

SOCIALE TANDHEELKUNDE

DE TANDHEELKUNDE IN DE 20e EEUW

HAAR PROBLEMEN

V

DOOR DR. CH. F. L. NORD

Ziekenfondstandheelkunde

Als er iets is, waardoor de tandheelkunde in de 20e eeuw zich onderscheidt van die in de 19e, dan is dit zonder enige twijfel het feit, dat zij toegankelijk werd voor grote bevolkingsgroepen, die voordien eventueel alleen hadden kennis gemaakt met de forceps en dan nog wel op een wijze die het beroep een reputatie heeft verschaft, waaronder het zelfs heden ten dage nog te lijden heeft.

Toen tegen het einde van de vorige eeuw de „operators” langzamerhand van de markten verdwenen, kwamen deze kiespijnlijders terecht bij hun „busdokter”, of wel bij een tandarts op diens kosteloos spreekuur voor minvermogenen.

Dat was tóch ook nog niet zo prettig, want het geschiedde zonder de thans zo gewoon lijkende anesthesie, en het kan dus weinig verwondering verwekken dat men deze bevrijding van pijn maar liefst zo lang mogelijk uitstelde en dat dienengevolge de gebitten van de massa, ook van de jeugd – mede uit esthetische overwegingen – veelal een schrik waren om aan te zien. Dit verschijnsel was echter zo algemeen, dat men er zich allerminst voor schaamde en met name op het platteland was het normaler een jong meisje of jonge vrouw met verwoeste tanden te zien dan met een behoorlijk gebit.

Hierin kwam, zij het langzaam, verandering, doordat bij de toename van het aantal tandartsen, het mogelijk werd hen in te schakelen in de ziekenfondshulp, waardoor allereerst bereikt werd, dat door een juiste diagnose en pijnloze extracties de ergste vrees bij de patiënt begon te verdwijnen.

Wat bleef, was het *minimum* aan hulp dat werd gevraagd, hetgeen practisch betekende het extraheren van pijn veroorzakende elementen en het vullen van fronttanden uit zuiver esthetische overwegingen.

De Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde heeft daar ongeveer 25 jaar geleden een einde aan gemaakt, door het aanvaarden van het zogenaamde N.P.P. Rapport (Niet Particuliere Patiënten), waarbij het de leden verbóden was ziekenfondspatiënten anders te behandelen dan via *rationele* hulp, hetgeen wilde zeggen: eerst verwijdering van hetgeen niet te behouden was, dan het restgebit in gezonde toestand brengen en vervolgens de carieuze elementen behandelen.

Nederland was het eerste land waar dit op zichzelf zo logische systeem werd ingevoerd en ook rigoureuus toegepast en de gunstige gevolgen zijn dan ook niet uitgebleven. Niet alleen dat daardoor de patiënt werd bijgebracht dat tandheelkunde nog iets anders was dan het trekken van tanden en kiezen en het hier of

daar vullen van een caviteit, maar ook de ziekenfondsbesturen erkenden al spoedig de wenselijkheid van deze bepalingen en toen eindelijk de tandheekkundige hulp in de ziekenfondsen wettelijk werd geregeld, vond een ieder deze „Systematisch rationele hulp” vanzelfsprekend.

Heeft derhalve het N.P.P. Rapport zeer veel gedaan voor een vooruitgang van de „dental-mindedness” van het Nederlandse volk, de vraag is thans gewettigd of het momenteel niet zaak is de wereld duidelijk te maken dat dit Rapport zó uitnemend heeft gewerkt, dat het zichzelf heeft overleefd!

Want waar het de bedoeling had om althans enige orde te scheppen in een chaos en te voorkomen dat tijd, moeite en geld vrijwel voor niets zouden worden besteed aan behandelingen die geen of weinig zin hadden, thans heeft bij de leek meer en meer de gedachte post gevat, dat deze rationele, eenvoudige behandeling alles inhoudt wat fondspatiënten redelijkerwijze van de tandheelkunde te verwachten hebben.

