

SOCIALE TANDHEELKUNDE

RAPPORT BETREFFENDE DE GRONDSLAGEN DER ZIEKENFONDSVERZEKERING

Ten einde na te gaan op welke wijze in het huidige ziekenfondsbestel verbeteringen zouden kunnen worden aangebracht, heeft de Ziekenfondsraad indertijd een studiecommissie ziekenfondsverzekering ingesteld, bestaande uit een vijftiental deskundigen uit alle kringen, die bij het ziekenfondswezen betrokken zijn. Als vertegenwoordiger van de Maatschappij tot bevordering der tandheelkunde had hierin zitting coll. M. H. J. KOENEN te Amsterdam.

In de loop van het vorige jaar heeft zij het in de titel genoemde rapport aan de Ziekenfondsraad uitgebracht en daarna tevens een rapport inzake de werkgebieden der ziekenfondsen en de gevolgen van het werken van twee of meer ziekenfondsen in hetzelfde gebied.

Nadat deze vertrouwelijk in een tweetal vergaderingen van de Ziekenfondsraad waren besproken (na even vertrouwelijk beraad van de leden met hun organisaties) zijn zij in mei van dit jaar aan de minister van sociale zaken en volksgezondheid aangeboden. Thans zijn zij voor publicatie vrij gegeven.

De opvattingen der leden liepen (uiteraard) op vele punten uiteen en het mag als een verdienste de commissie worden aangerekend dat zij in het rapport hieraan nadrukkelijk uiting heeft gegeven. Op die wijze heeft zij waardevol materiaal bijgedragen voor de toekomstige samenstelling van een ontwerp-ziekenfondswet.

Wij laten hieronder een samenvatting volgen van hetgeen voor de tandheelkunst van belang is; het rapport over de werkgebieden blijft daarbij, als van minder rechtstreeks belang, buiten beschouwing.

De commissie heeft er naar gestreefd na te gaan aan welke eisen een goed werkend ziekenfondssysteem in Nederland zal moeten voldoen en verder overwogen in hoeverre verschillende verlangens van de hierbij betrokken groepen reëel kunnen worden genoemd en dus bij de opbouw in aanmerking moeten worden genomen. Zij heeft zich voorts ten doel gesteld na te gaan welke de voor- en nadelen van de verschillende oplossingen zouden zijn. Bij het bepalen van haar uitgangspunt heeft zij de realiteit als basis genomen, d.w.z. door het vigerende stelsel te bestuderen, de bezwaren daarvan onder ogen te zien en naar middelen te zoeken om deze zoveel mogelijk te onderwerpen.

Zo zijn als inleiding enkele bezwaren behandeld die tegen de ziekenfondsverzekering als zodanig worden aangevoerd, zoals het inroepen van onnodige hulp, onvoldoende prikkel tot het betrachten van zuinigheid waardoor de kosten der geneeskundige voorzieningen zonder noodzaak worden opgevoerd; voorts het bezwaar dat hulp waarvoor niet rechtstreeks wordt betaald minder wordt gewaardeerd dan hulp waarvoor men op hetzelfde ogenblik een offer moet brengen, en ten slotte dat de vertrouwensfeer tussen arts en patiënt door het ziekenfondsstelsel wordt geschaad. De erkenning van misbruik van rechten mag volgens de commissie niet leiden tot een pleidooi voor afschaffing van elk stelsel van verzekering tegen ziektekosten; daarvoor voorziet die verzekering te zeer in een steeds toenemende behoefte. Wel was er aanleiding te overwegen of het niet nodig is de verzekerden met een (bescheiden) deel van de kosten te belasten. Deze

vraag leidde tot een kritische vergelijking van het huidige ziekenfondsstelsel met het restitutie-systeem.

