

Najaarsvergadering 2009

Collectieve verzekering
= goede zorg?



Nederlandsch Tandheelkundig Genootschap



Nederlandsch Tandheelkundig Genootschap

Vrijdag 30 oktober 2009

Tweehonderdtweëntachtigste ledenvergadering

Bestuur Nederlandsch Tandheelkundig Genootschap

A.J. Feilzer, voorzitter

W.G. Brands, vice-voorzitter

J.D. Scholtanus, 1^e secretaris

Mw. D.L.M. Broers, 2^e secretaris

Mw. C. Jongbloed-Zoet, penningmeester

Voorjaarsvergadering 2010

Datum: Donderdag 25 maart 2010

Locatie: Word nog bekend gemaakt

Thema: Grenzen van de mondzorg

Najaarsvergadering 2009

**Collectieve verzekering
= goede zorg?**



Nederlandsch Tandheelkundig Genootschap

Tweehonderdtweëntigste ledenvergadering

Vrijdag 30 oktober 2009

In de Driehoek (Gertrudiskapel)

Willemsplantsoen 1-c

3511 LA Utrecht

www.indedriehoek.nl/routewijzer.html

AGENDA

Ochtend programma

- 09.30 uur Ontvangst met koffie en thee
10.00 uur Huishoudelijke vergadering
10.30 uur Korte pauze

Collectieve verzekering = goede zorg?

- 10.45 uur Inleiding
Prof. dr. R.M.H. Schaub, tandarts, dagvoorzitter
- 11.00 uur Wat is chronische zorg?
Drs. M.J. Boereboom, dir generaal VWS
- 11.40 uur En als collectieve verzekering verdwijnt?
Mw. dr. A.A. Schuller / drs. E.J.J.A. Abbink

- 12.20 uur Discussie
12.40 uur Lunch

Middagprogramma

- 13.40 uurhet geval kindertandheelkunde
Dr. G. Stel, tandarts-pedodontoloog
- 14.10 uurhet geval kwetsbare ouderen
Prof. dr. C. de Baat, tandarts-geriatrie
- 14.40het geval orthodontie
Drs. F.R. de Winter, orthodontist
- 15.00 uur Theepauze
- 15.30 uur Kan het ook anders?
Prof. dr. A.P.J. Schrijvers, econoom
- 16.15 uur Discussie
16.50 uur Afsluiting dagmoderator
17.00 uur Borrel

Inleiding

Prof. dr. R.M.H. Schaub

Curriculum Vitae

Rob Schaub studeerde af als tandarts in 1972 te Groningen. Tot 1987 was hij verbonden aan de vakgroep Sociale Tandheelkunde van de RuG te Groningen, uiteindelijk als UHD. Zijn proefschrift (1984) was gewijd aan de zorg voor het parodontium en de rol van de tandarts-patiënt communicatie daarin. In de periode van sluiting van de Groningse opleiding van 1987 tot 1996 werkte hij in de directie van het Academisch Ziekenhuis te Groningen. Sinds 1996 is hij als hoogleraar Tandheelkundige Zorgverlening verbonden aan het UMCG. De belangstelling gaat vooral uit naar zorgmodellen (samenwerking) en de mondzorg voor ouderen.

Samenvatting

De ziekenfondsverzekering zorgde lang voor toegang tot de mondzorg voor ook de minder bedeedden. Dat werd in 1995 voor volwassenen vrijwel beëindigd. Collectieve verzekering bleef voor mondzorg voor de jeugd, de kaakchirurg en mondzorg voor specifieke groepen en een enkele behandeling (de gebitsprothese). Met de zorgverzekering is daar geen verandering in gekomen. Veel mensen namen een aanvullende verzekering. Maar dat lijkt af te nemen. Marktwerking neemt toe, mensen gaan meer kiezen en afwegen. Waarom verzekeren met een goed gebit? Maar dat roept ook vragen op. Tandartsen zijn lang gewend geweest aan een collectieve verzekering. Het gaf beperkingen, maar ook een basis. Zowel voor de tandarts als de samenleving: mondzorg was beschikbaar en er werd richting gegeven aan de te verstrekken zorg. Periodiek mondonderzoek en sanering waren lang leidraden voor de zorg. Voor het grootste deel van de bevolking is er nu geen stok meer achter de deur van een collectieve verzekering. Het gebit is vaak gezond maar blijft dat zo zonder professionele steun? Zal de aandacht niet verslappen? En is dat niet een probleem nu mondgezondheid en algemene gezondheid zo nauw verbonden blijken? En er duidelijk groepen kunnen

