



OFFICIEEL ORGAAN  
VAN DE KONINKLIJKE  
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ  
TOT BEVORDERING  
DER GENEESKUNST

# Medisch Contact

## REDACTIONEEL

### Prof. Dr. Th. Vossenaar voorzitter der Maatschappij

In de zaterdag 9 januari gehouden eerste vergadering van het hoofdbestuur in 1971 is voor dit jaar tot voorzitter der Maatschappij gekozen Prof. Dr. Th. Vossenaar, aan wie blijkens de uitslag van de verkiezing een zeer groot vertrouwensvotum werd geschonken. Geen wonder,



want Prof. Vossenaar heeft zich als hoofdbestuurslid en ten vorige jare als onder-voorzitter onderscheiden als een bestuurder, die de hem voorgelegde problemen in hoge mate weet te objectiveren, het vermogen heeft diep door te dringen in de vraagstukken en dat combineert met het talent ze niettemin in bevattelijke woorden compact samen te vatten. Waarbij dan nog als belangrijke bijkomstigheid zijn geaardheid in het spel komt om zich niet met een allure van te grote gewichtigheid tegenover de zaken op te stellen maar die met een zekere souplesse, misschien zou men durven stellen: met een zekere speelsheid te presenteren. Dat hij daarbij de gave bezit uit de veelheid van meningen en inzichten een goed compromis te laten resulteren zal er dan mede toe hebben geleid dat het hoofdbestuur zonder enige aarzeling de leiding van de Maatschappij gedurende 1971 aan hem heeft toevertrouwd.

Prof. Vossenaar's belangstellingen en taken liggen breed gespreid. Hij is voorzitter van het Nationaal Luchtvaartgeneeskundig Centrum, lid van de Gezondheidsraad, lid van de Counsel van de International Academy of Ophthalmology, bezocht enkele keren Amerika als representant van wetenschappelijke kringen doch ook om zich persoonlijk als patholoog-anatoom door het volgen van door hem daar zeer hoog aangeslagen post graduate courses van de laatste ontwikkelingen in zijn vak op de hoogte te stellen.

Een man dus van wetenschap en praktijk, waarbij ten aanzien van zijn praktische instelling ook geldt, dat hij open oog heeft voor de

realiteit, open oor voor de klanken die van jongere generaties worden gehoord — al zal niets hem beletten zich daartegen zo nodig eventueel ook op zijn beurt kritisch op te stellen — een man die niet zweert bij gevestigde tradities maar tendeert naar het houden van gelijke tred met maatschappelijke evoluties. In dat opzicht zal hij zeker niet schromen realiteiten te ontlopen. Integendeel, uit het feit dat hij op de eerst komende Algemene Vergadering der Maatschappij aandacht gaat vragen voor de tendenzen, die zich ten aanzien van een volksverzekering steeds meer doen gelden, is te concluderen dat hij het ook voor de Maatschappij van groot belang acht realiteiten — ongeacht zijn persoonlijke visie daarop — tijdig aan de orde en ter discussie te stellen. Uit een gesprek met hem, waaruit enkele feiten en impressies in voorenstaande regels zijn verwerkt, is ook duidelijk naar voren gekomen dat hij er zeker naar zal streven rol en functie van de Maatschappij in het geheel van het Nederlandse maatschappelijke veld voor anderen doorzichtiger en begrijpelijker te maken, een opgave en een procedure, waarvan Prof. Vossenaar zelf wel het meest

overtuigd is dat daar enige tijd — en meer dan één voorzittersjaar — mee gemoeid zal zijn.

Toen de aftredende voorzitter Dr. L. van der Drift de voorzittershamer aan Prof. Vossenaar overhandigde was een van zijn kwalificaties van zijn opvolger: een aimabel man. Die kenschets worde hier overgenomen en toegevoegd aan onze schets van de dynamische figuur, die de nieuwe voorzitter der Maatschappij is. Bij zijn veelomvattende taak zal zijn milde humor, die men ook terdege heeft leren kennen en waarderen in het hoofdbestuur, hem ongetwijfeld te stade komen.

Persoonlijke feiten? Prof. Vossenaar werd in 1922 te Heerlen geboren, onderbrak na zijn gymnasiale opleiding tijdens de bezetting zijn studie om als oorlogsvrijwiller in geallieerde dienst te treden. Na de bevrijding hervatte hij zijn studie, die hij in 1950 voltooide. Zijn benoeming tot buitengewoon hoogleraar in de pathologische anatomie dateert van 1964. Als vader families beroemt hij zich op het bezit van twee zonen en een dochter en zijn artistieke belangstelling gaat uit naar de schilderkunst: Permeke is zijn favoriet. B.

---

## Presidium en Dagelijks Bestuur der Maatschappij in 1971

In de zaterdag 9 januari 1971 gehouden vergadering van het hoofdbestuur der Maatschappij hebben de verkiezingen voor de samenstelling van presidium en dagelijks bestuur der Maatschappij geleid tot de volgende resultaten:

*Voorzitter:* Prof. Dr. Th. Vossenaar, Utrecht.

*Onder-voorzitter:* Dr. R. Vermeer, Goes.

*Leden dagelijks bestuur:* Dr. J. Hage, Tilburg, J. J. de Konink, Akkrum en Dr. F. H. J. Kortenhorst, Delft.

*Plaatsvervangende leden dagelijks bestuur:* Dr. J. A. Dallmeijer, Amsterdam, Dr. E. D. Eggink, Groningen, en Dr. A. E. Leuftink, Hoog-Keppel.

