



W.Ph.L. van Ouwkerk
N. Vos

Ziekenfonds en tandheelkunde in de 20e eeuw

De tandheelkundige zorgverlening in het perspectief van de Nederlandse wet- en regelgeving

Samenvatting

Trefwoorden:

- Sociale tandheelkunde
- Ziektekostenverzekering
- Stelselwijziging

Datum van acceptatie:
24 mei 2000.

Adres:

W.Ph.L. van Ouwkerk
ANOZ Verzekeringen
Vlijtseweg 1
7317 AC Apeldoorn

In 1941 werd het ziekenfondsbesluit van kracht, waarin ook ten aanzien van de tandheelkunde afspraken voor ziekenfondsverzekerden werden opgenomen. De invloed van het besluit op de tandheelkundige zorgverlening is onmiskenbaar en wordt aan de hand van een aantal markeringspunten verduidelijkt. Vooral de wettelijke regeling voor jeugdige ziekenfondsverzekerden, waarmee een basis werd gelegd voor het latere tandheelkundig leven, komt met bijzondere aandacht voor fluoride-toepassingen over het voetlicht.

Ouwkerk WPhL van, Vos N. Ziekenfonds en tandheelkunde in de 20e eeuw. De tandheelkundige zorgverlening in het perspectief van de Nederlandse wet- en regelgeving. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2001; 108: 94-97.

Inleiding

Uit een enquête onder Nederlandse tandarts-hoogleraren bleek het instellen van de ziekenfondsverzekering in 1941 de belangrijkste ontwikkeling in de twintigste eeuw (Eijkman en Speekenbrink, 1999). De verplichte halfjaarlijkse controle, gekoppeld aan de sanering en een limitatieve lijst van (deels) te vergoeden verrichtingen, zorgde ervoor dat de tandheelkundige zorgverlening voor iedere Nederlander bereikbaar werd.

Ondanks de vele zegeningen kende het systeem echter ook een groot aantal tekortkomingen en de vraag dringt zich op in hoeverre de wet- en regelgeving van invloed is geweest op de tandheelkunde in het algemeen en de zorgverlening in het bijzonder. Aan de hand van een aantal markeringspunten wordt deze invloed verduidelijkt.

Invoering van het ziekenfondsbesluit

Als op 1 november 1941 het Ziekenfondsbesluit in werking treedt, eindigt voorlopig een lange en moeizame weg om het ziekenfondswezen wettelijk te regelen. Vanaf dat moment zijn de meeste werknemers, die minder verdienen dan een jaarlijks vastgesteld bedrag, ziekenfondsverzekerd en kunnen zij aanspraak maken op medische zorg in natura.

Wat in 1941 onder tandheelkundige hulp werd verstaan, laat zich omschrijven als 'tandheelkundige hulp volgens systematisch rationele beginselen', een omschrijving die als uitgangspunt bleef gelden tot 1 januari 1995. Dit betekende dat de ziekenfondsverzekerde alleen aanspraak maakte op een zorgverlening die met eenvoudige middelen werd uitgevoerd. Hoewel het systeem daardoor als beperkt kon worden gekenschetst, was het gezien de tijd wel logisch en werkzaam. De toeloop van patiënten was zonder meer groot te noemen. De beperking in de zorgverlening en de grote druk op de tandartspraktijken hadden duidelijke gevolgen.

Ten eerste kende Nederland procentueel gezien al spoedig het grootste aantal prothesedragers ter wereld (Van Amerongen *et al*, 1992). Verwonderlijk is dat niet, omdat als eenvoudige middelen vooral de gratis extracties werden uitgevoerd. In korte tijd werd zo bij vele volwassenen een achterstand in tandheelkundige zorgverlening omgezet in een voorlopige nieuwe status van gebitsgezondheid: de ontstekingsvrije en daardoor pijnvrije mond met een derde dentitie. Op de korte termijn een bruikbare oplossing voor diverse problemen.

