

Feuilleton

TANDHEELKUNDE IN DE AANVULLENDE ZIEKENFONDSVERZEKERING *)

EEN INVENTARISATIE

SAMENVATTING

Van alle 44 aanvullende ziekenfondsverzekeringen is de tandheelkundige volwassenenzorg geïnventariseerd. Het blijkt dat de verzekeringsdekking voor prothesen varieert van 30 tot 50% van de eigen bijdrage. De tegemoetkomingen aan de patiënten voor het kroon- en brugwerk variëren sterk, zowel in hoogte als in de methode van vergoeden.

STEKETEE EF. Tandheelkunde in de aanvullende ziekenfondsverzekering. Een inventarisatie. Ned Tijdschr Tandheelkd 1988; 95: 192-4.

E. F. Stekete, econoom

Uit de vakgroep Sociale Tandheelkunde van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA).

Trefwoorden: Sociale tandheelkunde – Gezondheidszorg – Ziektekostenverzekering

Datum van acceptatie: 23 februari 1988.

Adres: E. F. Stekete, Louwesweg 1, 1066 EA Amsterdam.

1. INLEIDING

Tandheelkundige hulp in de verplichte ziekenfondsverzekering moet met eenvoudige middelen volgens systematisch-rationele beginselen worden verleend.¹ Dit houdt in:

- het wegnemen van pijnklachten,
- het verwijderen van niet te behouden elementen,
- het verwijderen van tandsteen en instructie mondhygiëne,
- conserverende hulp met eenvoudige middelen,
- prothetische hulp, gericht op het herstel van de kauwfunctie.

Daar velen dit pakket als te beperkt beschouwen, worden in de aanvullende verzekering meer tandheelkundige voorzieningen en/of ruimere vergoedingen aangeboden, zoals kroon- en brugwerk en herverzekering van de eigen bijdrage voor prothesen.

In dit onderzoek wordt geïnventariseerd wat de aanvullingsfondsen te bieden hebben aan tandheelkundige hulp voor volwassenen.

2. INVENTARISATIE EN BEVINDINGEN

Alle 44 ziekenfondsen, met uitzondering van de ziekenfondsen voor zeelieden en binnenvaartschippers, werden schriftelijk verzocht een folder met de voorwaarden van de aanvullende verzekering te sturen. Op één na werden alle folders verkregen. Van de ontvangen folders hadden de meeste betrekking op het jaar 1987.

2.1 Premies

Er blijkt een ruime mate van variatie te zijn in de premiestelling: de laagste premie (op jaarbasis) is f 9,00 en de hoogste premie is

f 36,00; een verschil van een factor vier. De gemiddelde premie is f 15,40. Uit eerder onderzoek is gebleken dat geen verband bestaat tussen de premiehoogte en de verzekeringsgraad.²

2.2 Uitneembare voorzieningen

De vergoeding voor *volledige prothesen* is een tegemoetkoming in de door de verplichte verzekering verlangde eigen bijdrage: een herverzekering. De vergoeding kan worden verleend via een nominaal bedrag of via een percentage van de eigen bijdrage. De dekking voor partiële prothesen is evenredig aan die voor de volledige prothesen en wordt derhalve hier buiten beschouwing gelaten. De tegemoetkoming voor immediaatprothesen is iets hoger dan de vergoeding voor blijvende prothesen en zal hier evenmin besproken worden.

Uit tabel I blijkt dat voor volledige prothesen het verschil tussen de maximale en de minimale verzekeringsdekking (50% resp. 30% van de eigen bijdrage) f 93,60 bedraagt. De meest aangeboden vergoeding (16 ziekenfondsen) is 50% van de eigen bijdrage.

