zijn ziekenfondstaak en de gezinsplicht om zijn inkomsten zo hoog mogelijk op te voeren als binnen zijn bereik ligt. Ziedaar het latente conflict waarmee de ziekenfondstandarts in concrete gevallen wordt geconfronteerd. Kan men, rekening houdend met de kostbare installatie de hoge en voortdurend stijgende praktijkkosten, salarissen en eventuele andere lasten, de tandarts in gebreke stellen wanneer hij door selectie en het streven naar vergroting van het aantal verrichtingen, zijn financiële belangen tracht te dienen? Gelijk reeds werd gezegd, komen zijn kennis en kunde alleen tot uitdrukking in zijn arbeidstijd als enig middel om zijn inkomen op te bouwen. Het compromis, dat de practicus gedwongen is te sluiten, zal bepaald worden door de uitslag van de strijd tussen zijn financiële belangen en zijn verantwoordelijkheidsgevoel ten aanzien van de taak waarvoor hij in de concrete omstandigheden gesteld is.

Voorts is er nog een andere factor waardoor de tandarts in voortdurende tweestrijd geraakt, n.l. met betrekking tot de verrichtingen waarop de verzekerde recht kan doen gelden zonder dat deze voor een afzonderlijke vergoeding in aanmerking komen. De beloning voor deze verrichtingen wordt geacht verdisconteerd te zijn in de bedragen zoals deze voor de wel-gehonoreerde verstrekkingen zijn vastgesteld. Het is echter een uit de traditie voortgekomen en vrijwel overal elders ook gevestigd principe dat de vergoeding voor de diensten van de tandartsen wordt bepaald op de basis der afzonderlijke en onderscheidene verrichtingen. De juistheid van dit principe is in de ogen van de tandarts zozeer evident en daardoor gemeengoed en een zó vanzelfsprekend element geworden in de tandheelkundige praktijk, dat elke andere berekening (b.v. in de vorm van een abonnementsbedrag) op verklaarbare tegenstand stuit en in wezen door hem als onaanvaardbaar wordt veroordeeld.

Aangezien tijd de enige factor is waarin de tandarts zijn kunde kan „verkopen”, beschouwt hij verrichtingen die niet zelfstandig worden beloond, met tegenzin en min of meer als een verkwisting van zijn energie. Dit nu eenmaal zo zijnde, moet een overeenkomst op abonnementsbasis voor zelfstandige pres-

taties welke geregeld nodig zijn, behalve als onjuist ook als onpsychologisch worden gekenmerkt. Men kan op die grond niet verwachten dat de practicus – om iets te noemen – voor een omvangrijke tandsteenverwijdering zijn tijd zal opofferen. Dit niettemin van hem te verwachten uit hoofde van de gesloten overeenkomst, betekent in wezen een ongemotiveerd beslag leggen op zijn energie en tijd welke hij in afgemete mate tot zijn beschikking heeft en beloofd wil zien. Desondanks zijn er voldoende tandartsen wier plichtsgevoel hun materiële belangen doet achterstellen bij de persoonlijke opofferingen welke zij menen zich nu eenmaal te moeten getroosten. Een dergelijke eerbiedwaardige opvatting mag niet als vanzelfsprekend worden beschouwd.

In dit verband zij verwezen naar onze oosterburen, bij wie sinds 1929 een officiële verordening de geneeskundige (waaronder de tandheelkundige) tarieven regelt. Hiervan zijn voor alle afzonderlijk met name genoemde verrichtingen de minima van kracht voor de sociaal-verzekerden, met dien verstande echter dat daaraan een beperking is toegevoegd luidende in vertaling: „voor zover niet bijzondere moeilijkheden der verrichting dan wel een grotere mate van tijdsbesteding een hogere vergoeding rechtvaardigen”.

Men mag zich derhalve afvragen of een systeem erkenning verdient, hetwelk de tandarts regelmatig plaatst voor een botsing tussen zijn materiële belangen en de tandheelkundige behoeften van de verzekerden. Men dient daarbij niet uit het oog te verliezen dat de geschetste omstandigheden van menige ziekenfondspraktijk in strijd zijn met het gemiddelde fysieke en geestelijke uithoudingsvermogen van de practicus, zodat het zoeken van een compensatie in een verdere opvoering van de werktijd uit een oogpunt van het geestelijk en lichamelijk welzijn van de tandarts buitengesloten moet worden geacht.

In dit verband dient n.l. opgemerkt dat er bij het publiek een algemene onderschatting heerst van de geestelijke en fysieke belasting waaraan de tandarts bij zijn dagelijkse werk onderworpen is. Men gaat daarbij uit van de overweging dat aandoeningen van het gebit geen het leven bedreigende risico's in zich bergen en dat op die grond de behandeling naar evenredigheid wel eenvoudig en gemakkelijk zal zijn. Tegen een dergelijke opvatting, hoe kortzichtig ook, kan de tandarts moeilijk in het geweer komen. Van de buitenstaander c.q. de patiënt kan niet worden verwacht dat hij zich verdiept in de onwaarneembare spanningen waaraan de tandarts bij zijn werk bloot staat, zijn onafgebroken werkzaamheid zomede de tijdnood waarin hij regelmatig verkeert. Typerend was eens een opmerking van een patiënt die bij zijn herhaalde bezoeken aan de tandarts tot deze conclusie kwam: „U bent zeker de hele dag zo'n beetje bezig”. Ja, zo'n beetje. . .