worden onderscheiden die slecht af zijn, terwijl bij veel volwassenen sprake is van een complexe problematiek. Daar helpen incidentele behandelingen niet; daar is constante zorg nodig. Een zorg vergelijkbaar met die voor andere chronische ziekten. Dat roept de vraag op of mondzorg, zoals de rest van de primaire zorg (huisarts, etc.) niet collectief verzekerd (basisverzekering) moet worden.

Maar er zijn ook kritische kanttekeningen te maken. Zijn collectieve verzekeringen wel doelmatig? Het gros van de kinderen heeft een goede mondgezondheid: waarom dan voor hen een collectieve verzekering? Zijn aanvullende, particuliere verzekeringen niet een uitstekende manier om het zelfbewustzijn van mensen te vergroten? Juist als gestreefd wordt naar differentiatie in zorg en tarieven, kunnen patiënten op grond van hun eigen situatie de meest doelmatige verzekering kiezen. Door transparantie van de zorg kan dat geschieden, door empowerment van de patient. Maar wat moeten we dan met de zorg voor kinderen, waar de mondgezondheid niet optimaal lijkt en de zorg lijkt tekort te schieten? En met (kwetsbare) ouderen?

Een cruciaal aspect hierbij is de visie op mondzorg. Gaat het om incidentele behandelingen of om zorg? We zijn gewend aan behandelingen, die we nu prestaties gaan noemen. Maar met de chronische conditie van de mondgezondheid is zorg veel meer op zijn plaats. Dat is een samenhangend complex van handelingen van meerdere betrokkenen, inclusief de 'patiënt', gericht op gezond en functioneel maken en houden van in dit geval de mond.

"Collectieve financiering van de zorg: draagvlak en draagkracht"

Drs. M.J. Boereboom, econoom

Curriculum Vitae

Marcelis Johannes Boereboom werd geboren in 1959 te Utrecht. Na het VWO studeerde hij politieke wetenschappen aan de Vrije Universiteit te Amsterdam. Hij specialiseerde zich in de bestuurskunde en de financiële

inrichting van het openbare bestuur. In 1984 startte hij zijn loopbaan bij het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (voorheen WVC). Daar vervulde hij diverse functies zoals plaatsvervangend directeur Ouderenbeleid en directeur Financieel Economische Zaken. Vanaf 2004 was hij directeur Curatieve Zorg, tevens plaatsvervangend directeur generaal Gezondheidszorg. Sinds 1 april 2008 is hij directeur generaal voor de Langdurige Zorg. Vanuit deze functies is hij nauw betrokken bij de herstructurering van de Nederlandse gezondheidszorg.

Samenvatting

In 2006 voerde het vorige Kabinet de nieuwe zorgverzekering in, waarmee iedereen sindsdien verplicht verzekerd is tegen ziektekosten; een belangrijke stap om het zorgstelsel voor toekomstige generaties houdbaar te houden. Het bewustzijn over de kosten van de zorg is met de komst van de nieuwe zorgverzekering gegroeid: mensen realiseren zich beter dan voorheen hoe duur de gezondheidszorg is en welk belang er schuilt achter een solide, maar ook solidair zorgstelsel. Tegelijkertijd zijn er grenzen aan wat mensen bereid zijn te betalen, zoals er grenzen zijn aan wat de overheid collectief kan financieren. De kredietcrisis vraagt op zijn beurt om nieuwe maatregelen die de houdbaarheid van het stelsel moeten borgen. Hoe lang zijn we met elkaar nog bereid en in staat om de groeiende zorgkosten collectief te financieren?