De commissie meent bij voorbaat dat de betekenis van het ziekenfondswezen gelegen is in het feit dat het mensen met geringe draagkracht in staat stelt zo nodig medische hulp in te roepen zonder dat zij daarbij geremd worden door angst voor de kosten. Bij het ontbreken van een goede verzekering zou, naar haar oordeel, in een waarschijnlijk veel groter aantal gevallen dan dat waarin het ziekenfondslidmaatschap misbruikt wordt, het inroepen van de nodige hulp niet of te laat geschieden.

Na een beschouwing over het systeem van verstrekking in natura en gelijke aandacht aan het restitutie-stelsel, vat de commissie de voor- en nadelen van beide systemen als volgt samen: Het restitutie-stelsel heeft het belangrijke voordeel dat hierbij aan de medewerkers een grote mate van vrijheid wordt gelaten en dat met name kunnen worden gemist: contracten met de verzorgers, regelen waardoor hun beroepsvrijheid wordt beperkt en een begrenzing door de hoogte van het loon en inkomen kan vervallen. Als nadelen staan hier tegenover: de ongelijke financiële belasting der verzekerden (mede in verband met belangrijke regionale verschillen in de tarieven der medewerkers) en onzekerheid ten aanzien van de omvang der kosten, die voor eigen rekening blijven.

Bij het stelsel van verstrekkingen in natura ziet de commissie als bezwaren: dat men tot overeenkomsten met de medewerkers moet kunnen komen; dat deze zich moeten onderwerpen aan bepaalde regelingen die hun beroepsuitoefening beïnvloeden; voorts dat de kring der verzekerden door het stellen en handhaven van een loon- of inkomensgrens moet worden beperkt.

Als nadeel van het restitutie-systeem ziet de commissie dat het voor de verzekerde een wisselend financieel risico insluit, waarvan de omvang niet is te voorzien. Een bescheiden eigen betaling voor eenmaal kan voor nagenoeg geen enkele verzekerde een bezwaar zijn, maar voor een huisvader met een door veel ziekte getroffen gezin kan de last van diezelfde bescheiden betaling veel te zwaar worden. Naar het oordeel van het overgrote deel der leden van de commissie is het bezwaar van het wisselvallige en ongelijke risico voor het grootste deel der ziekenfondsverzekerden wel zó groot, dat invoering van het restitutie-stelsel voor deze ongewenst zou zijn.

Denkbaar acht zij echter dat men een splitsing zou maken in het huidige bestand en voor het meest-draagkrachtige deel der verzekerden hiertoe zou overgaan. Afgezien van de vraag of alle lagere ambtenaren en leden van het politiecops wel zo tevreden zijn met de voor hen getroffen ziektekostenregeling, (aldus enige leden) wordt als een zeer groot bezwaar tegen uitbreiding van het systeem ten koste van het huidige verzekerden-bestand beschouwd het gevaar dat het eigenlijke ziekenfonds in de ogen der verzekerden wordt gedegradeerd tot een instituut voor de arme lieden. Vele ziekenfondsverzekerden zien toch al de status van „particuliere patiënt” als het ideaal en helaas (aldus de commissie) zijn er nog steeds artsen, die deze mentaliteit in de hand werken, hetgeen volgens haar niet moet worden aangemoedigd.

Uit een en ander vloeit voort dat de meerderheid in de commissie de ziektenkostenregelingen met restitutie voor ambtenaren als een in wezen ongewenst verschijnsel beschouwt en hoopt dat zij onder vigeur van de ziekenfondswet alleen zal blijven gelden voor ambtenaren met salarissen boven de inkomensgrens.

De gedachte van de z.g. getrapte verzekering, een splitsing in verzekerden met zeer geringe draagkracht en een deel met iets grotere draagkracht en daaraan evenredige mate van eigen risico, acht de commissie in beginsel zeer wel verdedigbaar. Het betreft hierbij hetzij gevarieerde verstrekkingen dan wel verschil in hoogte der bijbetalingen.