Daardoor heeft het kunnen gebeuren, dat waar in ons land de fondspatiënt op medisch gebied alles ter beschikking staat wat de geneeskunde verschaffen kan, hij op tandheekkundig terrein genoegen moet nemen met de meest eenvoudige hulp, wat het meeste opvalt wanneer deze verleend wordt in poliklinieken. Is de patiënt, die in een ziekenhuis geholpen moet worden, ervan overtuigd dat hij daar alles krijgt wat maar goed voor hem is, in de polikliniek wordt alleen dié hulp verschaft, die de ziekenfondsen terugbetaald krijgen en hij is dus in „huis-behandeling” veel beter af, omdat hij daar, naast die primaire, ook alle andere hulp kan krijgen, wanneer hij de wenselijkheid daarvan inziet. Er wordt dan wel vaak verteld dat de gemiddelde fondspatiënt hier niets aan heeft omdat hij de middelen niet bezit dit te financieren; de ervaring leert echter heel anders. De huidige draagkracht en het milieu waaruit een groot percentage voortkomt zijn geheel veranderd en wie het bedrag aan fondstandheelkunde, jaarlijks uitgegeven, legt naast dat besteed aan cosmetische middelen, kan niet aan de overtuiging ontkomen dat er in het geheel geen financiële moeilijkheden zullen zijn, wanneer het begrip algemeen zal zijn geworden dat gebitsverzorging wellicht nóg iets belangrijker is dan gelaatsverfraaiing!

Waarmede wij maar willen zeggen dat de grote meerderheid van het Nederlandse volk volkomen in staat is zelfstandig voor het onderhoud van haar gebit te zorgen, zodra zij zal gaan inzien dat dit inderdaad de moeite waard is. En zij zál dit moeten leren inzien, omdat – ook al zouden Overheid en ziekenfondsbesturen de tandheekkundige hulp allerbelangrijkst vinden – waarvoor overigens tot nu toe ieder spoor van bewijs ontbreekt – zij nimmer in staat zullen zijn deze te financieren, omdat die hulp niet in enig verzekeringssysteem is onder te brengen en een premie daardoor volstrekt onberekkenbaar. Er is daarom maar één oplossing, die alleen *op den duur* tot het doel zal kunnen voeren en die is, de voor de tandheelkunde beschikbare gelden in de eerste plaats te besteden aan profylaxe en propaganda voor betere mondhygiëne. Het overgeblevene is dan te benutten voor de verzorging van diegenen die volstrekt minvermogen zijn en eventueel als restitutie aan behandelde ziekenfondsleden.

Dit alles is zó voor de hand liggend, dat het verbazingwekkend zou zijn dat het niet reeds lang zou zijn toegepast, ware het niet dat dit belet wordt door factoren die met een goede tandheekkundige volksverzorging niets te maken hebben, maar die helaas zó bepalend zijn voor Nederlandse toestanden, dat zij

ons niet alleen de huidige – voor een ieder bijzonder onbevredigende – situatie hebben bezorgd, maar ook dat het niet waarschijnlijk is, dat men dit in *redelijkheid* zal kunnen veranderen.

