

vroeger hoogleraar te Oslo, Praag, Berlijn en Innsbruck, sedert 1951 te Düsseldorf, waar hij directeur was van de Westdeutsche Kieferklinik.

Prof. HÄUPL, die een enorme werkkraft bezat, bewoog zich op nagenoeg alle terreinen van de tandheelkunde; hij heeft veel gepubliceerd, o.a. diverse leerboeken. Grote bekendheid verwierf hij door in samenwerking met Prof. V. ANDRESEN de „Funktionskieferorthopädie” tot ontwikkeling te brengen. Hij bereikte de leeftijd van 67 jaar.

ZWITSERLAND

Dr. A. STEIGER benoemd tot Dr. med. dent. h.c.

De medische faculteit van de Universiteit te Basel verleende ter gelegenheid van het 500-jarig bestaan van deze Universiteit een eredoctoraat aan de ten onzent ook bekende collega Dr. ALFRED STEIGER te Zürich.

BINNENLAND

UIT HET FLUORIDERINGS-RAPPORT

Aan het rapport inzake „Cariëspreventie met Fluoriden”, hetwelk aan het einde van elk hoofdstuk van een samenvatting is voorzien die voor zichzelf spreekt, wordt hieronder een en ander ontleend dat als een aanvulling daarop kan worden beschouwd en bedoeld is om tot nadere bestudering op te wekken. Red.

In het eerste hoofdstuk, dat een algemeen overzicht geeft, wordt ervan uitgegaan dat bij personen boven 15 jaar een gaaf begint tot de grote uitzonderingen behoort, n.l. minder dan 0,1%. Voorkómen van tandbederf is daarom een gebiedende eis die voor iedereen geldt. De enige stof, momenteel bekend, om tandbederf (althans gedeeltelijk) te verhinderen is fluoride. De kennis omtrent het werkingsmechanisme is nog onvolledig. Fluoride-ionen kunnen tijdens de aanleg van de tand in de apatietkristallen van het glazuur en het tandbeen worden ingebouwd, terwijl deze ook na de doorbraak vooral in oppervlakkige lagen terecht komen. Fluorhoudend glazuur is harder en verminderd oplosbaar in zuur, hetgeen bijdraagt tot verhoogde weerstand tegen cariës. Fluoride remt voorts de melkzuurgisting hetgeen mogelijk een bijdrage levert tot vertraging bij gebruik van fluorhoudend water.

Cariës berust niet op een fluordeficiëntie; fluoride is geen onmisbare voedingstof daar ook bij voldoende toevoer nog cariës optreedt. Gegeven echter onze cariësbevorderende voeding kan een massale toediening als profylactische maatregel dienst doen.

Van de verschillende toepassingsmogelijkheden van fluoride: lokaal, in melk, broodzout en in tabletvorm, zou toevoeging aan het brood- en voedingzout de goedkoopste en eenvoudigste methode zijn. De broodconsumptie loopt echter te veel uiteen voor de verschillende leeftijdsklassen en omtrent het gebruik van tafelzout zijn tot nu toe te weinig gegevens beschikbaar. Ook omtrent de duurzaamheid van de locale applicatie (arbeidsintensief en dus kostbaar) is niets bekend. Melkfluoridering, ter wille vooral van de kinderen, is alleen in kleine gemeenschappen met intensieve propaganda en controle mogelijk.

Een proefneming met gefluorideerd zout (in een stad) zou pas over 10 jaar uit kunnen wijzen of deze toediening massaal in aanmerking zou komen. De methode zou echter kostenbesparend zijn tegenover de waterfluoridering maar in dit stadium waardevolle tijd verloren doen gaan.

Omtrent fluorbevattende tabletten zal eveneens een langdurig onderzoek de werkzaamheid moeten bewijzen; dit zou 15 jaar vergen en de onschadelijkheid moeilijk aan te tonen zijn. Een gecontroleerde distributie zou zeer grote moeilijkheden opleveren. De vele onzekerheden maken tabletten voor massale toediening ongeschikt.

De grote belangstelling voor fluoridering van het drinkwater wordt geheel bepaald door de sinds 1916 opgedane ervaring omtrent het effect van natuurlijk F-houdend drinkwater op het tandbederf en de volksgezondheid in het algemeen. Bij onderzoek in steden met kunstmatig gefluorideerd drinkwater bleek gevaar voor overdosering niet aanwezig, zelfs praktisch onmogelijk. Dit levert een sterk argument op voor waterfluoridering tegenover andere methoden waarbij dit niet uitgesloten is.