Ook in de langdurige zorg neemt het kabinet maatregelen om de houdbaarheid van het stelsel te garanderen. Lang niet iedereen is zich ervan bewust dat zij maandelijks circa 320 kwijt zijn aan AWBZ-premie (tegen circa 100 zorgverzekeringspremie). Dat roept de vraag op of alle zorg en ondersteuning die nu uit de AWBZ bekostigd wordt, ook in de toekomst daaruit betaald moeten worden of dat bepaalde vormen van zorg en ondersteuning vallen onder bijvoorbeeld het lokale domein of de eigen verantwoordelijkheid van mensen. De hervormingen in de zorg die president Obama wil doorvoeren, onderstrepen nut en noodzaak van goede publieke zorgarrangementen. Voor het Amerikaanse zorgstelsel dreigt zonder ingrijpen een faillissement. Het aantal onverzekerden in de VS bedraagt zo'n 46 miljoen inwoners. De zorguitgaven vormen daar 18 procent van

het BNP en als er niets verandert is dat over dertig jaar 'n derde. Gelukkig hoeven wij in Nederland geen rekening te houden met doemscenarios als in de VS. Maar ook in ons land is er geen reden tot achterover leunen. Het kabinet zal zich terdege moeten voorbereiden op nieuwe (publieke) arrangementen om de zorg betaalbaar te houden.

Daarenboven speelt in Nederland het vraagstuk van de arbeidsmarkt in de zorg. Als de ontwikkelingen van de afgelopen jaren zich onveranderd voortzetten, zullen er tot 2020 circa 500.000 werkenden in de zorg bij moeten komen. Mede door de vergrijzing neemt het aantal mensen met een chronische ziekte de komende 20 jaar toe met meer dan 40 procent. Verbeterde diagnostiek en succesvolle therapieën zorgen ervoor dat aandoeningen eerder zijn op te sporen en beter te behandelen. De populatie zorggebruikers verandert daardoor sterk. Het gaat om mensen met een relatief intensief zorggebruik. Daarnaast neemt het aantal patiënten met een combinatie van aandoeningen toe. Al deze ontwikkelingen impliceren dat meer mensen langer gebruik zullen maken van verpleging, verzorging en lokale Wmo-arrangementen en dat een multidisciplinaire aanpak van de zorg steeds belangrijker wordt. Lange termijnramingen voorzien dat de zorgvraag in 15 jaar met ongeveer 50 procent zal toenemen. Tegelijkertijd neemt de groei van het aantal mensen dat geboren wordt af. Dit betekent dat de samenstelling van de bevolking verandert. Enerzijds komen er meer 65-plussers en anderzijds minder jongeren. Door de afnemende groei van de beroepsbevolking wordt het draagvlak voor het in stand houden van de collectieve arrangementen kleiner.

Het zijn indringende, met elkaar samenhangende vraagstukken die nu en in de komende jaren op ons afkomen en waar we gezamenlijk een antwoord op zullen moeten vinden.

Als de collectieve verzekering verdwijnt?

Mv. dr. A.A. Schuller, tandarts

Curriculum Vitae

Annemarie Schuller vertrok na haar afstuderen (1988)

naar Noors Lapland om daar als tandarts aan de slag te gaan. Noors Lapland, het land waar het 's zomers dag en nacht licht is en 's winters dag en nacht donker. Na vijf jaar, waarin zij ook haar Master of Public Health behaalde aan de universiteit van Tromsø, kreeg zij de mogelijkheid om aan de universiteit van Oslo te gaan werken. Daar promoveerde zij in 1999 op het onderzoek "Changes in Oral Health in Adults, Trøndelag, Norway, 1973-1983-1994". Dit onderzoek was in 1973 gestart als deel van de WHO's International Collaborative Study. Vanaf 2000 werkt Annemarie bij TNO Kwaliteit van Leven in Leiden als tandarts-epidemioloog. Zij is projectleider van verschillende grote tandheelkundig epidemiologische studies. Net afgerond is het project "Mondgezondheid volwassenen 2007". In 2009 – 2012 wordt in samenwerking met ACTA het project "mondgezondheid bij kinderen en jongvolwassenen" uitgevoerd in opdracht van het College voor zorgverzekeringen.