Bij het overhandigen van de sleutels van het gebouw der Maatschappij door Dr. L. van der Drift, aftredende voorzitter, aan Prof. Vossenaar heeft de scheidende voorzitter hulde en respect gebracht aan zijn opvolger, zeggende dat een zeldzame combinatie van eigenschappen Prof. Vossenaar na zijn binnentreden in het hoofdbestuur reeds zeer spoedig hebben bestempeld tot een man, die eens op de voorzittersstoel zou gaan plaats nemen. Scherp intellectueel, besluitvaardig, goed spreker, in hoge

mate representatief, dat waren zo enkele van de vele hem toegekende kwalificaties, die Prof. Vossenaar bij de beantwoording van zijn verwelkoming als voorzitter minzaam reduceerde, enerzijds gevoelig voor deze complimenten, anderzijds er zich van bewust dat bij gelegenheden als deze de dingen altijd iets fraaier worden geformuleerd dan met de mate van werkelijkheid overeenstemt. Niettemin aanvaardde Prof. Vossenaar zijn taak met temeer energie, nu hij zich gesteund wist door het grote vertrouwen, dat het hoofdbestuur jegens hem had uitgesproken en waarvoor hij zich zeer dankbaar toonde.

In de laatste in 1970 gehouden vergadering is afscheid genomen van de vertrekkende hoofdbestuurleden, te weten Dr. L. van der Drift, mevr. Louise Hemmes — die na vier jaar lid van dit college te zijn geweest tussentijds is afgetreden en die nu in de vergaderingen van het hoofdbestuur het Interfacultair Overleg Faculteiten Geneeskunde representeert — en van G. C. M. van Maarsseveen, die daarmee zijn derde zittingsperiode in het hoofdbestuur — een record — afsloot. Tot de vertrekkenden zijn toen, onder veel bijval, woorden gericht van grote waardering voor het werk, dat zij ten dienste en in het belang van de Maatschappij hebben verricht.

## Toekomstige structuur gezondheidszorg

Velen betwijfelen, of de gezondheidszorg bij de huidige structuur nog wel adequaat kan functioneren, gezien de toenemende eisen welke aan deze zorg worden gesteld. Anderen evenwel koesteren geen twijfel en menen dat het bestaande organisatieschema voldoende flexibel is om de toenemende vraag naar zorg op te vangen.

Ook de overheid is druk in de weer. In de

Wet ziekenhuisvoorzieningen is het raam gegeven, waarbinnen de intramurale zorg zich kan ontwikkelen. De staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Dr. R. J. H. Kruisinga, heeft de Tweede Kamer toegezegd dat deze wet zal worden uitgebouwd tot een Wet gezondheidsvoorzieningen, waarin naast de intramurale ook de extramurale gezondheidszorg zal worden geregeld (zie M.C. nr. 50/1970, blz. 1351). Het advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid over voor de geestelijke gezondheidszorg gewenste voorzieningen houdt een ingrijpende reorganisatie van deze tak van zorg in (zie M.C. nr. 50/1970, blz. 1353). De raad spreekt zich in dit rapport uit voor een ideaaltypische structuur, waarin op het niveau van de wijk een centraal knooppunt is dat de verbinding vormt met voorzieningen op streekniveau. Dit advies sluit aan bij een eerder uitgebracht advies over de wijkgezondheidszorg. In antwoord op schriftelijke kamervragen stelt Dr. Kruisinga, dat hij er naar streeft de financiering van de ambulante gezondheidszorg een even hechte basis te verlenen als die van de intramurale zorg, en wel op basis van de A.W.B.Z. (zie M.C. nr. 52/1970, blz. 1402). Het advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid over de financiering van de maatschappelijke gezondheidszorg lijkt in een zelfde richting te wijzen. Kortom: de structuur van de volksgezondheid is allerwegen in discussie.

Bij iedere gedachtenwisseling over een zo veelzijdig onderwerp als een toekomstige structuur van de volksgezondheid dreigt het gevaar van een Babylonische spraakverwarring. Desondanks lijkt ons een discussie over een toekomstige gezondheidszorg in Medisch Contact nuttig. De redactie heeft zich daarom gewend tot een aantal personen, van wie bekend is dat zij welomschreven, ongetwijfeld uiteenlopende opvattingen hebben over een goede structuur van de gezondheidszorg, met de vraag een persoonlijke visie te willen geven op de wegen die op dit gebied zouden moeten worden ingeslagen. Dat de opvattingen uiteen kunnen lopen, vinden wij terug in het rapport „Huisarts en publiek” (zie M.C. nr. 19/1970, blz. 479), waaruit blijkt dat 86% van het publiek vindt dat er in de toekomst een nationale ziektekostenverzekering zou moeten zijn, terwijl het rapport anderzijds