De vele ingebrachte bezwaren tegen waterfluoridering hebben betrekking op de verkapte dwang dit water te moeten gebruiken, en de aldus te ver gaande overheidsbemoeiing; een mogelijk schadelijke werking; voorts de kosten van algehele fluoridering van het afgeleverde water tegenover het fractionele effectieve gebruik als drinkwater.

De dwang is een gevolg van de technische onmogelijkheid twee soorten water te verstrekken. De aantasting van de persoonlijke vrijheid ware te ondervangen door beschikbaarstelling van niet-gefluorideerd drinkwater. De kosten der fluoridering worden gematigd door de goedkoopte van de grondstof en zullen waarschijnlijk minder dan 35 cent per inwoner bedragen; in totaal voor ons land 3 tot 4 miljoen gulden. Bij 10% minder tandbederf en het voordeel van het gaafhouden boven gebitsherstel ware dit reeds winst.

Fluoride komt in praktisch alle grond en aardlagen voor, zij het in wisselende hoeveelheden; in het algemeen is de concentratie in het drinkwater minder dan 0,5 mg per liter. In ons land varieert het blijkens een bevoegde tabel, van 0,29 tot 0,04. In de V. S. bleken enige miljoenen water te gebruiken met 1 mg. of meer; in West Europa komen deze hogere waarden slechts sporadisch voor. Bij het natuurlijk voorkomen van fluoride in laatstgenoemde concentratie vertonen de kinderen van 6 tot 16 jaar ongeveer 50% minder cariës dan in vergelijkbare omstandigheden waar het water praktisch geen fluoride bevat. Zowel in Amerika als in Europa is gebleken dat met kunstmatige fluoridering eenzelfde effect wordt bereikt. De resultaten wettigen de conclusie van een te verwachten sterke vermindering in het optreden van tandbederf door toevoeging van fluoride aan het leidingwater. De onderzoeken betreffen uitsluitend kinderen; de beperkte kennis omtrent het effect op het ontstaan en voortschrijden van cariës bij oudere personen laat weinig conclusies toe. Bij een verschuiving van het optreden van cariës met 5 jaar zouden veel meer elementen en gebitten gered kunnen worden en veel minder omvangrijke behandelingen nodig zijn. Ook de soort cariës in fluorideringsgebieden (kauwvlakcariës) is minder ernstig en gemakkelijker te stuiten.

Ten aanzien van de medische aspecten van de drinkwaterfluoridering wordt vermeld dat het fluor-ion uit opgeloste zouten snel en vrij volledig door de darm wordt geresorbeerd; uit drinkwater beter dan uit voedsel. Plus minus 15% wordt weer uitgescheiden. De opname uit natuurlijk en kunstmatig gefluorideerd drinkwater is gelijk.

De meeste onderzoekers veronderstellen dat de placenta een zekere barrière vormt voor fluoride. Dit verklaart dat in gebieden waar gevlekt glazuur endemisch voorkomt, het melkgebit ervan vrij blijft, uitgezonderd bij hoge concentraties (10 mg/l.).

De concentratie in de weke delen is gering; de uitscheiding door de nieren geschiedt snel. Bij kort durende balansproeven is duidelijk geworden dat er een rechtlijnig verband bestaat tussen de opgenomen en de gereteneerde hoeveelheid, ten dele in het skelet, afhankelijk van de vascularisatie en metabolische activiteit van het bot (jonge individuen). Bij volwassenen is de F-concentratie in de urine steeds ongeveer gelijk aan die van het drinkwater met een berekende retentie van 50%. In het skelet zou bij fluoridering na 70 jaar 800 gr. fluorapatiet zijn gevormd, waarbij 15% hydroxylapatiet in fluorapatiet is overgegaan. Omdat met de leeftijd de retentie afneemt is deze schatting waarschijnlijk te hoog. Zonder waterfluoridering zou in diezelfde periode 5-10% van het skelet uit fluorapatiet bestaan.