De dekking voor *frame-prothesen* kent een grote diversiteit aan regelingen. De door de verplichte verzekering verlangde eigen bijdrage bedraagt f 227,50 (voor een 1-element frame), waarbij de techniekkosten onder aftrek van een normbedrag (N = f 91,70) eveneens voor rekening van de patiënt komen. De aanvullende verzekering biedt een procentuele tegemoetkoming in de eigen bijdrage, variërend van 25 tot 100% van de eigen bijdrage. Een andere mogelijkheid is een nominale tegemoetkoming in de totale kosten, die kan variëren tussen f 100,00 en f 350,00. Aangezien de techniekkosten variabel zijn en een belangrijk deel van de kosten van een frame-prothese vormen, is niet vast te stellen

hoe groot de verzekeringsdekking of, complementair, hoe groot de totale eigen bijdrage van de patiënt is.

2.3 Kroon- en brugwerk

Om voor kroon- en brugwerk recht te verkrijgen op tegemoetkoming van de aanvullende verzekering moet de patiënt aan een aantal eisen voldoen, die per verzekering kunnen variëren:

- aanvullend verzekerd zijn; ten minste zes maanden;
- als patiënt bij een aangesloten tandarts bekend zijn; ten minste zes maanden;
- er moet sprake zijn van een goede mondhygiëne;
- een gezond parodontium;
- een maximumeis aan het DMF-T getal.

De meest gehanteerde eis is een DMF-T getal van maximaal 16. Eerder is er al op gewezen, dat het DMF-T getal als selectie criterium omstreden is.³

In 20 aanvullende verzekeringen wordt een tegemoetkoming in de kosten voor een *gegoten opbouw* verleend. De nominale bijdragen variëren van f 50,— tot f 118,—; de maxima van de procentuele bijdragen variëren van f 100,— tot f 128,—. Slechts zes aanvullingsfondsen geven een tegemoetkoming voor een *niet-gegoten opbouw*, die varieert tussen de f 50,— en f 64,—.

Elke verzekering blijkt voor *kronen* een tegemoetkoming te bieden. De hoogte van de verzekeringsbijdrage varieert sterk. De nominale bijdragen kennen een minimum van f 150,— en een maximum van f 280,—. De procentuele bijdragen variëren van f 250,— tot f 400,—. Voorts zijn er nog een aantal specifieke regelingen. Zo heeft het ziekenfonds Rijn en IJsselland een budgetregeling. Een tandarts mag, indien het budget het toelaat, voor een kroon

de helft van het honorarium en de volledige techniekkosten declareren bij het aanvullingsfonds. Het ziekenfonds Texel vergoedt de volledige kosten van een kroon en vraagt van de patiënt een bijdrage van f 300,—. Het regionaal ziekenfonds

f 250,—; de maximale bijdrage f 400,—.

De nominale bijdrage voor een 'dummy' kent een minimum van f 100,— en een maximum van f 150,—. De procentuele vergoeding varieert van f 150,— tot f 300,—. Behalve voornoemde bijdragen

De maxima die de aanvullingsfondsen per patiënt bijdragen aan kroon- en brugwerk variëren eveneens sterk. De meest gehanteerde limiet is f 500,— per jaar of een veelvoud hiervan: f 900,— per twee jaar of f 1500,— per drie jaar. Een andere mogelijkheid tot limitering is het aantal elementen dat per jaar voor vergoeding in aanmerking komt; in de meeste verzekeringen wordt een maximum van vier elementen per jaar gehanteerd. Het ziekenfonds Amsterdam heeft eveneens een maximum van vier elementen, niet per jaar, maar voor altijd. Acht ziekenfondsen hebben geen maximum aan de betalingen per patiënt gesteld. Formeel is er geen limiet. Via het machtigingensysteem kan het aanvullingsfonds toch de kosten beheersen. De rol van de adviserend tandarts is hierbij van cruciaal belang. Een machtiging voor een vierde of vijfde kroon of een zedelijke brug zal waarschijnlijk zelden of nooit worden gegeven.

Tabel I. Overzicht verzekeringsbijdragen voor volledige prothesen.