Tijdens het schrijven van deze opstellen is het conflict uitgebroken tussen tandartsen en ziekenfondsen, dat niet alleen iedere insider, maar ook elke belangstellende toeschouwer had kunnen voorspellen. De jarenlang slepende onderhandelingen zijn afgebroken, er is een conflict en dit conflict is nu een prestige-kwestie geworden, hetgeen een oplossing niet eenvoudiger maakt. Dit te minder omdat waar de ziekenfondsen de controverse voorstellen als een „loonconflict” de strijdende tandartsen op het standpunt staan dat het niet in de eerste plaats gaat om de honorering, maar dat men hen wil dwingen tot onverantwoord werken, in een te hoog tempo, hetgeen òn voor hun arbeidsvreugde òn voor hun gezondheid onaanvaardbaar is, hun opleiding tot een farce zou maken en vooral de patiënt niet ten goede zou komen. Zij stellen, dat de fondsbesturen dit evengoed weten, maar dat hun werkelijke belangstelling voor de gebitsgezondheid hunner verzekerden hen maar zeer matig interesseert, dat het er voor hen slechts om gaat om zo goedkoop mogelijk van hun verplichtingen af te komen en vooral om een machtspositie te behouden en te versterken, waardoor de fondstandartsen gehoorzame dienaren van de fondsbesturen zullen worden, hetgeen dan een eerste stap zou zijn naar de socialisering van de Geneeskunde, het te bereiken „heerlijk ideaal”. Of, wil men het anders uitdrukken, de tandartsen hebben de stellige overtuiging dat men hun dit conflict heeft opgedrongen, in het vaste vertrouwen der fondsen dat hun amateuristisch geleide en financieel zwakke beroepsorganisatie „door de knieën zou gaan”, indien de fondsen slechts „het been stijf hielden”.

Daartegenover stellen de ziekenfondsen het volgende, zoals blijkt uit een radiorede van de voorzitter van de Centrale Bond van Onderling Bestuurde Ziekenfondsen, waarvan wij hier enige citaten laten volgen:

„Hoeveel de Ziekenfondsen doen voor de tandheelkundige hulp hunner verzekerden blijkt onder meer uit het feit, dat in 1947 \pm 9 miljoen, in 1952 \pm 20 miljoen werd uitgegeven voor deze hulp, terwijl voor 1957 dit bedrag op \pm 32 miljoen geschat wordt.

Voorts betalen de ziekenfondsen 70% van de kosten der schooltandverzorging. Het aantal werkuren per jaar van de tandarts wordt door hen aanzienlijk lager bepaald dan door de beroepsorganisatie.

De tandartsen hebben het conflict bewust gewild, maar de fondsen hebben juist in het belang van de verzekerden het been stijf gehouden. Want anders dreigt het gevaar dat de ziekenfondsen slechts dienst gaan doen als organen die een deel van de kosten restitueren. Dit zou een toestand veroorzaken als bijvoorbeeld in België en Frankrijk, die in het algemeen wordt veroordeeld.

De ziekenfondsbesturen voelen hun verantwoordelijkheid tegenover de ziekenfondsverzekerden zwaar wegen en dus spreekt het vanzelf dat zij de belangen van deze verzekerden zoveel mogelijk behartigen.

Gaarne spreken de ziekenfondsen de hoop uit dat het alsnog mogelijk zal blijken dat wijs inzicht bij de Maatschappij tot Bevordering der

Tandheelkunde de overhand zal krijgen en dat men er zich alsnog rekenschap van zal dienen te geven, dat de ziekenfondsen ook bij de tandheelkundige verzorging slechts overeenkomsten kunnen sluiten indien men van alle kanten redelijk blijft.”

Het is derhalve wel heel duidelijk dat de meningen van partijen zó diametraal tegenover elkaar staan, dat het zeker de moeite waard is, om te trachten over deze verschillen van inzicht zich een oordeel te vormen. Waar schrijver dezes — die persoonlijk met dit conflict niets te maken heeft — in deze reeks artikelen in dit onafhankelijk Tijdschrift, poogt de 20e eeuwse tandheelkunde zo goed mogelijk te analyseren, is het zonder twijfel van belang de door de ziekenfondsen aangenomen houding nader onder de loep te nemen.

In de eerste plaats blijkt dan dat de fondsen van oordeel zijn, dat ze wel zéér veel doen voor de tandheelkundige hulp aan hun verzekerden. Van 9 miljoen in 1947 tot 20 miljoen in 1952, en voor 1957 werd dit bedrag zelfs op 32 miljoen geschat!

