

# BEROEPS- BELANGEN



## HET ZIEKENFONDSENBSLUIT

*Nadere regeling in een Tweede Uitvoeringsbesluit.*

In vervolg op de publicatie van bovengenoemd besluit, waarentrent in het Septembernummer (blz. 646 e.v.) uitvoerige mededeelingen en den tekst van het besluit zijn opgenomen, is thans in het Verordeningenblad No. 44 van 23 October j.l. een Tweede Uitvoeringsbesluit openbaar gemaakt, waarin nadere voorschriften worden gegeven ten aanzien van de werking der instellingen, die erkend en toegelaten zijn als „Algemeen Ziekenfonds” tot de verstrekking van ziekenfondshulp.

Wij geven hieronder een overzicht van de voornaamste bepalingen, die voor een goed begrip van de regeling van belang zijn en tevens de interessen van den tandarts raken.

Het eerste hoofdstuk van het besluit omvat de voorwaarden waarop de erkenning (na daartoe strekkende aanvraag) kan worden verkregen, terwijl in het tweede de verplichtingen der ziekenfondsen ten aanzien van het Rijkstoezicht zijn neergelegd. Hier zij slechts vermeld, dat de erkende fondsen jaarlijks aan het Rijk een bijdrage verschuldigd zijn afhankelijk van hun inkomsten, benevens een toeslag, naar gelang van het aantal rechtstreeks of indirect verzekerden.

Ten aanzien van de inkomens hebben de fondsen het recht om bij reglement (of statutair) een grens vast te stellen boven welke geen vrijwillig-verzekerden worden toegelaten. Zooals men weet is deze voor de rechtstreeks- of zoo men wil verplicht-verzekerden op f 3000 bepaald. Voor de eerstgenoemde groep kan deze grens dus eventueel lager gesteld worden.

Als gezinsleden van den rechtstreeks-verzekerde worden volgens artikel 13 beschouwd de personen, jegens wie hij volgens de bepalingen van het B.W. onderhoudsplichtig is, zoomede de tot zijn

gezin behorende stief- en pleegkinderen. De kinderen komen voor de verzekering echter slechts in aanmerking, zoolang zij nog geen 16 jaar zijn. Vanaf dat tijdstip moeten zij dus afzonderlijk verzekerd worden, hetzij rechtstreeks, wanneer zij in loondienst zijn, dan wel anderszins. Zoodra echter een kind loondienst verricht, ook al is het nog geen 16 jaar, dan houdt het op gezinslid te zijn in den zin van dit artikel.

Hoofdstuk VI geeft nadere voorschriften omtrent de verstrekkingen bij Algemeene Ziekenfondsen waarop de rechtstreeks-verzekerden recht hebben. Deze omvat volledige hulp door een huisarts ten huize van den patiënt of op spreekuur met inbegrip van verloskundige hulp voor zoover geen vroedvrouw beschikbaar is of wanneer laatstgenoemde de hulp van den arts inroept. Voorts volledige hulp van erkende en aan het ziekenfonds verbonden specialisten, zulks echter op verzoek van den huisarts; de verzekerden kunnen zich derhalve niet rechtstreeks tot een specialist wenden.

In volgorde noemt dit artikel van het besluit dan tandheelkundige hulp, waarop nog nader wordt ingegaan.

Voor verloskundige hulp moeten de verzekerden zich wenden tot een vroedvrouw, wanneer deze beschikbaar is. Pas indien dit niet het geval is, mogen zij zich van hulp van den huisarts verzekeren.

Verder hebben de rechtstreeks-verzekerden (en hun gezinsleden) recht op volledige verpleging en behandeling in een ziekenhuis gedurende zes weken voor elk ziektegeval waarvoor volgens medische indicatie opname noodig geoordeeld wordt, terwijl voor sanatoriumverpleging van t.b.c.-lijders een tegemoetkoming in de kosten voor ten hoogste een jaar wordt verleend.

