

# MEDISCH CONTACT

OFFICIEEL ORGAAN VAN DE KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

Hoofdredacteur W. J. Royaards - Redactiesecretaris: J. J. van Mechelen - Bestuur: K. Vaandrager, Deventer, voorzitter; Prof. Dr. A. Kummer, Amsterdam, vice-voorzitter; Dr. C. de Groot, Rotterdam, secretaris; Dr. M. van der Stoep, Voorschoten, penningmeester; A. Taminiau, Tilburg - Redactie en abonnementenadministratie Keizersgracht 327, Amsterdam, Tel. 242535.

## ONDERLING CONTACT

De geneeskunde is uiteengevallen in onderdelen. Curatief en preventief, specialistisch en algemeen, controlerend en behandelend, enz. Deze onderdelen hebben ieder hun eigen aspecten en vele daarvan hebben een daarin gespecialiseerde beoefenaar. Al deze beoefenaren zitten, lopen en rijden in onze samenleving op of door hun eigen domein, dat een klein deel beslaat van het grote veld dat door de geneeskunde - of beter gezegd door de gezondheidszorg - wordt bestreken. Toch hebben zij allen uiteindelijk één gemeenschappelijk doel: het welzijn van de mens, zijn geestelijke en lichamelijke gezondheidstoestand. Of zij dit nu zien en benaderen vanuit de gezichtshoek van het individu dan wel vanuit die van de samenleving, die door deze individuen wordt opgebouwd, doet in wezen niets ter zake. Het einddoel is de mens en zijn welbevinden. Bij de grote verscheidenheid in werken, bij het grote verschil in aanpak en uitvoering is het gemeenschappelijke van dit einddoel iets, dat de artsen sterk samenbindt. Zij is ook een bestanddeel van

het cement dat de Maatschappij voor Geneeskunst zo'n sterke eenheid doet vormen.

Gaat men nu na hoeveel onderling contact er in concreto bestaat tussen de collegae onderling, dan blijkt dat in feite menig arts toch een nogal solitaire werker is. Soms kent men elkander zelfs niet of nauwelijks, soms alleen schriftelijk, soms alleen „van de telefoon”. En als men elkander ontmoet kan men soms goed met elkaar praten, soms minder goed en een enkele maal slecht.

Voor een dergelijke toestand heeft men tegenwoordig een mooi woord en men spreekt dan van een tekort aan „communicatie”. Dat is een algemeen verschijnsel en wij zullen ons niet begeven in een analyse van de oorzaken. Twee daarvan, die op ons, artsen, betrekking hebben, willen wij noemen.

Ten eerste het gebrek aan tijd. De gemassaliseerde geneeskunde laat velen van ons geen tijd om rustig met collegae van gedachten te wisselen over patiënten en ziektegevallen, die onze aandacht hebben. Het móét veelal wel blijven bij snel geschreven briefjes en telefonische gesprekken.

In de tweede plaats dient genoemd te worden de mentaliteit van de arts, die dikwijls individualistisch is ingesteld, in die geest ook zijn training heeft ontvangen en geneigd is te spreken van „zijn” patiënt.

Toch blijkt dat menig arts gaarne in de situatie zou verkeren, meer gelegenheid te hebben met zijn collegae van gedachten te wisselen over de belangen van zijn patiënten en dat men, ook in onze kring, zich steeds meer gaat afvragen of de geringe communicatie tussen de artsen geen schade doet aan het totaal van ons kunnen en kennen.

Als dit zo is - hetgeen o.i. niet betwijfeld hoeft te worden - rijst de vraag of daaraan iets kan worden gedaan. In antwoord daarop zouden wij op twee mogelijkheden willen wijzen, die misschien nog meer zouden kunnen worden benut.

In de eerste plaats de *kringvergaderingen* van de afdelingen van onze Maatschappij.

Toen meer dan honderd jaar geleden op de eerste algemene vergadering de voorzitter van de Maatschappij uiteenzette, dat een Nederlandse vereniging

### INHOUD

16e Jaargang - 17 maart 1961 - No. 11

Onderling Contact . . . . .	159
Wetenschappelijke staven medische faculteiten . . . . .	160
Vrije keuze: huisarts of vroedvrouw? . . . . .	161
Berekening die vragen doet rijzen . . . . .	162
Vijfdaagse werkweek en huisarts . . . . .	163
Wat is een paramedisch beroep? . . . . .	164
Wanneer ontwerp-wet arbeidsongeschiktheid . . . . .	165
Astma-bestrijding . . . . .	166
Specialistenopleiding en -registratie . . . . .	166
Verpleging langdurige zieken in ziekenfonds-verstrekking . . . . .	167
De Europese universiteit . . . . .	167
Berichten . . . . .	168
<i>Van het Hoofdbestuur:</i>	
Kort verslag H.B.-vergadering . . . . .	169
Rapport huisarts-specialist . . . . .	170
<i>Van het Centraal Bestuur L.H.V.:</i>	
Specialité's en „Specialité's” . . . . .	177
Uit de afdelingen . . . . .	178
Ingezonden stukken: Ziekenhuis en specialist - Honorering celdiagnostiek - Praktijkoverdracht . . . . .	180

van geneeskundigen nodig was, o.a. omdat de geneeskunde een ervaringswetenschap is, die door uitwisseling van denkbeelden en ervaringen verder gebracht kan worden en daarbij constateerde, dat daarvoor plaatselijke afdelingen nodig waren, kon hij niet vermoeden welke taak en welke mogelijkheden voor deze afdelingen in de toekomst waren weggelegd. De sterk doorgevoerde specialisatie en differentiatie van het werk en de gevaren, die deze in zich dragen, kon hij niet voorzien en dus evenmin de kansen, die de door hem voorgestane afdelingen in de toekomst zouden krijgen om aan deze gevaren het hoofd te bieden. De afdelingsbijeenvakkomsten immers kunnen het stramien zijn, waarop het zo noodzakelijke onderling contact gelegd en ontwikkeld kan worden. Er is geen beter trefpunt denkbaar om als artsen elkander te ontmoeten dan bij die gelegenheid. Zij die zich daaraan onttrekken zullen op den duur de gevolgen van dit isolement niet kunnen ontlopen en zichzelf, hun collegae en hun patiënten nadeel berokkenen. Op de besturen onzer afdelingen rust dan ook een zeer verantwoordelijke taak, want zij zijn het die moeten trachten de bijeenkomsten zo aantrekkelijk en ook zo doeltreffend mogelijk te maken.

In de tweede plaats zouden wij in dit verband de *ziekenhuizen* willen noemen. Het moderne ziekenhuis is als centrum van de geneeskundige verzorging een niet minder geschikte trefplaats voor de artsen dan de afdelingsbijeenvakkomsten. Door velen is over dit onder-

werp reeds uitvoerig nagedacht en in menig ziekenhuis wordt in die geest belangrijk werk gedaan. Zo is men o.a. op verschillende plaatsen, al of niet gestimuleerd vanwege de afdelingen der Maatschappij, gekomen tot geregelde klinische middagen of avonden. Ook de voorstellen die gedaan zijn inzake het stafreglement voor de medische specialisten in de ziekenhuizen, getuigen van het grote belang, dat wordt gehecht aan het uitwisselen van gedachten op geregelde stafvergaderingen over ziektegevallen, tot heil van de patiënten en ter bevordering van de geneeskunst. Het is verheugend te zien hoe ver men op enkele plaatsen met dergelijke bijeenkomsten reeds is gevorderd.

Intussen blijven er nog vragen in overvloed over. Op welke wijze de Maatschappij-afdelingen hun taak in bovengenoemde zin het beste kunnen volvoeren, hoe de belangstelling en het bezoeken daarvan te stimuleren, hoe aan onderwerpen en sprekers te komen, blijft voor menig goedwillend bestuurslid van een afdeling een brandende vraag. Ook in vele ziekenhuizen zou men wel meer willen doen en ziet men de weg nog niet duidelijk. Een wat meer uitwisselen van ervaringen zou wellicht een gunstige uitwerking in deze kunnen hebben. Indien daaraan behoefte bestaat zullen wij de kolommen van ons blad daarvoor gaarne ter beschikking stellen, uitgaande van de vaste overtuiging dat het vermeerderen van het onderling contact een aspect is, dat de bevordering der geneeskunst kan dienen.

R.

---

## **Wetenschappelijke staven medische faculteiten**

DE voorzitters der zes medische faculteiten in Leiden, Groningen, Utrecht, Nijmegen en Amsterdam, hebben in een schrijven aan de ministerraad opnieuw de aandacht gevestigd op de grote moeilijkheden, die deze faculteiten ondervinden bij het aantrekken en behouden van wetenschappelijke medewerkers. Doordat de positie van wetenschappelijk onderzoeker aan de medische faculteiten als levenspositie reeds jarenlang onaantrekkelijk is, is het thans beschikbare aantal bekwame ervaren onderzoekers — academici zeer klein. Dit heeft in vele gevallen tot grote moeilijkheden geleid als nieuwe hoogleraren moesten worden gevonden.

Dit probleem, staat in het schrijven, is voor de minister van onderwijs, kunsten en wetenschappen aanleiding geweest tot het instellen van een commissie met de opdracht de oorzaken van deze ontwikkeling te onderzoeken en suggesties te doen ter verbetering. Hoewel deze commissie in oktober 1958 gereed kwam met haar rapport, zijn er nog geen maatregelen getroffen. Hetzelfde probleem heeft in andere Europese landen daarentegen reeds geruime tijd geleden een oplossing gevonden. In de brief van de voorzitters der medische faculteiten wordt

de regering verzocht thans de nodige stappen te doen.

In het zojuist verschenen Voorlopig Verslag der Tweede Kamer over de begroting 1961 van Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen leest men o.m.:

„Vele leden drongen er bij de minister op aan spoed te betrachten bij de uitvoering van het rapport van de Commissie inzake de wetenschappelijke staven van de medische faculteiten (de zgn. Commissie-Querido). Intussen waren zij erkentelijk voor de activiteit van de bewindsman met betrekking tot deze staven.

„Vele andere leden herinnerden er aan, dat de minister ter gelegenheid van de openbare beraadslagingen in de Tweede Kamer met betrekking tot het rapport van de zgn. Commissie-Querido had verklaard: „Over de uitvoering hiervan — dus het rapport over het wetenschappelijk personeel van medische faculteiten — is inderdaad interdepartementaal overleg met mijn ambtgenoten van Binnenlandse Zaken, van Sociale Zaken en Volksgezondheid en van Financiën nog niet afgesloten. Bij de algemene beschouwingen over de rijksbegroting voor dit jaar in de Eerste Kamer heeft de minister-president medegedeeld, dat de regering haar standpunt over de uitvoering van dit rapport in elk geval zal bekend maken vóór de behandeling van de onderwijsbegroting in de Eerste Kamer.” De hier aan het woord zijnde leden vroegen, of de in het vorenangehaalde gegeven belofte gestand zal worden gedaan.”

# VRIJE KEUZE: HUISARTS OF VROEDVROUW ?

IN een uitvoerig artikel in het februari-nummer van de Ziekenfondsgids, het orgaan van de Federatie V.M.Z. wordt het vraagstuk behandeld der vrije keuze tussen arts en vroedvrouw. Het onderwerp werd besproken op een onlangs gehouden algemene vergadering van de Federatie. De schrijver van het artikel stelt vast dat het een verre van eenvoudige zaak is, waaraan veel kanten zitten. Het begrip vrije keuze wordt besproken, waarbij in het algemeen gesteld wordt, dat vrije keuze op alle terreinen volstrekt mogelijk is (b.v. als geen andere hulp beschikbaar is).

Uit de ter beschikking staande gegevens blijkt, dat bij de vrijwillig verzekerden voor wie in feite de vrije keuze geldt, gemiddeld 44% een beroep doet op de vroedvrouw en 56% op de arts. Bij de verplicht-verzekerden doet gemiddeld 33% een beroep op de arts en deze groep geeft daarbij dan de verstrekking in natura, i.c. de hulp van een vroedvrouw prijs.

Vervolgens wordt de vraag besproken of de vrije keuze gewenst is.

„Van primair belang is het antwoord op de vraag of het vanuit een oogpunt van gezondheidszorg de voorkeur verdient, dat de vroedvrouw de normale bevalling leidt, omdat zij hiertoe algemeen beter in staat zou zijn en met gunstiger resultaat zou werken dan de huisarts. Indien velen uit ervaring betogen dat hier voor de vroedvrouw inderdaad een in het algemeen onbestreden terrein ligt, zal men toch niet blind mogen zijn voor de overweging, dat een simpele vergelijking van de resultaten van het verloskundig werk van arts en vroedvrouw niet opgaat. De arts moet uit hoofde van zijn opleiding en theoretische kennis minstens even goed in staat worden geacht tot het leiden van een normale bevalling als de vroedvrouw; met het oog op onverwachte complicaties en de betekenis van de lichamelijke conditie en bepaalde bestaande afwijkingen moet zelfs in bepaalde gevallen de voorkeur aan de huisarts gegeven worden.

In dit verband is opgemerkt dat men moet uitgaan van de stelling, dat artsen en vroedvrouwen beiden over de nodige kennis en kunde beschikken om de normale verloskundige hulp te verlenen, dat beide groepen hun taak verrichten met vol gevoel voor de verantwoordelijkheid en met de psychisch onontbeerlijke belangstelling bij de aanstaande moeders. Uitzonderingsgevallen welke in beide groepen kunnen voorkomen, mogen bij het zuiver stellen van het ons bezighoudende probleem, niet in het geding worden gebracht. Optreden hiertegen geldt ook in andere situaties.”

Zou men overgaan tot het invoeren van de vrije keuze tussen arts en vroedvrouw, dan volgen daaruit een aantal consequenties. Houdt men vast aan de bestaande regeling van de verstrekking in natura, dan moet men een regeling treffen die de verzekerden geen geld kost bij verloskundige behandeling. Dat betekent twee situaties. Als alléén de arts beschikbaar is, zal de vergoeding over-

een komen met het tarief, dat de huisarts in rekening brengt. Is er een reële keus mogelijk tussen arts en vroedvrouw dan zullen er twee tariefregelingen nodig zijn, één voor de artsen en één voor de vroedvrouwen. Dat zou betekenen dat men zowel met huisartsen als met vroedvrouwen tariefovereenkomsten moet afsluiten, waarbij dat van de arts boven dat van de vroedvrouw moet uitgaan om haar positie te beschermen. De schrijver van dit artikel meent, dat het ziekenfonds dusdoende een zekere verantwoordelijkheid gaat dragen voor de bescherming van de stand der vroedvrouwen.

Het zou bovendien voor een vroedvrouw, die zich als medewerkster aan een ziekenfonds verbindt, noodzakelijk blijven een bepaald rayon aan te wijzen (in verband met de verschillen tussen de regelingen voor plaatsen waar wel en waar géén vroedvrouwen beschikbaar zijn).

In verband met deze moeilijkheden — zo kan men verder in het artikel lezen — is het denkbaar, dat de gedachte aan *verstrekking in natura* ten aanzien van de verloskundige hulp wordt losgelaten om een eenvoudiger oplossing mogelijk te maken en wel het geven van een *vergoeding* ter hoogte van het tarief van de vroedvrouw. In vroeger jaren kenden de meeste ziekenfondsen bij bevalling een dergelijke financiële bijdrage, maar later is men de verloskundige hulp onder de verstrekkingen in natura gaan onderbrengen. Uit een algemeen beleidsoogpunt moet men bedenken, dat de verstrekkingen in natura juist betekenis hebben wanneer de te verstrekken geneeskundige hulp met een onberekenbaar financieel risico gepaard gaat. Specialistische hulp, verpleging in een ziekenhuis e.d. zijn onderdelen van de geneeskundige zorg welke een groot en sterk wisselend risico met zich brengen. Deze overweging kan echter bij de gewone verloskundige hulp geen rol spelen, want hierbij is van een risico eigenlijk geen sprake. Het is een feit, dat in het gezin gedurende het hele leven slechts enkele malen voorkomt en gepaard gaat met gelimiteerde kosten, die men bovendien vrij lang tevoren kan zien aankomen. Het bezwaar tegen een dergelijke, overigens eenvoudige regeling, waarbij de verstrekking in natura zou worden vervangen door een financiële bijdrage van het ziekenfonds bij de bevalling, is dat dan de verzekerde die woont in een gebied waar alleen een arts werkt, steeds zal moeten bijbetalen.

Het is te verwachten dat het eventueel uitvoeren van de vrije keuze tussen arts en vroedvrouw een aantal consequenties met zich zou brengen, o.a. afhankelijk van het tarief dat de huisartsen zullen hanteren en van de bereidheid, die zij zullen tonen eventueel meer bevallingen op zich te nemen. In het hier weergegeven artikel wordt dan ook gesteld dat het duidelijk is, dat men tegen elkaar zou moeten afwegen de waarde van de vrijheid van keuze tegenover de invloed daarvan op de belangen van arts en vroedvrouw. Door het feit dat het ziekenfondswezen gedurende twintig jaar de bevallingen a.h.w. aan de vroedvrouw heeft opgedragen, kan men niet onverschillig staan tegenover de gevolgen van een wijziging en zou het op de weg van de ziekenfondsen liggen om zich tevoren hierover met de huisartsen te verstaan.

Bij de discussie ter algemene vergadering van de

V.M.Z. is gebleken, dat velen aarzelend staan tegenover de consequenties van een vrije keuze tussen arts en vroedvrouw. Zal de huisarts te vaak worden gekozen en daardoor schade lijden? Zal het bestaan van de vroedvrouw worden bedreigd? Dreigt het gevaar van schade voor de gezondheidszorg? De meningen bleken ter vergadering uiteen te lopen.