Drs. E.J.J.A. Abbink

Curriculum Vitae

Erwin Abbink studeerde politicologie aan de Universiteit van Amsterdam. Sinds 2001 is hij werkzaam bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ) als adviseur op het gebied van de mondzorg. Hij is mede auteur van de Signalementen Mondzorg die het CVZ de afgelopen jaren heeft uitgebracht.

Samenvatting (Schuller/Abbink)

In 1995 verdween de mondzorg voor volwassenen, afgezien van de bijzondere tandheelkunde, de gebitsprothese en de kaakchirurgische hulp, vrijwel volledig uit de collectieve verzekering. Welke overwegingen lagen ten grondslag aan het verdwijnen van de mondzorg voor volwassenen uit de collectieve verzekering? En, belangrijker, wat waren de gevolgen van dat besluit?

Een belangrijke overweging om de aanspraak op mondzorg in 1995 sterk te beperken was dat de bewustheid van het belang van een goede mondgezondheid sterk was toegenomen en dat daarmee het besef van de eigen verantwoordelijkheid voor die mondgezondheid was gegroeid. Welke gevolgen had de sterke beperking van de aanspraak op de mondgezondheid? Uit onderzoeken naar de ontwikkeling van de mondgezondheid van

volwassenen blijkt dat er sprake is van een verbetering van de mondgezondheid. Maar uit dezelfde onderzoeken komt ook naar voren dat er ontwikkelingen zijn die op termijn de goede mondgezondheid kunnen ondermijnen. Steekwoorden in verband hiermee zijn: sociaal economische klassen, aanvullende verzekeringen en ouderen. Zijn de uitgangspunten zoals die in 1995 werden gehanteerd bij de beperking van de aanspraken nog steeds actueel en vormen zij aanleiding om nu anders aan te kijken tegen het verdwijnen van de mondzorg uit de collectieve verzekering?

.....het geval kindertandheelkunde

Kindertanden krijgen het voor hun kiezen...

Dr. G. Stel, tandarts-pedodontoloog

Curriculum Vitae

Gert Stel (1962) studeerde tandheelkunde aan de Rijksuniversiteit Groningen (RUG), waar hij in juli 1986 is afgestudeerd. Tot de sluiting van deze Subfaculteit Tandheelkunde was hij daar werkzaam als docent op de afdeling kindertandheelkunde. In 1992 volgde zijn promotie. De (tandheelkundige) behandeling van bijzondere zorggroepen had en heeft zijn bijzondere aandacht. Naast zijn gedifferentieerde huispraktijk binnen het Revalidatiecentrum Beatrixoord te Haren [Gn] was hij tevens enkele jaren tandheelkundig werkzaam in een aantal (psycho-geriatrische) verpleeghuizen in de stad Groningen. Tegelijkertijd was hij enige tijd verbonden aan het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde van het toenmalige Academisch Ziekenhuis Groningen (thans UMCG). Hij bekleedde de afgelopen jaren diverse bestuursfuncties en was onder meer voorzitter van de Vereniging tot Bevordering der Tandheelkundige Gezondheidszorg voor Gehandicapten (VBTGG) en de Nederlandse Vereniging voor Kindertandheelkunde (NVvK). Momenteel liggen zijn tandheelkundige werkzaamheden binnen de Afdeling Tandheelkunde van het UMC St Radboud te Nijmegen (UMCN). Daar is hij

als hoofddocent Kindertandheelkunde onder andere eindverantwoordelijk voor het theoretisch en klinisch onderwijs in de kindertandheelkunde. Hij heeft tevens gedurende een zestal jaren de post-HBO cursus Kindertandverzorgende (KTV) verzorgd. Naast zijn management- en onderwijstaken is hij klinisch werkzaam als tandarts-pedodontoloog binnen de verwijs(staf)praktijk kindertandheelkunde en het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde van het UMC St. Radboud. Verder is hij onder meer lid van de redactie van het handboek Kindertandheelkunde en het Adviescollege Preventie Tand- en Mondziekten van het Ivoren Kruis, verzorgt hij diverse voordrachten en geeft PAOT-cursussen op het gebied van de kindertandheelkunde. Vanaf de start is hij vanuit het UMCN afgevaardigde bij het NMT-project Kies voor gaaf! waarbinnen hij onder andere betrokken is bij de ontwikkeling van een praktijkrichtlijn kindertandheelkunde.