Edoch, alles is betrekkelijk op deze wereld en wanneer men die 32 miljoen vergelijkt met de 420 miljoen, die in Engeland aan de tandheelkunde wordt besteed, met de wetenschap dat artsen en tandartsen daar momenteel 24% honorariumverhoging verlangen en anders de National Health Scheme willen verlaten, dan komen die Nederlandse bedragen wel in een enigszins ander licht te staan.

Wanneer verder de fondsen er klaarblijkelijk zeer trots op zijn dat zij niet minder dan 70% bijdragen aan de kosten der schooltandverzorging, dan wordt het feit volkomen over het hoofd gezien dat zij sinds 1942 (invoering van het Ziekenfondsenbesluit) de *verplichting* hebben voor 100% voor die kinderen te zorgen. Immers, kinderen van 6–12 jaar hebben volkomen dezelfde rechten als op iedere andere leeftijd en alles wat op jeugdige leeftijd tijdig behandeld wordt bespaart de fondsen later hógere kosten. Dat men op historische gronden, Gemeenten en Kruisverenigingen er toe heeft kunnen bewegen om — volkomen onverplicht — de ziekenfondsen bij te springen, is iets waarvoor deze laatste niet dankbaar genoeg kunnen zijn; het geeft hun echter allerminst het recht de zaak scheef voor te stellen!

Maar het grootste verschil tussen tandarts en fondsen is wel daarin gelegen, dat de fondsen het doen voorkomen dat het hier gaat om een zuiver „loonconflict”, waarbij de beroepsorganisatie tracht eruit te halen wat maar mogelijk is, terwijl het omgekeerd de plicht van de fondsen is om aan deze ongemotiveerde eisen paal en perk te stellen. Men heeft zodoende tegenover de 27.64 cent per stoelminuut der tandartsen, het tegenvoorstel gedaan van 25 cent per stoelminuut!

Uit de door de fondsen verspreide circulaire (overdruk uit de G.O.Z. Documentatie van 1 april j.l.) blijkt, dat dit tegenvoorstel niet gebaseerd is op enigerlei bewijs dat de berekening der tandartsen foutief zou zijn, maar alleen en uitsluitend omdat het ene hun *f* 5.800.000,— meer zou kosten en het ander slechts *f* 2.750.000,—!

Dit bewijst ons inziens alleen, dat het bijzonder te betreuren valt dat de onderhandelende tandartsen zich ooit in deze hoek hebben laten manoeuvreren, waar verrichtingstijden per minuut zijn berekend en men zodoende gekomen is bijvoorbeeld voor een conserverende behandeling op $1\frac{3}{5}$ minuut (sic!) en voor de halfjaarlijkse controle op $3\frac{1}{2}$ minuut!

En al weten wij dan dat deze berekeningen zijn gemaakt op verlangen der fondsen en al staat vast dat zij de uitkomst zijn van moeizame arbeid van erkend bekwame economen, wij geloven niet dat deze methode deugt en dat men op deze wijze de belangen van de patiënten behartigt.

Wanneer in deze eeuw de handarbeiders zich eindelijk hebben kunnen los maken van het „stukwerk”, dat hen tot arbeidsslaven dreigde te degenereren, dan valt moeilijk in te zien dat de tandarts gedwongen behoort te worden een dergelijk systeem te aanvaarden, dat zijn arbeidsvreugde moet belemmeren, zijn prestaties allerminst ten goede zal komen en voor de patiënt slechts kan betekenen dat de onder tijdsdruk werkende tandarts hem zeker niet de aandacht zal kunnen geven waarop hij recht heeft.