De opleiding van de huisarts wat de verloskundige hulp betreft, was een der verdere onderwerpen die ter sprake kwamen, met welke kwestie de ziekenfondsen —

naar de schrijver opmerkt — geen direct bemoeienis hebben, hoewel de ontwikkeling hen niet onverschillig laat.

Aan het eind van de uitvoerige behandeling van dit onderwerp in de algemene vergadering van de Federatie V.M.Z. werd een stemming gehouden, niet met het doel een beslissing uit te lokken, doch als informatie. Daarbij bleek dat een bescheiden meerderheid zich uitsprak vóór de vrije keuze tussen huisarts en vroedvrouw, ook voor de verplicht-verzekerden.

## BEREKENING DIE VRAGEN DOET RIJZEN

ONDER de titel „Waar gaan wij met de lasten van de ziekenfondsen heen?” heeft de econoom Dr. J. Ratté in het januarinumnummer van „De Ziekenfondsgids”, uitgave van door Verzekerden en medewerkers bestuurd Ziekenfondsen, een informatief artikel geschreven. In een der paragrafen van dit artikel worden cijfers gegeven en feiten gesteld op een wijze, die niet iedere lezer duidelijk zal zijn. Althans zo is het ons gegaan.

Er zijn, zo betoogt Dr. Ratté, verschillende methoden mogelijk om te ramen, welk deel van het nationale inkomen beschikbaar is voor de 72,6 procent van de bevolking, in de ziekenfondsen verzekerd, en hij meent dat men met een percentage van 52 tot 55 procent van dit nationale inkomen voor deze 72,6 procent van de bevolking de werkelijkheid het best benadert. De lezer zal bereid zijn dit op gezag van de schrijver aan te nemen, hoewel dat niet behoeft af te doen aan zijn verlangen het begrip nationaal inkomen nader toegelicht te krijgen en te vernemen of het inkomen per hoofd van de bevolking niet zozeer een statistische eenheid is als wel een bij sociale beschouwingen hanteerbare realiteit.

's Lezers aandacht kan niet te lang bij deze opkomende vragen stilstaan, omdat zij meteen wordt opgeëist door een tweede berekening, welke de schrijver laat volgen. Deze 72,6 procent der bevolking, zo zegt hij, legt voor tenminste 72,6 procent beslag op de in ziekenhuizen beschikbare bedden en maakt gebruik van de bij de ziekenhuizen aansluitende poliklinieken. Neemt men **nu aan**, dat voor verpleging en behandeling de kostprijs in rekening wordt gebracht, dan betekent dit dat 72,6 procent van de ziekenhuisruimte wordt betaald door het deel van de bevolking, dat slechts over 52 tot 55 procent van het

ationale inkomen beschikt. En op deze berekening laat Dr. Ratté volgen: „Dit feit demonstreert overduidelijk, dat hier in geen enkel opzicht rekening is gehouden met het beginsel van lasten naar draagkracht, dat toch bij iedere gelegenheid als het summum van sociaal besef wordt aangediend.”

Wat dit beginsel van lasten naar draagkracht betreft, sommigen zijn van oordeel dat dit reeds zijn toepassing heeft gevonden bij de heffing van de premie voor de ziekenfondsverzekering. Anderen zijn van oordeel dat dit beginsel op dat punt niet zuiver is toegepast, omdat loontrekkenden van de werkgever een bijdrage in deze premiebetaling kunnen ontvangen en zelfstandigen niet, of omdat de ongehuwde voor zich alleen dezelfde premie - en ook hogere belasting - moet betalen als de gehuwde voor zich en zijn gezin wanneer beiden gelijke inkomsten hebben.

De meningen daarover lopen uiteen, maar dat men stelt, dat met het beginsel nog in geen enkel opzicht rekening is gehouden, wanneer de verzekerde de drempel van het ziekenhuis of van de polikliniek overschrijdt, lijkt toch wel een geheel nieuwe beschouwingswijze. Men zou die en tegelijk de mathematische grondslag, waarop ze steunt, toch wel nader geadstrueerd willen zien. Want wat deze berekening betreft moet er, zo krijgt men de indruk, daarbij van zijn uitgegaan, dat de kosten van ziekenhuizen uitsluitend worden gedragen door degenen, die daarin worden opgenomen. De vraag kan evenwel opkomen, vooral ten opzichte van universitaire ziekenhuizen, in hoeverre een deel van de kosten van de instandhouding van ziekeninrichtingen niet mede door subsidies, ergo uit belastinggelden van het gehele volk worden gedragen; waarbij men dan tevens bedenkt dat in de opbrengt van die gelden het beginsel van belasting naar draagkracht bepaald wel toepassing heeft gevonden.

Het is zeer wel mogelijk dat Dr. Ratté zijn berekeningen en beschouwingen nader en als onaantastbaar juist kan uiteenzetten teneinde de indruk weg te nemen dat zij te simplistisch in opzet zijn. Maar een andere vraag is, wanneer hij zijn becijferingen onweerlegbaar motiveert, of er dan inderdaad sprake van kan zijn geweest dat men ten aanzien van de situatie, zoals die thans is, kan spreken van een overduidelijke demonstratie van veronachtzaming van het beginsel van lasten naar draagkracht, welk beginsel als summum van sociaal besef wordt aangediend. De tijd is er toch werkelijk niet meer naar dat met een summum van sociaal besef in geen enkel opzicht rekening kan worden gehouden. Dat zou anders een testimonium paupertatis voor de democratie worden.



### MAATSCHAPPIJ-AGENDA

3 juni	Ledenvergadering L.S.V.
17 juni	Ledenvergadering L.H.V.
8 juli	Alg. Vergadering Mij.,
12, 13 en 14 oktober	Ledencongres der Mij., A'dam
4 november	Ledenvergadering L.H.V.
18 november	Ledenvergadering L.A.D.
9 december	Ledenvergadering L.S.V.
16 december	Alg. Vergadering Mij.

# DE VIJFDAAGSE WERKWEERK EN DE HUISARTS

*Pleit van werkgeverszijde voor één avondsprek-  
uur indien men het spreekuur op zaterdag zou willen  
afschaffen.*

In het nummer van 11 maart van „De katholieke werkgever”, officieel orgaan van de Algemene Katholieke Werkgevers Vereniging en het Katholiek Verbond van Werkgeversvakverenigingen, wordt de aandacht van de lezer gevestigd op beschouwingen in Medisch Contact over het spreekuur van de huisartsen in verband met de toenemende invoering van de vijfdaagse werkweek.

„Hoewel Medisch Contact een open oog heeft voor de nadelen, die een en ander voor de produktiviteit in het bedrijfsleven betekent, en een door ons gewaardeerde poging wordt gedaan om door middel van het afspraakspreekuur op zaterdag beide „partijen” tot elkaar te brengen, meent het blad, zo hebben wij begrepen, dat het raadplegen van de arts op zaterdag geen deugdelijke grond kan vinden in het feit dat dit op andere dagen arbeidsverzuim met zich mee zou brengen,” aldus „De katholieke werkgever”, die daarna schrijft:

„Wij veroorloven ons hierbij een kanttekening. In haar beperktheid tot „de vrije zaterdag” of „de” avonduren zal het bedrijfsleven de hier weergegeven opvatting kunnen onderschrijven. Wij vragen ons echter af of het zo vanzelfsprekend is als uitgangspunt te nemen dat de normale werktijden van de arts — waarbinnen het dagelijks spreekuur valt — geheel dienen samen te vallen met de normale werktijden in het bedrijfsleven. Als argument wordt hiervoor in „Medische Ethiek en Gedragssleer” o.m. aangevoerd: „De zitting van de rechtbank wordt ook niet naar de avond verschoven om het de getuigen gemakkelijker te maken”. (Hoofdstuk III, pag. 63).

„Afgezien van het feit, dat de soevereine minachting van de rechterlijke macht voor de tijd van de gewone burgers een „kostbare” antiquteit is waarmee de artsen hun geestelijke inventaris toch niet gaarne zouden willen verrijken, gaat deze vergelijking naar onze mening mank. Een rechtszitting brengt de inschakeling mee van een groot administratief apparaat, dat nu eenmaal aan kantooruren gebonden is. Een huisartsenpraktijk daarentegen is een eenmanszaak van een vrije beroepsbeoefenaar.

„Voorts — wat principieel belangrijker is — de huisarts werkt primair voor het lichamelijk welzijn van zijn patiënten. Er zijn in het maatschappelijke leven talloze beroepsbeoefenaren die zich bezig houden met het geestelijk heil der mensen. Niet alleen om dit op een hoger plan te brengen, doch ook om moeilijkheden op te lossen en erger te voorkomen. Wat te denken van een spreekuur uitsluitend overdag van pastoor of dominee? Gaat het hier om een lagere persoonlijke of maatschappelijke faculteit dan bij de gezondheidszorg? Velen die de betekenis hiervan als uitgangspunt niet aanvaardden, zullen de feitelijke waarde van hulp in geestelijke nood toch niet naar het tweede plan willen verschuiven?

„Deze opmerkingen hebben niet tot strekking en nog minder tot doel de huisartsen ervan te overtuigen dat het helemaal niet zo iets bijzonders zou zijn indien zij hun praktijk gedeeltelijk buiten de normale werktijden zouden moeten uitoefenen. Voor zover het spoedgevallen

betreft is er overigens geen arts in Nederland die daarvan niet reeds overtuigd is. Maar wel komt het ons redelijk voor dat door de mogelijke flexibiliteit van de praktijkuitoefening — met inachtneming van de eisen van het gezinsleven — enigszins rekening wordt gehouden met de beschikbare tijd van de patiënten en de daarachter liggende maatschappelijke produktiviteit die, naarmate de mechanisering voortschrijdt, het afwezig zijn van bepaalde arbeidskrachten sterker doet gevoelen. In de eerste plaats juichen wij het daarom toe dat de schrijver in Medisch Contact kennelijk geen voorstander is van het zonder meer afschaffen van het zaterdagssprek-  
uur, zoals helaas hier en daar reeds is geschied. Daarnaast zouden wij, ondanks reeds ingenomen standpunten, willen bepleiten dat de huisartsen zich opnieuw beraden over de mogelijkheid van het invoeren van een — al of niet afspraak — spreekuur op één avond in de week.

„Er zijn in de huidige samenleving vele — vooral intellectuele — beroepen die vaak zeer veel avondwerk vereisen. Wij zouden dit willen bestempelen als een maatschappelijk euvel waarvan in de eerste plaats het gezin de dupe is. Een pleidooi voor één avondsprek-  
uur in de week in plaats van het normale zaterdagssprek-  
uur, indien men dit zou willen afschaffen, is geen poging ook de artsen te doen behoren tot hen die week in week uit de slijtagestrijd met de tijd voeren. Integendeel, een op-eenhoping van werk dat toch — en goed — moet gebeuren zal daarmee kunnen worden voorkomen zonder dat gezegd kan worden dat het bedrijfsleven zijn vrije zaterdag viert mede ten koste van de huisarts.

„De situatie en daarmee de behoeften, tenslotte, zullen van plaats tot plaats verschillen. Regionaal overleg tussen huisartsen en bedrijfsleven — zonder dat daarmee de zelfbepaling ook maar naar den geest worde aangestast — zou tot vruchtbaar resultaat kunnen leiden ten bate van een produktiviteit, die aan de gehele maatschappij ten goede komt.”

*In dit nummer van Medisch Contact kan de lezer aantreffen het rapport van de Commissie ter bestudering van de verhouding huisarts—specialist, welk rapport in de Algemene Vergadering op 8 juli zal worden behandeld en waarvan vroegtijdige publicatie bespreking in de afdelingen vóór de juli-vergadering mogelijk maakt.*

*De farmaceutische adviseur van de L.H.V. mocht aanspraak maken op plaatsruimte voor een beschouwing over Specialité's en „Specialité's”. De behandeling van „Sociale Zaken en Volksgezondheid” in de Tweede Kamer, waarvan zeer korte samenvattingen in de pers zijn verschenen, bracht veel stof naar voren, die door uitstel wegens plaatsgebrek te zeer aan actualiteit zou inboeten. Met de andere artikelen en informaties, welke men in deze bladzijden aantreft, heeft dit geleid tot een nummer van M.C., dat van de lezer meer tijd vergt dan gewoonlijk het geval is. De redactie hoopt dat de geboden stof voldoende verontschuldiging is voor de tijd, die zij van de lezer vraagt.*

## WAT IS EEN PARAMEDISCH BEROEP?

IN ons land geldt de regel, dat ieder wordt geacht de wet te kennen. Eenzelfde regel geldt niet ten aanzien van wetsontwerpen. Ware dit wel het geval, dan nog zou niemand gehouden zijn met dergelijke ontwerpen rekening te houden: een eigenaardigheid van een wetsontwerp is namelijk dat het nog geen wet is, en dat het nog niet zeker is of het ooit tot wet zal worden verheven. Het mag de schrijver van het artikel getiteld „Medical Records Officer een nieuw(?) paramedisch beroep” (zie M.C. 1960, no. 4, pag. 57) dan ook niet euvel worden geduid, dat hij bij het bezigen van de term „paramedisch beroep” zijn eigen opvatting volgt, en zich niet laat leiden door de omschrijving, welke van het daarmee aangeduide begrip wordt gegeven in artikel 1 van Wetsontwerp no. 5590, ingediend bij de Tweede Kamer op 2 september 1959, waaromtrent het Voorlopig Verslag door de Kamer werd uitgebracht op 1 juni 1960.<sup>2)</sup>

Intussen kan het zijn nut hebben, te trachten spraakverwarringen te helpen voorkomen. Dit geldt in het bijzonder op dit terrein, dat misschien evenveel ruimte laat voor verschil in appreciatie als dat andere territoir, dat wordt aangeduid als „onderontwikkelde gebieden” (als ik mij deze vergelijking mag veroorloven). Vandaar dat ik mij gedrongen voelde, enige opmerkingen te maken. De onzekerheid inzake de vraag, wat men nu eigenlijk onder „paramedisch beroep” moet verstaan, weerspiegelt zich ook in het Voorlopig Verslag over het wetsontwerp. De opstellers van dit laatste hebben een afgrenzing gegeven, die huns inziens verdedigbaar is en juridisch „rond loopt”. Het zal moeten blijken of de Kamer het daarmee, na de Memorie van Antwoord, uiteindelijk eens zal zijn. Zolang dit niet vaststaat, blijft er formeel nog plaats voor het kiezen van een andere omschrijving. Ook deze zou dan echter moeten voldoen aan de eis van all round verdedigbaar te zijn. Heeft men een zodanige grondslag niet achter de hand, dan doet men m.i. beter, de term „paramedisch beroep” niet te gebruiken voor beroepen, die kennelijk buiten de definitie van het ontwerp vallen. Anders bevordert men spraak- en begripsverwarring.

Zou de „medical records officer” onder de definitie van het ontwerp zijn te brengen? Het lijkt mij zonneklaar dat dit niet het geval is. Het gaat er niet om, of iemand in zijn opleiding anatomie, fysiologie en grondslagen van de medische wetenschap als vakken heeft gehad, doch of hij (ik citeer het wetsontwerp) „onder leiding dan wel op aanwijzing en onder controle van een geneeskundige als beroep handelingen verricht of adviezen verstrekt, liggende op het terrein van de uitoefening van de geneeskunst”. De Memorie van Toelichting maakt duidelijk, dat dit inhoudt dat de werkzaamheden rechtstreeks op een „patiënt” zijn betrokken; het begrip „uitoefening van de geneeskunst” dient te worden uitgelegd aan de hand van artikel 1 van de wet van 1865 en de daaromtrent gevormde rechtspraak. Wanneer ik nu lees, dat de

primaire taak van de m.r.o. is „het zinnig opbergen en zo nodig snel te voorschijn halen van de ziektegeschiedenis, wanneer deze voor klinisch of poliklinisch gebruik of voor wetenschappelijk onderzoek nodig is”, en wat verder volgt, dan moge het waar zijn dat deze taak veel organisatievermogen en technische voorzieningen eist, maar dan lijkt mij hier niettemin een schoolvoorbeeld aanwezig van een beroep, dat nu juist buiten de wet valt, evenzeer als dat van de chauffeur van de arts of van de ziekenauto, dat van de louter administratieve secretaresse van de arts, en dat van de handelaar in medische instrumenten, zijnde allemaal beroepen welke toch voor de realisering van de *geneeskundige voorziening als geheel* hun belang hebben. Het zou echter geen zin hebben, een wet te maken waar al dergelijke beroepen tezamen onder vielen.

Eén aspect is er, dat bij de m.r.o. zowel als bij de paramedische en de medische beroepen van belang is: de geheimhouding. Dit lijkt mij echter niet essentieel voor de onderhavige kwestie. De geheimhouding staat hier niet in dienst van de vertrouwensverhouding tussen de patiënt en de uitoefenaar van het beroep zelf, maar van de verhouding tussen de patiënt en een of andere arts of werkelijke paramedische hulpkracht. Bovendien zou men aan de hand van het geheimhoudings-criterium geheel en al in het oeverloze geraken; ook typisten van een ziekenhuisadministratie zouden dan moeten worden geacht een paramedisch beroep uit te oefenen. De grens van het begrip „paramedisch beroep” zal nauwer moeten worden getrokken, waartoe het wetsontwerp een poging wil betekenen. Het belang van de geheimhouding, voorzover dat ook een rol speelt voor beroepen die buiten deze wet vallen, zal op andere wijze kunnen worden gediend, met name door een clause in arbeidsovereenkomst of aanstellingsbesluit.