Zij hebben wijders recht op alle genees- en verbandmiddelen, met dien verstande dat voor merkartikelen, bij gelijke werkzaamheid, het goedkoopere loco-preparaat moet worden voorgeschreven, gelijk ook thans bij de meeste ziekenfondsen het geval is. De ziekenfondsen kunnen echter met goedkeuring van den Commissaris beperkingen ten aanzien van de verstrekking dezer middelen stellen.

Ten aanzien van uitwendige geneeswijzen, waaronder blijkens een nadere beschikking de verschillende moderne bestralingsmethoden, diathermie, electriche behandeling en geneeskrachtige baden worden gerekend, zoome de massage en heilgymnastiek, kunnen de verzekerden op verzoek van den huisarts of specialist en na goedkeuring door de controleerende instantie, voor een te bepalen tijdsduur een behandeling ondergaan.

Ten slotte hebben zij nog recht op brillen, kunstogen, breuk-

en andere banden, bijzonder schoeisel en meerdere met name genoemde kunstmiddelen tot bij nadere regeling vast te stellen bedragen, doch slechts na machtiging door de controleerende instantie.

De uitkeering bij overlijden bedraagt voor de rechtstreeks verzekerden en de leden van hun gezin, ten minste f 50, voor kinderen beneden 2 jaar ten minste f 30.

Wat de kosten dezer verzekering betreft is de premie in artikel 17 bepaald op ten hoogste 6% van het loon. Voor zoover deze premieheffing niet voldoende is om alle bovenvermelde verstrekkingen te bekostigen, worden zij dienovereenkomstig beperkt door den Secretaris-Generaal van het Departement van Sociale Zaken. Gelijk reeds bekend, is de premie voor 1941 vastgesteld op 4%, waarvan de helft wordt ingehouden op het loon en de andere 2% door den werkgever moet worden betaald.

De aldus geïnde premiebedragen worden gestort in een vereveningsfonds en elk half jaar door den Commissaris verdeeld over de Algemeene Ziekenfondsen, naar evenredigheid van de bij hen aangesloten totaal-aantallen rechtstreeks- en indirect-verzekerden. Ook kunnen aan deze fondsen voorschotten worden verleend.

Tot slot zij nog vermeld, dat de tot het tijdstip van het in werking treden van het Ziekenfondsenbesluit geldende overeenkomsten tusschen de ziekenfondsen en de artsen, tandartsen, tandheelkundigen, apothekers en vroedvrouwen tot een nader te bepalen tijdstip van kracht blijven. Mocht een dezer medewerkers de te sluiten overeenkomst niet of niet geheel nakomen, dan kan hem of haar een storting in het vereveningsfonds tot maximaal duizend gulden als geldboete worden opgelegd.

Wij laten hieronder den tekst volgen van de artikelen, die betrekking hebben op de verstrekkingen en uitkeering.

*Verstrekkingen bij Algemeene Ziekenfondsen.*

Artikel 14.

De verzekerden, bedoeld in artikel 3 van het Ziekenfondsenbesluit, hebben recht op de volgende verstrekkingen:

1. volledige hulp door een huisarts, zoowel ten huize van den patiënt als op spreekuur, waarbij inbegrepen verloskundige hulp, voor zoover geen vroedvrouw beschikbaar is, en buitengewone verloskundige hulp op verzoek van de behandelende vroedvrouw;
2. volledige hulp op verzoek van den huisarts, zoowel ten huize van den patiënt als op spreekuur, te verleen door specialisten, die ingevolge een door den Commissaris te treffen regeling als zoodanig zijn erkend zulks evenwel niet, voor zoover het betreft niet aan het ziekenfonds ver-

bonden specialisten, dan na machtiging vanwege het bestuur van het ziekenfonds of van den controleerend-geneesheer;