Ten tweede werd duidelijk dat de weinige tandartsen overvolle praktijken kregen, waar tegen lage tarieven veel werk moest worden verzet. In 1957 werkten 2.000 tandartsen in Nederland voor 11 miljoen inwoners. In datzelfde jaar kwam het dan ook tot een conflict. De Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) besloot de overeenkomsten met de ziekenfondsen niet meer te ondertekenen, waardoor alle ziekenfondsverzekerden als particuliere patiënt behandeld zouden worden. In een brief aan de redactie van het *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde* (1957) valt een karakteristieke alinea te lezen: "In de fondspraktijk nu is het merkwaardige, dat op grond van een mindere financiële draagkracht van de patiënt, voor deze een regeling getroffen wordt, waardoor de tandarts niet alleen minder ontvangt, maar waarbij hem tevens wordt voorgeschreven wat hij wel en niet te doen heeft, en tevens een vrij ingewikkelde extra administratie op de koop toe krijgt".

Hoewel deze brief in 1957 is geschreven, kan elk jaar-tal van toepassing zijn. De frustratie over de lage tarieven, de uitgevoerde controles en de lastige bureaucratische administratie is van alle jaren en zorgt voor een diepgeworteld wantrouwen tegen alles wat door de ziekenfondsregelgeving wordt voorgeschreven.

Hoewel negatieve emoties nogal eens de boventoon voeren, valt over de invoering van het ziekenfondsbesluit ook veel goeds te melden. Zo heeft de verplichte halfjaarlijkse controle sterk bijgedragen tot een betere bewustwording van de mondgezondheid en heeft diezelfde ver-

plichting ervoor gezorgd dat ook particulier verzekerden zich met een zekere regelmaat voor controle bij de tandartsen melden. Nederland is ook hierin uniek gebleken.

Bijzondere tandheelkunde

De beperkte regeling volgens systematisch rationele beginselen bood voor ziekenfondsverzekerden met een tandheelkundige of algemene handicap weinig mogelijkheden om die extra zorg te krijgen die zij op grond van hun handicap nodig hebben. In 1977 werd de regeling bijzondere tandheelkunde in het besluit opgenomen. Artikel 3 tot en met 9 van het besluit gaf al aan welke aanspraken verzekerden normaal gesproken hadden. Artikel 9a en artikel 9b gaven aan welke rechten respectievelijk tandheelkundig en lichamelijk gehandicapten hadden. De regeling bijzondere tandheelkunde evolueerde van vrij strikte bepalingen tot de huidige regeling onder artikel 8 van de Regeling Tandheelkundige Hulp Ziekenfondsverzekering. De ernst van de afwijking in combinatie met de functionele beperking bepalen de aanspraken van de ziekenfondsverzekerde. Als die aanspraak is vastgesteld, wordt in gezamenlijk overleg tussen behandelend tandarts, verzekerde en adviserend tandarts bepaald welke behandeling in de individuele specifieke situatie van de verzekerde passend is. Er dient gekozen te worden voor een voorziening die de functie zoveel mogelijk behoudt dan wel terugbrengt tot het niveau van tandheelkundig functioneren gelijkwaardig aan een niveau als zou de afwijking zich niet hebben voorgedaan.

In de regeling bijzondere tandheelkunde is een belangrijke rol weggelegd voor de algemeen practicus. Het primaat van de bijzondere tandheelkunde ligt bij de huistandarts en het is diezelfde tandarts die bepaalt of de patiënt wordt verwezen naar een centrum voor bijzondere tandheelkunde. De tarieven werden aanvankelijk gekoppeld aan de hogere jeugd tarieven en voor de inspannende behandelingen bij verstandelijk, lichamelijk en geestelijk gehandicapte ziekenfondsverzekerden, die extra tijd vergen, kon een uurtarief worden gedeclareerd. De uurtarieven bestaan nog steeds en ook voor de tandheelkundig gehandicapten geldt het Uniform Particulier Tarief.

Daar waar de ziekenfondsverzekerde al veel aanspraken heeft en de toegang tot de hulp goed geregeld is, is ook de bereikbaarheid van die zorg optimaal. De particulier verzekerde heeft het wat dat betreft veel moeilijker. Ten eerste zijn de aanspraken limitatief omschreven (slechts vijf afwijkingen komen voor vergoeding in aanmerking) en ten tweede moet de hulp dan plaatsvinden in een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

De hulp voor jeugdigen

Vanaf 1941 wordt geen onderscheid gemaakt tussen jeugdigen en volwassenen. Gaandeweg werden wel enkele preventieve verrichtingen voor jeugdigen in het verstrekkingspakket opgenomen (de fluorideapplicatie), maar het duurde tot 1974 voordat een structurele doorbraak

plaatsvond in de vorm van het zogeheten '13-jarigenplan'. Kinderen die 13 jaar werden en aan bepaalde eisen van gebitsgezondheid voldeden, werden opgenomen in een stelsel van integrale tandheelkundige zorgverlening. Deze regeling was patiëntvriendelijk voor een geselecteerde groep, maar beslist tandartsvriendelijk vanwege de niet geringe extra administratieve belasting.

