

Deltaplan voor de gezondheidszorg



7 april 2009

Algemene Vereniging Medisch Verzekerden (AVMV)

Postbus 85 ♦ 3980 CB Bunnik ♦ Telefoon: 030-6594643 ♦ E-mail: info@avmv.nl ♦ Website: www.avmv.nl

Eerste versie Deltaplan voor de gezondheidszorg

7 april 2009

Samenvatting

De gezondheid van de Nederlander kan veel beter. Ziekte en invaliditeit kunnen met tenminste 50% worden teruggedrongen. Voorbeelden uit andere landen laten zien dat dit mogelijk is: zo werd in Finland van 1971 tot 1995 de sterfte aan hart- en vaatziekten onder mannen van 35 tot 64 jaar met 65% teruggebracht en daalde in Nederland ondanks meer verkeer het aantal verkeersdoden met meer dan 75% sinds 1970. Dit alles door een gezamenlijke krachtsinspanning van álle betrokkenen; een gezamenlijkheid die op het vlak van de gezondheid in Nederland al jaren ontbreekt.

De huidige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport wil de gezondheid van de Nederlander weer van de grijze middenmoot naar de top 5 brengen. Er zijn echter helaas nog nauwelijks concrete plannen geformuleerd om dit doel te bereiken en reeds eerder gedane initiatieven hebben tot dusverre gefaald door onvoldoende draagkracht. Het kán echter wel als iedereen - burgers, overheden, gezondheidswerkers, wetenschappers en bedrijven - samenwerkt en elkaar stimuleert het optimale te bereiken. Het is daarom hoog tijd voor een Deltaplan voor de gezondheidszorg.

Los van de positieve effecten op de gezondheid kunnen ook de kosten van de gezondheidszorg met 50% dalen, hetgeen zich vertaalt in een directe kostenbesparing van tenminste 30 miljard euro per jaar. Daarnaast volgen nog de besparingen door minder ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid, minder criminaliteit et cetera. Een deel van de besparingen kan worden omgezet in een mindere belasting van de werkers in de zorg en kwaliteitsverbetering.

De Nederlandse regering heeft op de WHO bijeenkomst in Alma-Ata (september 1978) de rechten van de mens op goede gezondheid onderschreven. Uitgezocht moet worden waarom er tot nu toe zo weinig is gedaan, zodat nu niet meer dezelfde fouten worden gemaakt.

In de huidige tijd mag men dit Deltaplan met al zijn voordelen niet laten liggen. Waar een wil is, is een weg.

Introductie

In tegenstelling tot de huidige financiële en economische crisis verkeert de gezondheidszorg al vele jaren in een steeds grotere continue crisis. De stijgende kosten in de gezondheidszorg leggen een steeds groter beslag op onze financiële middelen en die van de overheid. De gezondheidszorg is momenteel zelfs de grootste werkgever (1). En ook voor de patiënten zelf wordt deze zorg alsmáar duurder. Ondertussen neemt het aantal mensen met overgewicht, diabetes, astma en kanker dramatisch toe. Onze gezondheid is de laatste decennia bepaald niet meegestegen met de uitgaven...

We spannen kortom al jaren het gezondheidspaar achter de wagen. Het is daarom hoog tijd voor een Deltaplan voor de Gezondheidszorg. Een plan waarbij iedereen, overheid, gezondheidsinstanties, wetenschappers, medische opleidingen en bedrijven worden betrokken om gezamenlijk te zorgen voor een meer optimale gezondheid van alle mensen in Nederland. We weten dat dit kán.

Het welslagen van dit Deltaplan betekent niet alleen dat de Nederlanders gemiddeld gezonder en fitter worden, maar ook dat er middelen vrijkomen voor andere zaken ten gunste van de burger. De investeringen die dit Deltaplan nu vergen, zullen op termijn ruimschoots worden terugverdiend.

Sluipende groei heeft ons apathisch gemaakt...