Kosten patiënt niet aanvullend verzekerd (in guldens)	Procentuele bijdrage	Nominale bijdrage (in guldens)	Kosten patiënt aanvullend verzekerd (in guldens)	Aantal ziekenfondsen
468,00	30%*)	(140,40)	327,60	4
468,00	40%	(187,20)	280,80	3
468,00	50%**)	(234,00)	234,00	18
468,00	(35%)	163,50	304,50	4
468,00	(40%)	190,00	278,00	6
468,00	(43%)	200,00	268,00	6
468,00	(44%***)	207,00	261,00	1

*) Alle Limburgse ziekenfondsen.

**) In de aanvullende verzekeringen van de ziekenfondsen PWZ (Purmerend) en Spaarneland is een maximum gesteld aan de vergoedingen voor prothesen van f 192,00: de werkelijke tegemoetkoming bedraagt geen 50%, maar maximaal 41%.

***) Het ziekenfonds Amsterdam e.o.

Twente hanteert een systeem van degressieve verzekeringsbijdragen. Voor de eerste kroon krijgt de patiënt een tegemoetkoming van 60% in de kosten met een maxi-

zijn er bij diverse aanvullingsfondsen specifieke regelingen. De tegemoetkoming, voor bij voorbeeld een driedelige brug, varieert sterk, zowel in de hoogte f 300,—

Tabel II. Vergelijking van vergoedingen van vijf aanvullingsfondsen.

Naam	Premie	Vergoeding volledige prothese	Vergoeding kroon	Vergoeding driedelige brug	Maximum kroon-brugwerk
Rotterdam	9,60	190	200	500	500/jaar*)
Den Haag Azivo	12,00	234	300	803	900/2 jaar
Apeldoorn reg. zf.	18,00	234	260	650	4 el./jaar
Maastricht	22,00	140	358	994	4 el./jaar
Amsterdam	36,00	207	398	740	4 el. —

*) Alle bedragen zijn in guldens, el. staat voor elementen, de premie is op jaarbasis.

mum van f 480,—. Voor de tweede kroon heeft de patiënt recht op 50% van de kosten met een maximum van f 300,—, voor de derde kroon 25% van de kosten met een maximum van f 150,—. Voor meer kronen is geen verzekeringsdekking.

Voor bruggen (uitgezonderd etsbruggen) wordt in elke aanvullende verzekering een dekking gegeven. De nominale bijdragen voor brugpijlers variëren van f 200,— tot f 300,—. Bij de procentuele bijdragen worden evenzo als bij de kronen niet de percentages, maar de maxima gehanteerd. De minimale bijdrage is dan

tot f 1000,—, als in de wijze waarop de vergoeding wordt toegekend.

Bij negen van de 19 ziekenfondsen, die een tegemoetkoming voor etsbruggen bieden, is bepaald dat alleen etsbruggen in het front voor vergoeding in aanmerking komen. De nominale bijdragen variëren van f 130,— tot f 189,—. De maxima van de procentuele bijdragen kunnen variëren van f 150,— tot f 300,—. Het ziekenfonds Texel vergoedt 50% van de totale kosten zonder maximum. Ook bij de etsbruggen blijkt dus dat de verzekeringsbijdragen behoorlijk uiteen lopen.

3. DISCUSSIE

Uit de inventarisatie van tandheelkundige hulp voor volwassenen in de aanvullende ziekenfondsverzekeringen blijkt dat:

- de aanvullingsfondsen een redelijk goede aanvulling op de verplichte verzekering vormen;
- de premiestelling van de aanvullingsfondsen sterk varieert;
- de vergoedingen voor prothesen niet veel verschillen, noch in de methode van vergoeden, noch in de hoogte van de vergoedingen;
- de vergoedingen voor het kroon- en brugwerk wel sterk variëren, zowel in de methode van vergoeden, als in de hoogte van de verzekeringsbijdragen.

Van vijf aanvullingsfondsen met een verschillende premie zijn de bijdragen voor een volledige prothese, een kroon en een drie-delige brug weergegeven in tabel II. Tevens is het maximum aan de vergoedingen voor het kroon- en brugwerk vermeld. Zoals uit de tabel blijkt, bestaat er geen verband tussen de premiehoogte en de hoogte van de verzekeringsbijdragen. Mogelijke verklaringen hiervoor kunnen zijn:

- dat de verzekeringspakketten van de aanvullingsfondsen voor de overige, niet-tandheelkundige, voorzieningen verschillen,
- een verschillend gebruik van de verzekerde voorzieningen per regio, hetgeen tot uitdrukking komt in een kostenverschil, dat resulteert in een verschillende premie.