3. tandheelkundige hulp volgens systematisch-rationeële beginselen naar de volgende regelen:

a. consult, extractie, wondbehandeling, incisie en verwijdering van tandsteen, zonder bijbetaling door den verzekerde;

b. conserveerend een prothetische hulp tegen bijbetalingen door den Commissaris vast te stellen regelen;

c. röntgenphoto's tegen bijbetalingen volgens door den Commissaris te stellen regelen;

4. verloskundige hulp door een vroedvrouw, indien deze beschikbaar is;

5. volledige verpleging en behandeling in een ziekenhuis voor den tijd van ten hoogste 42 verpleegdagen per geval, echter alleen op medische indicatie en onder toezicht vanwege het bestuur van het ziekenfonds of van den controleerend-geneesheer;

6. tegemoetkoming in de kosten van verpleging in een sanatorium voor tuberculoselidder voor den tijd van ten hoogste een jaar en tot een door den Commissaris te bepalen bedrag, mits de verpleging heeft plaats gevonden op advies van een consultatiebureau-arts;

7. alle genees- en verbandmiddelen, met dien verstande, dat voor merkartikelen bij gelijke werkzaamheid het loco-preparaat moet worden voorgeschreven, alsmede, dat door den Commissaris goed te keuren beperkingen kunnen worden gesteld;

8. uitwendige geneeswijzen volgens door den Commissaris te stellen regelen;

9. andere middelen, als bedoeld in artikel 5 van het Ziekenfondsenbesluit, zooals die hieronder zijn omschreven, doch slechts na machtiging vanwege het bestuur of van den controleerend-geneesheer en tot door den Commissaris bij nadere regeling vast te stellen maximum-bedragen:

a. brillen in model-montuur;

b. kunstooogen;

c. breukbanden;

d. buikbanden;

e. elastieken kousen;

f. orthopaedisch schoeisel voor sterke misvormingen, alleen op voorschrift van een orthopaed;

g. steunzolen uit voorraad volgens gipsmodel, alleen op voorschrift van een orthopaed;

- h. steunringen;
- i. grootere apparaten, als corsetten, kunstledematen, krukken, draagurinalen, anus-bandages, enz.

#### Artikel 15.

De uitkeering bij overlijden, bedoeld in artikel 6 van het Ziekenfondsenbesluit, bedraagt voor verzekerden, als bedoeld in artikel 3 van dat besluit, ten minste vijftig gulden; echter voor indirect-verzekerden beneden den leeftijd van 2 jaar ten minste dertig gulden.

#### Artikel 16.

1. Algemeene Ziekenfondsen zijn verplicht zich wegens de kosten van de in artikel 14, onder 5 en 6, genoemde verstrekkingen te verzekeren bij daarvoor door den Commissaris aan te wijzen ziekenfondsen en wegens die der in artikel 15 bedoelde uitkeering bij overlijden bij levensverzekeringmaatschappijen.

2. In afwijking van het bepaalde in het eerste lid, kan de Commissaris aan bepaalde ziekenfondsen toestaan het risico ter zake van genoemde kosten zelf te dragen.

---

### DE TANDHEELKUNDIGE REGELING

Zooals blijkt uit de regeling voor de tandheelkundige hulp, gelijk zij is omschreven in art. 14 sub. 3 van het 2e Uitvoeringsbesluit, hebben de verplicht verzekerden recht op kosteloze hulp inzake consult, extractie, wondbehandeling en verwijdering van tandsteen. Inzake conserveerende en prothetische hulp is een stelsel van bijbetalingen voorzien volgens door den Commissaris vast te stellen regelen. Inmiddels zijn in een beschikking van 27 October de tarieven voor de verschillende verrichtingen gepubliceerd.

Alvorens hierop in te gaan willen wij er op wijzen, dat naast de *volledige* hulp van huisarts en specialisten de verzekerden slechts recht kunnen doen gelden op *beperkte* tandheelkundige hulp. Dit vloeit eensdeels reeds voort uit het ontbreken van het adjectief „volledig”, anderdeels uit de toevoeging, dat deze hulp volgens systematisch rationeële beginselen zal worden verleend. Voor de beteekenis van dit begrip is naar alle waarschijnlijkheid aansluiting gedacht bij de regeling, gelijk die in het N.P.P.-rapport is ontvouwd.