Waarom schrikken we niet meer van de enorme aantallen kankerpatiënten, mensen met overgewicht, diabetes en astma? Waarschijnlijk is dit te wijten aan het feit dat de problemen zich sluipenderwijs hebben voorgedaan. De aantallen mensen met deze gezondheidsklachten stijgen al jaren chronisch, waardoor het nauwelijks meer opvalt. Zou dezelfde stijging zich plotseling hebben voorgedaan, in één jaar tijd bijvoorbeeld, en dan weer een tijd niet, dan zou het schokeffect enorm zijn geweest. Daardoor zou dan iedereen, van hoog tot laag, van instantie tot burger, gemotiveerd zijn de handen uit de mouwen te steken en grotere rampen te voorkomen, zoals het geval was met het Deltaplan dat volgde op de watersnoodramp van 1953.

Wat is er mis?

Reguliere gezondheidszorg heeft geen antwoord op álle problemen

De reguliere medische gezondheidszorg heeft zich ontwikkeld en kent voor een aantal acute ziektes een goede oplossing. Maar zij schiet tekort voor een goede aanpak van een belangrijk deel van de optredende gezondheidsproblemen in Nederland. Kijkt men naar dat deel van de huidige medische behandelingen dat wetenschappelijk goed is onderbouwd, dan komt men tot een teleurstellende 13%. Verder is aannemelijk werkzaam 23% (2). Het gevolg is dat veel artsen na hun studie tot de ontdekking komen dat veel van wat men na een lange studie heeft geleerd niet goed past bij de praktijk van de patiënten. Veel patiënten kunnen gewoon niet goed behandeld worden bijv. bij chronische vermoeidheid, reuma etc. De patiënt krijgt dan vaak te horen ermee te moeten leven omdat er niets aan te doen is.

Volgt deze arts dan op eigen kosten aanvullende opleidingen waarvan de wetenschappelijke onderbouwing minstens even goed is, zoals bijv. meer kennis over voeding en/of andere natuurlijke methoden, dan bestaat het gevaar dat dit als niet-regulier/alternatief door

verzekeraars wordt afgedaan en dat de patiënt geen vergoeding via de basisverzekering krijgt. De vreemde situatie doet zich voor dat dure medicijnen, die niet zelden bijwerkingen vertonen, wél vergoed worden, terwijl goedkopere alternatieven die kunnen bijdragen tot een betere gezondheid, over het hoofd worden gezien. In plaats van betere voeding (en eventueel supplementen bij een tekort) voor te schrijven en een gezond leefpatroon, schrijft de arts nu medicijnen voor bijvoorbeeld voor bloeddruk- of cholesterolverlaging, tegen depressie etc. De 'bijwerking' van dit voorschrijfgedrag is vaak dat de patiënt zich nauwelijks nog verantwoordelijk acht voor zijn of haar gezondheid. Die legt men in handen van de arts die immers overal een middel voor lijkt te hebben.

Veel bijwerkingen van behandelingen

Op dit moment vormen de risico's van regulier medische behandelingen zoals operaties en de bijwerkingen van de op de markt zijnde geneesmiddelen een last met aanzienlijke kosten (3,4,5), waardoor bovendien de zorgvraag weer toeneemt (opnames in ziekenhuizen). In de VS is de sterfte als gevolg van medisch handelen op de derde plaats gekomen van doodsoorzaken. Bij staken van de zorgverlening zouden er minder mensen sterven... Dit ondanks alle goede zaken die er in de gezondheidszorg natuurlijk ook plaatsvinden.

Medici hebben geen kennis van voeding

Een ander probleem is dat er in de medische opleidingen nauwelijks enige aandacht besteed wordt aan de invloed van voeding op preventie en behandeling van ziekten. Preventie van ziekten is hoe dan ook nauwelijks een thema tijdens de studie. Meestal is dit niet meer dan 6 uur op een studie van tenminste 6 jaar. Dit terwijl voeding en voedingsfactoren een belangrijke rol spelen bij het ontstaan van heel veel ziekten die frequent voorkomen (hart- en vaatziekten, kanker, reuma en diabetes). Dit is al meer dan 50 jaar bekend en in de wetenschappelijke literatuur beschreven en deze kennis neemt alleen maar toe. Op het KNMG jaarcongres in 1989 te Maastricht werd al aangegeven dat artsen veel te weinig over voeding weten. De boeken van Prof. M.R. Werbach (6,7) geven een goed overzicht van de literatuur tot 1999 over de rol van voeding bij vele ziekten. Uiteraard is er daarna nog veel meer verschenen. Wat overigens niets heeft veranderd aan de almaar verslechterende situatie op het gebied van de gezondheid.