Wanneer men dan verder die verrichtingstijden eens nader beschouwt en wij zien $3\frac{1}{2}$ minuut vermeld voor de halfjaarlijkse controle, dat betekent dus: voor een verantwoord advies dat de patiënt eventueel zonder bezwaar weer zes maanden weg mag blijven, dan geloven wij dat ook de leek zal beseffen dat hier op *niet* verantwoorde wijze met zijn belangen wordt omgesprongen. Dit wordt er niet beter op, waar ons gebleken is dat de bevoegde Universiteits-instanties deze tijd — zo realistisch mogelijk bekeken — op een minimum van *tien* minuten hebben gewaardeerd.

Men heeft dus bij de onderhandelingen, om tot iedere prijs de vrede te bewaren, van de zijde der tandartsen zó veel water in de wijn gedaan, dat men zelfs *dit* aanvaard heeft, met als enig gevolg dat het op de wederpartij alleen maar de indruk heeft gemaakt dat er nóg wel wat af kan!

Of is het zó, dat de ziekenfondsen ook met stopwatches hebben laten uitrekenen hoeveel minuten een chirurg nodig heeft voor een appendixoperatie, of een rhinoloog voor een adenotomie?

Men zou dit mogen veronderstellen, als wij lezen dat de extractie het gebracht heeft tot $5\frac{1}{2}$ minuut!

Wanneer wij dan verder vernemen dat de tandartsen oorspronkelijk als norm gesteld hebben 1500 stoeluren per jaar, ten slotte gekomen zijn op 1728, terwijl de fondsen van 2000 uur daalden tot 1890, dan wordt het interessant om na te gaan wat er bijvoorbeeld in Grootbritannië is geschied.

Nadat eerst een Staatscommissie (Spens Report) bij de aanvang van The National Health Scheme het verantwoorde gemiddelde van de werktijd van de tandarts had gesteld op 33 uur per week, werd in 1949 een nieuwe Staatscommissie benoemd (Penman's Report) om na te gaan in hoeverre deze cijfers met de werkelijkheid klopten.

Ook Penman's Committee komt dan tot dezelfde conclusie en haalt met instemming uit het „Spens Report” aan:

„By no means all the work a dentist has to do is at the chairside and 33 hours a week at the chairside means in general some 42 working hours a week”.

„After exhaustive enquiry we reached the conclusion that 33 hours a week by the chairside for 46 weeks in a year, or say 1500 chairside hours a year, together with the hours necessarily spent outside the surgery, represent full but not excessive employment and that, generally speaking, employment in excess of these hours tends to impair efficiency.”

In het zeer gedetailleerde Penman's Rapport van 77 bladzijden komt men dan tot de volgende gemiddelden:

Halfjaarlijks onderzoek: 16 minuten; tandreiniging: 29; vullingen: 32; extracties: 20 minuten. (Voor Nederland resp. $3\frac{1}{2}$, 15, $15\frac{3}{5}$ en $5\frac{1}{2}$ minuut).

Voorts zijn de honoraria in the National Dental Health Scheme (1 april 1957) voor deze verrichtingen: halfjaarlijkse controle: 5 s.od., tandreiniging: 12 s. 6d.; vullingen: (eenvoudige amalgaamvulling) 15 s. od.; silicaatvulling: 18 s. od.; extractie: 7s. 6d.

In Nederland wordt door de fondsen aangeboden: f 1,40 voor halfjaarlijkse controle en tandsteenverwijdering; f 3,55 voor een vulling; f 1,75 voor een extractie.

Door de Maatschappij voor Tandheelkunde thans vastgesteld: f 1,— voor halfjaarlijks onderzoek; f 4,25 voor een vulling; f 2,— voor een extractie.

Men kan zich met enige verbazing afvragen of deze ziekenfondsbesturen zich ooit hebben gerealiseerd, dat het hier niet gaat om een Taylorsysteem voor de manipulatie van hout, ijzer of baksteen, maar dat er *mensen* zo goed en voorzichtig mogelijk moeten worden geholpen?