### 26e JAARGANG — No. 2 — 15 JANUARI 1971

#### INHOUD

Prof. Dr. Th. Vossenaar voorzitter der Maatschappij .....	37
Presidium en Dagelijks Bestuur der Maatschappij in 1971 .....	38
Toekomstige structuur gezondheidszorg ...	39
Wijzigingen in het huishoudelijk reglement .	40
Uit Medisch Contact anno 1946 .....	40
Cursus voor voortgezet medisch onderwijs „Oost-Nederland” over chemotherapie van tumoren .....	40
Prijzenbeschikking medische hulp aan particulieren in 1970 - II .....	41
Premie vrijwillige ziekenfondsverzekering 1971 .....	43
Voorzitter Centrale Raad voor de volksgezondheid installeert Vaste Commissie Milieuhygiëne .....	44
Wet universitaire bestuursvorming 1970 .	44
Toekomstige structuur gezondheidszorg in Nederland (I) .....	45
Nader onderzoek naar schadelijke werking van „hard” en „soft” drugs .....	47
Brieven in de Bibliotheek van de Maatschappij (III) .....	48
Directeur-geneesheer M. W. Jongsma nam afscheid van het Academisch Ziekenhuis Leiden .....	49
Huisartsen-conferentie over „mental health consultation” .....	50
Sociale indicatie bij abortus provocatus naar geldende Nederlandse rechtspraak wel degelijk toegestaan .....	51
Enkele revaliderende aspecten van het sociale recht .....	53
Van het hoofdbestuur:	
Wijziging artsenopleiding .....	60
Van het Centraal Bestuur L.H.V.:	
Rapport Commissie Groepspraktijken L.H.V.-N.H.G. ....	61
Keurings- en controletarieven .....	61
Uit de afdelingen .....	61
Brieven aan de redactie .....	62
Varia .....	63

Hoofredacteur: F. A. Bol, arts.

Redactie: J. J. van Mechelen (secr.), C. C. G. Jansens en R. A. te Velde.

Colofon op bladzijde 64.

uitwijst dat 67% van de huisartsen meent dat de gezondheidszorg achteruit zal gaan indien de gezondheidszorg zou worden genationaliseerd. Overigens is het de vraag of beide groepen daarbij aan hetzelfde denken.

Het verzoek, dat aan de auteurs van de komende artikelenserie werd voorgelegd, luidde letterlijk „hun persoonlijke visie te willen geven op de structuur die de beste mogelijkheden biedt voor een optimale gezondheidszorg in Nederland”. Als punten van bespreking werden gesuggereerd: de samenwerking tussen en binnen de verschillende disciplines die werkzaam zijn op het terrein van de volksgezondheid; het doelmatig gebruik van mankracht en middelen; en de financiering van de gezondheidszorg. Uit de aard der zaak zullen de auteurs zich het meest bezighouden met die punten, die hen het meest interesseren. De redactie is bijzonder verheugd, dat velen zich de moeite hebben willen getroosten om een bijdrage te leveren. Wij hopen dat deze serie, die vandaag start met een artikel van collega Weijnenborg en welke serie zich over een periode van enige maanden zal uitstrekken, voedsel zal geven aan een vruchtbare gedachtenwisseling. B.

### ***Uit Medisch Contact anno 1946***

„Het centrum van het M.C. heeft een gedenkpenning doen vervaardigen als blijvende herinnering aan het artsenverzet; deze penning is uitsluitend voor M.C. leden verkrijgbaar. Zij, die dezen penning wenschen te bezitten, dienen zich te melden bij den secretaris van hun afdeling, met opgave van naam en voorletters, eventueel doctorstitel, en functie in het M.C.,-lid, estafette-leider, G.V.M., D.V.M., of Centrum. Deze gegevens worden in den penning gegraveerd. De kwaliteit van het papier laat niet toe een afbeelding van de penning af te drukken. De penning toont aan de voorzijde een hakenkruis, hetwelk door een slag wordt gebroken, met het rand-schrift: „Alleen een vrij man kan een goed geneesheer zijn”. Aan de achterzijde het rand-schrift: „Medisch Contact 1941-1945” en de aesculaapstaf, gekroond met den Vrijheidshoed, die tevens den vorm heeft van den ouden doktershoed, welke laatste in de achttiende eeuw nog al eens als symbool voor den doktersstand gebruikt is. Aan deze zijde is plaats voor de inscriptie van naam en functie in het M.C. De prijs kan op dit oogenblik nog niet worden vastgesteld, maar zal vermoedelijk ± f 8,— bedragen.”

### **Wijziging in het huishoudelijk reglement**

Aan dit nummer van Medisch Contact (no 2/1971) is als losse bijlage toegevoegd een exemplaar van de gewijzigde tekst van het huishoudelijk reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst met betrekking tot de rechtspraak, zoals deze wijziging — instelling van Districtsraden — is vastgesteld door de op 19 april 1969 gehouden Algemene Vergadering der Maatschappij. Deze tekst, gepagineerd van 77 tot en met 98 treedt in de plaats van de bladzijden 77 tot en met 98 van de laatst verschenen (1967) uitgave van de Statuten en het huishoudelijk reglement der Maatschappij.

Voorts is toegevoegd een tweede losse bijlage met errata. Daar het hier veelal geringe redactionele wijzigingen betreft, die in andere hoofdstukken van deze uitgave het gevolg moeten zijn van de gewijzigde rechtspraak, is om de kosten van het herdrukken van vele pagina's te ontgaan, volstaan met vermelding daarvan op eenzijdig bedrukt papier, hetgeen het mogelijk maakt deze wijzigingen op de onderscheidene pagina's te bestemder plaatse in de plakken.