Veel gezondheidsanalfabeten

Niet alleen artsen weten te weinig over voeding en gezondheid, dit geldt voor bijna iedereen in Nederland. Wij zijn in feite een land van *gezondheidsanalfabeten*. Ook op scholen is er niet of nauwelijks aandacht voor de relatie tussen voeding en gezondheid. De volksgezondheidsinspecteur Beijerman heeft in de zestiger jaren hierover al een rapport geschreven. Gezondheidsvoorlichting en opvoeding (GVO) zou wat hem betreft al vanaf de kleuterleeftijd stevig in het onderwijs moeten worden meegenomen. Sindsdien is er echter heel weinig gebeurd.

Preventie van ziekten is ondergeschoven kind

Iets later in de zeventiger jaren kwam de staatssecretaris mevrouw Veder-Smit met het plan om de preventie van ziekten als eerste prioriteit binnen de gezondheidszorg te gaan zien.

Deze plannen werden vervolgens nauwelijks toegepast.

Intussen heeft ook de Nederlandse regering de rechten van de mens op het gebied van de gezondheid ondersteund. Deze zijn door de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) te Alma-Ata als volgt geformuleerd: "Elke mens heeft recht op een zo goed mogelijke gezondheid zowel op lichamelijk, geestelijk als sociaal gebied".

Nederland deed ook mee aan de campagne "Health For All in the year 2000" van de WHO, waarbij 38 gezondheidsparameters zijn gekozen. Daarmee verplichtte Nederland zich internationaal om deze doelen in de periode 1985-2000 te realiseren. De op zich bescheiden doelen zijn echter bij lange na niet gerealiseerd en ook niet met het parlement besproken. Een en ander bleek al uit een tussentijdse analyse door TNO gezondheid (8).

Goed voorbeeld doet (soms) goed volgen

Andere landen hadden wel succes. In Finland bijvoorbeeld werd van 1971-1995 de sterfte aan hart- en vaatziekten onder mannen van 35-64 jaar met 65% teruggebracht terwijl Nederland veel slechter scoorde. In Finland werkte dan ook bijna iedereen samen. Landelijke, regionale en plaatselijke overheden, burgers, bedrijven (o.a. voedselbereiding), wetenschappers en gezondheidswerkers werkten samen om het gemeenschappelijk gezondheidsdoel te bereiken (9).

In Nederland nam het aantal verkeersdoden van bijna 3.200 in 1970 (CBS) af tot minder dan 800 in 2007 (meer dan 75% afname). En het kabinet streeft naar nog minder: 750 in 2010 (10).

En de toekomst?

Doorgaan op de huidige weg heeft geen zin. Er komen steeds meer Nederlanders (van alle leeftijden) die minder gezond zijn. De kosten van de gezondheidszorg zullen blijven stijgen door meer geneesmiddelengebruik, meer operaties etc. De verzekerden moeten dit hetzij direct, hetzij indirect opbrengen.

De huidige minister heeft in principe een goede doelstelling. Hij wil dat de gezondheidssituatie van de Nederlanders die bij de top 5 van de wereld hoorde en inmiddels is afgezakt naar de grijze middenmoot, weer bij de eerste 5 komt (11). Wij hebben echter nog geen concrete plannen van de minister gezien om dit doel te bereiken. Hopelijk geeft dit Deltaplan daartoe een stevige stimulans.

Doelstelling Deltaplan

Van meer kosten en minder kwaliteit in de gezondheidszorg willen wij naar een betere gezondheid tegen minder kosten. Concreter gezegd: het streven is naar minimaal 50% minder ziekte en invaliditeit en een kostenverlaging van eveneens 50%.

Dat laatste mag eventueel iets minder zijn, als dit belangrijke gezondheidsvoordelen met zich meebrengt.

Dit doel is mogelijk als alle betrokkenen in Nederland hierin met elkaar samenwerken. Waar een wil is, zal een weg zijn!

De plannen:

1. Minder bureaucratie

Vermindering van de administratieve lasten die gepaard gaan met de gezondheidszorg, zodat meer tijd aan de directe zorg kan worden besteed.