Wat nu het vastgestelde tarief der bijbetalingen betreft, is voor

de conserveerende behandeling een vergoeding van f 0.50 vastgesteld voor de eerste vulling. Vereischt deze meerdere vullingen, bij eenzelfden patiënt dan ontvangt de tandarts voor elke volgende een vergoeding van f 0.25. Een pulpabehandeling verhoogt de behandelingskosten voor den verzekerde met f 2,50, zoodat de vulling van een element onder die omstandigheden van hem een bijbetaling vereischt van in totaal f 3.—. Zijn bij een gebitssanering meerdere pulpabehandelingen noodzakelijk, dan komt elke volgende, met inbegrip van de vulling, hem op een uitgave van f 2.75 te staan.

Het tarieflijstje voor prothetische voorzieningen\*) vereischt eveneens slechts weinig commentaar. Een „losse” tand wordt voor f 3.— het bezit van den verzekerde, elk meerder element eener partieele vervanging verhoogt de kosten telkens met f 2,—, totdat het maximum voor een volledig onder- en bovengebit van f 20.— bij een vervanging van 10 elementen is bereikt. Dit laatste in de veronderstelling dat geen haakjes noodig zijn voor de bevestiging. Is dit wel het geval, dan vereischt een partieele prothese van 8 elementen van den verzekerde hetzelfde bedrag als hij voor een volledige vervanging in boven- of onderkaak zou moeten bijbetalen. Heeft hij zoowel in de boven- als in de onderkaak een partieele prothese noodig, dan is hij bij een vervanging van in totaal 17 elementen het maximum voor een volledig kunstgebit, zijnde f 35.— verschuldigd. Zijn echter voor de bevestiging van beide stukken elk twee haakjes noodzakelijk, dan is reeds bij een aanvulling van zijn kauwvermogen met 13 elementen het maximum der bijbetalingen bereikt.

Het „overzetten” eener bestaande prothese verlangt van den verzekerde een vergoeding van de helft van het bedrag, verschuldigd voor een nieuw kunstgebit. Voor een volledige prothese is dit dus f 17.50; voor een volledig onder- of bovengebit f 10.—. Toegepast op partieele protheses beteekent dit voor een „losse” tand een bijbetaling van f 1.50, een plaatje met 2 elementen f 2.50 enz. Het opnieuw aanbrengen van 2 haakjes verhoogt de kosten voor den verzekerde met f 2.—, gesteld dat deze aanwezig en nog bruikbaar zijn.

Plaatst men zich bij de beschouwing van de onderhavige regeling een oogenblik op financieel-technisch standpunt, dan maakt het stelsel der bijbetalingen den indruk, dat over het geheel het

\*) In de beschikking wordt rubber genoemd als basis-materiaal; de bijbetalingen hebben derhalve geen betrekking op andere werkstoffen, die thans onontbeerlijk zijn wegens het verbod van verwerking van tandrubber.

principe is gehuldigd om de verzekerden tandheelkundige hulp zooveel mogelijk tegen den zelfkostenden prijs van den tandarts te verschaffen. De bijbetalingen voor enkelvoudige, conserveerende behandeling komen ongeveer overeen met de gemiddelde kosten aan materialen en boren per verrichting. Het vastgestelde bedrag voor pulpabehandeling bevat bovendien een vergoeding van den verzekerde voor de praestatie als zoodanig. De opzet zal wel zijn om het tijdig inroepen van conserveerende hulp niet te laten afstuiten op behandelingskosten, die het budget van de verzekerden extra zouden belasten.