### **Cursus voor voortgezet medisch onderwijs „Oost Nederland” over chemotherapie van tumoren**

De Dr. G. J. van Hoytema Stichting organiseert met medewerking van de Boerhaave Commissie op 22 en 23 januari 1971 in de Technische Hogeschool Twente een cursus voor voortgezet medisch onderwijs over de chemotherapie van tumoren en daarmee samenhangende problemen. Deze cursus is een modificatie van de Boerhaave Cursus die van 2 tot 5 september te Leiden werd gehouden onder de titel: Course on cancer chemotherapy. Het verband met deze cursus bestaat daarin dat de cursusleiding ook berust bij P. Thomas, A. Zwaveling en F. Elkerbout, terwijl de sprekers in Twente overwegend gekozen zijn uit de sprekers die ook in Leiden hebben bijgedragen aan de cursus. Het grote verschil is de duur van de cursus die in Twente maar twee dagen zal omvatten zodat een beperking is toegepast. Deze beperking is overwegend gezocht in een samenvatten van parallel lopende lezingen waarbij het de bedoeling is geweest om vooral de praktische toepassing van kankerchemotherapeutica goed tot uiting te brengen.

Het cursusgeld bedraagt: f 50,—; studenten f 25,—; deelname uitsluitend 23 januari f 25,—. Kosten lunches: f 5,—. Aanmeldingen voor deelneming aan de cursus bij het secretariaat van de Dr. G. J. van Hoytema Stichting, van Kolstraat 18, Enschede, tel. 05420-19108. Inlichtingen bij het secretariaat.

# Prijzenbeschikking medische hulp aan particuliere patiënten 1970-II

De Nederlandse Staatscourant van 31 december 1970 bevat de volgende Prijzenbeschikking medische hulp aan particuliere patiënten 1970-II d.d. 29 december 1970.

De ministers van Economische Zaken en van Sociale Zaken en Volksgezondheid en de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Overwegende:

dat in het bijzonder uit een oogpunt van algemene inkomensontwikkeling een verhoging van de vergoeding voor het verlenen van medische hulp aan particuliere patiënten aanvaardbaar is;

dat toepassing van de hieronder nader omschreven landelijke richtlijnen door de leden van de Amsterdamsche Specialisten Vereeniging met betrekking tot enkele specialismen voor betrokkenen voorts nog een onredelijk te achten achteruitgang van de inkomenspositie met zich mee zou brengen;

dat het bepaalde in de Prijzenbeschikking goederen en diensten 1970 eerderbedoelde prijsaanpassing verhindert;

dat het naar hun oordeel met het oog hierop wenselijk is de onderstaande regeling te treffen, zulks in overeenstemming met het ter zake met de organisaties van betrokkenen gevoerde overleg;  
Gelet op artikel 2, eerste lid, van de Prijzenwet,

Besluiten:

## Artikel 1

1. Voor de toepassing van deze beschikking wordt verstaan onder:

*landelijke richtlijnen voor honoraria in de particuliere praktijk:* de door de minister van Economische Zaken gewaarmerkte richtlijnen der Wetenschappelijke Verenigingen inzake de honoraria in de particuliere praktijk;

*algemene inleiding tot de landelijke richtlijnen:* de door de minister van Economische Zaken gewaarmerkte algemene inleiding van de Landelijke Specialisten Vereniging op de richtlijnen der Wetenschappelijke Verenigingen inzake de honoraria in de particuliere praktijk;

*Amsterdamsche richtlijnen voor honoraria in de particuliere praktijk:* de door de minister van Economische Zaken gewaarmerkte richtlijnen der Amster-

damsche Specialisten Vereeniging ten dienste van het vaststellen van particuliere honoraria.

2. De landelijke richtlijnen voor honoraria in de particuliere praktijk en de algemene inleiding tot die richtlijnen alsmede de Amsterdamsche richtlijnen voor honoraria in de particuliere praktijk liggen voor een ieder ter inzage bij het ministerie van Economische Zaken, Directie Prijzen en Mededinging, Bezuidenhoutseweg 95, te 's-Gravenhage.

## Artikel 2

In afwijking van het artikel 3, onder a., van de Prijzenbeschikking goederen en diensten 1970 bepaalde is het een huisarts verboden genees- of heelkundige dan wel verloskundige hulp aan particuliere patiënten aan te bieden of te verlenen dan wel zich te verbinden deze hulp te verlenen tegen een hogere prijs dan die, welke hij op 3 november 1970 voor een gelijke dienst in een overeenkomstig geval ingevolge het bepaalde in artikel 2 van de Prijzenbeschikking medische hulp aan particulieren 1970 ten hoogste in rekening mocht brengen, vermeerderd met een toeslag van 5% en vervolgens naar boven afgerond:

indien de prijs minder dan f 20,— bedraagt: op het naastbijgelegen veelvoud van 25 cent;

indien de prijs meer dan f 20,— bedraagt: op het naastbijgelegen veelvoud van f 1,—.

## Artikel 3

In afwijking van het in artikel 3 onder a., van de Prijzenbeschikking goederen en diensten 1970 bepaalde is het een specialist verboden genees- of heelkundige dan wel verloskundige hulp aan particuliere patiënten aan te bieden of te verlenen, dan wel zich te verbinden deze te verlenen tegen een hogere prijs dan die welke hij op 3 november 1970 voor een gelijke dienst in een overeenkomstig geval ingevolge het bepaalde in artikel 3 van de Prijzenbeschikking medische hulp aan particulieren 1970 ten hoogste in rekening mocht brengen, vermeerderd met een toeslag van 8% en vervolgens naar boven afgerond:

indien de prijs minder dan f 20,— bedraagt: op het naastbijgelegen veelvoud van 25 cent;

indien de prijs meer dan f 20,— bedraagt: op het naastbijgelegen veelvoud van f 1,—.