<sup>1)</sup> De schrijver van dit artikel was tot voor kort hoofd afdeling Medische Beroepen en Ziektebestrijding van het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid en is thans hoofd van het bureau Kernenergie en Stralenbescherming van hetzelfde ministerie.

<sup>2)</sup> Een bespreking van het voorlopig verslag kan men aantreffen in M.C. 1960 no. 27, pag. 413.

### Bladvulling

#### OP HET SPREEKuur

„Dokter, ik loop al vijftig jaar mee en heb altijd poot-aan moeten spelen, maar zoals ze tegenwoordig, met dat jaag-systeem, de hele dag met de zweep achter je staan, is het geen wonder dat veel mensen de manège-ziekte krijgen!”

## WANNEER ONTWERP VAN WET INZAKE ARBEIDSONGESCHIKTHEID?

### *Staatssecretaris Roolvink laat zich niet op een datum vangen*

Bij de behandeling van de begroting van Sociale Zaken en Volksgezondheid in de Tweede Kamer, die nu gaande is, en waarbij het in eerste aanleg om „Sociale Zaken” ging, is er door verschillende sprekers op aangedrongen dat een wet inzake arbeidsongeschiktheid niet al te lang op zich zou laten wachten. Ook is, onder verwijzing naar de ingewikkeldheid van sommige sociale verzekeringswetten gevraagd de gedachte wet op de arbeidsongeschiktheid te laten voldoen aan normen van goede hanteerbaarheid.

Het Kamerlid de heer Berger (P.v.d.A.) heeft, blijkens de Handelingen der Tweede Kamer, de normen, waaraan die wet zal moeten voldoen, als volgt geformuleerd:

1e. De wet moet zo eenvoudig mogelijk zijn. Niet alles behoeft uitputtend te worden geregeld. Voor elke moeilijkheid moet een oplossing worden gezocht en niet voor elke oplossing een moeilijkheid, zoals zo vaak bij de sociale wetten geschiedt.

2e. Elke voorziening is ten behoeve van de verzekerden en niet ten behoeve van de uitvoeringsorganen noch om bepaalde romantische gevoelens ten aanzien van de wijze van uitvoeren te bevredigen.

3e. Als zonder schade voor de verzekerden en met schending van historische ontwikkelingen gekozen moet worden tussen dure en goedkope oplossingen, moet de goedkope oplossing de voorkeur hebben.

Wat deze laatste norm betreft heeft de heer Berger verwezen naar een opmerking in de Memorie van Antwoord over dit begrotingshoofdstuk, waaruit blijkt dat met de sociale verzekeringen geweldige bedragen aan administratiekosten zijn gemoeid en dat het goedkoper en efficiënter kan.

In het verdere van zijn betoog heeft dit Kamerlid er de aandacht op gevestigd dat de uitvoering van de A.O.W. zeer lage administratiekosten vergt en dat, mits men niet te perfectionistisch wil zijn, ook van andere sociale verzekeringswetten een goedkoper uitvoering mogelijk is. Woordelijk zei dit Kamerlid:

„Wij zijn soms zulke afgrijselijke perfectionisten. Ik heb een hele serie voorbeelden van ingewikkelde maatregelen bij mij, maar ter wille van de tijd zal ik er slechts één voorlezen, een wachtgeldregeling, en die luidt aldus:

„A. Gehuwde mannen, ongehuwde mannen, die kostwinner dan wel ouder dan 23 jaar zijn: 3 wachtdagen; 52 weken 95 percent. Bij de eerste 2 ziektegevallen in een kalenderjaar geen wachtdagen. Bij volgende gevallen in het kalenderjaar vervallen de 3 wachtdagen na 12 ziekte-dagen;

B. Vrouwen met een dienstverband van 1 jaar of langer, ongehuwde mannen, die geen kostwinner zijn dan wel jonger dan 23 jaar zijn, doch met een dienstverband van 1 jaar of langer: 3 wachtdagen, 26 weken 90 pct.; 26 weken 80 pct.;

C. Zelfde categorie als onder B genoemd, doch met een

dienstverband van 2 jaar of langer: 3 wachtdagen; 52 weken 90 pct.;

D. Zelfde categorie als onder B genoemd, doch met een dienstverband van minder dan een jaar: 3 wachtdagen; 52 weken 80 pct.”.

„Begrijpt U nu, mijnheer de voorzitter, waarom er steeds minder mensen voor het diploma „sociale verzekering” slagen?

„Ik heb wel eens het gevoel, dat wij sedert het grote amendement-Kuyper de weg terug naar de eenvoud nooit meer hebben kunnen vinden, behalve dan bij de A.O.W.

„Ik dacht, dat een overtrekking van die souvereiniteit in eigen kring in deze tijd toch wat gecorrigeerd moet worden door de gedachte, dat de verzekerden en de werkgevers recht hebben op een zo eenvoudig mogelijke regeling.”

Staatssecretaris Roolvink is later ingegaan op de door de heer Berger genoemde normen, waaraan een wet op de arbeidsongeschiktheid zou moeten voldoen. Hij onderschreef die normen en hoopte, dat men er in zal slagen een eenvoudig, duidelijk ontwerp van wet te maken, waarmee ook de uitvoeringsorganen dienovereenkomstig zullen omgaan. Men hoede zich er voor, zo zei hij, ook maar één bepaling ingewikkelder te maken dan nodig is.

Tijdens het debat is wel gebleken, dat men omtrent het tijdstip van indiening van een ontwerp van wet op de arbeidsongeschiktheid nog in het onzekere verkeert. „Deze locomotief staat onder stoom”, zo heeft Staatssecretaris Roolvink gezegd en naar aanleiding van suggesties uit de Kamer om voor snellere totstandbrenging van het wetsontwerp enkele ambtenaren geheel vrij te maken, heeft de heer Roolvink nog gezegd:

„Ik zou over dit punt toch nog iets willen zeggen. Er is op dit punt gesproken op een wijze, alsof men maar even ergens iemand vandaan kan halen en aan een ander werkstuk zetten. Diegenen onder ons - en ik reken mij zelf er nauwelijks toe -, die enige ervaring hebben met de moeilijkheden, die aan wetgevende arbeid zijn verbonden, zullen het waarschijnlijk direct met mij eens zijn, dat er maar weinig ambtenaren zijn, die op dit vak gespecialiseerd zijn. Ik kan wel zeggen, dat de meeste wetten voor slechts enkele personen worden geschreven. Daarin zit wel een stuk teamwork, dat geef ik gaarne toe, maar deze mensen moeten wij veelal met een lantaarntje, zelfs op klaarlichte dag, zoeken. Het is dus niet zo eenvoudig als bij voorbeeld wel eens wordt voorgesteld in het orgaan van het C.S.W.V.,\*) waar men doet of het maar een kleinigheid is. Ik geloof niet, dat de geachte afgevaardigde de heer Berger op zo lichtvaardige wijze heeft gesproken. Ik zou zijn woorden wel zo willen interpreteren, dat het

\*) Bedoeld is „De Ondernemer”, orgaan van het Centraal Sociaal Werkgevers-Verbond.

hierop neerkomt: Verleent u zo hoog mogelijke prioriteit en zet alles, wat goed bruikbaar is, maar aan deze wet, de zaak heeft haast. Dat betekent uiteraard niet, dat hij bedoelt: Zoekt u maar een paar mensen bij elkaar, dan gaat het wat vlugger. Zo lichtvaardig heeft hij dit bepaald niet gedaan. Ik neem aan, dat dit ook geldt voor de andere geachte afgevaardigden, die hierover hebben gesproken.

Omtrent de prioriteit kan moeilijk verschil van mening bestaan. Deze zaak heeft hoge prioriteit. Er is de opmerking gemaakt: Noemt u eens een tijd. Daartoe laat ik mij in deze omstandigheden niet verleiden. Als men een datum noemt, moet men een datum noemen, vóór welke men klaar kan komen. Men moet liefst binnen die tijd klaar zijn. Deze zaak is te riskant; vandaar dat ik mij van het noemen van een bepaalde datum wil onthouden. Dat er met ijver en toewijding wordt gewerkt, daarover heeft niemand in twijfel te verkeren."

Later in zijn betoog nog even op deze zaak terugkomende zei Staatssecretaris Roolvink goed te hebben begrepen dat een belangrijke vertraging in de totstandkoming van het wetsontwerp hem zal kunnen worden aangerekend. Hij zeide o.m.:

„Ik ben mij dat bewust, maar een zeker risico moet men aanvaarden in deze dingen. Vandaar dat u mij later niet kunt vangen op een datum, die ik zelf zou hebben genoemd. Wij staan min of meer met onze rug tegen de muur met deze zaak. Wij hebben een keuze gedaan, wij weten dat het een omvangrijk stuk werk is. In de wandeling noemen wij dit „Mammoet II”.

## Astma-bestrijding

UIT de rede van het Tweede Kamerlid de heer Van Gelder (c.h.u.) bij de behandeling van de begroting van Sociale Zaken en Volksgezondheid:

„Nog moge ik voorts de geachte bewindsman bijvallen, wanneer hij verklaart met grote inspanning te hebben begroet de totstandkoming van de Nederlandse Asthma-Stichting, waarvan men inderdaad mag aannemen, dat die de onderlinge samenwerking van de op het terrein van de asthmabestrijding werkzame organisaties zal bevorderen, al werd mijn vreugde wel weer enigermate getemperd door een artikel, dat ik een paar maanden geleden las in Medisch Contact onder het boeiende opschrift: „Moet dat nu zo?”. Ook in deze Kamer een geveugeld woord, dat men in de meest verschillende kringen is gaan gebruiken. Uit dat artikel las ik van het bestaan van nog een grote geldinzamelingsactie voor nog een andere zich noemende „Nationale Stichting”.

„Nu het ontstaan van de Nederlandse Asthma-Stichting van overheidszijde — en terecht — zo werd toegejuicht, ware het wellicht mogelijk voor de geachte bewindsman op passende wijze mede enige invloed aan te wenden, ten einde te bereiken, dat het ongetwijfeld ook met de beste bedoelingen ontwikkelde initiatief van die andere organisatie — overigens ook door een aanbeveling uit regeringskringen gesteund — zich nog in dat van de Nederlandse Asthma-Stichting zal voegen. Want anders kon weleens een tweede aanvraag om subsidie volgen.”

## Specialistenopleiding, -erkenning en -registratie

HET Tweede Kamerlid Mr. de Vreeze (k.v.p.) heeft bij de behandeling van de begroting 1961 van Sociale Zaken en Volksgezondheid de nieuwe regeling betreffende erkenning en registratie van medische specialisten ter sprake gebracht. Dat de ziekenhuisorganisaties geweigerd hebben in deze regeling mede te werken omdat hun alleen aanwezigheid wordt gegund in het Centraal College, wanneer het gaat om opleidingseisen, waarbij deze organisaties direct betrokken zijn, achtte deze spreker zeer ernstig en hij sprak zijn vertrouwen uit dat minister van Rooij deze zaak nog eens zal willen overwegen en met name of de minister aan de bezwaren van de ziekenhuisorganisaties, die Mr. de Vreeze gerechtvaardigd achtte, toch niet tegemoet wil komen.

In zijn beantwoording van de sprekers heeft de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid op dit punt gezegd:

„Er is door de geachte afgevaardigde ook nog gesproken over de situatie met betrekking tot de specialistenregistratie. Hij heeft gevraagd of het niet mogelijk was op een naar zijn mening meer bevredigende wijze te komen tot inschakeling van de ziekenhuisorganisaties. Zoals u weet, mijnheer de voorzitter, is de gehele materie van de regeling van de specialistenregistratie een vrij langdurige geschiedenis geweest, waarbij het speciaal ging om het rekening houden met de belangen van enerzijds de Maatschappij voor de Geneeskunst, die op dit terrein zeer nuttig en belangwekkend voorttrekkerswerk heeft gedaan, en anderzijds de universiteiten, die op het gebied van de specialistenopleiding natuurlijk uit wetenschappelijk oogpunt een zeer belangrijke rol moesten spelen. Uiteindelijk is een regeling tot stand gekomen, waarbij het niet meer mogelijk bleek — zonder datgene te verstoren, wat was opgebouwd — rechtstreeks deze ziekenhuisorganisaties in te schakelen. Het lijkt mij trouwens mogelijk, mijnheer de voorzitter, dat men van de kant van de Maatschappij — en ik meen deze bereidheid te hebben mogen ontdekken — bij degenen, die men gaat benoemen in de desbetreffende organen, eventueel ook personen neemt, die meer direct betrokken zijn bij de ziekenhuisorganisaties. Anderzijds is de afspraak gemaakt, dat, wanneer het gaat over aangelegenheden, die de ziekenhuizen rechtstreeks raken, een uitnodiging zal worden gezonden aan beide organisaties op het gebied van het ziekenhuiswezen in Nederland, zodat zij deze vergaderingen kunnen bijwonen en daarin een adviserende stem hebben.

„Ik meen nog altijd, dat door de regeling, zoals die is opgezet, waarbij dus wel degelijk aan deze organisaties een inspraak wordt gegeven — ik geloof nl., dat het altijd het belangrijkste is, dat men er op een zeker moment bij is —, een mogelijkheid is geschapen, om de belangen naar voren te brengen, die toch — het gaat ten slotte toch ook over een regeling met redelijke mensen — de waarborgen geeft, die de ziekenhuisorganisaties redelijkerwijze kunnen vragen.”



# VERPLEGING LANGDURIGE ZIEKEN IN ZIEKENFONDSVERSTREKKING

DE minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Mr. Dr. Ch. J. M. A. van Rooy heeft bij de beantwoording van de sprekers in de Tweede Kamer over de begroting van Sociale Zaken en Volksgezondheid medegedeeld, dat verpleging van langdurige zieken zal worden opgenomen in de ziekenfondsverstrekking. De mededelingen op dit punt van de minister vindt men in de *Handelingen* der Tweede Kamer als volgt vermeld:

„Ik wijs voorts op een ander stuk van ons program, nl. datgene, wat op het gebied van de langdurig zieken gebeurt en verder nog zal moeten gaan gebeuren. Vrijwel alle sprekers hebben gevraagd hoe het staat met die kwestie van het advies van de Ziekenfondsraad inzake de verpleging van langdurig zieken. Tot mijn genoegen kan ik mededelen, dat de ministerraad heeft besloten tot invoering van de desbetreffende regeling over te gaan. Ik geloof, dat het in het kader van onze Nederlandse gezondheidszorg een belangrijk besluit is. Wij kunnen in het algemeen stellen, dat tot nu toe de Nederlandse gezondheidszorg op het punt van de verpleging geen slecht figuur sloeg. Dit was echter bepaald een hiaat, dat er nog was. Het is dus gelukkig, dat dank zij het advies van de Ziekenfondsraad deze beslissing nu inderdaad kon worden genomen. Die beslissing is geheel en al overeenkomstig het advies van de raad, te weten: men krijgt 50 pct. vergoed van de kosten, met een maximum van f 7,50 per dag gedurende een jaar en op een medische indicatie. De consequenties hiervan — ik wil er nog even bij stilstaan, mijnheer de voorzitter — hebben aanleiding gegeven tot een wat langduriger voorbereiding, voordat deze beslissing kon worden genomen. In het kader van de Ziekenfondsraad heeft men — dit is ook begrijpelijk — gekeken naar deze zaak op zich zelf, maar uiteraard is het iets, dat ook verder gaande repercussies heeft, o.a. op het gebied van de hoogte van de premie. Men mag er rekening mee houden, dat de invoering een premieverhoging met zich brengt van 0,1 pct., maar dit is dan gebaseerd op een beddenaantal van ongeveer 10.000. Men mag aannemen, dat ongeveer 7500 bedden nu onmiddellijk geschikt bevonden zullen worden, dat men in een overgangssituatie genoeg zal nemen met ongeveer 2500 bedden, zodat op dit ogenblik deze zaak dus kan starten met 10.000 bedden. Daarnaast mag men ook verwachten en moet men verwachten, dat er een regelmatige uitbreiding komt, waardoor in de loop van 8 à 10 jaar opnieuw een 10.000 bedden aan het bestand zullen worden toegevoegd. Dit betekent dan dus, dat er opnieuw een premieverhoging te verwachten is over een vrij lange termijn. Ik mag er overigens op wijzen, dat men start met slechts een gedeeltelijke vergoeding. Wij hebben dit ook in het kader van de sanatoriumverzekering. Het is dus slechts 50 pct. en het was dus ook wel goed, even te realiseren, wat eventueel de gevolgen zouden zijn voor de verdere toekomst, wanneer termen zouden kunnen worden aangevoerd om hierin een wijziging te brengen.

„Dit geheel van mogelijkheden moet dus worden bekeken in verband met prioriteiten op tal van andere gebieden, niet alleen van ons eigen departement, maar

ook van andere departementen, en dit is de oorzaak geweest, dat het wat langer heeft geduurd dan misschien direct begrijpelijk was voor degenen, die niet rechtstreeks en intern hierbij betrokken waren. Ik geloof echter, mijnheer de voorzitter, dat het belangrijkste is, dat nu deze beslissing gevallen is en dat men er dus rekening mee kan houden, dat in de loop van het jaar deze voorziening zal worden ingevoerd. Dit is ook hierom van belang, omdat men in het kader van de bouwplannen rekening kan gaan houden met de eisen, die op dit terrein door de Ziekenfondsraad, voorgelicht door de geneeskundige hoofdingspectie, zullen worden gesteld.”