In de vergoedingen voor prothetische hulp is bovengenoemd beginsel eveneens in belangrijke mate verwerkt. Ook daar vormen de zelfkosten van den tandarts een belangrijken factor en beloopen ongeveer de helft van de bijbetaling, die voor de verschillende werkstukken is vastgesteld. Ondervindt de tandarts tegenslag, die tot dubbele laboratoriumkosten leidt, dan slinkt de marge tusschen het bedrag der bijbetaling en dat der zelfkosten bedenkelijk.

De inkomstenbron voor den medewerker-tandarts zal dus in hoofdzaak gezocht moeten worden in de uitkeering, die hij voor zijn diensten uit de kas van het ziekenfonds zal ontvangen. De fondsen krijgen voor dit doel de beschikking over een vast bedrag voor elken verzekerde die bij hem is ingeschreven. Hoe groot dit zal zijn is nog niet definitief vastgesteld. Van bevoegde zijde werd een — voorloopig — bedrag genoemd van f 1.10 per ziel per jaar. Welk systeem van honoreering voor de tandheelkundige hulp, naast de bijbetalingen, is ontworpen, zal in de naaste toekomst wel blijken.

RED.

### *Tekst van de Beschikking*

De Commissaris, belast met het toezicht op de ziekenfondsen;

Gezien artikel 14 van het Tweede Uitvoeringsbesluit van den Secretaris-Generaal van het Departement van Sociale Zaken ingevolge het Ziekenfondsenbesluit:

Bepaalt als volgt:

#### Artikel 1.

De verzekerden, bedoeld in artikel 3 van het Ziekenfondsenbesluit, hebben recht op conserveerende en prothetische tandheelkundige hulp naar de volgende regelen:

a. Conserveerende hulp tegen bijbetaling van:

voor vulling van plastisch materiaal (amalgam of  
silicaatcement) ..... f 0,50

voor elke daarop volgende vulling bij dezelfde over- eengekomen behandeling .....	0,25
voor zenuwbehandeling .....	2,50
<i>b.</i> Prothetische hulp ( <i>rubber</i> ) tegen bijbetaling van:	
voor volledige boven- <i>en</i> onder-prothese .....	35,—
„ „ „ <i>of</i> „ .....	20,—
„ overzetten eener bestaande prothese de helft van het bedrag eener nieuwe prothese;	
voor partieele prothese van 1 element .....	3,—
„ ieder volgend element .....	2,—
„ iedere klammer (staal) .....	2,—
„ bijzetten aan een bestaande prothese eerste element .....	2,50
„ ieder volgend element .....	1,50
„ reparatie .....	2,—

---



Van den heer T e k e n b r o e k, die voor de tandartsen zitting heeft in den Raad van Bijstand voor de uitvoering van het Ziekenfondsenbesluit, ontvingen wij na sluiting van den termijn voor inzending onderstaande beschouwing, waaraan wij — naast de voorgaande uiteenzetting omtrent het Tweede Uitvoeringsbesluit — met het oog op het belang dezer aangelegenheid tevens een plaats inruimen. RED.

## DE TANDHEELKUNDIGE ASPECTEN VAN HET ZIEKENFONDSENBESLUIT

Met het Ziekenfondsenbesluit, dat 1 November l.l. in werking is getreden, eindigt een zeer lange en moeizame weg, die men heeft afgelegd met de vele pogingen om het Ziekenfondswezen wettelijk te regelen.

Door vele ministeries zijn in den loop der laatste tientallen jaren ontwerpen ingediend voor een wettelijke regeling van het Ziekenfondswezen, doch geen dezer ontwerpen heeft als wet het Staatsblad kunnen bereiken.

De in 1913 ingevoerde Ziektewet spreekt in artikel 50 reeds vele jaren lang van de verplichting voor de volgens haar bepalingen verzekerde arbeiders om ingeschreven te zijn, bij een overeenkomstig de Ziekenfondswet toegelaten Ziekenfonds. Aangezien echter deze Ziekenfondswet steeds op zich heeft laten wachten, is het genoemde artikel 50 van de Ziektewet nooit in werking kunnen treden.