## Artikel 4

1. In afwijking van het bepaalde in het vorige ar-

tikel en in artikel 3, onder a., van de Prijzenbeschikking goederen en diensten 1970 is het een in Amsterdam gevestigde anaesthesist of chirurg, ingeval het klinische genees- of heelkundige, dan wel verloskundige hulp in de vorm van verrichtingen aan particuliere patiënten betreft, verboden zodanige hulp aan te bieden of te verlenen, dan wel zich te verbinden deze te verlenen tegen een hogere prijs dan het totaal gevormd door:

a. de halve som van het in de tabellen in de Amsterdamse richtlijnen voor honoraria in de particuliere praktijk voor de betrokken hulp vermelde minimum- en maximumbedrag;

b. een toeslag op basis van het onder a. bedoelde bedrag, berekend overeenkomstig het bepaalde in de artikelen 5, 6, 7, 8 en 11b van de algemene inleiding tot de landelijke richtlijnen;

de aldus verkregen prijs vermeerderd of vermindert met ten hoogste 25 procent naarmate hij in het betrokken geval meer onderscheidenlijk minder arbeid heeft verricht dan voor dat geval normaal te achten is, en vervolgens naar boven afgerond:

indien de prijs minder dan f 20,— bedraagt: op het naastbijgelegen veelvoud van 25 cent;

indien de prijs meer dan f 20,— bedraagt: op het naastbijgelegen veelvoud van f 1,—.

2. In afwijking van het bepaalde in het eerste lid en van het bepaalde in artikel 3 van deze beschikking alsmede in afwijking van het in artikel 3, onder a., van de Prijzenbeschikking goederen en diensten 1970 bepaalde is het een in Amsterdam gevestigde anaesthesist of chirurg, ingeval het aan een particuliere patiënt verleende klinische genees- of heelkundige dan wel verloskundige hulp in de vorm van verrichtingen van uitzonderlijk tijdrovende aard betreft, verboden zodanige hulp aan te bieden of te verlenen dan wel zich te verbinden deze te verlenen tegen een hogere prijs dan het totaal gevormd door:

a. de halve som van het in de tabellen in de Amsterdamse richtlijnen voor honoraria in de particuliere praktijk voor de betrokken hulp vermelde minimum- en maximumbedrag;

b. een toeslag op basis van het onder a. bedoelde bedrag, berekend overeenkomstig het bepaalde in de artikelen 5, 6, 7, 8 en 11b van de algemene inleiding tot de landelijke richtlijnen;

c. een toeslag op de som van de onder a. en b. bedoelde bedragen, welke in een evenredige verhouding staat tot de bijzondere tijdrovendheid van de verleende hulp;

de aldus verkregen prijs vervolgens naar boven afgerond op het naastbijgelegen veelvoud van f 1,—.

#### Artikel 5

1. In afwijking van het bepaalde in artikel 3 van

deze beschikking en van het bepaalde in artikel 3, onder a., van de Prijzenbeschikking goederen en diensten 1970 is het een in Amsterdam gevestigde cardioloog of longarts, ingeval het poliklinische genees- of heelkundige hulp in de vorm van verrichtingen aan particuliere patiënten betreft, verboden zodanige hulp aan te bieden of te verlenen, dan wel zich te verbinden deze te verlenen tegen een hogere prijs dan het totaal gevormd door:

a. de som van 45, 41 en 14% van de minimumbedragen, welke in de tot de Amsterdamse richtlijnen voor de honoraria in de particuliere praktijk behorende tabellen voor de betrokken hulp voor onderscheidenlijk de klassen, 3, 2B en 2A zijn vastgesteld;

b. een toeslag op basis van het onder a. bedoelde bedrag, berekend overeenkomstig het bepaalde in de artikelen 5, 6, 7, 8 en 11b van de algemene inleiding tot de landelijke richtlijnen;

de aldus verkregen prijs vermeerderd of vermindert met ten hoogste 25 procent naarmate hij in het betrokken geval meer onderscheidenlijk minder arbeid heeft verricht dan voor dat geval normaal te achten is, en vervolgens naar boven afgerond:

indien de prijs minder dan f 20,— bedraagt: op het naastbijgelegen veelvoud van 25 cent;

indien de prijs meer dan f 20,— bedraagt: op het naastbijgelegen veelvoud van f 1,—.

2. In afwijking van het bepaalde in het eerste lid en van het bepaalde in artikel 3 van deze beschikking alsmede in afwijking van het bepaalde in artikel 3, onder a., van de Prijzenbeschikking goederen en diensten 1970 is het een in Amsterdam gevestigde cardioloog of longarts, ingeval het aan een particuliere patiënt verleende poliklinische genees- of heelkundige hulp in de vorm van verrichtingen van uitzonderlijk tijdrovende aard betreft, verboden zodanige hulp aan te bieden of te verlenen dan wel zich te verbinden deze te verlenen tegen een hogere prijs dan het totaal gevormd door:

a. de som van 45, 41 en 14% van de minimumbedragen, welke in de tot de Amsterdamse richtlijnen

### INTERNATIONALE AUTO EMBLEMEN

zijn voor leden van de Maatschappij verkrijgbaar op het Bureau der Maatschappij, Lomanlaan 103, Utrecht. De prijs van het Maatschappij-embleem (Internationaal model), vervaardigd van astralon, is f 1,—. Ook is verkrijgbaar een embleem van plak-plastic à f 0,50. Men wordt verzocht bij bestelling de kosten te voldoen door overschrijving op postgiro 58083 der Maatschappij.