Samenvatting

In verschillende recente onderzoeken is vanuit uiteenlopende invalshoeken op diverse manieren getracht aan te tonen dat het met het kindergebit in Nederland erg slecht is gesteld. Onder meer het rapport Signalement Mondzorg 2007 heeft aangegeven dat binnen de algemene tandheelkundige praktijk de verzorgingsgraad van de jeugd slecht is. Op de vraag of dat te maken heeft met een verslechtering van de mondzorg beïnvloedende omstandigheden, een verandering in het tandartsbezoek of een tekortschieten van de beroepsgroep in het verlenen van wenselijk geachte zorg is niet eenvoudig een antwoord te geven.

Binnen de mondzorg, zowel voor volwassenen als kinderen, zijn er veranderende inzichten in de behandel(on)mogelijkheden van cariës door de tandarts en/of 4-jarig opgeleide mondhygiënist. Ook op de vraag in hoeverre dit 'omdenken' in de cariologie en conserverende tandheelkunde een exponent kan krijgen naar de directe eerstelijns zorg is het antwoord niet gemakkelijk en eenduidig te geven. Feit is wel dat verschillende benaderingswijzen van het aangetaste jonge gebit gebruik maken van bewezen effectiviteit van preventieve maatregelen en middelen; eveneens is duidelijk dat het

huidige zorgstelsel juist bij jonge verzekerden preventieve behandelingen minder positief waardeert dan restauratieve ingrepen. Dat 75% van de kinderen een gaaf melkgebit heeft, doet vrezen voor de overige 25%.

Nationaal is de belangstelling voor het kindergebit binnen de mondzorg inmiddels verankerd in het project Kies voor gaaf! Eén van de huidige speerpunten van dit project is de revival van collectieve (tandheelkundige) preventie.

Een vroeg eerste bezoek aan een mondzorgprofessional is veelal een goede start voor een solide basis van preventieve mondzorg; zeker als er gerichte zorg kan worden verleend aan wie dat het meeste nodig heeft. Dat dit principe werkt is inmiddels in verschillende landen bewezen; of het ook in Nederland kan werken is deels afhankelijk van de bereidheid van de beroepsgroep en financiers van de zorg.

Op dit moment is de basisverzekering voor iedereen tot 22 jaar in principe tandheelkundig goed geregeld; de preventief gerichte handelingen komen echter in dat pakket maar matig aan bod. Ik zou dan ook willen stellen dat collectieve tandheelkundige verzekering voor de jeugd bestaansrecht heeft als aan een aantal randvoorwaarden kan worden voldaan; een goede en betrouwbare risico-inventarisatie, een passend pakket aan zorgmaatregelen tegen een daarvoor passend tarief. Dat daarvoor nog wat in denken en doen zal moeten veranderen is duidelijk; in de voordracht tracht ik daar een eerste aanzet toe te geven.

.....het geval kwetsbare ouderen

Prof dr. C. de Baat, tandarts-geriatrie

Curriculum Vitae

Cees de Baat behaalde in 1976 het tandartsdiploma aan de Vrije Universiteit te Amsterdam. In 1990 promoveerde hij aan de Radboud Universiteit te Nijmegen. Sinds 1999 is hij aan deze universiteit verbonden als bijzonder hoogleraar Geriatrie Tandheelkunde. Daarnaast is hij hoofdredacteur van het Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde en van Het Tandheelkundig Jaar. Hij is (co-)auteur van diverse publicaties in gerefereerde

tijdschriften en in boeken en vakbladen. Bovendien is hij redacteur en auteur van diverse boeken.