Dat derhalve de tandheelkundige onderhandelaars, die dit alles langzamerhand hebben toegestaan om de vrede te bewaren, nu plotseling op een conflict zouden hebben aangestuurd lijkt toch wel buitengewoon onwaarschijnlijk, om nog te zwijgen van het feit, dat zij daartoe de sanctie nodig hebben van een algemene vergadering hunner organisatie, die in zulk een geval wel met een zeer ruime meerderheid zal moeten worden genomen, wil men hopen dat een dergelijke strijd zal worden gewonnen.

En wanneer dan — als in dit geval — een buitengemeen druk bezochte vergadering, waar alle delen van het land ruim waren vertegenwoordigd — unaniem besluit zich in een zó ernstig conflict te storten, wetende dat dit voor velen offers, en wellicht meer dan dat, zal gaan betekenen, dan zullen zelfs de ziekenfondsbesturen moeten beseffen, dat er iets méér achter moet zitten dan alleen „een loonconflict”.

Nóg vreemder wordt het, wanneer wij lezen, dat als motief voor „het stijf houden van het been” het *gevaar gegolden heeft, dat anders de ziekenfondsen slechts dienst gaan doen als organen die een deel van de kosten restitueren*. Wij zijn van mening dat de ziekenfondsen, na invoering van het Ziekenfondsenbesluit, inderdaad *niet anders behoorden te zijn* dan *administrateurs* en dat in ons goede vaderland het grote merendeel van degenen die direct of indirect met ziekenfondsen te maken hebben niets liever zou wensen, dan dat dit eindelijk zal worden ingezien en dat er voorts heel wat bespaard zou worden indien het grootste gedeelte van deze administrateurs zou verdwijnen, om plaats te maken voor één centrale, goed geleide Ziekenfondsorganisatie.

Als men toch zo gaarne „redelijk” wil zijn, zou dit dan niét redelijk wezen en als het niet gebeurt, zijn er dan *redelijke* argumenten tegen, of wellicht andere factoren?

In de radio — *die niét voor een wederwoord aan de tandartsen ter beschikking werd gesteld* — wordt het Nederlandse volk medegedeeld dat er bij een restitutie-systeem „een toestand zou ontstaan als bijvoorbeeld in België en Frankrijk, een toestand, die in het algemeen wordt veroordeeld.”

Jammer genoeg is er niet bij gezegd *wie* het zijn, die deze veroordeling uitspreken en waarom.

Wij bespreken in deze opstellen de tandheelkunde in de 20e eeuw en dan kunnen wij heel erg moeilijk aanvaarden „dat de verantwoordelijkheid van de ziekenfondsbesturen tegenover hun verzekerden zwaar heeft gewogen”. Het is wel heel eenvoudig aan te tonen, hoe de tandheelkunde de ziekenfondsen is binnengedrongen onder de druk der tandartsen, later door sommige fondsen iets uitgebreid, ter wille van de reclame, en eerst gemeengoed geworden, toen het door de bezetters in 1942 afgekondigde Ziekenfondsenbesluit hen noodzaakte tandheelkundige hulp te verschaffen.

Hoe voorts in die jaren bijvoorbeeld de door hen — van wege de economie — hier en daar gestichte polikliniekjes er over het algemeen uitzagen, werpt op die zwaar gevoelde verantwoordelijkheid wel een iets ander licht.

Hoe het verder met die verantwoordelijkheid te rijmen valt dat de patiënten de raad krijgen zich — hangende het conflict — niet dan in de uiterste noodzaak tot de tandarts te wenden, mogen de ziekenfondsbestuurders met hun eigen geweten uitmaken.

Wij geloven — als boven reeds gezegd — dat het bijzonder jammer is dat men ooit heeft toegestemd in het discussiëren over „verrichtingstijden per minuut”. Men had de ziekenfondsen, de verzekerden en het Nederlandse volk naar waarheid en voor zover verlangd met de cijfers in de hand, kunnen mededelen, dat in geen land de medische en tandheelkundige hulp zo weinig kost als bij ons, en men zal thans gemakkelijk duidelijk kunnen maken, dat men ook nu geen enkele poging heeft gedaan zich aan die buitenlandse honoraria op te trekken, hetgeen gegeven het tandartsentekort en de wet van vraag en aanbod (een der weinige economische wetten die in onze tijd nog overeind is blijven staan) zeker niet moeilijk zou zijn geweest.