voor de honoraria in de particuliere praktijk behorende tabellen voor de betrokken hulp voor onderscheidenlijk de klassen 3, 2B en 2A zijn vastgesteld;

b. een toeslag op basis van het onder a. bedoelde bedrag, berekend overeenkomstig het bepaalde in de artikelen 5, 6, 7, 8 en 11b van de algemene inleiding tot de landelijke richtlijnen;

c. een toeslag op de som van de onder a. en b. bedoelde bedragen, welke in een evenredige verhouding staat tot de bijzondere tijdrovendheid van de verleende hulp;

de aldus verkregen prijs vervolgens naar boven afgerond op het naastbijgelegen veelvoud van f 1,—.

#### Artikel 6

Deze beschikking kan worden aangehaald als: Prijzenbeschikking medische hulp aan particuliere patiënten 1970-II.

#### Artikel 7

1. Deze beschikking wordt bekendgemaakt in de Staatscourant.

2. Zij treedt in werking met ingang van de dag na die van haar bekendmaking.

3. Zij vervalt met ingang van 16 maart 1971.

s'-Gravenhage, 29 december 1970

*De minister van Economische Zaken,*  
R. J. Nelissen.

*De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,*  
B. Roolvink.

*De staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid,*  
R. J. H. Kruisinga.

#### *Toelichting*

In overleg met de Landelijke Huisartsen Vereniging en de Landelijke Specialisten Vereniging hebben de ondergetekenden tot de onderwerpelijke van de Prijzenbeschikking goederen en diensten 1970 (Stcrt. 213) afwijkende maatregel besloten, teneinde een uit een oogpunt van algemene inkomensontwikkeling redelijk te achten verhoging van de vergoedingen voor verleende medische hulp aan particuliere patiënten mogelijk te maken.

Bij de met de onderhavige maatregel toelaatbaar gestelde tariefsverhogingen is rekening gehouden met de gemiddelde stijging van de regelingslonen en van de praktijkkosten, waarbij voor de huisartsen is uitgegaan van de periode oktober 1969 tot ultimo 1970 en voor de specialisten van de periode juli 1969 tot juli 1970.

Het percentage van de tariefsverhoging bedraagt voor huisartsen 5% — boven de reeds eerder toegestane verhoging met 5% — welk percentage afhankelijk van de uitkomsten van een nog niet afgerond onderzoek, nog nadere vaststelling kan behoeven.

Voor specialisten bedraagt het percentage van de tariefsverhoging 8%.

Aangezien voorts is gebleken dat integrale toepassing door de in Amsterdam gevestigde specialisten van de richtlijnen van de Landelijke Specialisten Vereniging, met name voor wat betreft de honoraria voor klinische verrichtingen door anaesthesisten en chirurgen en voor poliklinische verrichtingen door cardiologen en longartsen voor deze specialisten een onaanvaardbare achteruitgang in inkomenspositie zou betekenen, is daarvoor vooralsnog een bijzondere regeling getroffen. Een volledige uniformering zal worden bewerkstelligd, zodra de omstandigheden daarvoor de mogelijkheid zullen bieden.

*De minister van Economische Zaken,*  
R. J. Nelissen.

*De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,*  
B. Roolvink.

*De staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid,*  
R. J. H. Kruisinga.

---

### **Premie vrijwillige ziekenfondsverzekering in 1971**

Op vier na alle ziekenfondsen hebben met ingang van 1971 de premie voor de vrijwillige ziekenfondsverzekering verhoogd. De gemiddelde premie per verzekerde van 16 jaar en ouder stijgt hierdoor van f 38,64 per maand tot f 47,28 per maand op 1 januari 1971. De stijging bedraagt 22,4%. De premie bij de onderscheidene ziekenfondsen per 1 januari 1971 varieert van f 35,— tot f 52,50 per maand (in januari 1970 was dit van f 28,— tot f 43,—). De Ziekenfondsraad heeft de premieverhogingen goedgekeurd.

Evenals in vorige jaren zijn de belangrijkste oorzaken van de stijging der premies het toenemend gebruik van verstrekkingen en de stijging van honoraria en tarieven, waarbij de stijging van ziekenhuistarieven — met name in geval van nieuwbouw — een belangrijke rol speelt. Voor 1971 was bovendien in vele gevallen een extra premieverhoging noodzakelijk, doordat in 1970 vele fondsen een premie hebben geheven welke beneden de kostprijs bleek te liggen. Voor een deel was dat een gevolg van het voor 1970 gevoerde premiebeleid (intering van vroeger ontstane overschotten) maar voor een deel ook van in 1970 opgetreden tegenvallers.

## **Voorzitter Centrale Raad voor de Volksgezondheid installeert Vaste Commissie Milieuhygiëne**

Op dinsdag 15 december j.l. installeerde de voorzitter van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Dr. H. Festen, de Vaste Commissie Milieuhygiëne van deze raad. In een daaraan voorafgaande rede bezon Dr. Festen zich op het arbeidsterrein van de nieuwe commissie.