2. Invoeren gezondheidsvoorlichting op scholen

Invoering Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding (GVO) vanaf de kleuterleeftijd (groep 1 van de basisscholen) en gedurende de hele verdere schooltijd, dus tot en met de middelbare school. Kinderen zullen tijdens die lessen voorlichting krijgen over hoe je optimaal gezond kunt blijven of worden. Voor degenen die dit niet op school hebben gekregen, zal nascholing worden georganiseerd.

3. Meer aandacht voor voeding op medische opleidingen

Toename van het aantal uren (met een streven van ca. 20%) van de studietijd bij de medische (basis)opleidingen over voeding en voedingsstoffen ter preventie en ter ondersteuning van de behandeling van ziekten. Zij zullen daar leren dat de positieve effecten daarvan gelijk of beter zijn dan die van het gebruik van kunstmatige stoffen, die bovendien meer neveneffecten hebben en/of duurder zijn.

4. Meer toegepast onderzoek naar minder schadelijke behandelmethoden en preventie

Aanzienlijke uitbreiding van het toegepaste onderzoek (inclusief opleiding extra personeel hiervoor) naar betere, minder schadelijke behandel- en preventiemethoden van ziekten. Dit betekent ook stopzetting van de inkringing van al bestaande instituten op dit gebied die onder de (semi-)overheid vallen zoals bijvoorbeeld het RIVM. Deze hebben een belangrijke taak in dit plan. Verder zal internationale samenwerking in deze gestimuleerd moeten worden, zodat het onderzoek efficiënter kan worden uitgevoerd.

5. Invoering nultarief BTW

Geen BTW inningen in de gezondheidszorg invoeren. Dit zou de kosten van de gezondheidszorg onnodig hoger maken. Wel valt te denken aan een nultarief, zodat BTW op gebouwen, uitzendkrachten, verbruiksmaterialen et cetera als kostenpost kan worden afgetrokken.

6. Verzekeraar wordt belangenbehartiger

Verzekeringsmaatschappijen in de gezondheidszorg zullen zich moeten omvormen tot efficiënte uitvoerders om een goede doeltreffende zorg voor de verzekerden te realiseren, tegen minimale kosten. De verzekeraars innen het geld van de verzekerden en dienen dit vanuit zijn of haar belang efficiënt en cliëntgericht te beheren. Dit betekent snel en correct betalen aan de zorgverleners die de verzekerden de noodzakelijke zorg verlenen. Nu gaat het geld nog vaak traag of niet naar de zorgverleners of verzekerden en moeten deze weer onnodige administratieve handelingen verrichten om alsnog de verleende zorg vergoed te krijgen. Hier gaan miljoenen euro's mee verloren. In de VS gaat naar schatting 30-40% van de premiegelden verloren aan het bureaucratisch systeem.

7. Voeding wordt gezondheidsproduct

De voedselvoorziening voor de mens dient zodanig veranderd te worden dat het op de markt beschikbare voedsel de optimale gezondheid van de mens volledig ondersteunt. Hiertoe begint men bij het stimuleren van gezonde landbouw, veeteelt en visserij. Vervolgens zullen processen van voedselbewerking en –bereiding kritisch onder de loep genomen moeten worden met meer controle (en soms een verbod) op toevoeging van ongezonde stoffen.

8. Reclameverbod op ongezonde producten

Dit verbod is algemeen maar vooral kinderen zijn erg gevoelig voor reclame. Ouders zijn lang niet altijd bestand tegen de druk van de kinderen de gewenste schadelijke producten te kopen. De huidige epidemie van overgewicht en diabetes ook bij kinderen (met alle gezondheidsrisico's in hun latere leeftijd van dien) vraagt om drastische maatregelen.

9. Reductie van fijne stofdeeltjes door het verkeer evenals andere milieuvervuilende oorzaken.

Dit betekent een vermindering van de blootstelling aan toxische stoffen/deeltjes zoals dioxinen en reductie van longziekten zoals bijvoorbeeld astma en kanker.

10. Een verbetering van het binnenklimaat van huizen en gebouwen.

Veel ademhalingsproblemen zijn het gevolg van een ongezond binnenklimaat van huizen en gebouwen, waaronder ziekenhuizen. Meer aandacht voor voldoende ventilatie is noodzakelijk om bijvoorbeeld de groei van schimmels tegen te gaan. Woningverbetering is ook een zeer zinvolle activiteit met gunstige effecten op werkgelegenheid en CO² reductie.