Op 1 November l.l. echter is tegelijk met het Ziekenfondsenbesluit het tot dusver onwerkzame artikel 50 der Ziektewet van kracht geworden. Hierdoor zijn thans alle werknemers, die onder de bepalingen van de Ziektewet vallen, verplicht om zich bij een Ziekenfonds te laten inschrijven, indien zij de rechten niet willen verliezen, die hun bij de Ziektewet zijn toegekend.

Welke categorieën van werknemers onder de Ziektewet vallen is niet op een eenvoudige wijze aan te geven. (ambtenaren, spoorwegpersoneel, huispersoneel, o.a. niet). Het schijnt niet uitgesloten te zijn, dat te zijner tijd maatregelen getroffen worden, die ook voor groepen der bevolking, die thans niet onder de Ziektewet vallen, de mogelijkheid zal openen om tot de verplicht-verze-

kerden te gaan behooren (o.a. werkloozen en gepensioneerde arbeiders).

In artikel 1 der Ziektewet wordt bepaald, dat die wet van toepassing is op werknemers, die minder dan f 3000,— verdienen. Door deze bepaling in de Ziektewet is voor de verplicht-verzekerden de welstandsgrens van f 3000,— in het Ziekenfondsenbesluit overgenomen. Men meene nu niet, dat dit zeggen wil, dat een ieder, die minder dan f 3000,— verdient, thans verplicht is om zich bij een Ziekenfonds aan te sluiten en evenmin dat een ieder met een inkomen van meer dan f 3000,— zich bij geen enkel Ziekenfonds meer kan aansluiten.

Het Ziekenfondsenbesluit en de daarbij behorende Uitvoeringsbesluiten breiden het woord Ziekenfonds tot meer instellingen uit, dan tot nu toe in het dagelijksch gebruik daaronder verstaan werden. Zoo zijn de instellingen, die verzekeren tegen de kosten van sanatoriumverpleging, of tegen ziekenhuiskosten dan wel tandheelkundige middenstandsverzekeringen eveneens Ziekenfondsen in den zin van deze verordening.

Het Ziekenfondsenbesluit maakt onderscheid tusschen verplicht-verzekerden en vrijwillig-verzekerden. Verplicht-verzekerd zijn alle werknemers, die onder de bepalingen van de Ziektewet vallen, zoomede hun gezinsleden (tot 16 jaar). Men moet de werknemers beschouwen als rechtstreeks (verplicht) verzekerden en hun gezinsleden als indirect (verplicht) verzekerden. Het juiste aantal verplicht-verzekerden in ons land is op het oogenblik nog niet bekend; men schat het op  $\pm 5$  millioen.

Naast deze beide groote groepen verzekerden staan de vrijwillig-verzekerden, die zich uit eigen beweging bij een Ziekenfonds aansluiten.

Volgens de nieuwe voorschriften moeten alle Ziekenfondsen, die in ons land werkzaam zijn, zich tot den Commissaris, belast met het toezicht op het Ziekenfondswezen (den Directeur Generaal van de Volksgezondheid), wenden voor „erkenning”. Voortaan kunnen dus nog slechts erkende Ziekenfondsen in ons land werkzaam zijn. Een bijzondere en zeer belangrijke soort onder deze erkende Ziekenfondsen vormen de zoogenaamde „toegelaten” Ziekenfondsen. Om toegelaten te worden moet een Ziekenfonds aan bepaalde eischen, die in de verordening omschreven zijn, voldoen. Na de toelating moeten deze fondsen met de naam „Algemeen Ziekenfonds” worden aangeduid. Slechts deze „Algemeene Ziekenfondsen” zijn toegelaten tot het inschrijven van verplicht-verzekerden; bij fondsen, die alleen „erkend” zijn, kunnen de verplicht-verzekerden zich dus niet laten inschrijven.