---

## De Europese universiteit

In het Voorlopig Verslag der Tweede Kamer over de begroting 1961 van Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen leest men met betrekking tot een Europese universiteit het volgende:

„Vele leden waren ernstig verontrust over de stand van zaken betreffende de Europese Universiteit, welke te Florence gesticht zal worden. Zij hadden groot respect voor de wijze, waarop de minister deze zaak in de onderhandelingen op dit stuk had aangevat, en deelden zijn argumenten. Intussen wordt de zaak zelve op huns inziens onverantwoordelijke wijze door anderen getraind. Ziet de minister kans middelen en wegen te vinden om deze aangelegenheid weer op gang te brengen?

„Enige leden sloten zich bij deze vraag aan. Zij betreurden het, dat vrijwel alle internationale instellingen, tot stand gekomen door de nieuwe Europese samenwerking, buiten Nederland gevestigd zijn of worden (Brussel, Brugge, Luxemburg, Parijs, Straatsburg, Milaan, Florence). Heeft, zo vroegen deze leden, de regering wel eens initiatieven ontplooid om de Europese Universiteit binnen onze grenzen te doen vestigen?

„Vele andere leden sloten zich bij deze vraag aan. Verder zouden zij gaarne vernemen, of de bewindsman zich reeds een mening had gevormd over de structuur van de meerbedoelde universiteit, zoals hij die in het internationale overleg wil bepleiten.

„Sommige leden verklaarden met belangstelling de plannen tot oprichting ener Europese Universiteit te volgen. Zij waren met de minister van mening, dat deelneming hieraan niet zou dienen te worden beperkt tot de landen, behorende tot de Europese Economische Gemeenschap. Voorts rees bij hen de vraag, of in de toekomst niet moet worden gedacht aan „schaalvergroting” ook op Europees universitair gebied in die zin, dat studenten meer dan tot nu toe hun studie kunnen voortzetten of aanvullen aan andere instellingen van wetenschappelijk onderwijs binnen Europa. Dit zou tot een zekere „Europeanisering” van de bestaande universiteiten kunnen leiden.”

## Belgische visie op de toekomst

In het Belgisch Geneesherenblad, tweede nummer van jaargang 1961, vindt men de rede afgedrukt, welke de arts P. Ascoop heeft gehouden voor een St. Lucasvergadering. Hoewel de rede tot titel draagt: „Wat staat er de omnipracticus te wachten” is de inhoud van wijder strekking. Zo wordt ook de vraag gesteld wat de toekomst zal brengen op het gebied van eenheid van organisatie van het medische beroep in België.

Dr. Ascoop is optimistisch gestemd over het akkoord, dat de drie bestaande professionele groeperingen in zijn land hebben gesloten en dat het daartoe ondertekende protocol thans wordt uitgewerkt om het om te zetten in een enige organisatie, zodat het mogelijk zal worden dat het medisch korps, hoewel inwendig zeer verscheiden in zijn samenstelling, slechts één spreekbuis zal hebben tegenover de buitenwereld, dat is: de regering, de verschillende ministeriële diensten, de mutualiteiten, enz.

Dat de vooruitzichten op het bereiken van de eenheid rooskleurig zijn acht Dr. Ascoop zeer gelukkig, want de tijd daartoe dringt en de toekomst voor de medicus is veel minder geruststellend dan op andere fronten. Zijn visie op de toekomst worde hier weergegeven met het volgende citaat uit zijn beschouwing:

„Laten wij eerst en vooral de zogenaamde sociale geneeskunde bezien, en de eeuwige wrijvingen, moeilijkheden en zelfs strijd, tussen de geneesherenorganisaties en de overdreven vooruitstrevende neigingen van syndikaten en mutualiteiten onder de invloed van politieke partijen.

„Of het nu gaat om een omnipracticus van een grootstad, van een minder groot maar industrieel centrum, of van het platteland, met of zonder geneesmiddelen depot, overal leeft hij de sociale evolutie mee en moet ontdekken dat er, naast enkele voordelen, zelfs voor het medische korps, heel wat nadelen mee gepaard gaan, als daar zijn: veel meer schrijf- en administratiewerk, concurrentie van polyklinieken, enz.

„Welnu, ieder geneesheer weet ook, of zou moeten weten, dat het nog veel slechter kan worden met onze vrijheid; al onze kollega's zouden beter moeten begrijpen, beseffen en waarderen, hoe vrij en ongedwongen zij de geneeskunde nog mogen beoefenen, sociaal gesproken.

„Niet iedereen zal onmiddellijk akkoord gaat met deze bewering; de meeste geneesheren menen, reeds nu, dat hun alle vrijheid ontnomen werd, en dat het hoog tijd is om daartegen te reageren.

„Dat zij zich echter geen te schone illusies maken! Ons land is met het naburige Frankrijk nog het enige in Europa waar de vrije beoefening het minst werd beperkt! U weet dat het de laatste maanden en dagen ook bij onze zuiderburen snel aan het veranderen is, en dat de vrije geneeskunde er meer en meer aan banden wordt gelegd. Zodat het in het Europa der Zes, het Europa dat voor ons een werkelijkheid aan het worden is en dat reeds bestaat, vooral in zijn principen en zelfs voor een groot deel in

zijn uitbouw, ons klein landje alleen overblijft om aan de geneeskunde genoegzame vrijheid te waarborgen.

„Laten wij niet te pessimistisch doen, maar mijns inziens is het totaal uitgesloten dat ook wij, onder de dwang van de overgrote meerderheid, niet zullen moeten toegeven aan de algemene nivellering die reeds over enkele maanden of ten hoogste enkele korte jaren de sociale geneeskunde in Europa zal leiden en reglementeren.

„Op dit gebied is er vast en zeker enorme verandering te verwachten, en beslist niet in de zin die wij, geneesheren, verlangen.

„Tijdens het jongste Kongres van de Wereldfederatie der Nationale Geneeskundige Beroepsgroeperingen te Berlijn, is het ons ten andere zeer speciaal opgevallen hoe weinig landen er in de wereld nog zijn waar van vrijheid bij de uitoefening der geneeskunde mag worden gesproken, en hoe de meeste afgevaardigden over sociale en medicale toestanden in hun respectieve landen handelden waar wij bijna niet bij konden, die wij niet begrepen, ik wou zelfs zeggen: die wij nooit zouden aanvaarden indien men om „onze” mening verzocht.

„Waarheidshalve moet ik daaraan toevoegen, en dit is de eerste maal dat wij zo iets hebben gehoord, dat een officieel vertegenwoordiger van Zweden niet meer zo enthousiast scheen als naar gewoonte over de sociaal-geneeskundige vooruitgang in zijn land, en veeleer niet heimwee terug dacht aan meer vrijheid en meer bewuste verantwoordelijkheid.

„De tijd ontbreekt ons om hierbij langer stil te staan. Het is echter een feit dat onze vrijheden, die reeds hier en daar werden verminderd en beperkt, nieuwe en zware deuken zullen te verduren krijgen.

„Wat er zal van overblijven? — Wij weten het niet; er bestaat 'n hele gamma van systemen welke toegepast worden in naburige landen, en die bij ons min of meer grote kans maken; al deze die in aanmerking komen, beperken echter de vrijheid van de geneesheer zowel als deze van de patiënt; en toch zijn er nog enorme verschillen, en de taak van onze leiders zal er niet gemakkelijker om zijn.”

## Non Semper Curantes Ledencongres 1961 Amsterdam

Er zal zeker dit jaar weer een kamermuziekmiddag zijn op de zaterdag van het Ledencongres. De daartoe zo geschikte zaal in het Stedelijk Museum is gereserveerd en het programma zal gevarieerd en goed zijn.

Anders dan in vorige jaren zal dit programma worden samengesteld. Het aantal aanmeldingen voor de selectieconcerten was kleiner en bestond voor het grootste deel uit solisten en combinaties reeds bekend bij de jury. Er was slechts een enkele aanmelding van een nieuwe combinatie.

Er zullen dit jaar geen selectieconcerten worden gehouden. De jury zal kennis nemen van de aanmeldingen, maar dit zal slechts in een enkel geval richtlijn zijn voor het samenstellen van een programma voor een proefconcert. De jury zal een beroep doen op vroeger reeds opgetreden solisten of groeperingen en op die manier trachten te komen tot een goed programma. We kunnen er wel zeker van zijn dat dit zal leiden tot een goede kamermuziekmiddag.

Jammer is het wel, dat deze landelijke artsenmuziek dreigt te mislukken. Ik zal het Hoofdbestuur verzoeken het volgende jaar nog eenmaal toestemming te verlenen tot het organiseren van selectieconcerten. Ik hoop dat de muzikminnende leden, die dit bericht lezen, reeds nu propaganda zullen willen maken bij musicerende collega's in hun omgeving om nu toch eens mee te doen. Zoals bekend wordt het congres in 1962 in Drenthe gehouden.

Dr. C. de Groot

## Nederlandse Vereniging voor Gerontologie

De sociaal-wetenschappelijke sectie der Nederlandse Vereniging voor Gerontologie zal op zaterdag 8 april a.s. vergaderen in de Valeriuskliniek, Valeriusplein 9, te Amsterdam. Aanvang 14.30 uur.

Dr. G. A. Kooy zal dan spreken over „Sociaal-wetenschappelijk onderzoek ten behoeve van de bejaardenzorg” en de heer J. M. Munnichs, psych.drs. òf mejuffrouw J. ter Veld, soc.dra., over: „Verslag van de Werkgroep Ouderdomswaardering”. Belangstellende niet-leden van de vereniging zijn eveneens welkom.



VAN HET HOOFDBESTUUR

*KORT VERSLAG van de vergadering van het hoofdbestuur, gehouden op zaterdag 18 februari 1961 in het gebouw der Maatschappij, Keizersgracht 327, Amsterdam-C.*

*Voorzitter: G. J. Noome.*

Nadat de voorzitter te 14.30 uur de vergadering heeft geopend, worden de notulen van de vergadering van 28 januari 1961 goedgekeurd.

Na een uitvoerige discussie besluit het hoofdbestuur, dat in de vacature, welke bij het secretariaat van de Maatschappij is ontstaan door het vertrek van collega Melief, een jurist zal worden benoemd. Een oproep zal in de bladen worden geplaatst en de sollicitatiecommissie wordt aangewezen.

De voorstellen tot wijziging van het huishoudelijk reglement, ingediend door de commissie reglementswijziging rechtspraak, zullen ter advies worden voorgelegd aan de hoofdbestuurcommissie voor de reglementen.

Medegedeeld wordt, dat de kortgeleden benoemde secretaris-generaal van de W.M.A. is overleden. Het hoofdbestuur kan er zich mede verenigen, dat diens opvolger zal worden aangewezen in de volgende vergadering van de Council van de W.M.A.

Medegedeeld wordt, dat op 11 februari 1961 in het gebouw der Maatschappij een bespreking heeft plaats gehad met de vertegenwoordigers der Maatschappij in de provinciale raden voor de Volksgezondheid en in de Centrale Raad voor de Volksgezondheid. In deze bespreking is naar voren gekomen de wenselijkheid van contact tussen de vertegenwoordigers in de provinciale raden onderling en met de vertegenwoordigers in de Centrale Raad. De in de provinciale raden ter behandeling komende onderwerpen vertonen, naast regionale verschillen, veel punten van overeenkomst, zodat een uitwisseling van gedachten en opvattingen zeer gewenst zal zijn.

## „Nursing homes” in Ghana

Het is gebleken, dat van de zijde van z.g. „nursing homes” in Ghana door middel van advertenties in medische en andere bladen aan Nederlandse medici de mogelijkheid wordt geboden in dienst van deze „nursing homes” te treden.

Een „nursing home” in Ghana is een verpleeghuis, waarvan verplegers en in sommige gevallen ook andere niet-medici, eigenaar zijn. De medicus treedt derhalve in dienst van een medische hulpkracht, soms zelfs in dienst van een zakenman of geldschietster.

Indiensttreding bij deze verpleeghuizen heeft aanleiding gegeven tot moeilijkheden en teleurstelling bij de betrokken medici.

Het is om deze redenen gewenst alvorens een contract af te sluiten, inlichtingen in te winnen, hetzij bij een ter plaatse bekend arts of via het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

Uitdrukkelijk zij hierbij vermeld, dat het bovenstaande niet te maken heeft met de vele mogelijkheden tot tewerkstelling van buitenlandse medici, geboden door het gouvernement van Ghana.

ling van gedachten en opvattingen zeer gewenst zal zijn. Dat contact kan plaats vinden via het bureau der Maatschappij. Het hoofdbestuur besluit de districten en afdelingen te verzoeken ook hunnerzijds zo goed mogelijk contact te onderhouden met de vertegenwoordigers der Maatschappij in de provinciale raden.

Het rapport verhouding huisarts-specialist wordt behandeld en met enkele wijzigingen goedgekeurd. Het zal, met een nog op te stellen preadvies van het hoofdbestuur, in Medisch Contact worden gepubliceerd ter behandeling door de Algemene Vergadering op 8 juli 1961.

Het hoofdbestuur kan zich verenigen met de voorgelegde definitieve tekst van het contract tussen de Maatschappij en de Nieuwe Rotterdamse Courant inzake „Spreekuur Thuis”.

Het aanvullend rapport van „The medical ethics committee” van de W.M.A. wordt voor kennisgeving aangenomen.

Goedgekeurd wordt een publikatie voor Medisch Contact inzake het zaterdagsprekuren in verband met de vrije zaterdag in de bedrijven. Het hoofdbestuur is van mening, dat de artsen, naast de gegeven algemene richtlijnen, dit vraagstuk vooral ook plaatselijk zullen moeten bespreken en naar bevind van zaken handelen.

De begroting voor het ledencongres 1961, dat te Amsterdam zal worden gehouden, wordt besproken. Het hoofdbestuur kan, behoudens enkele opmerkingen, akkoord gaan met de opstelling van de begroting.

Het hoofdbestuur machtigt het dagelijks bestuur zich te beraden over een aan de ministerraad te richten adres inzake het medisch-wetenschappelijk universitair onderwijs. In dit adres zal naar voren worden gebracht dat het hoofdbestuur verontrust is door de toenemende moeilijkheden bij het bezetten van medische leerstoelen en de klacht over het gebrek aan geschoolde wetenschappelijke medewerkers. Verbetering hiervan is noodzakelijk, ten einde te voorkomen dat het medisch onderwijs achteruit gaat.

De voorzitter sluit te ruim 20 uur de vergadering.

# Rapport van de commissie huisarts - specialist

*Te behandelen door de Algemene Vergadering op 8 juli 1961*

## A. INSTELLING EN SAMENSTELLING VAN DE COMMISSIE

De Algemene Vergadering van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst heeft op 25 februari 1956 en op 7 juli 1956 behandeld het rapport van de commissie huisarts—kinderarts.

Tijdens de besprekingen bleek, dat de regels, welke gelden ten aanzien van de verhouding tussen huisarts en specialist, niet de thans bestaande opvattingen weergeven. Er werd dan ook besloten een commissie in te stellen ter bestudering van de verhouding tussen huisarts en specialist.

Deze commissie is op 21 juni 1957 door Dr. H. Festen, de toenmalige voorzitter der Maatschappij, geïnstalleerd. De leden zijn:

A. H. de Vries, huisarts te Haarlem, voorzitter  
J. A. de Jong, huisarts te Amsterdam, secretaris-rapporteur  
G. Dekker, secretaris-penningmeester der Mij., Amsterdam  
H. Frese, huisarts te Bergambacht  
Dr. H. Hamminga, specialist te Zuidlaren  
Prof. Dr. A. Kummer, specialist te Amsterdam  
Dr. J. L. M. Sinnige, specialist te Tilburg.

## B. DE THANS BESTAANDE REGELING

De regeling van de verhouding tussen huisarts en specialist is neergelegd in een aantal regels, welke in 1929 door de Algemene Vergadering zijn vastgesteld. Deze regels luiden:

„1. Als een patiënt een consult wenst, worde aan die wens voldaan.

2. Een consulent neme de behandeling niet over — tenzij op verzoek van de behandelende arts —, wanneer hij zich verenigt met de mening en behandeling van de behandelende arts, of wanneer bij verschil van mening de behandelende arts bereid en in staat is de door de consulent aangegeven behandeling toe te passen.

3. Zonder overleg of directe kennisgeving behandelen twee artsen niet eenzelfde patiënt voor eenzelfde ziekte.

4. De specialist behandelde geen patiënt ten huize van de patiënt, zonder daarmede zo mogelijk te voren de huisarts in kennis te stellen en zonder de volle verantwoordelijkheid voor de behandeling te aanvaarden.

5. Een specialist trachte het daarheen te leiden, dat de huisarts kennis draagt van de behandeling door de specialist, hetzij van het in behandeling nemen, hetzij van het in behandeling houden.”

De commissie wil opmerken, dat alleen in regel 4 en 5 duidelijk wordt gesproken over de verhouding tussen huisarts en specialist. Regel 1 en 2 spreken niet van

huisarts of specialist, zij regelen alleen het consulteren van de ene arts door de andere; regel 3 bepaalt, dat het ongewenst is dat twee artsen een en dezelfde patiënt behandelen voor eenzelfde aandoening en kan zowel betrekking hebben op de verhouding tussen huisartsen onderling als op die tussen huisarts en specialist.