In dit verband moge ten slotte een statistiekje vermeld worden dat gepubliceerd is in de „Financial Times” van 11 januari j.l., het gerenommeerde Engelse financiële blad.

Het geeft de bruto inkomens der Britse tandartsen en tevens een vergelijking van de inkomens van tandartsen en medici, naar aanleiding van het feit, dat beide groepen aan de Regering een eis gesteld hebben voor verhoging van honoraria.

How earnings fall with age

Age 25—44, 45—54, 55 and over
(Per cent of total dentists in each
income bracket)

| | | | |
|--------------------|----|----|----|
| Up to £. 1.400 | 5 | 9 | 45 |
| £. 1.500—1.999 | 3 | 4 | 13 |
| £. 2.000—2.999 | 19 | 22 | 22 |
| £. 3.000—3.999 | 31 | 30 | 12 |
| £. 4.000— and over | 42 | 35 | 8 |

(Incomes are gross, before deduction of expenses.) Figures are based on a 1952—'53 sample.

Dentists' and Doctors' Earning
compared:

Age Dentist. Gen. Med. Practitioner

| | | |
|----|----------|----------|
| 25 | £. 1.250 | £. 1.000 |
| 35 | 2.100 | 2.200 |
| 50 | 1.700 | 2.200 |
| 55 | 950 | 2.200 |

(Incomes are before tax, after deducting expenses).

Deze cijfers zijn daarom zo belangrijk, omdat het hier niet gaat om een statistiek van de een of andere partij, die belang kan hebben bij een bepaalde wijze van voorlichting, maar om officiële cijfers, van Staatswege verstrekt. En dan worden deze inkomens verkregen bij honoraria, die aanmerkelijk verschillen van de Nederlandse, waaruit nog eens moge volgen dat de Nederlandse tandartsen zeker het recht hebben ieder verwijt van onredelijkheid scherp van de hand te wijzen.

Dit alles overpeinzende, kan men slechts dankbaar zijn voor het feit, dat bij het verbreken van de vigerende contracten met de ziekenfondsen, men hopelijk voor goed af is van een systeem dat voor de patiënt nimmer kan leiden tot de tandheelkundige hulp, waarop hij in de tweede helft van deze eeuw zonder twijfel moreel recht kan laten gelden, een wijze van hulpverlening die voor de tandarts niet anders is geweest dan een bron van voortdurende irritatie, geheel afgescheiden van de renumneratie.

Men zal dienen vast te stellen, welke bedragen men voor de sociale tandheelkunde beschikbaar wil en kan stellen. Dat bedrag zal allereerst dienen te worden besteed voor de preventie, vervolgens voor de tandheelkundige behandeling van de minst draagkrachtigen en voor het overige als gedeeltelijke restitutie voor de tandheelkundige behandeling van ziekenfondsverzekerden.

Een andere — betere — oplossing is niet wel denkbaar, omdat het vrijgeven van de behandeling — men zie naar Groot-Brittannië — onbetaalbaar wordt, de behandeling zelve — op grond van het feit dat vrijwel een ieder daarvoor in aanmerking komt — niet in een verzekeringssysteem is onder te brengen en de mankracht in dat geval ten enenmale onvoldoende zou wezen.

Men voede het volk zo op, dat het meer en meer het nut van goede mondverzorging gaat inzien en trachte via geleidelijkheid op de duur de gewenste gebitsgezondheid van de massa te bereiken.

Dit lijkt de logische weg, of men hem zal volgen?

En wij kunnen slechts herhalen:

„meanwhile, the outlook for the dental health of the nation is grim. . .”