Samenvatting

Degenen die tegenwoordig tot de ouderen worden gerekend, hebben meer gebitselementen dan de vorige generaties ouderen. Toch zijn nog veel ouderen tandoos of zullen dat worden omdat de in hun jongere leven meermalen gerestaureerde gebitselementen "op" zijn. Elke mond, betand of onbetand, heeft zelfzorg en regelmatige controle door een mondzorgverlener nodig. Bij het onverhoopt ontstaan van zorgafhankelijkheid wordt het voor ouderen steeds moeilijker goede zelfzorg in de mond uit te voeren en een goede mondgezondheid te behouden, terwijl de moeilijkheidsgraad van zelfzorg in de mond in veel gevallen juist toeneemt. Dan liggen bijvoorbeeld cariës, parodontitis, schimmelinfecties en halitose op de loer met alle problemen van dien en in het verlengde daarvan de invloed van slechte mondgezondheid op de algemene gezondheid, het welbevinden en de levenskwaliteit van ouderen. Het is de taak van elke mondzorgverlener vroegtijdig en adequaat in te spelen op mogelijke toekomstige zorgafhankelijkheid en mogelijke veranderingen in de (mond)gezondheid van de tot zijn praktijk behorende ouderen. Daarbij moet men bedenken dat hoe ouder een gezond mens is geworden, des te groter de kans is dat hij nog ouder wordt. Dat wil niet zeggen dat men daarom altijd bij ouderen die dit wensen zorgeloos allerlei behandelingen kan/moet uitvoeren. Het is voortdurend een kwestie van indicaties afwegen tegen contra-indicaties en van het leveren van anticiperende, duurzame, 'levensloopbestendige', continue zorg. Aanwezige systeemziekten gaan bij ouderen een steeds grotere rol spelen als relevante factor bij de planning en uitvoering van de mondzorg. Daarom moet de aandacht zijn gericht op de gehele mens, op de gehele mond en niet alleen op de gebitselementen.

Voor een goede zorgverlening is een adequate financiering nodig. Zolang ouderen zelfstandig functioneren, behoort dit in het huidige stelsel van de gezondheidszorg terecht tot de eigen verantwoordelijkheid. Bij het

ontstaan van zorgafhankelijkheid door psychosociale, somatische en/of cognitieve oorzaken is men echter op een gegeven moment niet meer in staat deze verantwoordelijkheid te dragen. Extra steun van een mondzorgverlener is dan welkom. Het grootste deel van die zorg kan worden verleend door mondhygiënist, mits al vroegtijdig anticiperende, duurzame, 'levensloopbestendige' en continue zorg is verleend. De financiering van deze extra steun zou collectief moeten worden gedekt. Het belangrijkste argument voor deze stelling is wellicht het stimuleren van de bereidheid van mondzorgverleners om deze zorg te leveren.

.....het geval orthodontie

Drs. F.R. de Winter, orthodontist

Curriculum Vitae

Frank de Winter studeerde tandheelkunde in Groningen, en werd opgeleid tot orthodontist in Amsterdam (UvA) en de USA (University of Chicago). Hij voerde van 1975 tot 2005 een orthodontistenpraktijk in Heemstede, sinds 2001 is hij medewerker aan de sectie orthodontie van ACTA. Hij was bestuurlijk actief in de Nederlandse Vereniging van Orthodontisten 'DMO' en de NMT-afdeling Haarlem. Hij is secretaris van de European Federation of Orthodontic Specialists Associations (EFOSA). Ook was hij lid van de onderhandelingscommissie van de Sectie Specialisten van de NMT, was redactielid van het tijdschrift 'Quadrant' en recensent van orthodontische publicaties voor het Nederlands Tandartsenblad. Hij is sterk betrokken bij de kwaliteit van orthodontische zorgverlening. Zo was hij lid van de Specialisten Registratie Commissie (SRC) en maakte deel uit van commissies op het gebied van de 'Regelgeving Orthodontie', de intercollegiale toetsing (visitatie) in de orthodontie en de 'Handleiding kwaliteitssysteem voor orthodontische praktijken in Nederland'. In Europees verband werkte hij mee aan het: 'European Orthodontic Quality Manual'. Hij is voorzitter van de Quality Committee van EFOSA.

Samenvatting

Verzekeren is gebaseerd op solidariteit, het delen van risico's. Hoe groter de groep die risico's deelt, hoe kleiner de kans per deelnemer dat het risico toeslaat, dus hoe lager de kosten per deelnemer.