De commissie verwacht echter dat de uitvoering op grote moeilijkheden zou stuiten, bovendien schept de dubbele grenslijn een grote hoeveelheid extra administratief werk (controle en mutaties). Op zuiver praktische gronden beveelt zij dan ook aan om voor het gehele onder de ziekenfondsverzekering te brengen deel der bevolking één regeling van verstrekkings te treffen.

Een en ander betekent niet dat, volgens de meerderheid der commissieleden, de gedachte van het gelimiteerd eigen risico voor alle gevallen behoeft te worden afgewezen. Een bescheiden eigen bijdrage kan in bepaalde gevallen nuttig zijn, hetzij als rem tegen overmatig gebruik der rechten of ter stimulering van de belangstelling van de verzekerde voor zijn gezondheidszorg dan wel om zuinig gebruik van verstrekte benodigdheden te bevorderen of, alleen ter beperking van de uitgaven van de ziekenfondsen. Dergelijke bijdragen zijn reeds ingevoerd, o.m. ten aanzien van de tandheelkundige hulp. Tegen uitbreiding van de bijbetaling naar de gewone medische en farmaceutische hulp zouden naar de mening van zeer vele leden der commissie even ernstige bezwaren bestaan als tegen invoering van het restitutiestelsel; de last der bijbetaling zou zeer ongelijk over de verzekerden worden verdeeld en voor grote gezinnen zeer zwaar worden. Ook is gebleken dat bijbetalingen op primaire verstrekkingen uitgebreide administratieve maatregelen zouden vereisen en een storend element in het verzekeringstelsel vormen.

Een inkomens- of loongrens ziet de commissie als een essentieel onderdeel van het ziekenfondsbestel, niet zozeer bij het restitutiestelsel als juist bij verstrekkingen in natura, welke juist zijn gecreëerd om de weinig draagkrachtigen alle nodige hulp te verlenen. Er is echter reden om aandacht te besteden aan de weinig logische wijze waarop thans de begrenzing is geregeld. Zo acht de commissie de koppeling van de verplichte verzekering aan de ziekwet moeilijk te verdedigen. Als andere bezwaren worden in het rapport genoemd: een grensbedrag, ongeacht de samenstelling der gezinnen en het niet rekening houden met andere inkomsten dan het loon in de zin van de ziekwet.

Het is niet gemakkelijk tot een betere grensafbakening te komen, de behoeftegrens is niet statisch, ook de kosten der medische hulp kunnen stijgen. Op zichzelf wellicht wenselijke veranderingen in de grens noemt de commissie: een andere loongrens dan die welke gesteld is in de ziekwet, maar op een voor alle verzekerden gelijk bedrag; een loongrens in verhouding tot de gezinsgrootte; een inkomensgrens waarbij ook rekening wordt gehouden met evnt. andere bestanddelen dan het loon, met inachtneming van de gezinsomvang. De commissie zou in beginsel een wijziging, strekkende tot het invoeren van een variabele inkomensgrens juist achten.

Sommige leden achten het wenselijk en mogelijk terug te keren tot een stelsel van verzekering zonder directe of indirecte toetredingsdwang; anderen daarentegen toonden zich voorstander van een uitbreiding der verplichte verzekering tot zelfstandigen met een welstand gelijk aan die van verplicht verzekerde loonarbeiders. De inkomensgrens voor de vrijwillige verzekering zal, naar het unanieme inzicht der commissie gelijk moeten zijn aan die der verplichte verzekering. Te overwegen ware om verplicht verzekerden, wier inkomen uit hoofde van andere bronnen in belangrijke mate boven de loongrens uitgaat, de mogelijkheid te openen om zich aan de verzekering te onttrekken met recht op restitutie van de premie. Een dusdanige maatregel zou tegemoet komen aan een veel gehoorde en begrijpelijke grief van sommige verzekerden en medewerkers, al zouden hiermede (volgens andere leden) „goede” risico's, als onmisbaar voor elke verzekering, worden geëlimineerd.