De verzekeringsfolders blinken niet uit in helderheid. Allereerst verdient het aanbeveling om de methode van vergoeden helder en uniform te omschrijven. Zoals uit het bovenstaande blijkt, spelen de percentages bij procentuele vergoedingen geen enkele rol; wat is dan de reden dat

deze percentages in de folders nog steeds genoemd worden? Ten tweede is het van belang de verzekerde voorzieningen éénduidig te omschrijven. Vaak worden voorzieningen onjuist of met een verouderde naam aangeduid. Het is nu voor tandartsen niet altijd duidelijk wat de aanvullingsfondsen dekken, laat staan voor de patiënt. In verschillende verzekeringsfolders wordt bij voorbeeld de term 'brugdeel' gebruikt. Soms worden hier alleen 'dummies' onder verstaan, andere keren 'dummies' en pijlers.

*1 Een meer uitvoerige rapportage is op aanvraag bij de auteur verkrijgbaar.

SUMMARY

DENTAL CARE IN THE SUPPLEMENTARY NATIONAL HEALTH INSURANCE

Keywords: Social dentistry – Dental insurance

The Dutch National Health Insurance Funds are autonomous in the determination of the supplementary insurance terms. An assessment has been made of the coverage for adult dental care. It is concluded that the coverage for dentures ranges from 30 to 50% of the obligatory copayment. The coverage for crowns and bridges varies strongly, not only in the actual amount, but also in the method of coverage.

LITERATUUR

¹ VADEMECUM TANDHEELKUNDE. NMT, VNZ. Juli 1986.

² SPEK J, TAP HJ. De aanvullende verzekering nader bezien. Inzet 1986; 1: 34-6.

³ KALSBEK H. Gebruik en misbruik van het 'DMF-getal'. Ned Tandartsenbl 1986; 41: 23: 790-1.

Berichten

Buitenland

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR DENTAL RESEARCH

Verslag 66e conferentie te Montreal (Canada)
d.d. 9-13 maart 1988

De IADR werd in 1920 opgericht door een groep Amerikaanse tandartsen. Belangrijkste doelstelling was de bevordering van onderzoek op tandheelkundig gebied en wel op een internationaal niveau. Er zijn heden bijna 8000 leden uit 60 landen waaronder enkele tientallen Nederlanders.

De organisatie houdt ieder jaar een congres. Dit jaar stond het in het licht van de viering van het veertigjarig bestaan van het Amerikaanse 'National Institute for Dental Research (N.I.D.R.)'. Dit instituut, dat vooral tandheelkundig onderzoek in de V.S. subsidieert, werd in 1948 opgericht. Men maakte zich in die tijd grote zorgen over het percentage Amerikaanse recruten dat om gebitsredenen werd afgekeurd voor militaire dienst ($\pm 10\%$). Men kreeg in dat jaar 465.000 dollar subsidie. Doel was na te gaan hoe de gebitsgezondheid van de Amerikaanse bevolking zou kunnen worden verbeterd. Men besloot zich toen voornamelijk te richten op de bestrijding en voorkoming van tandbederf. En men kan gerust stellen dat mede dankzij de grote activiteiten van dit instituut een indrukwekkende teruggang van cariës bij de Amerikaanse jeugd en een verbetering van de gebitsgezondheid bij de volwassen bevolking kon worden bewerkstelligd. De onderzoeken op het gebied van tandbederf hebben er toe geleid dat het tandheelkundig onderzoek zich ging uitbreiden tot verschillende andere onderzoeksgebieden, vooral op biologisch, medisch en gedragswetensch-

schappelijk gebied. De Amerikaanse overheid hecht veel belang aan dit type onderzoek, hetgeen moge blijken uit het feit dat het onderzoeksbudget van dit instituut in die veertig jaar sterk is gestegen en wel tot 126.297 miljoen dollar voor het jaar 1988. Waarschijnlijk speelt hierbij een rol de grote belangstelling voor het AIDS-onderzoek. Duidelijk is echter wel dat de Amerikaanse Federale Overheid meer belang hecht aan tandheelkundig onderzoek dan de Nederlandse Overheid.