Acute dodelijke vergiftigingen kunnen optreden na het innemen van enige grammen F-zout; de gemiddelde letale dosis NaF is ongeveer 4 gram, al is een geval beschreven na gebruik van 700 mg. Bij 100 mg bestaat reeds levensgevaar. De giftige werking van F-ionen berust waarschijnlijk op remming van de enzymen en daling van de Caspiegel in het bloed en de weefsels. Voor drinkwater worden echter zodanige hoeveelheden aanbevolen dat men voor een lichte vergiftiging meer dan 100 liter water ineens zou moeten drinken. Met het gehele reservoir van de fluorideringsinstallatie uitgestort in de watervoorraad zou niemand bij het gebruik van dat water enige schade ondervinden. Voor acute vergiftiging door onvoorzien overfluoridering behoeft men niet bevreesd te zijn.

Een chronische fluorose bij arbeiders (o.a. door inademing van F-houdende stof) komt in alle gradaties voor. Voor het overige zijn groeiende tanden het gevoeligst voor fluoriden. Bij de mens kent men verder de ankyloserende fluorose met kalkafzettingen in periost, ligamenten en pezen, met als gevolg bewegingsbeperking. De beenderen vertonen osteosclerose met plaatselijke osteoporose.

Bij de asymptomatische osteosclerose (aluminiumindustrie) ontbreken de kalkafzettingen in de weke delen; deze vorm is een gevolg van een hoog fluoridegebruik over vele jaren en leidt niet tot klachten of objectief waarneembare functiestoornissen. Onderzoek steunt de zienswijze dat 8 mg/L. ook na 25-jarig gebruik, behalve tand- en botverschijnselen geen ernstige symptomen veroorzaakt. Gevlekt glazuur, anders dan de uit velerlei oorzaken optredende witte vlekken, treedt niet op bij een concentratie, die als optimaal voor de cariësprefylaxe moet worden beschouwd.

Ten aanzien van de gezondheidstoestand van grote bevolkingsgroepen, die hun leven lang natuurlijk drinkwater met fluoride (1-3mg/L) hebben gebruikt, wordt vermeld dat zij geen bijzondere ziektegevallen vertonen. De sterfte aan de verschillende doodsoorzaken is in die gebieden niet anders dan elders. Ook de groei der kinderen wijkt niet af van die van kinderen in F-arme gebieden. Ook ten aanzien van het gezichts- en gehoororgaan werden geen verschillen gevonden, zomin als in het skelet.

Tijdens fluoridetoediening vindt men een hogere F-concentratie in de niertubuli. Statistisch echter is de sterfte aan nierziekten in fluoriderijke gebieden niet verhoogd; nierbeschadiging treedt dus blijkbaar niet op. Voor de nierpatiënt vormt waterfluoridering geen gevaar. Ook bestaat er geen enkele positief gegeven ten aanzien van een schadelijke nevenwerking van F-houdend water op de schildklier; maandenlange toediening van 2-3 mg fluoride per dag leidde niet tot functieveranderingen in dit orgaan.

Door tegenstanders van de waterfluoridering zijn tal van ongefundeerde beweringen omtrent schadelijke nevenwerkingen van fluoride naar voren gebracht; geen ervan heeft de toets der critiek kunnen doorstaan.

Wat de technische aspecten van de drinkwaterfluoridering betreft komen 7 fluoroverbindingen als bruikbaar in aanmerking. Daarvan wordt alleen natriumsilicofluoride

in ons land op grote schaal goedkoop vervaardigd. In U.S.A. vinden alle op een na toepassing. Bij gelijke F-ionenconcentratie konden geen verschillen in medisch en tandheelkundig effect worden vastgesteld; van die zijde is er geen voorkeur. De keuze van de apparatuur zal afhankelijk zijn van de plaatselijke situatie. Voor ons land komt de hoger genoemde fluorverbinding in de eerste plaats in aanmerking, NaF is duur, CaF_2 is slecht oplosbaar. Het technisch rapport van de fluorideringsinstallatie te Tiel vermeldt dat deze goed heeft gewerkt en de opgedane ondervinding overeen komt met de ervaringen elders. De resultaten van het cariësonderzoek hebben uitgewezen dat het effect van de fluoridering als zeer gunstig lijkend mag worden betiteld. Het verschil in aantal occlusale caviteiten in de eerste molaren aldaar bedraagt ten opzichte van Culemborg 30%. Er is geen enkele reden voor de veronderstelling dat de uiteindelijke resultaten van de fluoridering in ons land achter zullen blijven bij die in Amerika.