De commissie heeft zich ook uitvoerig bezig gehouden met de vraag welk stelsel van premieheffing op principiële en praktische gronden moet worden aanbevolen: de een-

heidspremie of die naar draagkracht. Naar haar oordeel is de eerste onverenigbaar met de solidariteitsgedachte, de grondslag van de ziekenfondsverzekering, al komt die gedachte ook daarin wel tot uiting. Niettemin meent de meerderheid dat aan premieheffing naar evenredigheid van het inkomen de voorkeur moet worden gegeven omdat deze voor de weinig draagkrachtigen anders te hoog zou worden. Anders dan bij de eerste levensbehoeften (waarvan de prijs voor iedereen gelijk is) voorziet de premie in een toekomstige behoefte, waarvan omvang en tijdstip niet bij voorbaat zijn vast te stellen.

Een minderheid in de commissie meent dat de verzekering niet mag worden gebruikt als middel ter correctie op de inkomensvorming, tevens acht zij de administratieve bezwaren zeer ernstig. Het ontgaat haar bovendien waarom op iemand met een inkomen boven de grens de eis van solidariteit niet wordt toegepast.

In het rapport wordt verder veel aandacht gewijd aan de dualiteit: vrijwillige of verplichte verzekering, welke laatste de vrijheid van het individu aantast, terwijl de vrijwillige verzekering – historisch gezien primair – niemand daartoe verplicht. Bij deze neemt de overheid niet de verantwoordelijkheid op zich voor een goed functioneren van het stelsel, hetgeen bij de verplichte verzekering wel het geval is. Voorts mag als voordeel van de eerste niet worden voorbij gezien dat de vrijwillige verzekering het gevoel van verantwoordelijkheid versterkt.

Een nadeel is de antiselectie in de vorm van toetreding vooral van „slechte” risico's en nalatigheid vaak van personen voor wie toetreding door de omstandigheden geboden is. De vrijwillige verzekering zou, wanneer met de draagkracht geen rekening wordt gehouden, belangrijke subsidie van overheidswege niet kunnen ontberen.

De voor- en nadelen van de verplichte verzekering liggen ongeveer tegenovergesteld aan die der vrijwillige. Enige leden, alle voor- en nadelen van beide systemen tegen elkaar afwegende, achten terugkeer tot het stelsel van volledige vrijwillige verzekering gewenst, zij het ook dat zij niet eenzelfde systeem op het oog hebben. Vrij veel leden daarentegen verklaarden in beginsel veel te voelen voor een verplichte verzekering, een uitwerking daarvan zien zij in de betreffende rapporten van de Wiardi Beckmanstichting (1952) en van de Centrale Bond van Onderling Beheerde Ziekenfondsen (1957). Van de door anderen voorgestelde uitvoeringen en mogelijkheden geeft het rapport de nodige informatie.

Vervolgens gaat het rapport uitvoerig in op de verhouding tussen de ziekenfondsen en de medewerkers zonder te treden in het vraagstuk van de inhoud en waarde van het begrip „vrij beroep”. Enerzijds is zekerheid vereist dat de gevraagde hulp wordt verleend welke in de kring der beroepsgenoten als verantwoord wordt gezien, anderzijds moet worden voorkomen dat de getroffen regelingen de medewerker zouden verhinderen de best mogelijke hulp te verlenen. De verleende hulp is sterk individueel en de medewerker moet daarbij derhalve de grootst mogelijke vrijheid hebben. Ook mag de verhouding tot de verzekerde niet ongunstig worden beïnvloed. De medewerker heeft een dubbele rol: naar zijn beste kunnen en kennen een redelijk geachte hulp verlenen en daarnaast het verzekeringsstelsel helpen dragen. Het spreekt vanzelf, aldus het rapport, dat deze dubbele functie tot spanningen en moeilijkheden aanleiding kan geven.