Op het oogenblik vragen voornamelijk de bepalingen omtrent de Algemeene („toegelaten”) Ziekenfondsen de aandacht. De nadere regelingen omtrent de (slechts) erkende Ziekenfondsen komen eerst later aan de orde; deze regelingen zijn nog niet vastgesteld.

In het Ziekenfondsenbesluit vindt men in de art. 4, 5 en 6 de verstrekkingen opgesomd, waarop de verplicht-verzekerden recht hebben (de vrijwillig-verzekerden staan hier geheel buiten).

In het eerste lid van artikel 5 wordt daarbij vastgesteld, dat de geneeskundige verzorging, waarop een verplicht-verzekerde recht heeft moet omvatten: „geneeskundige hulp met inbegrip van specialistische en tandheelkundige hulp.”

Het recht op tandheelkundige hulp, dus de plicht van het fonds om die hulp aan de verplicht-verzekerden te verschaffen, is in ons land een novum, dat door de tandheekunde slechts warm kan worden toegejuicht.

Wat onder tandheelkundige hulp moet worden verstaan vindt men nader omschreven in het 3e lid van artikel 14 van het Tweede Uitvoeringsbesluit. Dit 3e lid luidt als volgt:

„Tandheelkundige hulp volgens systematisch rationeele beginselen naar de volgende regelen:

- a. consult, extractie, wondbehandeling, incisie en verwijdering tandsteen gratis.
- b. conserveerende hulp en prothetische hulp tegen bijbetaling volgens door den Commissaris vast te stellen regelen.
- c. röntgenfoto's tegen bijbetalingen volgens door den Commissaris vast te stellen regelen.

Zooals men dit eenige weken geleden door een ontijdige publicatie in de dagbladen heeft kunnen lezen, was deze tandheelkundige paragraaf in het oorspronkelijke ontwerp van het 2e Uitvoeringsbesluit anders geredigeerd.

Dat men thans de systematische rationeele behandeling volgens het N.P.P. rapport als leidraad heeft aanvaard voor de sociale behandeling, kan voor ons land een flinke stap voorwaarts beteken op den weg, die naar een effectieve sociale bestrijding van het tandbederf voert.

Ook het principe van een geringe bijbetaling door den patiënt op de conserveerende hulp is tandheelkundig en sociaal-economisch gezien juist te noemen. Het zal er toe bijdragen om de patiënten te stimuleeren tot een zorgzaam medewerken aan de bestrijding van het tandbederf.

In een beschikking van den Commissaris, belast met het toezicht op de Ziekenfondsen, van 25 October l.l. vindt men nader vastgesteld de bedragen, die de patiënt moet bijbetalen op de tandheelkundige verrichtingen.

Tot hun schrik meenden sommige tandartsen, dat de in deze beschikking genoemde bedragen de totale vergoeding zou zijn, die een tandarts voor zijn sociale verrichtingen zou ontvangen. De tandartsen zijn nu eenmaal door hun ervaringen met de Ziekenfondsen ietwat achterdochtig geworden. Doch ter geruststelling kan worden medegedeeld, dat het hier slechts gaat om de bijbetalingen van den verzekerde. Omtrent de totale vergoedingen, die de tandarts ten slotte zal ontvangen, is nog niets vastgesteld. Waarschijnlijk zal de totale vergoeding voor een volledige rubberprothese ten naastenbij f 50,— bedragen, exclusief de noodzakelijke extracties en f 55,— met inbegrip daarvan. Wat de honoreering van conserveerende behandelingen betreft, ben ik van oordeel, dat naar een basis-tarief van f 2.50 voor de gemiddelde N.P.P.-vulling mag worden gestreefd en naar een vergoeding voor extracties van f 1.50, voor zoover deze extracties niet in een abonnementstarief zullen begrepen zijn.