De commissie vermoedt, dat het consult gewoonlijk ten doel had de huisarts éénmaal een advies te geven omtrent zijn verder handelen; zij meent verder te mogen aannemen dat met een consult zowel het bezoek van de patiënt aan de specialist als dat van de specialist ten huize van de patiënt werd bedoeld.

Dat de regeling van 1929 zich niet beperkt tot scherp omschreven regels voor de verhouding tussen huisarts en specialist, is begrijpelijk.

Het was destijds niet ongebruikelijk, dat in moeilijke gevallen een andere huisarts werd geconsulteerd. De grens tussen de werkzaamheden van de huisarts en die van de specialist was minder scherp dan tegenwoordig. De specialisten-registratie bestond nog niet; vele thans bestaande specialismen waren nog onbekend; de staven van de ziekenhuizen waren veel kleiner dan thans.

In sommige provinciesteden waren er huisartsen, die naast hun huisartsenwerk specialistische praktijk, b.v. als chirurg, uitoefenden — de zgn. halfspecialisten.

Ten plattelande was het niet ongebruikelijk, dat een huisarts zich meer in het bijzonder toelagde op behandeling van bepaalde aandoeningen of van onderdelen der geneeskunde, zodat menige patiënt, indien hij dit nuttig meende, niet zijn eigen huisarts doch een van deze wat meer gespecialiseerde huisartsen raadpleegde.

## C. DE HUIDIGE TOESTAND

Sedert 1929 zijn in de geneeskundige hulp en verzorging belangrijke wijzigingen opgetreden; de wijze, waarop de geneeskundige wetenschap wordt beoefend en waarop de praktijk wordt uitgeoefend, is veranderd; een terreinafbakening tussen de verschillende geneeskundige werkzaamheden heeft plaats gehad.

De Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst heeft in 1931 het register voor erkende specialisten ingesteld, waardoor de huisarts en de patiënt weten tot wie zij zich om advies kunnen wenden. Bovendien is het aantal specialismen sterk toegenomen en zijn de terreinen nog meer afgebakend.

Ook de georganiseerde gezondheidszorg is de bevolking ter beschikking gesteld, waarbij vooral valt te denken aan de consultatiebureaus.

De geneeskunde heeft veel meer dan in vroegere jaren een verzorgend karakter gekregen; zij begeleidt de mens met preventieve zorg van de geboorte tot en met de schoolleeftijd. En uitbreiding hiervan naar hogere leeftijdsklassen kondigt zich aan, in vele plaatsen strekt het geneeskundig schooltoezicht zich reeds uit tot de adolescenten. Het bevolkingsonderzoek op tuberculose en andere longafwijkingen wordt verricht bij brede groepen

van de bevolking. De bevolking weet, dat de geneeskunde thans tot veel meer in staat is dan vroeger; de arts wordt meer en spoediger geraadpleegd dan certijds.

Nog niet zo heel lang geleden was slechts een klein deel der bevolking aangesloten bij een ziekenfonds en hielden de specialisten een polikliniek voor ziekenfondsleden uit charitas. Thans is ongeveer 70% der bevolking lid van een ziekenfonds, ingeschreven bij de eigen huisarts en in staat met medewerking van de huisarts de specialistische hulp voor fondsrekening te verkrijgen.

De commissie meent dan ook met recht te kunnen zeggen, dat de uitoefening van de geneeskundige praktijk, zowel door de huisarts als door de specialist, sterk van aspect is veranderd. De verhouding tussen huisarts en specialist is dientengevolge ook veranderd, zodat, naar het oordeel van de commissie, de regeling van 1929 niet meer van toepassing is op de huidige verhouding en moet worden vervangen door een nieuwe regeling.

#### D. EEN NIEUWE REGELING

De commissie heeft haar inzichten over een nieuwe regeling neergelegd in een aantal regels; zij heeft zich daarbij niet strikt beperkt tot de verhouding tussen huisarts en specialist, maar ook enkele andere aspecten besproken.

Het lijkt de commissie niet nodig algemene beschouwingen te geven over de verhouding huisarts-specialist; deze zijn te vinden in de hoofdstukken IX, „Verhouding huisarts-specialist” en XI, „Consult en verwijzing”, van „Medische ethiek en gedragsleer”.

Doordat het beeld van de huidige geneeskundige wereld zoveel minder overzichtelijk is geworden en meer nog doordat tegenwoordig per individu zoveel meer wordt onderzocht en zoveel meer geneeskundige gegevens worden verzameld, is het voor de patiënt des te noodzakelijker geworden een vaste, vertrouwde raadgever en gids te hebben, die tevens de „centrale figuur” is waar alle gegevens samenkomen. Deze „centrale figuur” moet, ook administratief, op de hoogte zijn van de soms zo ingewikkelde historia morbi van de patiënt: hij kent de patiënt in diens milieu en dagelijkse vreugden en zorgen, hij is in staat te beoordelen of hij zelf de patiënt kan helpen of dat ingewikkelder procedures geïndiceerd zijn. De commissie wil er in dit verband op wijzen, dat vele specialistische technieken, met name diagnostische, zeer ingrijpend van aard zijn geworden. Eén persoon zal daarom over alle gegevens over de patiënt moeten beschikken en daardoor in staat zijn de specialist mede te delen welke onderzoeken reeds bij de patiënt hebben plaats gehad, waarbij in het bijzonder te denken is aan röntgenonderzoek.

Naar de overtuiging van de commissie is de huisarts deze centrale figuur. De patiënt dient zich dan ook in principe in de eerste plaats tot zijn huisarts te wenden.

De commissie meent, dat het voordeel biedt wanneer huisartsen en specialisten ter wille van een goede onderlinge verstandhouding zekere regels in acht nemen. Deze regels gelden zowel voor de vrij gevestigde specialisten als voor de specialisten verbonden aan universiteits- en andere klinieken en poliklinieken. Het is de commissie bekend, dat de door het hoofdbestuur ingestelde commissie consultatiebureauwezen de positie van de aan een

consultatiebureau verbonden specialist in studie heeft; zij heeft daarom niet nader uitgewerkt in hoeverre hier andere regels zouden kunnen gelden.

Hoewel het vanzelfsprekend is, dat een arts, die een onderzoek of behandeling aan een collega overdraagt, verplicht is deze collega zo spoedig en zo volledig mogelijk in te lichten, en daarnaast het recht heeft te worden ingelicht, is de commissie van mening dat regels hieromtrent niet mogen ontbreken.

De commissie wil nog opmerken, dat zij in de door haar opgestelde regels onder consult uitsluitend verstaat het bezoek van een specialist ten huize van de patiënt, en onder verwijzing naar een specialist het verwijzen van de patiënt naar het spreekuur of de polikliniek van de specialist.

De commissie heeft, ter wille van de duidelijkheid, gemeend haar inzichten over een nieuwe regeling in verschillende onderdelen te moeten splitsen, welke hieronder volgen en, waar dat gewent leek, van kanttekeningen zijn voorzien.

#### I. Regels bij het raadplegen van specialisten

§ 1. *Ten aanzien van het consult*, d.i. het bezoek van een specialist ten huize van de patiënt:

1. Indien de patiënt of zijn omgeving zulks wenst, worde aan een verzoek om een consult voldaan.

Uiteraard zal als regel de specialist op initiatief van de huisarts geconsulteerd worden; in het algemeen zal een consult beperkt blijven tot die gevallen, waar de patiënt niet in staat kan worden geacht zich naar de specialist te begeven.

2. Een specialist bezoekt, behoudens in noodgevallen, een patiënt te diens huize alleen op verzoek, c.q. met akkoord gaan, van de huisarts.

De commissie is van oordeel, dat het consult als regel slechts eenmaal plaats vindt, en dat het dient ter nadere voorlichting van de huisarts en in vele gevallen ook ter ondersteuning van het vertrouwen van de patiënt in de door de huisarts toegepaste behandeling. Neemt de specialist, na het consult, in onderling overleg de behandeling over, dan krijgt hij ook de volledige verantwoordelijkheid voor de behandeling te dragen.

3. Zo mogelijk wone de huisarts het consult bij.

Het is duidelijk, dat er consulten zijn waarbij de aanwezigheid van de huisarts niet noodzakelijk is. Het behoort tot de goede gewoonten, indien de huisarts een consult bijwoont, dat beide artsen, nadat de specialist de patiënt heeft onderzocht, buiten aanwezigheid van de patiënt en van diens omgeving, overleg plegen omtrent de te nemen beslissing en omtrent wat aan de patiënt zal worden medegedeeld.

4. De huisarts adviseer de patiënt bij de keuze van de specialist.

§ 2. *Ten aanzien van de verwijzing*, d.i. het verwijzen van een patiënt naar het spreekuur of de polikliniek van de specialist.

1. Aan een verzoek om verwijzing naar een specia-

list worde voldaan, indien dit verzoek redelijk mag worden geacht.

Het is de plicht van de huisarts iedere patiënt, die zich tot hem wendt, naar behoren te onderzoeken en daarbij steeds zorgvuldig te overwegen of verwijzing naar een specialist naar goed medisch gebruik nuttig en nodig is. Hoe vollediger het onderzoek door de huisarts en hoe beter het contact met de patiënt, des te groter zal het vertrouwen zijn, dat de patiënt in zijn huisarts zal stellen.

Blijft een patiënt, ook na uitvoerig onderzoek door de huisarts, echter aandringen op verwijzing naar een specialist, dan worde dit niet geweigerd, zeker niet wanneer de patiënt de indruk geeft niet ten volle gerustgesteld te zijn.

Het spreekt vanzelf, dat aan de blote wens — of zelfs eis! — van de patiënt om verwijzing naar een specialist niet zonder meer behoeft te worden voldaan, het verzoek moet redelijk zijn.

De commissie wil er nog met nadruk op wijzen, dat de huisarts de specialist zo volledig mogelijk over de patiënt moet inlichten; een verwijskaart met de simpele vraag of de specialist de patiënt wil onderzoeken is ten enen male onvoldoende.

2. In beginsel berust de keuze welke specialist zal worden geraadpleegd bij de patiënt.

De huisarts heeft hierbij de taak de patiënt voor te lichten en de weg te wijzen wat betreft het te kiezen specialisme; bij de keuze van de specialist dient de huisarts van advies.

3. Het staat de specialist vrij een patiënt, die zich tot hem wendt buiten voorkennis van de huisarts, op zijn spreekuur in onderzoek en behandeling op te nemen. Hij zal er dan bij de patiënt op aandringen, dat deze hem toestemming geeft de huisarts in te lichten.

In het algemeen is het gewenst, dat de patiënt, alvorens hij een specialist raadpleegt, met de huisarts overleg pleegt.

De commissie wil met enige bezorgdheid erop wijzen, dat er voor patiënten, die niet zijn verzekerd voor de hulp van de huisarts maar wel voor specialistische hulp, een financiële reden kan zijn zich buiten hun huisarts om tot een specialist te wenden, of hun huisarts te consulteren met het verzoek terstond naar de specialist te worden verwezen, waarbij dan als uitsluitende reden wordt opgegeven, dat zij voor specialistische hulp en voor de door de specialist voorgeschreven medicatie zijn verzekerd.

De commissie is niet in staat in haar rapport voor dit probleem, dat op verzekeringstechnisch terrein ligt, een oplossing te geven. Zij beveelt ter zake aan een nader onderzoek, eventueel overleg met de verzekeringsmaatschappijen, hetgeen niet tot haar taak behoort.

4. De specialist behoort een patiënt, die hem te kennen geeft dat hij geen huisarts heeft, onder het oog te brengen, dat het in het belang van de patiënt is een huisarts te kiezen.

In dit geval zal de specialist de patiënt wel in onderzoek en behandeling nemen en eventueel in behandeling

houden, maar hij zal proberen hem er toe te brengen een huisarts te kiezen.

5. De specialist kan, indien hij dit noodzakelijk acht, de patiënt onmiddellijk in een ziekenhuis opnemen; hij behoort dan de huisarts hiervan direct in kennis te stellen.

6. De specialist dient de patiënt, wanneer specialistische behandeling niet langer noodzakelijk is, naar de huisarts terug te verwijzen.

Indien het in het belang van de patiënt is, dat deze onder behandeling van de specialist blijft, zal de specialist de behandeling kunnen voortzetten; het is echter gewenst, dat de specialist de huisarts dan regelmatig op de hoogte houdt.

7. De specialist geve als regel geen behandelingsadvies aan de patiënt, indien hij de behandeling niet zelf ten uitvoer brengt.

Deze regel geldt voor iedere behandelend arts. Indien een arts niet zelf de behandeling toepast, maar deze overlaat aan een andere arts, zal hij zijn advies niet ter kennis van de patiënt brengen.

## II. *Regels bij het raadplegen van Universiteitspoliklinieken*

1. Het recht van de patiënt een Universiteitspolikliniek vrij te bezoeken worde niet beperkt.

De historische ontwikkeling heeft er toe geleid, dat Universiteitspoliklinieken gewoonlijk zgn. vrije poliklinieken zijn, dat zij voor een ieder gratis of vrijwel gratis toegankelijk zijn.

Hier en daar hoort men het verwijt, dat deze poliklinieken, daar zij vrij toegankelijk zijn, een uitwijkmogelijkheid zouden vormen voor die huisartsen, die teveel ziekenfondspatiënten naar specialisten verwijzen, door te verwijzen naar de Universiteitspoliklinieken zouden deze huisartsen hun verwijzingspercentages laag houden en zodoende niet in aanraking komen met de Commissies van Toezicht op het Ziekenfondswezen.

De commissie wil hiertegenover stellen, dat van elke huisarts verwacht mag worden, dat hij rekening houdt met de belangen van het onderwijs en op grond daarvan ook de Universiteitspoliklinieken bij zijn werk betreft en dat niet alleen in de moeilijke gevallen: het is voor het onderwijs niet nuttig indien de Universiteitspoliklinieken alleen bezocht worden door patiënten met moeilijke en zeldzame ziektegevallen, de student moet juist ook de meer alledaagse gevallen te zien krijgen.

Bij de vrije toegang tot de Universiteitspoliklinieken hebben de hoogleraren het recht om aan de toelating tot hun polikliniek zekere voorwaarden te verbinden, b.v. omtrent introductie door de behandelende arts; de ziekenfondsen en andere verzekeringsorganen vragen, indien kosten moeten worden vergoed, veelal een verwijzing door de huisarts.

2. Indien de huisarts een patiënt, die reeds bij een specialist in onderzoek of onder behandeling is, naar een Universiteitspolikliniek verwijst, is het gewenst, dat zulks geschiedt in overleg met die specialist.

# BEVRIJDT DE DIABETICUS



***Bezorg de suikerpatiënt  
een vrijer, ongebonden  
bestaan, door hem  
'Wellcome' Globine  
Insuline voor te schrijven***

De 'Wellcome' Insulines worden bereid volgens de allernieuwste pharmaceutische methoden en worden nauwlettend gecontroleerd. Vele bereidings – en onderzoekmethoden zijn het resultaat van eigen research van The Wellcome Foundation Ltd.

**'WELLCOME'**  
**Globine Zink  
INSULINE**

***– voor een normaal actief leven***



**BURROUGHS WELLCOME & CO.** (The Wellcome Foundation Ltd.) **LONDEN**

Vertegenwoordigers voor Nederland: **KERKHOFF & CO., NASSAUKADE 373, AMSTERDAM**

---

Het spreekt vanzelf, dat deze regel ook geldt indien de patiënt naar een andere specialist wordt verwezen.

### III. *Regels bij opname van patiënten in een ziekenhuis*

1. Het is de plicht van de huisarts de specialist, die zijn patiënt in het ziekenhuis zal behandelen, zo volledig mogelijk in te lichten.

Het verstrekken van inlichtingen is niet alleen in het belang van de patiënt zelf, maar het is ook nodig op economische gronden; hierdoor kan worden voorkomen, dat een onderzoek, dat reeds heeft plaats gehad, nog eens wordt ingesteld, zoals b.v. een röntgenonderzoek.

2. De specialist dient bij opname van een patiënt er voor zorg te dragen, hetzij persoonlijk hetzij door middel van de administratie van het ziekenhuis, dat de huisarts van de patiënt daarvan onmiddellijk mededeling krijgt.

Zowel voor het welzijn van de patiënt als voor de goede samenwerking tussen huisarts en specialist is het nodig, dat de huisarts weet wanneer zijn patiënt in het ziekenhuis wordt opgenomen.

De commissie acht het dan ook onjuist, dat het voor kan komen dat de huisarts niet weet wanneer de aanvrage tot opname wordt geëffectueerd.

3. Een in het ziekenhuis opgenomen patiënt wordt in de regel behandeld door de specialist.

Het ziekenfondsbesluit stelt uitdrukkelijk vast, dat opname in een ziekenhuis slechts voor rekening van het ziekenfonds plaats vindt, indien er een medische indicatie bestaat. Dit houdt als regel in, dat de behandeling dan ook door de specialist geschiedt.

De mogelijkheid, dat de huisarts de behandeling na de opname voortzet, blijft open, maar de commissie meent wel, dat dit een uitzondering moet blijven.

Indien de huisarts de behandeling in handen blijft houden en een specialistisch consult gewenst acht, dienen beide artsen te handelen volgens de regels betreffende het consult van de specialist ten huize van de patiënt. De huisarts draagt hierbij de verantwoordelijkheid voor de toepassing van het advies, dat de specialist heeft gegeven.