Gaandeweg groeide het besef dat integrale tandheelkundige hulp niet alleen mocht zijn voorbehouden aan een groep die op een min of meer willekeurig moment aan strenge eisen voldeed. Bovendien bleek dat het met de gebitsgezondheid van de Nederlandse jeugd goed gesteld was. Diverse onderzoeken lieten een beeld zien waarbij het gemiddelde aantal DMF-T van 12-jarigen vanaf 1975 tot 1985 was gehalveerd. Op grond van deze inhoudelijke en budgettaire overweging trad na vele discussies en een half jaar uitstel op 1 juli 1985 het besluit tandheelkundige hulp jeugdige ziekenfondsverzekerden (TJZ) in werking. Vanaf dat moment hebben alle jeugdige ziekenfondsverzekerden tot en met 18 jaar recht op volledige tandheelkundige hulp met alleen een maandelijks eigen bijdrage voor orthodontische hulp. De euforie over deze regeling werd enigszins getemperd door de invoering van een derde tarief naast de al bestaande ziekenfondstarieven voor volwassenen en de particulier in rekening te brengen tarieven. Bovendien ontstond een extra declaratietraject.

In 1987, 1990 en 1993 werd in opdracht van de toenmalige ziekenfondsraad onderzoek verricht naar de mondgezondheid van jeugdige ziekenfondsverzekerden (Kalsbeek *et al*, 1994). Hieruit bleek dat de mondgezondheid tussen 1987 en 1993 sterk verbeterde. De prevalentie van cariës in de blijvende dentitie nam met 35-40% af en de prevalentie van adequaat behandelde cariëslaesies nam toe bij vooral de onderzochte groep van 17- en 23-jarigen.

Bij de tussenmeting in 1996 werd voor 14- en 20-jarigen een verdere gunstige ontwikkeling geconstateerd (Kalsbeek *et al*, 1997). Voor jonge kinderen bleek de cariësafname, die in de jaren zeventig zo spectaculair was verlopen, tot stilstand te zijn gekomen. In diezelfde tussenmeting werd geconstateerd dat de orthodontische zorgverlening een grote sprong heeft gemaakt. In 1990 was 21% van de onderzochte 20-jarigen orthodontisch behandeld terwijl dat percentage zes jaar later op 36 lag. Bij dit cijfer blijkt overduidelijk dat de toegankelijkheid tot de orthodontie door de regelgeving geleid heeft tot meer zorg.

Interessant is de ontwikkeling van het gebruik van fluoridetoepassingen binnen de tandheelkundige zorgverlening aan jeugdigen. Het inmiddels voor Nederlandse begrippen legendarische experiment in Tiel en Culemborg bevestigde de eerdere gegevens dat waterfluoridering een goedkope, eenvoudig uitvoerbare en doeltreffende maatregel is om de gebitsgezondheid te verbeteren. Waterfluoridering was niet onomstreden en na diverse heftige discussies op allerlei niveau, bepaalde de Kroon in 1970 dat een ieder die dat wenste de praktische mogelijkheid moest hebben om over ongefloreerde drinkwater te beschikken. Op dat moment was 30% van de Nederlandse bevolking aangesloten op een waterleidingnet met gefloreerde drinkwater. Het juridisch gevecht over

deze problematiek liep nog zes jaar door, waarna in 1976 het wetsontwerp ter regeling van de waterfluoridering werd ingetrokken. Er bestaat in Nederland geen wettelijke grondslag voor fluoridering van het drinkwater.

De noodzaak tot preventie van cariës was nog steeds opportuun en de alternatieven als fluoridetabletten, fluorideapplicaties en gefluorideerde tandpasta's kwamen op de markt. Ook de wetgever kende zijn verantwoordelijkheden en de fluoridetabletten konden op recept van de tandarts bij de apotheek worden afgehaald en de fluorideapplicatie kwam in het verstrekkingspakket voor de jeugdige verzekerde.