Bij het zoeken van een regeling dient men ervan uit te gaan dat beide partijen van goeden wille zijn en bereid om een stelsel te creëren van goede hulp zonder onnodige kosten.

Van de positie van de medewerker in dienstverband van het ziekenfonds kan, aldus het rapport, niet worden gezegd dat deze voor ons land de meest gewenste is, daarge-

laten de vraag of men op die wijze voldoende medewerkers zou kunnen krijgen. Van de overeenkomsten, afgesloten zonder dat de medewerkers in dienst treden van de ziekenfondsen worden de verschillende elementen: omvang van de te verstrekken hulp, de toe te passen „spelregels”, het toezicht en de honoraria, uitvoerig nagegaan, waarbij het laatstgenoemde in het verleden dikwijls de grootste moeilijkheden heeft gegeven. Het gaat hierbij niet om een evenwichtspunt tussen vraag en aanbod, maar de neiging is ontstaan om de onderhandelingen zoveel mogelijk op normatieve inkomensbedragen en concrete gegevens betreffende de kosten van praktijkbeoefening te baseren. Daarom heeft de gedachte van een bindend advies door onpartijdige deskundigen veld gewonnen

In een laatste hoofdstuk geeft de commissie een samenvatting in 17 punten van de conclusie waartoe zij is gekomen, welke in het voorgaande grotendeels zijn vervat.

Een drietal bijlagen hebben resp. betrekking op een stelsel van kostendekking en hulpverzekering op basis van vrijwillige toetreding, een overzicht van standpunten van verschillende groeperingen inzake een wettelijke regeling van het ziekenfondswezen en een uiteenzetting betreffende een vrijwillige op grondslag van een algemene verplichte heffing ter dekking van een deel der kosten.

Voor het rapport betreffende de werkgebieden der ziekenfondsen wordt, uit hoofde van het verwijderde belang, naar de uitgave zelf verwezen.

B.

VERSLAG VAN DE ZIEKENFONDSRAAD OVER 1958

In het septembernummer van de „Verslagen en Mededelingen betreffende de Volksgezondheid” is opgenomen het verslag van de Ziekenfondsraad over 1958, waaraan het volgende, de tandheelkunde rakende, is ontleend.

Vermeld wordt dat de inkomensgrens voor de vrijwillige verzekering werd verhoogd van f 6000,- tot f 6900,- met een toeslag voor kinderen beneden 16 jaar, resp. tot 26 jaar voor zover nog onderwijs genietend.

Ten aanzien van de verstrekkingen wordt gememoreerd de herziening van de honorering der tandheelkundige verrichtingen ten behoeve van de verplicht-verzekerden betreffende met name genoemde vergoedingen en bijbetalingen.

Inzake de tandheelkundige verzorging wordt aandacht gewijd aan de geconstateerde vermindering van de wachtlijst bij de A.T.Z., waaromtrent vragen werden gesteld aan het bestuur, die aan het einde van het verslagjaar nog niet waren beantwoord. Verondersteld werd dat een niet onbelangrijk aantal verzekerden zich particulier had laten behandelen.

Het verbroken contact tussen de A.T.Z. en de hoofdstedelijke tandartsengroepering in de A.T.V. werd in het midden van het jaar hersteld en het overleg hervat inzake de honoreringsregeling en een event. inschakeling van de huisbehandeling, welk overleg aan het eind van het verslagjaar nog gaande was.

Met betrekking tot de schooltandverzorging werd regelmatig informatief contact met de Centrale Raad voor de Sociale tandheelkunde ingesteld door wederzijdse vertegenwoordigers. Doel hiervan was een gefundeerd oordeel over de gang van zaken bij de diensten voor schooltandverzorging en in het bijzonder over de oorzaken van de sterke stijging van de kosten. Daarnaast de mogelijkheid om de inzichten van de Ziekenfondsraad in de Centrale Raad naar voren te brengen.