Ten aanzien van het Tweede Uitvoeringsbesluit is verder van tandheelkundig belang de hoogte van de premie. De premie wordt berekend naar het loon van den werknemer en ieder jaar wordt daarvoor een percentage vastgesteld. Volgens artikel 34 van de overgangsbepalingen is het percentage voor dit jaar bepaald op 4%. In artikel 19 is vastgesteld, dat de premie maximaal kan stijgen tot 6% van het loon, voordat men zich zal moeten gaan beperken op den aard van de te geven verstrekkingen.

Nu zou men uit statistische gegevens kunnen berekenen welk bedrag per verzekerde ziel bij het thans vastgestelde percentage van het loon aan de fondsen kan worden uitgekeerd. Deze berekening is echter nog niet goed mogelijk, omdat het statistische materiaal daarvoor ontoereikend is. In den Raad van Bijstand is een voorloopig bedrag aangenomen, dat echter niet voor de openbaarheid bestemd is. Wel geloof ik geen indiscretie te begaan met de mededeeling, dat bij een globale begroting van de kosten der verschillende verstrekkingen, een bedrag van ongeveer f 1.10 per ziel per jaar voor tandheelkundige hulp is ingecalculceerd. (Dit beteekent natuurlijk niet, dat dit bedrag in abonnementstarief aan den tandarts wordt uitgekeerd, er zal naar een gedeeltelijk verrichtingstarief moeten worden gezocht). Ik hoop met het noemen van dit bedrag in den tandheelkundigen kring een ietwat bemoeidigend bericht te geven, ten einde de medewerking te stimu-

leeren, die deze plotselinge en ingrijpende reorganisatie van het ziekenfondswezen onvermijdelijk vereischt.

Bovengenoemd bedrag beteekent voor de tandheelkunde reeds een aanmerkelijke vooruitgang vergeleken bij den vroegeren toestand. En mocht dit bedrag onvoldoende blijken te zijn — een mogelijkheid, die in den Raad van Bijstand niet ontkend wordt — dan kan dit bedrag eventueel voor verhoogen in aanmerking komen.

Men mag uit het vorenstaande zeker de conclusie trekken, dat de tandheelkundige vooruitzichten bij de ingevoerde reorganisatie van het ziekenfondswezen niet ongunstig zijn.

De ingevoerde regeling dwingt thans de fondsen tot het verleen van behoorlijke tandheelkundige hulp aan de verzekerden en bovendien zijn de geldmiddelen, die de nakoming der voorschriften mogelijk moeten maken, reeds in ruimere mate dan voorheen beschikbaar.

De twee grootste moeilijkheden, waartegen in het verleden de tandheelkunde bij haar streven naar een betere sociale voorziening heeft moeten vechten, zijn thans weggenomen. Het komt er nu nog slechts op aan, dat de zich thans voordoende gelegenheid wordt gebruikt om een doeltreffende organisatie der sociale tandheelkunde tot stand te brengen. Een dezer dagen zal in een afzonderlijke conferentie deze materie onder het oog gezien worden.

Het derde uitvoeringsbesluit, waarover de beraadslagingen reeds beëindigd zijn en dat binnenkort wel zal worden afgekondigd, betreft, zooals reeds ten deele in de groote pers is bekend gemaakt, de positie van de deelnemers bij de ziekenfondsen, dus van de artsen, tandartsen, apothekers en vroedvrouwen. De inhoud is dan ook voor de tandheelkunde uiterst belangrijk. Aangezien echter bij het schrijven van deze regelen dit besluit nog niet in de Staatscourant is verschenen, meen ik mij van nadere beschouwing te moeten onthouden. Het is evenwel geen geheim meer, dat de positie der deelnemers beheerscht wordt door twee leidende gedachten: ten eerste het recht van de verzekerden op vrije keuze van arts, tandarts, apotheker en vroedvrouw en voorts, dat voor de deelnemers het werken in loondienst van derden in welken vorm ook, in strijd is met het zelfstandige karakter dezer vrije beroepen, waarvoor een ambtseed is afgelegd.

Zeist, 15 November 1941.