Wordt de behandeling in handen van de specialist gelegd, dan dient de huisarts zich terug te trekken; de bezoeken, welke de huisarts dan aan zijn patiënt brengt, dienen geheel het karakter van belangstellingsbezoeken te dragen en niet te worden berekend.

4. Indien een patiënt tijdens zijn verblijf in het ziekenhuis zijn huisarts wil raadplegen, worde hem hier toe, in goede samenwerking tussen specialist en huisarts, de gelegenheid geboden.

Het staat de huisarts vrij in een dergelijk geval de patiënt een honorarium in rekening te brengen, behalve indien de patiënt tot zijn ziekenfondspraktijk behoort.

### IV. *Regels over de onderlinge berichtgeving*

1. De huisarts dient de specialist zo goed mogelijk in te lichten over de voorgeschiedenis en de resultaten van onderzoek en toegepaste behandeling van de patiënt.

2. De specialist dient de huisarts uitvoerig in te lichten, zodra hij zijn onderzoek heeft voltooid. Als het onderzoek zich over langere tijd uitstrekt, zal de specialist tussentijds de huisarts berichten over zijn voorlopige indruk.

3. Bij langdurige behandeling is het gewenst, dat de specialist de huisarts van tijd tot tijd op de hoogte houdt.

4. De specialist dient de huisarts direct bericht te geven als de patiënt uit het ziekenhuis wordt ontslagen, met nauwkeurige vermelding van diagnose, toegepaste behandeling en gewenste nabehandeling.

Zijn bij het ontslag van de patiënt alle gegevens nog niet bekend, zoals b.v. de uitslag van het pathologisch-anatomisch onderzoek, dan moet het ontslag worden medegedeeld, zo mogelijk door de administratie van het ziekenhuis, en moeten zo spoedig mogelijk nadere gegevens volgen.

5. Indien een patiënt in het ziekenhuis is overleden, dient de huisarts daarvan nog diezelfde dag bericht te ontvangen, liefst telefonisch, eventueel door middel van de administratie van het ziekenhuis. Nadere berichten van de specialist volgen zo spoedig mogelijk.

6. Indien een specialist een patiënt op zijn spreekuur in behandeling neemt buiten voorkennis van de huisarts, dient hij de huisarts hiervan op de hoogte te stellen om hem zijn bevindingen mede te delen, tenzij de patiënt dit uitdrukkelijk niet wil.

Verzet de patiënt zich er tegen dat zijn huisarts wordt ingelicht, dan brenge de specialist de patiënt onder het oog, dat zulk een berichtgeving in zijn belang is.

### V. *Regels bij het verlenen van eerste hulp door een specialist*

1. De specialist verwijst, na het verlenen van de eerste hulp, de patiënt naar diens huisarts met schriftelijke mededeling van zijn bevindingen. Indien echter het medische belang van de patiënt zulks eist, bestelle hij de patiënt terug en dele dit aan de huisarts mede.

Ziekenhuisassistenten worden geacht te werken onder de verantwoordelijkheid van een specialist.

De eerste hulp dient steeds volledig te zijn, b.v. een verwonding, welke daarvoor in aanmerking komt, moet gehecht worden, bij het vermoeden van een fractuur zal het vervaardigen van een noodzakelijke röntgenfoto niet mogen worden nagelaten.

Acht de specialist een specialistische nabehandeling gewenst, dan dele hij dit aan de huisarts mede zonder hierover de patiënt in te lichten. Indien de specialist er van overtuigd is, dat het medische belang van de patiënt eist, dat de nabehandeling in specialistische handen blijft, zal hij dit aan de huisarts en aan de patiënt mededelen.

Er dient geen verschil te worden gemaakt tussen patiënten, die krachtens één der ongevallenwetten worden behandeld, en andere patiënten.

De eerste hulp moet, indien deze enigszins omvangrijk is, worden gehonoreerd, b.v. bij ziekenfondsverzekering.



den door een verwijfskaart achteraf, tenzij voor de betaling van de eerste hulp een aparte regeling bestaat tussen het ziekenhuis en de overheid.

2. De specialist kan, indien hij dit nodig acht, na het verlenen van de eerste hulp de patiënt in het ziekenhuis opnemen; hij lichte de huisarts hierover in.

#### VI. *Regels bij het verwijzen door de ene specialist naar een andere*

1. Het staat de specialist vrij, zonder tussenkomst van de huisarts, over een patiënt advies te vragen aan de beoefenaar van een ander specialisme.

De specialist kan het nodig vinden aan een andere specialist advies te vragen ten behoeve en binnen het kader van het stellen van diagnose; hij dient daarna echter zelf het onderzoek of de behandeling voort te zetten.

2. De specialist mag als regel een patiënt, bij wie hij een aandoening ontdekt, welke tot het terrein van een ander specialisme behoort, niet verwijzen naar een beoefenaar van dat specialisme.

In een dergelijk geval dient de specialist de patiënt met een advies onder couvert te verwijzen naar diens huisarts, die zal moeten beoordelen of verwijzen naar een andere specialist wenselijk is.

#### VII. *Regels voor een specialist, die optreedt als adviserend deskundige voor een verzekeringsorgaan*

Indien een specialist optreedt als adviserend deskundige voor een verzekeringsorgaan, mag hij niet in

de behandeling ingrijpen; hij zal zijn rapport uitbrengen aan de medisch adviseur en/of controlerend geneeskundige van het verzekeringsorgaan.

Evenmin als de controlerend-geneeskundige gerechtigd is in te grijpen in de behandeling, behalve waar zulks bij de ongevallenwetten is geregeld, mag de specialist-deskundige dit doen; dit houdt tevens in, dat hij zich tegenover de patiënt niet mag uitlaten omtrent de toepassing of gewenste behandeling of de patiënt in behandeling mag nemen. Het ligt op de weg van de medisch adviseur de behandelende arts in kennis te stellen van de bevindingen van de specialist-deskundige. Onder specialist-deskundigen worden ook verstaan de artsen van ziekenhuis- of universiteitspoliklinieken, aan wie gevraagd is een specialistisch rapport uit te brengen.

#### VIII. *Regels voor de aan een consultatiebureau verbonden specialist*

De commissie heeft niet nader uitgewerkt in hoeverre voor de aan een consultatiebureau verbonden specialist andere regels zouden kunnen gelden. De commissie consultatiebureauwezen heeft de positie van deze specialisten in studie.

#### E. *SAMENVATTING VAN DE INZICHTEN OVER EEN NIEUWE REGELING*

Ter wille van de overzichtelijkheid heeft de commissie de nieuwe regels, zoals zij deze heeft geformuleerd, hieronder weergegeven zonder de kanttekeningen.

##### I. *Het raadplegen van specialisten*

§ 1. *Het consult* d.i. het bezoek van de specialist ten huize van de patiënt.

1. Indien de patiënt of zijn omgeving zulks wenst, worde aan een verzoek om een consult voldaan.
2. Een specialist bezoekt, behoudens in noodgevallen, een patiënt te diens huize alleen op verzoek. c.q. met akkoord gaan van de huisarts.
3. Zo mogelijk wone de huisarts een consult bij.

§ 2. *De verwijzing*, d.i. het verwijzen van een patiënt naar het spreekuur of de polikliniek van de specialist.

1. Aan een verzoek om verwijzing naar een specialist worde voldaan, indien dit verzoek redelijk mag worden geacht.
2. In beginsel berust de keuze welke specialist zal worden geraadpleegd bij de patiënt.
3. Het staat een specialist vrij een patiënt, die zich tot hem wendt buiten voorkennis van de huisarts, op zijn spreekuur in onderzoek en behandeling te nemen. Hij zal er dan bij de patiënt op aandringen, dat deze hem toestemming geeft de huisarts in te lichten.
4. De specialist behoort een patiënt, die hem te kennen geeft, dat hij geen huisarts heeft, onder het oog te brengen, dat het in het belang van de patiënt is een huisarts te kiezen.
5. De specialist kan, indien hij dit nodig acht, de patiënt onmiddellijk in een ziekenhuis opnemen; hij behoort dan de huisarts hiervan direct in kennis te stellen.

### KANS OP AFHAMEREN . . .

„Mijnheer de voorzitter, toen ik bezig was na te gaan, op welke punten van de volksgezondheid ik iets naar voren had te brengen, bleek mij, niet voor het eerst, hoe vreemd het toch is, dat geen ruimere spreektijd beschikbaar wordt gesteld voor hoofdstuk XII,\*) zodat voor het onderdeel, dat wij thans behandelen,\*\*) meer tijd overblijft. Ik heb tot mijn teleurstelling bemerkt, dat ik ook dit jaar me zeer moest beperken om niet afgehamerd te worden.

„Een apart hoofdstuk voor de volksgezondheid te maken, lijkt me geen haalbaar voorstel. Uit hetgeen de heer Van Lienden de vorige week naar voren heeft gebracht, blijkt wel duidelijk, dat hierachter veel meer gezocht wordt dan mijns inziens ooit de bedoeling is geweest. Ik zou echter nogmaals mijn medeleden willen vragen, dit belangrijke onderdeel het volgend jaar althans afzonderlijk ruimere tijd toe te meten.”

*Mej. ten Broecke Hoekstra in de Tweede Kamer bij de behandeling van de begroting van Sociale Zaken en Volksgezondheid.*

\*) Sociale Zaken en Volksgezondheid.

\*\*) Volksgezondheid.

6. De specialist dient de patiënt, wanneer specialistische behandeling niet langer noodzakelijk is, naar de huisarts te verwijzen.

7. De specialist geve geen behandelingsadvies aan de patiënt, indien hij de behandeling niet zelf ten uitvoer brengt.

## II. *Het raadplegen van Universiteitspoliklinieken*

1. Het recht van de patiënt een Universiteitspolikliniek vrij te bezoeken worde niet beperkt.

2. Indien de huisarts een patiënt, die reeds bij een specialist in onderzoek of onder behandeling is, naar een Universiteitspolikliniek verwijst, is het gewenst, dat zulks geschiedt in overleg met die specialist.

## III. *Opname van patiënten in een ziekenhuis*

1. Het is de plicht van de huisarts de specialist, die zijn patiënt in het ziekenhuis zal behandelen, zo volledig mogelijk in te lichten.

2. De specialist dient bij opname van een patiënt er voor zorg te dragen, hetzij persoonlijk hetzij door middel van de administratie van het ziekenhuis, dat de huisarts van de patiënt daarvan onmiddellijk mededeling krijgt.

3. Een in het ziekenhuis opgenomen patiënt wordt in de regel behandeld door de specialist.

4. Indien een patiënt tijdens zijn verblijf in het ziekenhuis zijn huisarts wil raadplegen, worde hem hiertoe, in goede samenwerking tussen specialist en huisarts, de gelegenheid geboden.

## IV. *Onderlinge berichtgeving*

1. De huisarts dient de specialist zo goed mogelijk in te lichten over de voorgeschiedenis en de resultaten van onderzoek en toegepaste behandeling van de patiënt.

2. De specialist dient de huisarts uitvoerig in te lichten, zodra hij zijn onderzoek heeft voltooid. Als het onderzoek zich over langere tijd uitstrekt, zal de specialist tussentijds de huisarts berichten over zijn voorlopige indruk.

3. Bij langdurige behandeling is het gewenst, dat de specialist de huisarts van tijd tot tijd op de hoogte houdt.

4. De specialist dient de huisarts direct bericht te geven als de patiënt uit het ziekenhuis wordt ontslagen, met nauwkeurige vermelding van diagnose, toegepaste behandeling en gewenste nabehandeling.

5. Indien een patiënt in het ziekenhuis is overleden, dient de huisarts daarvan nog diezelfde dag bericht te ontvangen, liefst telefonisch, eventueel door middel van de administratie van het ziekenhuis. Nadere berichten van de specialist volgen zo spoedig mogelijk.

6. Indien een specialist een patiënt op zijn spreekuur in onderzoek en behandeling neemt buiten voorkomenis van de huisarts, dient hij de huisarts hiervan op de hoogte te stellen om hem zijn bevindingen mede te delen, tenzij de patiënt dit uitdrukkelijk niet wil.

## V. *Verlenen van eerste hulp door een specialist*

1. De specialist verwijst, na het verlenen van de eerste hulp, de patiënt naar diens huisarts met schriftelijke mededeling van zijn bevindingen. Indien echter het me-

dische belang van de patiënt zulks eist, bestelle hij de patiënt terug en dele dit aan de huisarts mede.

Ziekenhuisassistenten worden geacht te werken onder verantwoordelijkheid van een specialist.

2. De specialist kan, indien hij dit nodig acht, na het verlenen van de eerste hulp de patiënt in het ziekenhuis opnemen; hij lichte de huisarts hierover in.

## VI. *Verwijzen door de ene specialist naar een andere*

1. Het staat de specialist vrij, zonder tussenkomst van de huisarts, over een patiënt advies te vragen aan de beoefenaar van een ander specialisme.

2. De specialist mag als regel een patiënt, bij wie hij een aandoening ontdekt welke tot het terrein van een ander specialisme behoort, niet verwijzen naar een beoefenaar van dat specialisme.

## VII. *De specialist-deskundige*

Indien een specialist optreedt als adviserend deskundige voor een verzekeringsorgaan, mag hij niet in de behandeling ingrijpen; hij zal zijn rapport uitbrengen aan de medisch-adviseur en/of controlerend geneeskundige van het verzekeringsorgaan.

De Commissie

Amsterdam, 6 maart 1961.

## **PRE-ADVIES VAN HET HOOFDBESTUUR**

De commissie, welke is ingesteld ter bestudering van de verhouding huisarts-specialist, heeft in 1959 een rapport uitgebracht, dat niet door de Algemene Vergadering in behandeling is genomen, omdat het interne beraad over enkele onderdelen nog niet was beëindigd.

Nadien heeft de commissie haar werkzaamheden voortgezet en een gewijzigd rapport uitgebracht, dat door het hoofdbestuur in zijn vergadering van 17 februari 1961 is behandeld.

Het Hoofdbestuur heeft dit laatste rapport, nadat enkele kleinere veranderingen zijn aangebracht, aanvaard; het is van oordeel, dat het rapport op de juiste wijze de verhouding huisarts-specialist regelt in overeenstemming met de opvattingen van de medische ethiek.

Het rapport zal door de Algemene Vergadering worden behandeld op 8 juli 1961, het hoofdbestuur adviseert de Algemene Vergadering het rapport aan te nemen.

Het hoofdbestuur wil nog op het volgende wijzen.

Bij de behandeling van het rapport verhouding huisarts-kinderarts door de Algemene Vergadering op 7 juli 1960, is besloten, dat na de herziening van de regeling met betrekking tot de verhouding huisarts-specialist de verhouding huisarts-kinderarts eventueel opnieuw in studie zal worden genomen.

Indien de Algemene Vergadering het rapport huisarts-specialist aanneemt, zal het hoofdbestuur overwegen of de verhouding huisarts-kinderarts nadere bestudering vereist.

Namens het hoofdbestuur,

G. Dekker, arts,  
secretaris-penningmeester.

Amsterdam, 13 maart 1961.



## Specialité's en „Specialité's”

INDIEN in de researchlaboratoria der industrie een nieuwe chemische stof is ontwikkeld en het blijkt, dat deze nieuwe stof ter behandeling van een bepaalde ziekte van zeer groot belang, en daarnaast ook niet te toxisch is, wordt besloten het produkt in een voor de patiënt geschikte vorm te bereiden. Dit kan zijn in tablet-, injectie- of zalfvorm.

Hiervoor is een aparte studie nodig. Moet een tablet enteric-coated zijn en zo ja waarmee? Welk bindmiddel moet voor het tablet gebruikt worden, opdat geen veranderingen in de chemische structuur van het hoofdbestanddeel optreden? Soms bevat de tablet slechts enkele gamma's van de werkzame stof, zodat een juiste verdeling hiervan in de vulstof noodzakelijk is. Dit is zeer moeilijk te bereiken vooral bij de bereiding van kleine hoeveelheden, zoals een uitgeschreven recept aangeeft. Men dient gebruik te maken van speciale mengapparaten, die voor een juiste verdeling zorgdragen. Na de menging dient deze gecontroleerd te worden, hetgeen in het bedrijfslaboratorium geschiedt. Hoe moet de zalfbasis zijn b.v. voor oogzalven en zalven die in de huid moeten dringen? Het is niet voldoende de werkzame stof met een hoeveelheid vaseline te verwrijven. De zalven moeten een juiste Ph. hebben. De grondstof dient microfijn te zijn en zo ze dit niet is, dan moet ze microfijn worden gemaakt. Allemaal werkzaamheden, die moeilijk in een eenvoudig mortier kunnen geschieden.

De meeste, zo niet alle geneesmiddelen worden ontwikkeld door en in de researchlaboratoria van de farmaceutische industrie en we dienen hiervoor dankbaar te zijn. De verschuiving van de leeftijdsgrens naar boven is mede voor een groot deel te danken aan de nieuwe farmaca. Deze geneesmiddelen zou ik specialité's willen noemen.

Indien een nieuw specialité ter beschikking komt, wordt dit onder een specialité-naam gepatenteerd. Alleen de specialité-naam is dan veilig gesteld. Anders is het met de chemische stof zelf. Deze is, in Nederland althans, als zodanig niet te octrooieren. Wel is de bereidingswijze van de chemische stof te octrooieren. Dit octrooi wordt aangevraagd, echter duurt het geruime tijd, zeker maanden, alvorens het octrooi wordt verleend.