Als gevolg van de herziening der honoraria bij de ziekenfondsbehandeling werden ook de honoraria van de schooltandartsen opnieuw geregeld. Verdere besprekingen

zijn nog gaande. Dienovereenkomstig werd de bijdrage per verplicht-verzekerd kind verhoogd van f4,- tot f5,-. Aan de ziekenfondsen werd verzocht de gewijzigde regeling ook toe te passen voor de vrijwillig verzekerden.

Hoewel het – aldus het verslag – voor vele diensten bij voortdurende moeilijk blijkt een voldoende aantal tandartsen voor medewerking aan de schooltandverzorging te interesseren, zijn er toch 7 nieuwe diensten tot stand gekomen. Aldus werd in Zuid-Limburg een sluitend geheel van diensten verkregen met uitzondering van de gemeente Heerlen. In Midden- en Noord-Limburg ontbreekt de s.t.v. echter nog geheel, evenals in grote delen van de provincies Noordbrabant, Noord- en Zuidholland, Overijssel en Friesland. In Drente is een provinciale dienst tot stand gekomen.

Aan het einde van het verslagjaar werkten in Nederland 97 diensten, afgezien van 24 verwijzingsdiensten, die geen bijdragen ontvangen van de alg. ziekenfondsen. Voor 9 nieuwe diensten waren de voorbereidingen in gang.

Het aantal kinderen, dat door de diensten volgens de richtlijnen wordt verzorgd is ongeveer constant gebleven. Tegenover de uitbreiding van nog niet volgroeide diensten zagen enige andere zich genoodzaakt tijdelijk de kinderen uit een of meer van de hogste klassen alleen te controleren en niet meer te behandelen.

Het aantal kinderen dat aan het klassieke systeem deelneemt bedraagt \pm 595000 of wel 40 % van de totale lagere schoolbevolking; mettertijd zullen nog 29000 kinderen worden ingeschakeld bij de nog niet volgroeide diensten. Ongeveer 60000 kinderen (4 %) zitten in zg. afgekapte klassen, die door gebrek aan tandartsen tijdelijk onbehandeld moeten blijven. Voorts belooft het aantal leerlingen op scholen waar het verwijzingsstelsel wordt toegepast \pm 78000 (ruim 5 % van het totaal). In toenemende mate wordt gebruik gemaakt van tandzorgauto's, waarvan er einde 1958 reeds 50 in gebruik waren (15 met twee behandelstoelen).

Het verslag bevat voorts een beschouwing over de tandheelkundige controle en het uitreden van de R.K. fondsen uit het T.C.I.-controle-instituut, waarbij de Ziekenfondsraad bemiddelend is opgetreden. De betreffende commissie was eveneens van oordeel dat de controle in beginsel tot de taak van de ziekenfondsen behoort en zij heeft, om aan de bezwaren van de R.K. Bond bovenbedoeld tegemoet te komen, voorstellen gedaan in de richting van een districtsgewijze controle door een aantal fondsen gezamenlijk, die in stichtingsvorm controlerende tandartsen zouden kunnen aanstellen. De Maatschappij bleef bij haar standpunt dat voor een goede controle haar invloed niet gemist kon worden. Besloten werd tot bestudering van de vraag aan welke eisen een goede controle moet voldoen. Aan de hand van een aan de Mij gevraagde motivering van haar standpunt en ingewachte bezwaren van de Bond van R.K.- en die van autonome ziekenfondsen zal de bestudering van de controle opnieuw worden opgenomen.

Gememoreerd wordt verder de in januari van het verslagjaar gesloten overeenkomst tussen de ziekenfondsen en de Maatschappij inzake een nieuwe honorering op basis van verrichtingsminuten en verrichtingstijden voor diverse behandelingen. Rekening houdende met de gewijzigde bedragen vanaf 1 april 1958 beliepen de hogere uitgaven volgens raming f 4.368.000 en f 1.250.000 resp. voor de verplichte en de vrijwillige verzekering. De Ziekenfondsraad heeft een verlenging van de voor 1958 getroffen regeling met een jaar goedgekeurd.