GEZONDHEIDSORGANISATIE T.N.O.

Aan het kort geleden verschenen Verslag over 1959 van de Organisatie T.N.O. ontleen wij het volgende aangaande het „onderzoek inzake de fluoridering van drinkwater in verband met tandcariës“.

De adviescommissie vergaderde onder voorzitterschap van Prof. dr. K. C. WINKLER.

Een tweetal interim-rapporten met betrekking tot de resultaten van het fluorideringsonderzoek in Tiel en Culemborg en het fluoridegehalte in het Nederlandse leidingwater werd ter beschikking gesteld van de Gezondheidsraad.

De heer O. BACKER DIRKS heeft in 1959 een aantal bestuursvergaderingen bezocht van de „Organisme Européen de coördination des recherches sur le fluor et la prophylaxie de la carie dentaire“, waarvan hij voorzitter is.

Voorts heeft de heer BACKER DIRKS op uitnodiging van de International Association for Dental Research gedurende de maand september de Verenigde Staten bezocht. Ook hield hij op uitnodiging een aantal voordrachten.

Het onderzoek betreffende drinkwaterfluoridering Tiel-Culemborg vond goede voortgang, evenals het onderzoek inzake lokale applicatie van fluoriden („tweelingenonderzoek“ te 's-Gravenhage).

VERSLAG VAN DE ZIEKENFONDSRAAD OVER 1959

Aan bovengenoemd verslag is, ten aanzien van hetgeen over de tandheelkundige aangelegenheden wordt vermeld, het volgende ontleend: De commissie ad hoc, aan wie was opgedragen advies uit te brengen over de suggesties van de minister naar aanleiding van door de raad ingediende voorstellen tot wijziging van de verstrekking tandheelkundige hulp, heeft in het begin van het jaar 1959 haar rapport uitgebracht. De commissie heeft hierin onder meer het volgende gesteld.

Volgens de minister zouden, ter bevordering van de tandheelkundige hulp ten behoeve van de kleuter- en jeugdandverzorging, de verstrekkingen voor oudere verzekerden meer beperkt moeten worden dan door de raad was voorgesteld. Deze had namelijk geadviseerd, dat in het algemeen niet-gesaneerde verzekerden boven 45 jaar niet meer voor een saneringsbewijs in aanmerking zouden moeten komen. De minister

meende echter, dat daardoor het gestelde doel niet zou worden bereikt en dat daarom de leeftijdsgrens belangrijk verlaagd zou moeten worden. De gedachten van de minister gingen daarbij uit naar een leeftijdsgrens van 21 jaar, omdat men volgens hem bij 21-jarigen en ouderen niet meer van jeugd kan spreken en personen van deze leeftijd geacht kunnen worden voldoende doordrongen te zijn van het nut van regelmatige tandheelkundige hulp. Bovendien zou de minister de hersanering voorzover deze voor fondsrekening komt – na de eerste sanering – bij verzekerden beneden 21 jaar tot eenmaal willen beperken en verdere sanering geheel voor rekening van de verzekerden willen laten komen, zij het dan tegen overeengekomen tarieven.

De suggesties van de minister en de voorstellen van de raad ten aanzien van de rechten voor de groep van niet-gesaneerde verzekerden tegen elkaar afwegende, is de commissie tot de conclusie gekomen, dat het voorstel van de raad, inhoudende een onbeperkte mogelijkheid voor de groep van niet-gesaneerden tot 45 jaar tot het verkrijgen van een saneringsbewijs, wel wat ver ging. In meerderheid kon zij zich dan ook wel verenigen met een beperking van de rechten der verzekerden bij een leeftijdsgrens lager liggende dan 45 jaar. Zij meende echter, dat deze grens niet op 21 jaar gesteld zou moeten worden, zoals de minister had gesuggereerd, doch op 24 jaar, omdat uit gegevens van enige ziekenfondsen was gebleken, dat er tot het 24e jaar nog wel belangstelling voor sanering bestaat. Van personen boven deze leeftijd mag voorts worden verwacht, dat zij voldoende verantwoordelijkheidszin hebben om er voor te zorgen, dat het eenmaal verkregen saneringsbewijs in stand wordt gehouden, zodat het niet onredelijk is hen de consequenties te laten dragen, indien zij het toch laten verlopen.