In 1999 werd het fluorideadvies voor de tweede keer aangepast. De laatste aanpassing was noodzakelijk, omdat gebleken is dat het massale gebruik van gefluorideerde tandpasta's zo effectief is dat aanvullend gebruik van tabletten, spoelen of applicaties individueel moet worden beoordeeld. Door de goede samenwerking met onder andere het bedrijfsleven werden de peutertandpasta's aangepast, waardoor nu het poetsen met gefluorideerde tandpasta vanaf jonge leeftijd de basis is geworden voor fluoridegebruik ter preventie van cariës.

Een opmerkelijk fenomeen bij de individueel uitgevoerde preventieve mondzorg is de fluorideapplicatie. Aanvankelijk werd de lokale fluorideapplicatie gezien als een algemene preventieve maatregel. Momenteel wordt de fluorideapplicatie echter alleen nog op indicatie toegepast. De motivering hiervoor is dat fluoride niet of nauwelijks op gezond glazuur achterblijft (Van Loveren, 1996). In tegenstelling tot deze gewijzigde opvatting is de fluorideapplicatie in veel praktijken een standaardprocedure gebleven. Afhankelijk van de regio wordt 63 tot 85% van alle 7- tot 12-jarigen en 51 tot 65% van alle 13- tot 18-jarigen tijdens het periodiek onderzoek gefluorideerd, waarbij in ongeveer twee derde van de fluorideapplicaties de lepel/gelapplicatie wordt gehanteerd (ANOZ Verzekeringen, 1996 t/m 1998). Dit betekent dat bijna 20% van alle kosten voor de TJZ wordt uitgegeven aan de fluorideapplicatie.

Binnen een tijdsbestek van twintig jaar zijn Nederlanders massaal gaan tandenpoetsen, waardoor een spectaculaire daling van de cariësprevalentie ontstond terwijl de suikerconsumptie onveranderd hoog bleef (König, 1996). De fluorideapplicatie werd in het verstrekkingspakket opgenomen in een tijd dat gezocht werd naar de meest effectieve manier om cariës te voorkomen. Als macht der gewoonte is de maatregel, die eerst een waarde leek te hebben in algemeen preventieve zin, op wetenschappelijke en epidemiologische gronden niet meer te toetsen aan het principe dat de geleverde hulp doelmatig moet zijn. In een tijd van mankrachtproblematiek zouden de tijd en de kosten die met de fluorideapplicaties samenhangen, misschien beter ingezet kunnen worden voor andere of aanvullende tandheeskundige zorgverlening.

Implantologie

“De intensieve monitoring van de ziekenfondsverstrekking implantologie door onderzoekers en zorgverze-

raars is waarschijnlijk van invloed geweest op zowel kwantitatieve als kwalitatieve aspecten van de geboden zorg” (Cune, 1993). Deze stelling in een proefschrift wordt al in 1993 geponeerd nadat in 1989 het verstrekkingspakket is uitgebreid met implantaten voor de zogenaamde 'dental cripples'.

Ziekenfondsverzekerden kunnen sindsdien aanspraak maken op implantaten indien: de kaak edentaat is, de kaak ernstig geresorbeerd is en de implantaten dienen voor de retentie van een volledige uitneembare prothetische voorziening. Dit betekent dat implantaten met een overkappingsprothese zowel voor de onder als de bovenkaak kunnen worden vervaardigd op kosten van het ziekenfonds.

Hoewel het aantal edentaten in Nederland snel daalt (31,6% van de bevolking van 16 jaar en ouder in 1981 tegen 19,6% in 1996 - NMT en CBS, 1998) blijft er voorlopig een flinke behandelingsbehoefte bestaan. Immers, 55% van alle prothesedragers kent 1 of meerdere beperkingen (Kalsbeek *et al*, 1999). Helaas is de kennis van ziekenfondsverzekerden over de mogelijkheden die de regelgeving biedt onvoldoende (Ter Horst, 1984; Kalsbeek *et al*, 1999), terwijl de behandeling met tandheeskundige implantaten in combinatie met een overkappingsprothese in de onderkaak een doelgerichte, betrouwbare en effectieve behandeling is gebleken voor patiënten met een lange historie van ernstige protheseklachten (Cune, 1993).