Dit jaar werden bijna 2800 voordrachten en postersessies gepresenteerd op het terrein van de microbiologie en immunologie, de geriatrische tandheelkunde en gedragswetenschappen, de materiaalkunde en implantologie, de radiologie, het speekselonderzoek enz. Het Nederlandse tandheelkundige onderzoek blijkt internationaal een goede positie in te nemen. Zo werd geconstateerd dat in 1985 in 25 van de meest bekende internationale tandheelkundige vaktijdschriften 50,3% van de artikelen afkomstig was uit de Verenigde Staten. Daarna kwamen de meeste onderzoeksartikelen uit respectievelijk Groot-Brittannië, Zweden, Nederland en Japan. De tandheelkundige Subfaculteit uit Groningen kwam in dat jaar bijzonder goed voor de dag door als vijfde te eindigen in een lijst van ± 250 instituten waarvan de onderzoekers in vaktijdschriften het meest worden genoemd. Een andere verheugende gebeurtenis was dat onze in de V.S. werkende landgenoot Dr. J. ten Houte een belangrijke onderscheiding kreeg voor zijn baanbrekende onderzoeken op het gebied van de microbiologie van de mondholte en het ontstaan van tandbederf.

Nieuwe ontwikkelingen

Door de grote specialisatie is het vrijwel onmogelijk een algeheel beeld te krijgen van de nieuwe ontwikkelingen. Wanneer we een poging wagen om nieuwe trends aan te geven, dan

springt naar voren dat de bestudering van gebitsziekten bij de oudere mens steeds meer de aandacht krijgt. Zo blijkt bij voorbeeld dat hals-cariës door onderzoekers uit verschillende disciplines wordt bestudeerd. Veranderingen in het speeksel en de bacterieflora in relatie tot het ontstaan van cariës op die plaatsen wordt veel onderzocht. Maar ook de bestrijding ervan in de vorm van lakken met een depot van chloorhexidine (een oplossing met een breed-spectrum-antibacteriële werking) krijgt de aandacht. En uit onderzoek blijkt dat wanneer men bij groepen bejaarden deze lakken ongeveer drie maal per jaar aanbrengt, op een effectieve wijze dit tandbederf kan worden tegengegaan. Ook interessant zijn de ontwikkelingen op het gebied van de bestrijding van parodontale afwijkingen. In de tandheelkundige praktijk ligt nogal de nadruk op de verwijdering en beheersing van plaque en tandsteen.

Nu echter wordt duidelijk dat er niet één parodontale afwijking bestaat, maar dat verschillende soorten bacteriën bij deze ziekten een rol spelen. Dat betekent dat de ene afwijking beter farmacologisch, bij voorbeeld met antibiotica kan worden bestreden, terwijl de andere vooral conservatief door vooral tandsteenverwijdering en grondige mondhygiëne aangepakt moet worden. Het lijkt dus niet onwaarschijnlijk dat de collega in 2000 in zijn of haar praktijk bij 'parodontieën' zelf bacteriële kweken zal gaan uitvoeren. Veel aandacht ook voor de esthetische tandheelkunde. De nieuwe kunststofmaterialen worden nog steeds verbeterd, maar nieuwe vooral glas-keramische materialen, worden thans ontwikkeld omdat het nu gebruikte porcelijn te vlug breekt en te weinig esthetische kwaliteiten heeft. Voorts was er nogal wat onderzoek dat aantoonde dat de overdosering van fluoride bij jonge kinderen tot verkleuringen kan leiden, variërend van mottling in de vorm van kleine witte vlekjes tot wit-bruine plekken in een erger stadium.