Na enige mogelijkheden tot beperking van de rechten op conserverende hulp voor de groep niet-gesaneerden van 24 tot 45 jaar te hebben overwogen, is de commissie tenslotte tot de volgende tussenoplossing gekomen:

- a. onbeperkt recht op sanering en hersanering tot 24 jaar (de door de minister gesuggereerde beperking van het recht op sanering voor jongere verzekerden tot eenmaal achtte de commissie om administratieve redenen te bezwaarlijk);
- b. voor niet-gesaneerden van 24 tot 45 jaar: conserverende hulp voor eigen rekening, zo mogelijk tegen ziekenfondstarief;
- c. na het verkrijgen van een saneringsbewijs op grond van de onder b bedoelde hulp voor verzekerden van 24 tot 45 jaar recht op conserverende hulp met bijbetaling (dit zou dus niet gelden voor hen, die vóór hun 24e jaar een saneringsbewijs hebben gekregen).

Bij het laten verlopen van het saneringsbewijs zou hersanering geheel voor eigen rekening tegen ziekenfondstarief mogelijk moeten zijn, waarna opnieuw een saneringsbewijs kan worden uitgereikt, dat recht geeft op conserverende hulp met bijbetaling.

De commissie heeft zich hierbij gerealiseerd, dat bij invoering van dit systeem met twee soorten saneringsbewijzen zal moeten worden gewerkt – het saneringsbewijs afgegeven vóór het 24e jaar, recht gevende op kosteloze conserverende hulp en het bewijs, afgegeven na het 24e jaar, recht gevende op conserverende hulp met bijbetaling – doch zij zag hierin geen onoverkomelijke bezwaren.

De raad heeft over het rapport van de commissie geen uitspraak gedaan, doch eerst advies gevraagd aan de organisaties van algemene ziekenfondsen en de Maatschappij voor tandheelkunde.

Na ontvangst van dit gemeenschappelijke advies heeft de voorzitter het in handen gesteld van de commissie tandheelkundige vraagstukken, dat is de voormalige com-

Verslag van de Ziekenfondsraad over 1959

missie voor de schooltandverzorging, die, ingevolge een besluit van de raad, zich met tandheelkundige problemen in ruimere zin is gaan bezighouden.

In haar vergaderingen van 6 oktober en 21 november 1959 heeft deze commissie over het advies uitvoerig beraadslaagd. Daar er op verschillende punten nog vragen open bleven, hebben de vertegenwoordigers van de organisaties van algemene ziekenfondsen en van de Maatschappij voor Tandheelkunde zich bereid verklaard over deze vraagstukken nogmaals in eigen kring beraad te voeren.

Tandheelkundige verzorging te Amsterdam

In het vorige verslag is medegedeeld, dat het bestuur van de Amsterdamse vereniging tot bevordering der tandheelkundige verzorging van ziekenfondsverzekerden (A.T.Z.) vragen van de desbetreffende commissie uit de Ziekenfondsraad met betrekking tot de omstandigheid, dat een niet onbelangrijk aantal ziekenfondsverzekerden bij de in Amsterdam gevestigde tandartsen hulp als particulier patiënt inroept, nog niet had beantwoord. Het was aan de commissie A.T.Z. niet duidelijk, of de in 1958 geconstateerde inkrimping van de wachtlijst mede het gevolg was van vorenbedoelde hulp. Het bestuur van de A.T.Z. heeft onder verwijzing naar de voortgaande inkrimping van de wachtlijst geantwoord, dat niet valt na te gaan, of een tekort aan hulpmogelijkheden bij de tandheelkundige centra tot het hulp vragen als particulier patiënt stimuleert. Dit zou naar de mening van het genoemde bestuur pas kunnen blijken, indien de wachtlijst gedurende langere tijd van beperkte omvang blijft. Dan immers zou de wachtlijst geen beletsel meer zijn om zich tot de centra om hulp te wenden.

Op 31 december 1958 stonden ongeveer 4200 patiënten op de wachtlijst; op 31 december 1959 was dit aantal tot ongeveer 2900 teruggelopen.

In het vorige verslag is er voorts melding van gemaakt, dat het overleg tussen de A.T.Z. en de Amsterdamse Tandartsenvereniging (A.T.V.) over de honoreringsregeling en de eventuele inschakeling van huisbehandeling in Amsterdam aan het einde van 1958 nog gaande was.