Indien een specialité waardevol blijkt te zijn — en nadat de oorspronkelijke fabrikant veel ten koste gelegd heeft aan introductie van het nieuwe geneesmiddel — proberen andere fabrikanten soms dit geneesmiddel eveneens te brengen, hetzij het oorspronkelijke of een andere stof, afgeleid uit de eerste door toevoeging van een methyl-, aethyl-, fluor- of andere groep. Als regel zal de groothandel, in afwachting van het afkomen van het octrooi, de grondstof niet in de handel brengen. Het blijkt echter voor te komen, dat een grondstof wel door een fabrikant-groothandelaar, meestal verwerkt tot gereed produkt, in de handel wordt gebracht. Het betreft hier fabrikanten, die veelal niet in staat zijn hegeen zij doorverkopen zelf te onderzoeken bij gebrek aan outillage of

onderzoekingsvoorschrift. Het is in de praktijk gebleken dat sommige van deze vervangprodukten niet voldoen aan de te stellen eisen. De fabrikant-groothandelaar die aldus handelt neemt een grote verantwoordelijkheid op zich tegenover de patiënt en het stemt tot verheugenis dat de grote meerderheid der fabrikant-groothandelaren een produkt aflevert dat aan strenge eisen voldoet.

Van de niet-volwaardige geneesmiddelen welke op de hierboven beschreven wijze in de handel worden gebracht, wordt minder therapeutisch effect gezien en het merkwaardige is, dat de voorschrijvende arts de mindere werkzaamheid overbrengt op het oorspronkelijke specialité, dat daardoor in een minder gunstig daglicht komt te staan. Zelfs heb ik in enkele gevallen kunnen constataren, dat indien de arts het specialité voorschrijft, het vervangmiddel wordt afgeleverd.

Gedateerd 11 maart 1959 is de navolgende mededeling gedaan aan de apothekers van het Departement Rotterdam van de K.N.M.P.: „De maandagmiddagcommissie heeft besloten in het vervolg voor Chlotride het locoproduct chlorothiazide, in tabletvorm of op andere wijze, toe te staan. Het uitrekenbureau zal vanaf 1 april in het algemeen chlorothiazide berekenen.”

Op 11 maart 1959 was het octrooi op Chlotride wel aangevraagd maar nog niet verleend. Niettegenstaande het octrooi nu wel is verleend, wordt nog steeds chlorothiazide, buiten de octrooihouder om, geïmporteerd, verwerkt en in de handel gebracht.

De apotheekhoudende artsen moeten goed weten wat zij doen, indien zij deze produkten afleveren. Zij kennen de herkomst van deze produkten. Zeker wanneer zij niet in staat zijn deze ingekochte artikelen naar behoren te onderzoeken, zijn ze moreel en ethisch fout en het is de vraag of ze niet strafbaar zijn indien ze het vervangprodukt afleveren en het oorspronkelijke vergoed krijgen.

Waarom brengen zij het vervangprodukt? Dit kan alleen zijn oorzaak vinden in het feit, dat ze de prijs van het oorspronkelijke vergoed krijgen. En het wordt zo gemakkelijk gemaakt, want de arts wordt gepropageerd niet de merknaam maar de generiname te gebruiken in de receptuur. Deze recepten onder generiname gaan veelal naar de uitreken-bureaus, die officieel het vervangprodukt niet kennen en dus het oorspronkelijke en duurdere vergoeden.

Het betreft altijd specialité's, die door de C.M.Ph.C. als specialité zijn toegestaan en ook als zodanig worden vergoed.

Waarop zijn de richtlijnen uitgaande van de C.M.Ph.C. gebaseerd?

Indien van enig specialité de grondstof als zodanig algemeen verkrijgbaar is, mag voor rekening van de ziekenfondsen alleen de grondstof, te verwerken in een of andere vorm, voorgeschreven worden en is het specialité niet langer toegestaan. Deze regel is gebaseerd op economische overwegingen en hiertegen bestaan geen bezwaren, mits de volksgezondheid niet in gevaar kan worden gebracht.

Het alléén mogen voorschrijven van de grondstof in de receptuur is dan ook aan bepaalde regels gebonden, te weten:

De grondstof moet bij de normale bonafide groothandel algemeen verkrijgbaar zijn.

De grondstof moet volgens een waterdicht onderzoeks-

kingsvoorschrift te onderzoeken zijn op structuur, zuiverheid enz.

Het onderzoek van de grondstof moet technisch mogelijk zijn.

De grondstof moet tot een geschikte en houdbare afleveringsvorm te bereiden zijn volgens bereidingsvoorschrift.

Deze regels dienen landelijk te gelden. Gegrond op deze regels geeft de C.M.Ph.C. haar adviezen aan de controlerende geneesheren aan de ziekenfondsen verbonden. Het is zeer te betreuren, dat c.g.'s en regionale med. farm. commissie's menen van deze regels soms te moeten afwijken. Dit is niet in het belang van de artsen en van de volksgezondheid.

Ik zou dan ook de artsen met nadruk willen adviseren geen genoegen te nemen met van de landelijke regels afwijkende plaatselijke of regionale regelingen.

De apothekers en de apotheekhoudende artsen zijn contractueel met de ziekenfondsen overeengekomen, dat zij de medicamenten vergoed zullen krijgen tegen kostprijzen volgens de ziekenfondstaxe van de K.N.M.P., waarin begrepen een zekere procentuele opslag. De ziekenfondstaxecommissie, waarin ook de ziekenfondsen vertegenwoordigd zijn, bewandelen de officiële weg en vergoeden dus de prijs van de door de C.M.Ph.C. toegestane specia-

lités. Zolang de grondstof van het specialité niet algemeen bij de bonafide groothandel verkrijgbaar is, zolang komt alléén de vergoedingsprijs van het specialité in de ziekenfondstaxe voor. Zodra de grondstof algemeen verkrijgbaar is, is het specialité als zodanig niet meer toegestaan.

Indien het zou voorkomen dat een apotheekhoudend arts (en hetzelfde geldt uiteraard mutatis mutandis voor een apotheker) het locoproduct aflevert en bij het ziekenfonds zijn nota onder genericoname indient, wetende dat het ziekenfonds hem het specialité zal vergoeden, weet hij, dat hij meer zal ontvangen dan waarop hij contractueel recht kan laten gelden. Een dergelijke handelwijze is moreel en ethisch niet te verdedigen.

Mocht de apotheekhoudend arts er behoefte aan hebben, octrooien te schenden — hetgeen ik hem dringend zou willen afraden! — dan dient hij tenminste eerlijkheidshalve op het recept de inkoopprijs van het locopreparaat dat hij afleverde te vermelden.

Ter voorkoming van de hierboven vermelde moeilijkheden kan ik de voorschrijvende artsen slechts aanraden voor de toegestane specialité's niet de genericoname maar de merknaam te gebruiken.

Dr. F. A. van Dop  
Med. farm. adviseur L.H.V.



## 's Hertogenbosch en Omstreken

*Verslag over 1960.*

Op 21 januari 1960 vond in Hotel Royal de eerste vergadering plaats. Op de hem eigen boeiende en heldere wijze hield Prof. Tausk een voordracht over: „De plaats van de corticosteroïden in de praktische therapie”. In het huishoudelijk gedeelte werd als bestuurslid gekozen H. M. Verhaak uit Drunen die de plaats van Keiser innam. Als lid van de afdelingsraad werd J. Verlinden gekozen om de vacature, ontstaan door het overlijden van H. Vos, aan te vullen.

Tegelijk met de convocatie werd door een voorlopig damescomité een bericht aan de „collegae-doktersvrouwen” verzonden, dat tegelijkertijd met de artsen een parallel-bijeenkomst zou worden gehouden, waar de heer G. Verlinden een causerie heeft gehouden over de Franse wijn.

18 februari werd in het Groot Ziekengasthuis een demonstratievergadering gehouden. Ook werden in deze bijeenkomst de diverse jaarverslagen voorgelezen en het beleid van de penningmeester goedgekeurd.

17 maart was Prof. Rümke de spreker. Zijn voordracht over de psychologische betekenis der lichaamsdelen en post-operatieve psychoses trok een groot aantal aanwezigen (65). De collegae Deelen en Karthaus die respectievelijk een 40- en een 25-jarig jubileum vierden werden door de voorzitter gelukgewenst. Voor de dames heeft de heer Hanraads Sr. een lezing gehouden over woning-textiel en de behandeling daarvan.

De aprilvergadering was een demonstratievergadering in het ziekenhuis St. Joan de Deo. Door de N.V. Organon waren de leden uitgenodigd voor een lezing van docent A. Prader te Zürich over: „Hypophysärer Kleinwuchs im Kindesalter”.

19 mei vroeg Prof. Dr. G. Hermans uit Rotterdam de aandacht voor: „Artefacten, maniën en fobiën in de dermatologie”. Tegelijkertijd hield zijn echtgenote Mevrouw Henriëtte Holthausen voor de dames een lezing over: „Internationaal spreekuur in de keuken”.

In juni was Huize Voorburg weer aan de beurt om een demonstratie-avond te verzorgen. Woltring en zijn staf hebben het gebied van de neurologie en psychiatrie weer in de volle belangstelling der artsen geplaatst. Zoals immer was de culinaire verzorging van bijzonder gehalte.

Als begin van de najaarsperiode kwam Prof. J. de Groot in september onze leden voorlichten over doel en werkmethode van de bedrijfsgeneeskunst.

Op 20 oktober was het ziekenhuis St. Joan de Deo weer de gastvrouw en hebben de stafleden patiënten gedemonstreerd.

1 november werden de artsen en hun echtgenoten ontvangen door de commissaris van politie, die ons in het prachtige nieuwe politiebureau heeft rondgeleid.

Op zaterdag 19 november werd de jaarlijkse feestvergadering gehouden in Hotel Royal. Prof. Dr. C. D. de Langen hield een briljante voordracht over: „De klinische betekenis van de polsdruk-amplitude”. Na het genot van een borrel zijn een groot aantal collegae aan een uitstekend verzorgde feestdis bijeengebleven en hebben de tafelrede van Fontein naar waarde gesavoureed. Dank zij de moderne techniek is deze speech vastgelegd en aan de toenmaals aanwezige collegae toegezonden.

De laatste vergadering van het jaar op 15 december werd gehouden in het Protestants Ziekenhuis. Ook hier

waren de demonstraties goed verzorgd. Als opvolger van Kemperman is F. H. M. Jansen te Vught in het bestuur gekomen, terwijl E. J. A. M. Hoffman collega F. Hillen opvolgde in de afdelingsraad.

Door het bestuur is het jaarprogramma voor 1961 in zijn geheel vastgelegd, dat als inlegblad van een zakagenda aan alle artsen en hun echtgenoten is toegezonden.

In tegenstelling tot andere jaren kunnen wij ditmaal een meer optimistisch geluid laten horen over het medeleven der collegae in het Maatschappijverband. Dank zij de toezending der lezingen en het houden van parallelvergaderingen voor onze dames neemt het kringbezoek steeds toe. Moge dit zo voortgaan!

Het aantal leden bedroeg op 31 december 1960 227 en 7 buitenleden.

Dr. P. J. V. van Wesemael, 's-Hertogenbosch

### Schiedam en Omstreken

Voor het wetenschappelijk gedeelte van de vergadering van 9 maart vermeldde de agenda een voordracht van collega Dr. J. Th. R. Schreuder, over: „Reclame in de geneeskunde” (met lichtbeelden).

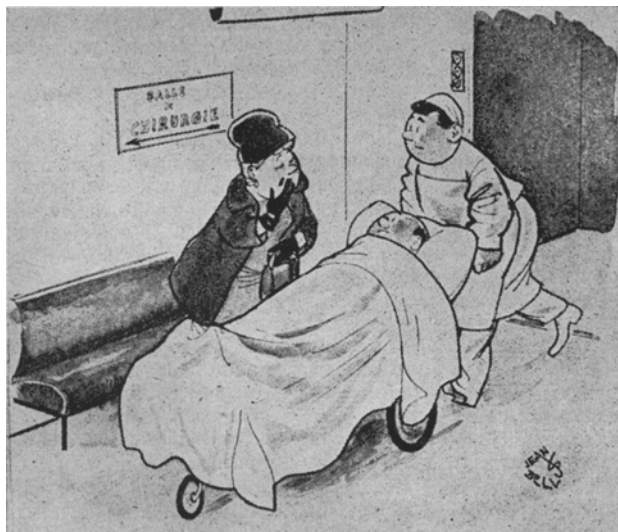
J. Stevens, Schiedam.

### Nijmegen en Omstreken

Voor de vergadering van 10 maart vermeldde de agenda o.m. een voordracht door collega A. L. Schaepkens van Riemst, chirurg te Utrecht over: „De moderne hartchirurgie”.

Voor dezelfde datum was een bijeenkomst van de Kring van Artsenvrouwen aangekondigd met als spreker de heer Hans Tiemeyer uit Arnhem, verbonden aan de toneelgroep „Theater”, met als onderwerp: „De plaats van het toneel in het leven van U en uw kind”.

A. de Rooy, Nijmegen.



*Tu as de la chance, toi, tu vas dormir.*

(Jours de France)

## WAARSCHUWING

Het bureau Waarneming en Vestiging deelt mede:

Zo nu en dan komt het voor, dat waarnemers, die vaak plotseling kunnen worden gesteld voor verkeersproblemen in een voor hen vreemde omgeving, meer of minder ernstige schaden veroorzaken met of aan hun ter beschikking gestelde vervoermiddelen.

Wij menen er duidelijk op te moeten wijzen, dat elk motorvoertuig, dat ter beschikking wordt gesteld van een waarnemer of assistent, verzekerd behoort te zijn, zodat de waarnemer of assistent voor ernstige financiële gevolgen van ongelukken is gevrijwaard.

Wij zouden de waarnemers dan ook willen adviseren, dat zij zich degelijk vergewissen van het aanwezig zijn van een verzekeringspolis. Het zal hen vele onaangenaamheden besparen.

### Friesland Noord

Voor de vergadering van 14 maart vermeldde de agenda als spreker Prof. Dr. L. B. W. Jongkees te Amsterdam over: „De problematiek van de doofheid”.

B. P. Tuinhout, Leeuwarden

### Haarlem en Omstreken

Voor het Ned. Huisartsen Genootschap zal op dinsdag 21 maart a.s. des avonds te 20 uur in het gebouw van de Haarlemse Kegelbond, Tempeliersstraat, Dr. R. Vedder spreken over: „Volwassen worden in een veranderende wereld”. Leden van de afdeling Haarlem zijn op deze lezing van harte welkom.

D. Bloemers, Haarlem

### Zutphen en Omstreken

De agenda voor de vergadering van 17 maart vermeldde een voordracht van collega Dr. W. van Enst, over: „Behandeling van patiënten met dwarslaesies”.

H. J. Ruiter, Warnsveld

### Zuid Limburg

Voor de vergadering van 16 maart vermeldde de agenda een voordracht door Dr. C. K. V. van Dommelen, internist te Rotterdam over: „Moderne diuretica”.

J. L. M. de Wolf, Valkenburg



**SPECIALISTEN  
REGISTRATIE COMMISSIE**

### Rectificatie

Op de lijst van de in Medisch Contact van 20 januari 1961, nr. 3 gepubliceerde specialisten werd onder het hoofd Ziekten van Hart en Bloedvaten als ingeschreven vermeld: Mevr. G. W. Terpstra-Wapenaar.

De betrokken collega werd op de daar genoemde datum ingeschreven voor het specialisme Zenuw- en Zielsziekten.

## ZIEKENHUIS EN SPECIALIST

Naar aanleiding van de publikatie van het concept-contract ziekenhuis-specialist en het concept-stafreglement in M.C. van 24-2-'61 lijdt het m.i. geen twijfel, dat er geen weldenkend ziekenhuisspecialist zal zijn, die niet de totstandkoming van deze concepten van harte zal toejuichen en diegenen dankbaar zal zijn, die zich jaren lang moeite hebben gegeven en zich de toch-al-zo-schaarse vrije tijd hebben ontzegd, om deze concepten, zoals ze thans worden aangeboden, te formulieren.

De adder onder het gras, die een vlotte realisatie in de weg zal staan schuilt m.i. echter in de laatste alinea van het inleidend artikel van coll. C. L. C. van Nieuwenhuizen in dezelfde aflevering van M.C. Al sedert 1956 worden door onze staf (als ik dit grote woord voor een ziekenhuis van binnenkort 120 bedden mag gebruiken) pogingen gedaan een contract ziekenhuisbestuur-specialist en een stafreglement door het bestuur van het ziekenhuis aanvaard te krijgen. Dit bestuur is hiervoor echter niet te vinden. De reden moet worden gezocht in twee factoren:

1. de vrees dat de autonomie van het ziekenhuisbestuur, door het accepteren van deze concepten, wordt aangetast. Hierin zat een grond van waarheid, maar we leven niet meer in de regententijd en hierover zal wel overeenstemming te bereiken zijn.

2. het feit dat de Vereniging van Ziekenhuizen in Nederland, aan wie door ons Ziekenhuisbestuur advies is gevraagd, met klem heeft geadviseerd op deze suggestie van de specialisten niet in te gaan, met de motivering, dat deze Vereniging van Ziekenhuizen in Nederland bij het opstellen van dit contract niet betrokken, er zelfs niet in gekend is geweest.