11. Het onderscheid tussen regulier en niet-regulier loslaten

Alle effectieve behandelingen zullen onder de basisverzekering komen te vallen, waarbij het onderscheid naar regulier en niet-regulier verdwijnt. Bij gelijkheid tussen effectiviteit van (thans) reguliere en niet-reguliere middelen zullen die methoden de voorkeur krijgen die zoveel mogelijk vrij van bijwerkingen zijn.

12. Een parlementaire enquête instellen naar het falen van de gezondheidszorg

Een parlementaire enquête naar de oorzaken van het falen van het beleid in de gezondheidszorg (stijgende kosten, dalende gezondheid) lijkt zinvol. Dit niet om schuldigen te zoeken, maar om beter te begrijpen waarom het fout ging. De resultaten van de enquête kunnen vervolgens gebruikt worden om concrete verbeterplannen voor de gezondheidszorg op te stellen.

Bereiken van het gewenste resultaat

De eerste versie van dit Deltaplan zal in brede kring bekendgemaakt moeten worden, waarbij alle relevante partijen gevraagd wordt het plan te verbeteren om zo goed en zo snel mogelijk het gewenste resultaat te behalen. De bedoeling is om het plan steeds aan te passen zodat er tweede en verder opvolgende versies komen. Tussentijds zullen de aanpassingen op de website van de Vereniging Medisch Verzekerden verschijnen. Vanaf de uitvoering van het Deltaplan zullen de resultaten moeten worden gemeten om te zien wat de vorderingen zijn en waar bijstelling nodig is.

Het plan heeft de beste kans van slagen als zo veel mogelijk mensen en organisaties in de maatschappij meewerken en initiatieven ter verbetering aandragen. Dit zal de betrokkenheid van iedereen bij het plan vergroten, en daarmee de motivatie om de gestelde doelen te bereiken. Dit zal het welslagen van het Deltaplan in belangrijke mate bepalen.

Binnenkort zullen wij een congres organiseren, waarbij topdeskundigen uit de hele wereld hun visie zullen geven over hetgeen nu reeds mogelijk is op het gebied van een betere gezondheidszorg door gezondere voeding en meer preventie, en over het meest zinvolle praktische onderzoek.

Uitwerking van het plan kan ook per ziektebeeld gebeuren.

Financiering

De kosten die gepaard gaan met invoering van dit Deltaplan kunnen worden opgebracht uit:

- **Algemene middelen**

Een deel van de algemene middelen zal hieraan worden besteed. Dit is een nuttige investering in een gezondere toekomst die een tijdelijk extra tekort volkomen rechtvaardigt. De investering verdient zich over een aantal jaren terug in betere gezondheid van de Nederlanders. Er zullen daardoor minder collectieve lasten zijn door minder ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid, invaliditeit en behandeling. Door de betere gezondheid zullen mensen fitter zijn en gemiddeld ook meer inkomen kunnen realiseren. De staat zal daardoor in de toekomst niet alleen minder kosten in de gezondheidszorg hoeven dragen, maar ook meer belasting ontvangen.

- **Invoering gezondheidshypotheek**

Pensioenfondsen en iedereen die dat wil kan (door de overheid gegarandeerd) veilig geld sparen om een gezondheidshypotheek te realiseren teneinde veelbelovende gezondheidsinvesteringen te financieren. Om te stimuleren dat ook particulieren hiervan gebruik maken, kan men de voorwaarden hiervoor aantrekkelijk maken (vergelijk bijv. groene beleggingen / spaarrekeningen). Tevens zal dit de motivatie voor en het succes van het plan verhogen. De rente en eventuele aflossing kunnen bijv. betaald worden via de bedragen die het ministerie van Financiën ontvangt uit de inhoudingen van de loonbelasting of op andere wijze.