Nog een speciaal aspect van de uitbreiding van de kring der verzekerden verdient in dit verband de aandacht. De verhogingen van de loongrens voor de verplicht-verzekerden heeft tot gevolg gehad een daaraan evenredige verhoging van de inkomensgrens voor de vrijwillig-verzekerden. Dat hiervan een toenemend gebruik wordt gemaakt is begrijpelijk. Maar het betekent ook dat steeds meer personen zich vrijwillig verzekeren die zich voorheen particulier lieten behandelen. Men kan hen daarvan geen verwijt maken; de na-oorlogse ontwikkeling van het prijzniveau vooral op geneeskundig terrein is een sterke prikkel. Maar wat hierin de tandarts onaangenaam treft, is dat deze verzekerden dezelfde

aanspraken op behandeling maken, te goeder trouw wellicht, als waaraan zij voorheen gewend waren. Zij verwachten met dezelfde égarde te zullen worden bejegend als in de voor hen volmaakt verleden geworden tijd.

De tandarts meent terecht dat het de plicht van de ziekenfondsen is de verzekeerden volledig in te lichten omtrent de grenzen, aard en omvang der verstrekingen waarop zij aanspraak kunnen maken. Zij mogen bij toetreding tot het ziekenfonds niet in de waan worden gelaten dat het verschil tussen voorheen en thans uitsluitend gelegen is in het financiële voordeel.

Ik denk hierbij ook aan de niet zelden door deze verzeekerden toegepaste methode om pas na afloop van de behandeling de tandarts terloops mededeling te doen van hun nieuwe hoedanigheid als fondspatiënt, alsof dit voor hem slechts van ondergeschikt belang zou zijn.

Het is geenszins mijn bedoeling dat u de tandarts zult gaan beklagen, maar wel dat u het begrijpelijk zult vinden dat de dagelijkse moeilijkheden, tegenslagen en spanningen niet te verwaarlozen factoren zijn waardoor de beroepsmentaliteit van de tandarts mede wordt bepaald. Wanneer hij voor het gebitsbehoud van de verzeekerden zich meer dan normaal zou inspannen, dan zou hij daarvoor geen compensatie kunnen verwachten in een verhoogde waardering van de verzeerde. Deze, zich daarvan niet bewust, zal stilzwijgend aannemen dat hij niet anders doet dan waartoe hij zich verbonden heeft.

Ik kan mij voorts niet aan de indruk onttrekken dat de wijze waarop van ziekenfondszijde de tandheelkundige verzorging aan kritiek wordt onderworpen blijk geeft dat men aldaar totaal ongevoelig is voor de omstandigheden waaronder de tandarts genoodzaakt is zijn taak te verrichten en uitgaat van de overtuiging dat in de totaliteit der vergoedingen voldoende compensatie is vervat. Ik hoop echter duidelijk te hebben doen uitkomen dat geld wel de arbeid verzoet, maar de psychische reacties niet onwerkzaam of aanvaardbaar maakt. Men kan zonder overdrijving stellen dat de gemiddelde ziekenfondstandarts dagelijks geplaatst wordt voor een taak die hij alleen met opbod van al zijn kracht aan kan. Hij heeft het drukkende gevoel nooit gereed te komen. Voegt men daarbij het tekort aan beroepsmatige voldoening over de verrichte arbeid, waaraan de geacheveerdheid noodgedwongen ontbreekt en dat hij zich ook verder allerlei beperkingen moet opleggen, dan is het niet zo verwonderlijk dat hij prikkelbaar is en tot ontevredenheid geneigd. Deze collectieve ontevredenheid beheerst ook de sfeer van de bijeenkomsten waar sociale beroepsaangelegenheden aan de orde zijn.

Ik ben mij bewust een weinig opwekkend beeld te hebben gegeven van de psychologische achtergrond waartegen de huidige ziekenfondsbehandeling moet worden gezien. Bij een beoordeling moet men niet uit het oog verliezen dat de uitbouw van het ziekenfondswezen zich heeft voltrokken ten overstaan van een beperkte groep praktizerenden, waarvan de uitbreiding geen gelijke tred heeft kunnen houden met de regelmatig aanzwellende patiëntenstroom. De ontwikkeling van de sociaal-hygiënische gebitsverzorging staat in geen verhouding tot het beschikbaar aantal tandartsen en het ziet er niet naar uit dat hierin vooreerst verandering zal komen.

Ik sprak in de aanvang over de bloeiperiode van de tandheelkundige praktijk.

Hieraan hebben meer dan de helft der thans praktizerende tandartsen nog een levendige herinnering. Kan men hen kwalijk nemen dat zij daaraan zo nu en dan terug denken? Het is, ik geef het gaarne toe, van weinig praktisch nut maar het verklaart mede de weinig opgewekte stemming waarin zij weleens hun dagtaak beginnen als het hun daarbij direct al tegen zit.

Er wordt wel betoogd dat de sociale aandrift bij veel tandartsen niet sterk ontwikkeld is. Indien zulks het geval zou zijn, dan is dit ook al weer een gevolg van de dominante materiële factoren waarmede de tandheekkundige praktijk a.h.w. is omgeven. Een extra dure opleiding, gevolgd door een niet onbelangrijke kapitaalsinvestering bij vestiging, wellicht studieschuld, zomede hoge praktijkskosten maken dat ook de jonge practicus voortdurend in geld moet denken om te kunnen voldoen aan de verplichtingen die hij heeft aangegaan.

Mocht ik met deze uiteenzettingen enig inzicht hebben gewekt ten aanzien van de psychologische facetten, welke de ziekenfondsbehandeling in haar huidige gedaante voor de tandarts kenmerken, dan acht ik mij voldoende beloond.

Mede in het belang van de sociale gebitsverzorging zelf zou ik er de wens aan willen verbinden dat alleen al op grond van het onpsychologische karakter der vigerende regeling men de noodzaak zal gaan inzien van een wijziging, waarbij voldoende rekening zal worden gehouden met de psychische structuur en de door de specifieke aard van het werk gevormde mentaliteit van de tandarts.