De grote stelselwijziging van 1995

Tandheeskundig Nederland trilt op haar grondvesten als het demissionaire kabinet in de zomer van 1994 bekend maakt dat het verstrekkingspakket voor de tandheeskunde per 1 januari 1995 drastisch zal wijzigen. In vervolg op het verslag van de commissie Dunning en dankzij de niet onbelangrijke inbreng van de NMT blijkt er op overheidsniveau een meerderheid te zijn voor het idee dat volwassen Nederlanders zelf verantwoordelijk zijn voor hun tandheeskundige gezondheid. Om de toegang tot de tandartspraktijk te garanderen, wordt het preventief onderhoud geïntroduceerd. De eerder gememoreerde bijzondere tandheeskunde en de implantologie in combinatie met een overkappingsprothese wordt (gelukkig) wegens doorslaand succes geprolongeed en kunnen ook in 2000 nog als de parels van de Regeling Tandheeskundige Hulp Ziekenfondsverzekering worden beschouwd.

De nieuwe regeling kent een aantal consequenties. In één keer wordt afgerekend met een systeem van verschillende tarieven voor dezelfde handelingen. Er blijft echter een uitzondering bestaan: als enig overblijfsel van de oude regeling wordt als een soort abonnement het cluster ingevoerd. Uitgaande van de gewoonte dat elke ziekenfondsverzekerde tweemaal per jaar wordt gezien door de tandarts, waarbij tweemaal tandsteen wordt verwijderd en eenmaal wordt verteld hoe de mondhygiëne het best kan worden uitgevoerd, worden die afzonderlijke tarieven uit de oude regeling bij elkaar opgeteld. Hierdoor ontstaat een clustertarief van f 50,50. Inmiddels mag dit tarief zijn gestegen tot f 57,50. In vele praktijken levert

het strakke regime van het cluster problemen op, omdat naast dit preventief onderhoud geen andere tarieven in rekening mogen worden gebracht die verband houden met individuele preventieve tandheelkundige zorg. In praktijken waar deze intensieve begeleiding op gestructureerde wijze plaatsvindt, wordt financieel ingeleverd. Het oorspronkelijke idee achter het preventief onderhoud was het garanderen van een drempelvrije toegang tot de tandartspraktijk. Dit effect wordt meer bereikt door het feit dat tot 93% van alle Nederlandse volwassen ziekenfondsverzekerden zich tegen tandartskosten aanvullend heeft verzekerd. Het zou goed zijn als de overheid consequent is. Als wordt verondersteld dat een volwassene zelf verantwoordelijk kan zijn voor zijn gebitsgezondheid, moet daarop voor periodieke controle geen uitzondering worden gemaakt.

Een tweede in het oog springend gevolg is de inperking voor jeugdige verzekerden. Zowel orthodontie als kroon- en brugwerk worden uit het verstrekkingenpakket verwijderd. De aanvullende verzekeringen dienen deze verstrekkingen in de polisvoorwaarden op te nemen. Dit gebeurt weliswaar redelijk voor de orthodontie maar veel minder voor het kroon- en brugwerk, waardoor voor vele gezinnen een zware wissel wordt getrokken op het huishoudbudget. Vooral kroon- en brugwerk is om onbegrijpelijke redenen uit het pakket genomen. De verbeterde gebitsgezondheid betekende al minimale kosten: bij verschillende ziekenfondsen lag het percentage kosten van kroon- en brugwerk op het totale TJZ-budget in 1994 op ongeveer 0,7% (ANOZ Verzekeringen en NUTS Verzekeringen, 1994).

Ten slotte, in 1995 werd de bereikbaarheid van de volledige prothese al onmiddellijk als onvoldoende gekenschetst. De verzekeraarbaarheid van de volledige prothese bleek onvoldoende om vooral de ouderen tegemoet te komen in de hoge kosten voor een volledige prothese. De Ziekenfondsraad adviseerde in 1996 de overheid om aan deze omissie tegemoet te komen. Op 1 april 1997 werd met terugwerkende kracht naar 1 januari van datzelfde jaar de volledige prothese weer toegevoegd tot de aanspraken van de ziekenfondsverzekerde, zij het dat de volledige prothese wordt ondergebracht in de regeling hulpmiddelen. Hierdoor komt de weg vrij voor tandprotheticen om voor ziekenfondsverzekerden protheses in natura te vervaardigen. De regeling biedt voor edentate verzekerden een duidelijke verbetering, maar het hoge bureaucratiese gehalte van de regeling wordt echter door zowel zorgverleners als ziekenfondsen als hinderlijk ervaren. Immers, conform de regeling dienen alle verrichtingen aan en voor een volledige prothese vooraf te worden aangevraagd, zelfs een reparatie. Het spreekt voor zich dat hierover tussen partijen afspraken worden gemaakt.