De Engelse National Health Service (NHS) is een voorbeeld van maximaal verzekeren: een breed pakket van risico's dat door de hele bevolking gedragen wordt. Zodra dat brede pakket echter niet meer verplicht is, wil men zich alleen verzekeren voor risico's die als persoon als reële bedreigingen worden beschouwd. De grootste gemene deler van die risico's zou basisverzekeringspakket kunnen worden genoemd. Direct nadeel is dat wat niet in dit basispakket zit onevenredig veel duurder wordt, omdat daarvoor het principe van solidariteit bij het delen van risico's niet meer opgaat. Er zullen weinig mannen zijn die vrijwillig een aanvullende verzekering sluiten voor de kosten van zwangerschap, bevalling en dergelijke. Een goede volksgezondheid is één van de verantwoordelijkheden van de overheid. Essentiële zorg moet dus voor iedereen voor een redelijk tarief beschikbaar zijn. Alleen bij een verplichte verzekering van die zorg valt dit te realiseren en te garanderen. Ten eerste dragen de deelnemers die geen aanspraken op die zorg hoeven te doen immers bij aan de beperking van de kosten, ten tweede is alleen bij verplichte verzekering gewaarborgd dat ook maatschappelijk zwakkeren participeren. In Nederland is dit een algemeen aanvaard uitgangspunt.

De primaire vraag is wat tot essentiële zorg dient te worden gerekend en in het kader van het thema mondzorg en collectieve verzekering: wat behoort tot essentiële mondzorg.

De veeljarige begeleiding en behandeling van bijvoorbeeld schisispatiënten behoort zonder twijfel tot essentiële orthodontische zorg. Maar ook preventieve zorg die er toe leidt dat voorkomen wordt dat vraag naar essentiële zorg ontstaat behoort tot essentiële zorg. In dit kader is het interessant om na te gaan wat de invloed is van orthodontische afwijkingen op (mond)gezondheid. Na de afbakening van essentiële zorg en electieve zorg rest beantwoording van de vraag of de overheid, in het

kader van haar verantwoordelijkheid voor volksgezondheid, ook een taak heeft met betrekking tot de beschikbaarheid van electieve zorg.

Collectief verzekeren en solidariteit horen bij elkaar; waar collectief verzekeren ophoudt krijgen maatschappelijke verschillen vrij spel. De keuze van collectief te verzekeren zorg betreft dus niet alleen gezondheid, maar ook de inrichting van onze maatschappij.

Kan het ook anders?

Prof. dr. A.J.P. Schrijvers, econoom

Curriculum Vitae

Guus Schrijvers (1949) studeerde in 1973 cum laude af aan de Faculteit Economische Wetenschappen. In 1980 promoveerde hij in Maastricht op het proefschrift Regionalisatie en financiering van de Engelse, Zweedse en Nederlandse gezondheidszorg.

Sinds 1987 bekleedt hij de leerstoel Public Health bij het Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde aan het Universitair Medisch Centrum Utrecht, met als leeropdracht Structuur en Functioneren van de Gezondheidszorg. Hij publiceerde tal van boeken en artikelen over zorginnovatie.

Zijn wetenschappelijke aandacht gaat thans uit naar geïntegreerde zorg, transmurale zorg, regiovisies, managed care, spoedeisende zorg en disease management. Als docent heeft hij ruime ervaring in het verzorgen van postacademisch onderwijs en het adviseren van organisaties op het terrein van samenwerking-tusseninstellingen, strategisch beleid, financieel management en kwaliteitsbeleid

Samenvatting

Bij het ter perse gaan van het programmaboekje was de samenvatting nog niet ontvangen, deze wordt separaat bijgevoegd.

HUISHOUDELIJKE VERGADERING

1. Opening
2. Ingekomen stukken en mededelingen
3. Notulen van de 278-ste ledenvergadering (bijlage I)
4. Jaarverslag 2007 (bijlage II)
5. Rekening en verantwoording van de penningmeester over 2007 (bijlage III)
6. Verslag verificatiecommissie
7. Décharge verificatiecommissie en benoeming nieuwe commissie
8. Bespreking voordracht nieuwe leden (bijlage IV)
9. Introductie nieuwe leden
10. Bestuurswisseling
11. Aankondiging najaarsvergadering 2008
12. Rondvraag
13. Sluiting