In het verslagjaar is het overleg op een conflict tussen partijen uitgelopen, waardoor het contact geheel werd verbroken. De A.T.V. heeft de behandeling van de zaken betreffende de A.T.Z. overgedragen aan het hoofdbestuur van de Nederlandsche maatschappij tot bevordering der tandheelkunde. Dit hoofdbestuur heeft tot de voorzitter van de Ziekenfondsraad het verzoek gericht in het conflict te bemiddelen. Aan het einde van het verslagjaar waren de bemiddelingspogingen van de commissie-A.T.Z., die op initiatief van voornoemde voorzitter voor dit doel is ingeschakeld, nog gaande.

Schooltandverzorging

Op 21 mei werd een advies opgesteld naar aanleiding van een voorstel inzake de financiering van de diensten voor schooltandverzorging, dat was voortgekomen uit het overleg tussen de organisaties van algemene ziekenfondsen en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten.

Aanleiding tot dit voorstel was het feit, dat de Centrale raad voor sociale tandheelkunde een wijziging had aangebracht in de honoreringsregeling voor schooltandartsen, die geen eigen praktijk hebben. Voor hen werd namelijk de mogelijkheid opengesteld het maximum ad f 1650,- per wekelijkse werkochtend per jaar, geldende voor de tandarts met eigen praktijk, eveneens te bereiken, zij het in een langere tijdsduur. Aan de tandarts zonder eigen praktijk wordt namelijk volgens de nieuwe regeling voor elk jaar,

gedurende hetwelk hij als schooltandarts na het bereiken van het vroegere maximum ad f 1500,- heeft gewerkt, een extra verhoging van f 50,- per wekelijkse werkochtend per jaar toegekend, tot een maximum van drie verhogingen.

De Ziekenfondsraad besloot tot de in het bovengenoemde advies voorgestelde maatregelen.

Voor een aantal diensten voor schooltandverzorging leidden deze maatregelen uiteraard tot verhoogde uitgaven. De Ziekenfondsraad besloot ter tegemoetkoming aan dit bezwaar en mede wegens de algemene stijgende tendens in de kosten der schooltandverzorging het bedrag van f 12,- te verhogen tot f 13,-. Het maximum van de bijdrage per kind steeg daardoor van f 9,- tot f 9,75 per jaar. Voorts werd besloten dat deze algemene verhoging van kracht werd met ingang van het schooljaar 1959-1960, dus per 1 september 1959.

De reeds lang bestaande extra-bijdrage voor diensten met een vullingsgetal boven 1,5 per jaar is gehandhaafd op f 0,25 per decimaal, met dien verstande, dat nooit meer wordt betaald dan 75% van de werkelijke kosten per kind.

In vele delen van ons land hebben diensten voor schooltandverzorging nog steeds te kampen met gebrek aan tandartsen. Als gevolg daarvan worden bij zestien diensten de kinderen in een of meer van de hoogste klassen alleen op school gecontroleerd en voor eventuele behandeling naar de huistandarts verwezen (z.g. gekapte klassen).

Dat een verwijzing op grote schaal naar de huistandarts ook tot moeilijkheden kan leiden, blijkt onder meer uit het feit, dat de reeds tien jaar functionerende verwijzingsdienst te Hengelo (O.) in moeilijkheden raakte omdat een aantal plaatselijke tandartsen de steeds stijgende stroom schoolkinderen in hun reeds drukke praktijken niet meer kon verwerken. Een voorstel om tot de klassieke wijze van schooltandverzorging over te gaan, was aan het einde van het verslagjaar in overweging.

De dienst voor schooltandverzorging in het district Harlingen moest voorlopig de behandeling der kinderen staken, omdat er voor het schooljaar 1959-1960 geen schooltandarts beschikbaar bleek te zijn.

In de kop van Noord-Holland hebben de in het vorige jaarverslag vermelde moeilijkheden geleid tot beëindiging van de werkzaamheden van de voormalige diensten voor Den Helder en omstreken en Bergen en omstreken. Voor de gemeente Den Helder (zonder omliggende gemeenten) bestaat thans een afzonderlijke dienst; ook voor de gemeente Schagen is een nieuwe stichting tot stand gekomen.