De voorzitter van de Centrale Raad vestigde er de aandacht van zijn gehoor op, hoe in betrekkelijk korte tijd de opvattingen veranderen en hoe snel de grenzen van wat aanvaardbaar wordt geacht verschuiven. In die zin is het een vraag, waarom de dreigende situatie met betrekking tot de milieuvervuiling ons tot op zekere hoogte heeft verrast. De Memorie van Toelichting op het wetsontwerp inzake de luchtverontreiniging vermeldt als redenen voor dit niet op alle fronten tijdig onderkennen van naderend onheil: de natuurlijke geografische en meteorologische gesteldheid van ons land, een laat inzettende industrialisatie (waardoor te onzent in de begintijd lering kon worden getrokken uit de klappen die elders reeds waren gevallen), en het late tijdstip waarop kwam vast te staan hoe in bepaalde omstandigheden de luchtverontreinigende stoffen hun acute ziekteverwekkende en dodelijke uitwerking konden hebben.

Ondertussen heeft de luchtverontreiniging doorgepakt; Dr. Festen wees in dit verband in het bijzonder op de explosieve ontwikkeling van de industrie (chemie, zwaarmetaal), juist in het westen van het land, en op de stijgende verkeersintensiteit. Ook de zuiverheidsgraad van water en bodem baart zorgen. Dé vraag voor de toekomst is, of wij het gevaar voor kunnen blijven. Daartoe zal, aldus de raadsvoorzitter, de maatschappij als geheel — en niet alleen de industrie — zich als schuldenaar moeten bekennen. De vraag, of een herhaling van rampafhankelijk van de plaats die de milieuhygiëne in situaties is te voorkomen, is in zijn beantwoording het geheel van het maatschappelijk handelen zal gaan innemen.

Voor dat handelen leveren, aldus Dr. Festen, de resultaten van de studie op het gebied van de milieuhygiëne geen op zich staande normen; er zal een keus moeten worden gemaakt tussen de verschillende waarden. Dit houdt in, dat er belangen tegen elkaar zullen moeten worden afgewogen, een belangenafweging die met de installatie van de vaste commissie eigenlijk pas goed op gang komt. Dr. Festen vervolgde: „Bij de bovenbedoelde beoordeling zullen de overwegingen uit hoofde van milieuhygiëne niet onder alle omstandigheden als absolute eisen voor het praktisch handelen op tafel kunnen worden gelegd, ook al zullen naar mijn oordeel overwegingen uit een oogpunt van gezondheidszorg zwaar wegen. Het is niet steeds mogelijk luchtverontreiniging geheel te voorkomen; wel moet worden verlangd, dat alle mogelijkheden worden benut om die tot een minimum te beperken: men kan het ver-

keer niet geheel verbieden omdat er steeds slachtoffers bij zullen vallen”.

Nodig is overleg in breder verband. Daarin zal geen tegenstelling mogen blijven bestaan tussen welvaart en welzijn: het streven naar welvaart vormt een onderdeel van het streven naar welzijn. Als zo'n overleg in breder verband ziet de Centrale Raad voor de Volksgezondheid het milieubeheer; binnen het milieubeheer kan de milieuhygiëne een belangrijke inbreng hebben. In het geval van de Vaste Commissie Milieubeheer bleek het niet mogelijk alle deskundigen uit alle deelgebieden bijeen te brengen; gewerkt zal worden met door de commissie zelf in te stellen werkgroepen, waarbij de commissie dan als een soort stuurgroep zal fungeren. De rapporten van de vaste commissie worden via de Centrale Raad in de vorm van adviezen aan de regering ter kennis gebracht. Als een eerste taak van de nieuwe commissie beschouwde Dr. Festen het, na te gaan hoe voorlichting over milieuvervuiling effectief kan worden gegeven. Verder zouden gevaren moeten worden gesignaleerd en wegen ter bestrijding ervan aangegeven.

Leden van de Vaste Commissie Milieuhygiëne zijn: K. Ittmann, arts, voorzitter; Prof. Dr. L. Burema, ondervoorzitter; Dr. P. A. H. Baan; Ir. J. A. Beuker; Ir. E. F. Boon; J. Diepersloot; Dr. R. Eijssink; Mr. J. W. van Gelder; Prof. H. van Genderen; Dr. N. J. A. Groen; Dr. D. Jacobs; Drs. A. Kruysse; Dr. A. J. Schilstra; Dr. J. Spaander; Ir. H. Corver; G. J. Hoeflaken, dierenarts, secretaris.

---

### **Wet universitaire bestuurshervorming 1971**

In Staatsblad 601 van 29 december 1970 is geplaatst de Wet universitaire bestuurshervorming 1970. Uitgangspunt van deze wet is dat in beginsel alle leden van de universitaire gemeenschap een aandeel in de beleidsbepaling kunnen leveren. Onderlinge functionele verschillen behoren in dit kader tot uitdrukking te komen. Heeft dit uitgangspunt de interne democratisering van de universitaire gemeenschap ten doel, een tweede doelstelling van de wet is de verhoging van de doelmatigheid van het bestuur van de instellingen van wetenschappelijk onderwijs.

De wet heeft betrekking op de Nederlandse instellingen van wetenschappelijk onderwijs en de Academische Raad. Zij is niet van toepassing op de academische ziekenhuizen. Ten aanzien van de universitaire instituten zal nog worden bekeken of en in hoeverre deze wet van toepassing zal zijn.

De wet zal op een nader te bepalen tijdstip in werking treden. Daarbij bestaat de mogelijkheid het moment van inwerking treding per universiteit of hogeschool vast te stellen. Zij zal gelden voor een beperkte periode nl. tot 31 augustus 1976.