Ik geloof dan ook, dat het in hoge mate moet worden betreurd, dat niet de andere partij (i.c. de Vereniging van Ziekenhuizen) onmiddellijk bij dit overleg is betrokken. Het moet de vertegenwoordigers van de ziekenhuisbesturen, wie de autonomie van de particuliere ziekenhuizen hoog zit (aan welke autonomie van hogerhand noodgedwongen toch al zoveel afbreuk wordt gedaan!) onaangenaam hebben getroffen, dat een verbintenis tussen twee partijen die - het lijdt geen twijfel - voor beide partijen van zo groot belang is, geplaatst worden voor een éézijdig opgesteld contract. Nu is het zojuist gepubliceerde concept de punten, die in het oorspronkelijke concept (zie M.C. van 5 augustus 1954) ook naar mijn mening de „zere autonomie-teen” van Ziekenhuisbesturen konden doen stoten, gelukkig zijn verdwenen, moeten wij slechts hopen, dat het bestuur van de Vereniging v. Ziekenhuizen in Nederland zijn afwijzend oordeel zal willen herzien en de ziekenhuisbesturen in het vervolg positief zal willen adviseren.

Ook al is het begrijpelijk dat van de

kant van de Maatschappij voor Geneeskunst eerst gepoogd is de zaak intern „rond” te krijgen, dan nog blijft het jammer dat door de gevolgde procedure bij de Vereniging v. Ziekenhuizen goodwill is verspeeld hetgeen had kunnen worden voorkomen.

Kritiek achteraf is gemakkelijk en als zodanig is dit stukje niet bedoeld, al was het alleen al om niet diegenen af te vallen, die altijd maar weer bereid zijn om voor ons het „vuile werk” op te knappen. De strekking wil slechts zijn: we zijn er m.i. nog lang niet ook al zijn we op de goede weg! Het wil een waarschuwing zijn tegen een te groot optimisme of, zo men wil, het bagatelliseren van de nog te verwachten moeilijkheden waarvan de inleiding van coll. v. Nieuwenhuizen naar mijn mening getuigt. Zolang deze kwestie niet tussen onze Maatschappij en de Vereniging van Ziekenhuizen is uitgesproken en volledige overeenstemming zal zijn bereikt, is het mijnsinziens zinloos, en zelfs op bovengenoemde gronden uit beleidsoverwegingen bepaald gecontra-indiceerd, ziekenhuisbesturen door stafbesturen met de thans voorgestelde concepten te doen benaderen, hoezeer de concepten als zodanig ieders instemming verdienen. Het schrijven van de Stichting Het Nederlandse Ziekenhuiswezen dd. 20 april 1960 nr. 321665/347, dat ongevraagd aan alle besturen van ziekenhuizen, sanatoria en psychiatrische inrichtingen werd toegezonden met betrekking tot deze materie en waaruit moge worden aangehaald: „..... is een overleg over een voor beide partijen aanvaardbaar model voor een concept-overeenkomst nog niet begonnen” en „..... dat het afsluiten van contracten met specialisten aan de hand van de thans aangeboden modellen geen aanbeveling verdient”, is daartoe naar mijn mening een teken aan de wand.

F. Drijber, chirurg.

Coevorden, 27 februari 1961.

*Naschrift:* Nadat op de ledenvergadering van de L.S.V. het concept-contract en -reglement uitvoerig werden besproken en geamendeerd, zijn deze op de ledenvergadering van 28 mei 1960 met algemene stemmen aanvaard. Hiermede droeg de L.S.V. haar aandeel bij tot het totstandkomen van redelijke verhoudingen tussen specialisten en ziekenhuisbesturen. De belangstelling voor dit werk, verricht door de Commissie Ziekenhuisverhoudingen, onder leiding van Hoekstra, was zo groot, dat in de daarop volgende maanden zowel door specialisten als door ziekenhuisbesturen bijna 400 exemplaren werden aangevraagd! Hieruit blijkt wel dat er grote behoefte bestond aan een leidraad bij het stabiliseren van de verhoudingen tussen specialisten en staven enerzijds en ziekenhuisbesturen anderzijds. Toen nog steeds aanvragen voor deze werksommen binnenkwamen, besloot het Centraal Bestuur van de L.S.V., mede na aandrang van verschillende specialisten, in te gaan op de uitnodiging van de hoofdredacteur van M.C. tot publicatie.

Wat nu de ontstane situatie ten aanzien van de beide ziekenhuisorganisaties betreft, reeds tijdens de studie door de genoemde Commissie heeft men contact onderhouden met een aantal ziekenhuisdirecteuren opdat ook hun mening tot gelding kon komen ten aanzien van de voorgestelde contracten en reglementen.

Na aanvaarding door de ledenvergadering zocht de L.S.V. direct contact met de ziekenhuisorganisaties bij schrijven van 22 juni '60. Op 11 juli '60 berichtte het bestuur van de Vereniging van Katholieke ziekenhuizen dat het gaarne bereid was tot een bespreking. Op 16 augustus '60 antwoordde dit bestuur op een tweede brief onzerzijds, dat men nog steeds bereid was, maar dat de concepten nog moesten worden bestudeerd en dat men daarna contact zou opnemen voor het vaststellen van de datum voor bespreking.

Wat betreft de Stichting, deze antwoordde eveneens bevestigend, drong zelfs aan op een spoedige bespreking bij schrijven van 1 september '60. De datum tot deze bespreking werd daarna vastgesteld op 22 september '60, doch op 21 september(!) kreeg de L.S.V. van de Stichting bericht dat zij bij het vaststellen van de datum verzuimd had de zusterorganisatie tijdig in te lichten, terwijl de bestuursleden van de V.K.Z. op die datum verhinderd bleken. Ondanks aandringen onzerzijds is nooit meer een verzoek om een nieuwe bespreking van één der beide organisaties uitgegaan.

Aangezien, zoals gezegd, er een zeer grote belangstelling voor deze concepten bestond besloot het bestuur tot publicatie. Hierbij werd onzerzijds niet afgeweken van de opzet de stukken alsnog met de beide ziekenhuisorganisaties te bespreken. Het Centraal Bestuur van de L.S.V. meende dit te meer te moeten doen omdat de leden recht hadden op kennisname van de door de officiële ledenvergadering aangenomen concepten, maar tevens omdat het in toenemende mate geconfronteerd wordt met conflicten tussen specialisten (al of niet in stafverband) en ziekenhuisbesturen, welke conflicten voor een groot deel ontstaan of moeilijk oplosbaar zijn door het ontbreken van goed-vastgelegde verhoudingen.

Het is ontstellend nu en dan te moeten vaststellen dat een specialist, werkzaam in een ziekenhuis, daar volstrekt rechteloos kan zijn en een enkele maal ook als zodanig wordt behandeld. Het is daarom zeer te betreuren dat het bestuur van de Stichting per schrijven van 18 mei '60 ons mededeelde dat in gang zijnde onderhandelingen tussen specialisten en ziekenhuizen dienden te worden opgeschort tot het overleg zou hebben plaats gevonden, terwijl dit overleg nu juist op de lange baan is geschoven. Een dergelijke situatie kon het Centraal Bestuur van de L.S.V. niet aanvaarden.

Inmiddels is ons gebleken dat de onderhandelingen desondanks door meerdere ziekenhuisbesturen zijn voortgezet, aan de hand van onze concepten, welke onderhandelingen in een aantal gevallen reeds tot goede resultaten hebben geleid.

Voor en na blijft het Centraal Bestuur van de L.S.V. overtuigd van de volstrekte noodzaak van een goede samenwerking met de ziekenhuisorganisaties, doch dan dient ook te worden erkend, dat de huidige toestand in vele ziekenhuizen onjuist is door het ontbreken van behoorlijke overeenkomsten.

Ter beantwoording van de onder 1 en 2 genoemde opmerkingen van collega Drijber moge ik hem verwijzen naar mijn rede: „De L.S.V. en de ziekenhuisproblematiek” die hij kan vinden in M.C. van 23 december '60 met name voor wat betreft de noodzaak van samenwerking tot het voeren van een constructief beleid tussen ziekenhuisbesturen en specialisten in het belang van onze patiënten in de eerste plaats.

Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen

#### HONORERING VAN CELDIAGNOSTIEK

Begin 1956 is door collega Dr. P. Lopes Cardozo aan de Laboratoriumcommissie verzocht, een regeling te willen vaststellen voor een honorering van cyto-diagnostisch werk „die duidelijk boven dat van de gewone pathologische anatomie ligt”. De commissie meende toen, dat de tijd voor een landelijke regeling nog niet gekomen was, en adviseerde, plaatselijk tot een oplossing te komen.

Inmiddels meent de Technische Laboratorium Commissie dat het thans de tijd is, om dit nog eens opnieuw te bezien. De voorzitter van de Commissie, collega J. Fokkema, heeft mij thans gevraagd om een voorontwerp te maken voor een honoreringsregeling, daarbij rekening houdende met de meningen van hen, die hierbij betrokken zijn.

Mijn verzoek is nu aan degenen die thans celdiagnostiek uitoefenen, en die over de honorering daarvan hun mening willen kenbaar maken, om dit — voorlopig schriftelijk — te willen doen aan mijn adres: Gemeente Ziekenhuis, Arnhem. Tot Pasen zal ik afwezig zijn; U hoeft zich dus niet te haasten.

Arnhem, 4 maart 1961. B. J. Mansens



*„Jimmy broke the neighbor's window, our dog bit the mailman, and I wrecked our car. Other than that, the day was uneventful.”* (J.A.M.A.)

#### PRAKTIJKOVERDRACHT

Gaarne zou ik nog eens willen terugkomen op het door mij in de laatste algemene vergadering en daarna in Medisch Contact van 3 februari j.l. nader besproken onderwerp: Praktijkoverdracht.

Zoals reeds betoogd is het bedrag, dat met het betalen van goodwill en huis gemoeid is, veelal zo hoog, dat de meeste artsen de hulp van een verzekeringmaatschappij nodig zullen hebben teneinde over een zodanig bedrag de beschikking te kunnen krijgen. Behalve de premie voor de hiervoor gesloten verzekeringen, zal de betreffende arts meestal de premie voor andere verzekeringen, zoals een ongevallen- en ziekteverzekering moeten voldoen.

De arts en de verzekeringmaatschappij hebben hierbij in feite hetzelfde belang: het totale bedrag moet van zodanige aard zijn, dat de arts aan zijn verplichtingen kan voldoen en hierbij niet in moeilijkheden raakt, zodat ook de verzekeringmaatschappij er zeker van kan zijn dat de aangegane schuld wordt gedelgd. Een goede verzekeringmaatschappij zal dus door eigen onderzoek zeer nauwkeurig nagaan of het te kopen object, d.w.z. huis en goodwill van praktijk, een zodanige investering rechtvaardigt. Hierbij zijn twee zeer belangrijke en met elkaar samenhangende factoren: 1e. de prijs te betalen voor het te kopen huis en 2e. de mate van waarschijnlijkheid dat de over te dragen praktijk voor een redelijk percentage ook bij de opvolger terecht zal komen. Onder een redelijk percentage zal niet een hoger percentage dan 75% moeten worden gecalculeerd. Uit de inkomsten van deze praktijk moet de huur of de rente van de koopsom van het huis kunnen worden betaald.

In een niet klein aantal gevallen zal een verzekeringmaatschappij van oordeel zijn, dat de te kopen praktijk de gevraagde investering niet rechtvaardigt en dienengevolge de gevraagde lening weigeren.

Wanneer zich nu echter tussen de verzekeringmaatschappij en arts een derde instantie schuift, nl. het voorlichtingsbureau en beide partijen op de door dit bureau verstrekte inlichtingen vertrouwen, dan vergroot deze situatie de kans op moeilijkheden. Immers een zodanig bureau heeft twee gezichten: enerzijds de vaderlijke vriend, die zonder hiervoor iets te vragen voorlichting geeft, anderzijds de acquireur die belang heeft bij de grootte van de te sluiten verzekering. Dit voorlichtingsbureau is op geen enkele wijze verantwoordelijk voor de voorlichting die het geeft en wanneer het mis gaat wordt volstaan met algemene opmerkingen als „het spijt ons zeer” en „het is buitengewoon jammer”.

Voorlichting is goed en noodzakelijk, zo mogelijk door een onpartijdige instantie en dit zou de Koninklijke Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst kunnen zijn, anders een bureau dat voor zijn deskundige voorlichting wordt gehonoreerd en dan ook verantwoordelijk is voor de juistheid van de gegeven cijfers en mogelijkheden. Slechts dan zal het mogelijk zijn het instituut van de prak-

#### MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks  
Abonnementen voor niet-leden f 20.—  
Losse nummers f 0,50

★

**REDACTIE EN ADMINISTRATIE**  
De redactie en administratie is gevestigd:  
Keizersgracht 327, Amsterdam-C.  
Telefoon 242535 - Postgiro 58083.

#### ADVERTENTIES

De advertentie-exploitatie Medisch Contact is gevestigd: Van Ostadestraat 233, Amsterdam-Z., Telefoon 719911; postgiro 58083 ten name van de Kon. Ned.

Mij. t.b.d. Geneeskunst  
onder vermelding: advertentie-exploitatie Medisch Contact.

Advertenties in dit blad behoeven de goedkeuring van de redactie en kunnen zonder opgaaf van reden worden geweigerd.

★

#### MAATSCHAPPIJ, HAAR ADRESSEN VAN DE ORGANEN, ENZ.

Gevestigd: Keizersgracht 327,  
Amsterdam-C., Telefoon 242535.

Bureau Hoofdbestuur, Dagelijks Bestuur, Boekhouding, Bureau voor Waarneming en Vestiging (9-18 uur, zondags telefoon 79.89.84) — Landelijke Huisartsen Vereniging — Landelijke Specialisten Vereniging — Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband — Specialist Registratie Commissie — L.A.C.C.

Ondersteuningsfonds weduwen en wezen: postgiro 111950, Keizersgracht 327, Amsterdam-C., secr.: F. Weijnen,

Vijverweg 14, Sittard, telefoon 3363.  
Raad van beroep: secretaris Ph. J. Hoedemaker, Harlingerstraatweg 13, Leeuwarden.

tijdoverdracht te saneren en de schijn van onpartijdigheid die deze voorlichting nu aankleeft, te doen verdwijnen.

H. H. Santman  
Hillegersberg, 9 maart 1961.

#### TITULATUUR

Als oplossing van het probleem der titulatuur behandeld door collega P. J. C. van der Loo, in Medisch Contact, 17 februari 1961, no. 7, blz. 106, wilde ik het volgende voorstellen:

*Iedere arts het recht te geven tot het dragen van een titel, namelijk dr. Achter de eigen naam kan dan naar wens een eventuele promotie vermeld worden met vermelding van de Universiteit.*

Het volgende voorbeeld kan dienen: dr. X Dr. G., dit betekent dus: X arts gepromoveerd te Groningen.

J. E. Japikse  
Amsterdam, 3 maart 1961.

*Naschrift:* Het voeren van de titel doctor en de afkorting daarvan, dr, door niet-gepromoveerden is, naar wij menen te weten, in strijd met de wet. - Red. M.C.

# Utrechts pollenextract

*tegen hooikoorts*

## ► Diagnosticum kosteloos

Vraagt prospectus.

Voor ziekenfondsverzekerden toegestaan.

## VOORJAARSKUUR

(24 injecties s.c.) beginnende febr.-maart

Voor hen die deze kuur gevolgd hebben, bestaat gelegenheid de verworven desensibiliseringsgraad te handhaven met de

## ONDERHOUDSKUUR

(1 inj. per maand sept. t/m april en 4 inj. in mei)

## APOTHEEK KOERT

Biltstraat 100, Tel. 10585, Utrecht

## WEES GEEN SLAAF

neem een automatische  
**TELEFOON-BEANTWOORDER**

Ook in huur verkrijgbaar.



VRAAGT INLICHTINGEN OF FOLDER  
TELEFOON ONDERNEMING

**„DE BUMIFOON”**

Koninginnegracht 78 - Den Haag - Tel. 070-63 30 06-63 37 89

## INTERNATIONALE AUTO-EMBLEMEN

zijn voor de leden van de Maatschappij verkrijgbaar op het Bureau der Maatschappij, Keizersgracht 327, Amsterdam-C.

De prijs van het Maatschappij-embleem (internationaal model) vervaardigd van astralon, inclusief een klem ter bevestiging, is f 1,-. Het embleem zonder klem kost f 0,75.

Ook is verkrijgbaar een embleem van plak-plastic ad. f 0,40.

Men wordt verzocht bij bestelling de kosten te voldoen door overschrijving op postgiro 58083 der Maatschappij.



C O N T A C T E N

Het **St. Elisabeth-ziekenhuis** te **Tilburg**  
vraagt voor de **1e Afdeling Kinderziekten**  
(A opleiding)

per 1 juni en 1 oktober a.s.

**een assistent(e).**

Brieven met uitvoerige inlichtingen te richten  
aan de geneesheer-directeur.

Het **St. Elisabeth-ziekenhuis** te **Tilburg**  
vraagt voor de **1e Afdeling Kinderziekten**  
(A opleiding)

per 15 Mei 1961

**een vacantie assistent(e)**

gedurende 4½ maand.

Brieven met uitvoerige inlichtingen te richten  
aan de geneesheer-directeur.

Het **ST. JOSEPH-ZIEKENHUIS** te **Venlo**  
zoekt voor zo spoedig mogelijke indiensttreding:

**ASSISTENT**

voor de interne afdeling.

Sollicitaties aan de Directeur-Genesheer.

Voor directe overname aangeboden  
**middelgrote huisartsenpraktijk**  
tussen stad en watersportgebied.

Brieven onder no. 1120 Bureau van dit blad.