Het aantal wettelijk- en vrijwillig verzekerden maakte tezamen op 31 december 1958 71.4 % van de bevolking uit. Met inbegrip van het Algemeen Mijnerwerkersfonds waren in totaal 8.241.411 personen verzekerd, d.i. 73.1 %. Door voortgezette controle op de

inkomensgrens werden naar schatting niet minder dan 120.000 personen uit de vrijwillige verzekering afgeschreven, zijnde 6 % van het totaal.

Aan de statistische bijlagen moge verder worden ontleend dat de totale lasten van de verzekering over 1957 ruim 522 miljoen hebben bedragen, waarvan voor tandheelkundige hulp 26,5 miljoen gulden. Per verzekerde bedroegen de totale lasten *f* 65.—, voor de tandheelkundige hulp *f* 3,31, zijnde iets meer dan 5 % van alle uitgaven. Voor de onderscheidene provincies varieerde het bedrag van *f* 2,30 in Limburg tot *f* 4,05 in Utrecht voor de wettelijk verzekerden; voor de vrijwillig verzekerden waren beide bedragen iets hoger.

In de huisbehandeling werd 86 % der verzekerden verzorgd tegen 12 % in de centrumbehandeling. De kosten per verzekerde beliepen in 1957 voor de huisbehandeling *f* 2,84, voor de centrumbehandeling *f* 4,13. In 1956 waren beide minder uiteenlopend, nl. resp. *f* 3,50 en *f* 3,77. Voor Haarlem, waar beide systemen toepassing vinden (bij 2 % van het totale aantal verzekerden) waren de kosten het hoogst: *f* 3,53 in 1957 en *f* 4,73 in het voorafgegangene jaar. De daling houdt verband met het feit dat in de conflictperiode (1 april–3 september) nagenoeg geen tandheelkundige hulp voor fondsenrekening is verstrekt. B.

BUITENLAND

Engeland

WEERSTANDEN TEGEN FLUORIDERING

Wie nog in de mening mocht verkeren dat er na het oplossen van de wetenschappelijke en technische problemen met betrekking tot de fluoridering van drinkwater geen wezenlijke bezwaren meer bestaan tegen de invoering van deze heilzame preventieve maatregel, zal na kennismaking van onderstaande, aan de „Lancet” ontleende, tirade – die uit voorkeur onvertaald wordt weergegeven – wellicht erkennen dat er aanleiding is, zijn opvattingen te herzien.

Although the WHO expert committee on water fluoridation has published a technical report approving this dental health measure, in England the Andover Corporation has been forced by court action to stop fluoridation, and the East Worcestershire Waterworks Company is so uncertain whether it has legal powers to add fluoride to the water that it has refused to do so when asked by three local authorities. This ironical situation is a reminder that scientific victories will be of little avail if the political battles are lost.

The real problems about fluoridation seem to lie in the market place. The common man has always implicitly enjoyed the sight of experts in violent disagreement; when the technicalities of the issue are not clear to him, he votes to maintain the *status quo*. He likes to cherish the myth that he has a free soul in a free man in a free country. He is uneasy at the choice of his public water supply as the vehicle for making him better than he feels now. Water has some atavistic deep significance a mystic quality. Civilisations have risen and fallen over water. Maybe those are some of the reasons why people are so touchy about it, why they resent its use for what they dislike as mass medication, yet inconsistently clamor to have purified by their water works. Inconsistent and irrational it may be, but it is deeply rooted in personal purification rites, in contemplation of the immaculate, in Genesis itself. Perhaps is not so much fluoridation as the insensitive handling of a taboo that has aroused such strong emotion.