- **Verhoging btw op ongezonde producten**

De btw voor voedingsmiddelen met een lage nutriëntdichtheid zal verhoogd worden. Voedingsmiddelen met veel nutriënten (zoals vitamines mineralen) zullen juist in prijs verlaagd worden door een lager btw-tarief te hanteren. Als een gemiddelde waarde van 1 nodig is om de Aanbevolen Dagelijkse Hoeveelheid (ADH) van een nutriënt te halen, kan men zich voorstellen dat voeding met een waarde onder de 1 en zeker onder 0,5 niet onder het lage belastingtarief thuishoort. De hogere btw kan gebruikt worden om het noodzakelijke onderzoek etc. te stimuleren. Dit alles stimuleert de gezondheid van de Nederlanders, waardoor de gezondheidskosten en de daarbij behorende premies kunnen dalen. Ook stimuleert het de voedingsindustrie en landbouw om steeds gezondere producten te maken. Een recent artikel over Vitamine D (12) maakt melding van een vermindering van de directe en indirecte kosten met 17-18 % op het gezondheidsbudget als een meer optimale lichaamsspiegel wordt bereikt. De kosten om dit te realiseren bedragen slechts ca. 5% van de besparingen. Er zijn hiervan veel meer voorbeelden bijvoorbeeld bij elementen/mineralen zoals selenium (13,14), magnesium, lithium (15) en diverse vitamines.

Men spreekt dan niet langer over ADH's (voor een minimale gezondheid) maar over optimale hoeveelheden voor een optimale gezondheid.

Tot slot: het niet-doen van bovengenoemde noodzakelijke investeringen in een verbeterde nationale gezondheid is zonder meer schadelijk voor onze maatschappij en de medisch verzekerden. Tevens dreigt de zorg onbetaalbaar te worden.

Over de initiator van het Deltaplan Gezondheidszorg

De initiator van dit Deltaplan is de Algemene Vereniging Medisch Verzekerden (AVMV). De AVMV is recentelijk opgericht uit onvrede over het gebrek aan directe belangenbehartiging van verzekerden. De kosten stijgen, de premies stijgen, de keuzevrijheid daalt en de gezondheid neemt af. De AVMV is al jaren zeer bezorgd over het feit dat het gezondheidspotentieel in Nederland (voeding en preventie) onvoldoende benut wordt, ten gunste van de te eenzijdige aandacht op de behandeling van ziekten met nagenoeg uitsluitend farmaceutische middelen, die vaak allerlei bijwerkingen vertonen. Wij danken de WHF (World Health Foundation) voor de waardevolle ondersteuning.

Literatuur:

1. Beleidsagenda 2008: Zorg voor de toekomst. Ministerie van VWS, pag 23
2. WebsiteBritishMedicalJournal: <http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/about/knowledge.jsp>
3. J. Lazarou et al. JAMA, April 15, 1998, 279(15), 1200-1205.
4. J. Mercola. Drugs and Doctors May be the leading cause of death in the USA.
5. M.Pirmohamed et al. BMJ, 2004, 329:15-19
6. M.R. Werbach. Nutritional Influences on Illness. 1999, Third Line Press. ISBN0-961855-8-8
7. M.R. Werbach. Nutritional Influences on Mental Illness. 1999, Third Line Press. ISBN0-961855-8-8
8. H.P.A. van de Water, L.M. van Hertem. Bull's Eye or Achilles' Heel, WHO's European Health for All Targets Evaluated in the Netherlands. TNO Prevention and Health, 1996. ISBN:90-6743-432-9
9. Influencing public nutrition: from community prevention to national program. Puska et al. Public Health Nutrition, 2002, 5(1A):245-251
10. CBS webmagazine 25-9-2000 en Nieuwsbericht Ministerie Verkeer en Waterstaat 24-4-2008
11. Beleidsagenda 2008: Zorg voor de toekomst. Ministerie van VWS, pag 6,29
12. W.B.Grant et al. Estimated benefit of increased vitamin D status in reducing the economic burden of disease in western Europe. Prog Biophys Mol Biol. 2009, 3-4:1-10
13. Clark et al. JAMA, December 25, 1996, 276(24), 1957-1963.
14. E.F.Vogelaar. Voeding in de praktijk: De relatie tussen spoorelementen,mineralen en kanker.pag. 81-97,Boon,Scheltema en Holkema, Utrecht (1988).
15. G.N.Schrauzer and KF Klippel. Lithium in Biology and Medicine, 1991, VCH verlagsgesellschaft, Weinheim. ISBN 3-527-28203-3

Agemene Vereniging Medisch Verzekerden (AVMV)

Postbus 85

3980 CB Bunnik

Telefoon: 030-6594643

E-mail: info@avmv.nl

Website: www.avmv.nl