Slotbeschouwing

Tandheelkunde als aanspraak voor ziekenfondsverzekerden is in de twintigste eeuw enorm geëvolueerd en heeft de maatschappelijke ontwikkelingen gevolgd. De huidige Regeling Tandheelkundige Hulp Ziekenfondsverzekering kent naast het cluster weliswaar nog enkele onvolkomenheden, maar voornamelijk de bijzondere tandheelkunde en de implantologie bij ernstig gehandicapte edentaten, beide ondergebracht in artikel 8, mogen als maatschappelijke en zorginhoudelijke verworvenheden nimmer verloren gaan.

De regeling dient echter wel logischer en minder bureaucratisch te worden: als de overheid bereid is haar verantwoordelijkheden ten aanzien van de huidige regeling om te zetten in consequent en evenwichtig beleid, kunnen de onvolkomenheden worden weggenomen. Voor zorgverzekeraars is een rol weggelegd om de zegeningen van de Regeling Tandheelkundige Hulp Ziekenfondsverzekering bij hun verzekerden duidelijker over te brengen, zodat meer verzekerden weten waar zij aanspraak op kunnen maken.

Literatuur

- ANOZ VERZEKERINGEN U.A. Kengetallen samengesteld uit declaratiegegevens van 1996, 1997 en 1998 van alle gecontracteerde tandartsen bij ANOZ verzekeringen.
- ANOZ VERZEKERINGEN EN NUTS VERZEKERINGEN. Berekend op basis van declaratiegegevens van tandartsen die met ANOZ en NUTS een overeenkomst hadden in 1993 en 1994.
- AMERONGEN BM VAN, SCHUTTE GJB, ALPHERTS WCJ. International Dental KEY figures: A dynamic and relational database analysing oral health care. Amsterdam: KEY figure, 1992.
- CUNE MS. Overkappingsprothese op implantaten. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1993. Academisch proefschrift.
- EIJKMAN MAJ, SPEEKENBRINK M. Tandheelkunde: de twintigste eeuw en de toekomst. Ned Tijdschr Tandheelkd 1999; 12: 438-443.
- HORST TER G. Informeren en saneren. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1984. Academisch proefschrift.
- KALSBEK H, EIJKMAN MAJ, POORTERMAN JHG ET AL. Tandheelkundige hulp jeugdige verzekerden ziekenfondsverzekering (TJZ). Tussenmeting 1996-1997. Leiden: TNO, ACTA, 1997.
- KALSBEK H, EIJKMAN MAJ, VERRIPS GH ET AL. Tandheelkundige hulp jeugdige verzekerden ziekenfondsverzekering (TJZ). Onderzoek 1987-1993. Leiden: TNO, ACTA, 1994.
- KALSBEK H, VERRIPS GH, KLEIJN DE MW ET AL. Mondgezondheid ouderen. Leiden: TNO, 1999.
- KÖNIG KG. Een gaaf gebit! Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1996. Afscheidsscollege.
- LOVEREN VAN C. Fluoride. In: Loveren van C, Weijden van der GA. Preventieve tandheelkunde. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1996.
- NEDERLANDSE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER TANDHEELKUNDE EN CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Tandartsen, tandartsbezoek en tandheelkundige zorgverlening in Nederland. Voorburg/Heerlen: CBS, 1998.
- REDACTIE. Patiënt, tandarts, ziekenfonds. Ned Tijdschr Tandheelkd 1957; 64: 292-294.

National Health Services in the Netherlands: its influence on dental care

In the year 1941 the National Health Services Act came into force in which the insured patients have claims to dentistry. The influence on dental care is beyond any doubt and is illustrated by some examples. The dental care for the youth is mentioned in particular. Special attention is paid to legal regulations concerning the application of fluorides.

Summary

Key words:

- Dental health services
- Dental legislation