De gemeentelijke dienst te Wassenaar werd vervangen door een dienst in de gebruikelijke stichtingsvorm, waaraan de ziekenfondsen financiële medewerking zijn gaan verlenen. Ook te Dinxperlo kwam een stichting tot stand ter voortzetting van het werk, dat voorheen door de gemeente werd gedaan. De dienst te Heino voegde zich bij die van Raalte, waar tijdelijk ook Markelo en Wierden bij zijn aangesloten. De dienst voor Valkenswaard en omgeving werd opgeheven; het werkgebied van deze stichting, met uitzondering van de gemeenten Valkenswaard, Bergeijk en Waalre, waar nu het verwijzingsstelsel wordt toegepast, wordt nu verzorgd door de nieuw opgerichte stichting „De Kempen” te Eersel, waar 9 gemeenten bij zijn aangesloten.

De dienst in de gemeente Utingeradeel werd een verwijzingsdienst.

Aan het einde van het verslagjaar werkten in Nederland 97 diensten volgens het klassieke systeem, een 25-tal verwijzingsdiensten (die niet zelf de behandeling verzorgen en daarom geen bijdrage van de algemene ziekenfondsen ontvangen), alsmede twee

diensten, welke ten dele het ene en ten dele het andere systeem toepassen (provincie Drenthe en gemeente Ede).

Blijkens de door de Centrale raad voor sociale tandheelkunde verzamelde gegevens bedroeg het totaal aantal leerlingen, dat per 31 december 1959 onder enigerlei vorm van georganiseerde schooltandverzorging viel, circa de helft van het aantal leerlingen ($\pm 1.570.000$) dat in Nederland de lagere scholen, inclusief de B.L.O.-scholen, bezoekt. Het zou ongeveer twee derden van het aantal leerlingen zijn, indien niet de ouders van een belangrijk aantal kinderen hun toestemming tot deelneming aan de schooltandverzorging hadden geweigerd. Er zijn gebieden, waarin de hier bedoelde niet-deelnemende kinderen meer dan 30% van het totale aantal uitmaken. Ten dele is dit toe te schrijven aan een verheugende oorzaak, namelijk de omstandigheid, dat vrij veel kinderen regelmatig bij de tandarts van het gezin komen. Onderzoekingen hebben echter aangetoond, dat er ook heel wat gevallen zijn, waarin niet-deelnemende kinderen met onverzorgde monden rondlopen. Het aantal niet-deelnemende kinderen onder de groep der verzekerden is overigens relatief belangrijk kleiner dan onder de groep der niet-verzekerden, omdat voor de laatstgenoemde groep de ouders of verzorgers een bedrag moeten betalen voor deelneming aan de schooltandverzorging, terwijl voor de eerstgenoemde groep de ziekenfondsen betalen. Uit de beschikbare cijfers blijkt verder, dat de thans werkende diensten in de komende jaren hun zorg nog over een ongeveer 7% groter aantal leerlingen zullen kunnen uitstrekken, zulks door opnemng van nieuwe klassen in de activiteit van thans nog onvolgroeide diensten.

Ongeveer 28% van de schoolkinderen echter woont in streken, waar nog geen enkele vorm van georganiseerde tandheelkundige verzorging van de jeugd bestaat. Het aantal tandzorgauto's (dentalcars) bedroeg op het einde van het jaar 57, waarvan 16 met twee behandelstoelen.

Tandheelkundige controle

Voor de moeilijkheden is in het verslagjaar nog geen oplossing gevonden.

Zij hebben zich nog verder toegespitst, doordat inmiddels ook een aantal der bij de Stichting autonome ziekenfondsen (S.A.Z.) aangesloten fondsen uit de Stichting tandheelkundig controle instituut (T.C.I.) was getreden.

Naar de voorzitter van de raad is ter ore gekomen, hebben de uitgetreden fondsen van de Bond van R.K. ziekenfondsen en van de S.A.Z. de stichtingen Tandheelkundige controle Brabant en Tandheelkundige controle Limburg opgericht. Deze stichtingen is het echter nog niet gelukt controlerende tandartsen aan te stellen, mede tengevolge van tegenwerking van de Maatschappij voor tandheelkunde. Er was nu een situatie ontstaan, die het gevaar inhield, dat niet alleen de controle in verschillende delen van het land òf in het geheel niet òf volgens uiteenlopende richtlijnen zou geschieden, wat voor de verzekerden ongelijkheid in de verstrekingen zou medebrengen, maar zelfs, dat er in hetzelfde gebied geen uniformiteit zou bestaan, namelijk als in dat gebied fondsen van onderscheidene groeperingen zouden werken. Controle door meer dan een instantie zou bovendien nog het bezwaar medebrengen, dat er een onnodige dubbele controle zou worden verricht bij tandartsen, die bij meer dan een fonds zijn aangesloten, hetgeen de kosten zou verhogen en voor deze tandartsen ook hinderlijk zou zijn.

De voorzitter van de raad heeft dan ook in de loop van het jaar vele besprekingen gevoerd met vertegenwoordigers van de ziekenfondsenorganisaties en de besturen van T.C.I. en Maatschappij voor tandheelkunde, teneinde door bemiddelingspogingen naar een voor alle belanghebbenden bevredigende oplossing te streven. De Bond van R.K.

ziekenfondsen en de S.A.Z. hebben aan het eind van het verslagjaar aan de voorzitter medegedeeld zich met een door hem gedane suggestie voor een bemiddelingsvoorstel te kunnen verenigen. Ook de beide andere hierbij betrokken groeperingen verklaarden zich tot nader overleg bereid.

Aan het eind van het verslagjaar is van het bestuur van het T.C.I. het verzoek ontvangen toestemming te verlenen tot opheffing van de bestaande stichting in verband met het voornemen van het bestuur tot oprichting van een nieuwe stichting voor de organisatie en uitvoering van de tandheelkundige controle. Tengevolge van daarna nog gevoerde besprekingen met de besturen van de S.A.Z., de Bond van R.K. ziekenfondsen, de Maatschappij voor tandheelkunde en het T.C.I., is dit verzoek eerst in het begin van het jaar 1960 ter kennis van de raad gebracht.

Overeenkomsten met medewerkers

Ten aanzien van de tarieven wordt opgemerkt dat de ingevoerde verhoging van 4,9% (met ingang van het jaar 1960) zowel de declaraties van de tandartsen aan de ziekenfondsen als de bijbetalingen der verzekerden betreft. De uit deze overeenkomst voortvloeiende uitgaven der gezamenlijke ziekenfondsen worden voor 1960 geraamd op 1,2 miljoen gulden voor de wettelijke en op f 400.000,- voor de vrijwillige verzekering.

Aangezien tot 1 oktober 1960 een verhoging der declaraties met 3½% werd overeengekomen en pas daarna het eerstgenoemde percentage, betekent dit een vermindering met resp. f 200.000,- en f 100.000,-.

Statistiek

Aan het statistisch gedeelte zij ten slotte nog ontleend, dat het aantal wettelijk en vrijwillig verzekerden op 31 december 1959 resp. 5.610.658 en 1.817.024 bedroeg, tezamen 7.427.700 of 70,7% der bevolking. Met inbegrip van het Alg. Mijnwerkers Fonds bedroeg het totaal aantal verzekerden 8.286.462 personen of 72,6% der totale bevolking.

Daarnaast waren er nog ± 299.000 personen in overheidsdienst met gezinsleden aangesloten bij ziektekosten-regelingen.

Uit de halfjaarlijkse controle is bij benadering afgeleid dat het aantal gesaneerden over 1958 gemiddeld 17,4% van het aantal verzekerden heeft uitgemaakt. Per gesaneerde werden 2,67 vullingen gelegd. Het totale aantal gesaneerden bedroeg 578.700.

In huisbehandeling werden 86% van het totale aantal verzekerden verzorgd tegen 12% in de centrumsbehandeling. In Haarlem, waar beide systemen toepassing vinden worden 2% gemengd behandeld.

De kosten der tandheelkundige hulp hebben in 1958 per verzekerde f 4,45 geëist tegen in 1956 f 3,50. De stijging is ten dele een gevolg van de ingevoerde tariefsverhoging, daarnaast is het aantal verrichtingen met 7,7% gestegen.

De kosten der schooltandverzorging hebben over 1958 per verzekerde f 0,36 bedragen tegen in 1957 f 0,30.

De totale kosten van de ziekenfondsbehandeling beliepen 579 miljoen gulden, waarvan voor tandheelkundige hulp 38,5 miljoen werden uitgegeven ofwel 6,6%.

B.