# Toekomstige structuur gezondheidszorg in Nederland (I)

Door A. E. G. M. Weijnenborg, huisarts te Deurne

Op uitnodiging van de hoofdredacteur van Medisch Contact waag ik mij aan een „persoonlijke visie op de structuur die de beste mogelijkheden biedt voor een optimale gezondheidszorg in Nederland”.

De vraag van de hoofdredacteur om een persoonlijke toekomstvisie ontslaat mij van de last der objectieve bewijsvoering, maar geeft integendeel de mogelijkheid om subjectief te werk te gaan. Deze procedure brengt met zich, dat bijna niemand mijn persoonlijke mening voetstoots zal volgen. Het nut ervan kan zijn, dat er misschien een discussie op gang komt.

Ter zake: Gezondheidszorg is een zeer complex begrip. Het zou mogelijk zijn een mening te geven over de zorg voor een gezond milieu, over de werking van de ziekenfondswet, over de positie van de ziekenfondsraad, etcetera etcetera. Ik zal mij echter beperken. Ik wil slechts dat aspect van de gezondheidszorg belichten, dat specifiek de positie van de huisarts in de toekomst raakt.

In vele publikaties wordt terecht de plaats van de huisarts omschreven als een centrale plaats in de persoonlijke gezondheidszorg: familiearts-gezinsarts-huisarts zijn de woorden, die de voortdurende en integrale gezondheidszorg aan de kern van de samenleving — het gezin — moeten aanduiden. Al gauw heeft men dan het beeld voor ogen van de altijd bereid zijnde, altijd beschikbare arts, die dag en nacht ploetert om de troubles van zijn patiënten op te lossen. In vliegende haast spoedt hij zich met zijn mystiek dokterstasje van patiënt tot patiënt. Ik geloof dat dit wat sentimentele beeld van de huisarts uit de tijd raakt, maar toch als wensdroom of nostalgie elk nieuw toekomstbeeld vertroebelt.

De plaats van het gezin in onze samenleving is in beweging; het wordt meer open, er is groter onafhankelijkheid van de gezinsleden. Het beeld van de huisarts in deze gezinnen is vaak niet meer dat van „oom dokter”, maar meer dat van leverancier van gezondheid. Het receptenbriefje is het magische teken waarmee alle narigheid verdwijnt. De huisarts is voor velen, de sluis tot de sociale wetgeving (ziektewet, W.A.O.) geworden die nu eenmaal moet worden gepasseerd. Voor anderen is hij de klaagmuur, waar ze hun dagelijks leed komen uithuilen. Veel van wat de huisarts aan problematiek wordt geboden, vindt zijn oorzaak niet in een organische of psychische ziekte, maar in de ziekte van gezin of maatschappij (behuizing, werksituatie, huwelijk). Van de huisarts kan op het moment niet worden verwacht, dat hij zich intens met deze maatschappijproblemen therapeutisch bezighoudt. Allereerst is

het zijn vak niet, daarbij ontbreekt hem de tijd en een georganiseerd kader om aan te delegeren. Een moderne aanpak van de problematiek die de huisarts veelal tegenwoordig moet oplossen, vraagt om een organisatie waarin gemakkelijk zowel de medicus als de psycholoog, de sociale werker en de gezinszorg kunnen worden benaderd en waarbinnen organische communicatie tussen dezen gemakkelijk mogelijk is. Ook van de toekomstige huisarts uit gezien lijkt het beeld van de altijd klaarstaande, voor zijn patiënten ploeterende arts te vervagen. Onderzoek bij medische studenten wijst op een niet zo groot animo om huisarts te worden. Dit geldt te meer, als na het afstuderen en een tijdje waarnemen een definitieve keus moet worden gemaakt.

Er zijn vele redenen aan te voeren, waarom de identificatie met de huisarts moeilijker wordt. Contacten met pas afgestudeerden hebben mij ervan overtuigd, dat het beroep van huisarts voor hen wel aantrekkelijkheden lijkt te hebben, maar dat het voortdurend als eenling optreden, het continue bereikbaar moeten zijn, de belasting van de *echtgenote* en het gezin niet meer als gewenst en leefbaar worden beschouwd. Het werk van de huisarts spreekt de jongeren aan, maar de omstandigheden waaronder het beroep moet worden uitgeoefend worden als te zwaar en niet meer in deze tijd passend ervaren. Ik geloof, dat vooral de belasting van het huisart-sengezin op den duur ondraaglijk wordt. Door de verandering van de positie van de vrouw, zowel in het gezin als in de maatschappij, zal de huisartsenvrouw haar eigen beroep of roeping willen volgen: een lerares wil les geven, een verpleegster wil verplegen. Er is voor de huisartsenvrouw geen directe aantrekkelijkheid om als hulp in de praktijk van haar man op te treden. Het aantrekken van een assistente lost een deel van het probleem op, maar hoogstens voor 8 uren per dag: de essentiële belasting van de praktijk aan huis blijft gedurende 24 uur per dag bestaan.

Beide bovengeschetste ontwikkelingen, zowel in de gezinnen der patiënten als in die der huisartsen, leiden naar een praktijkruimte buiten het huis van de arts, waar meerdere disciplines kunnen samenwerken en zo gezamenlijk antwoord geven op de vraag naar gezondheid = welzijn. Daarbij moet de ordening van de gezondheidszorg voor zover het de huisarts betreft gaan in de richting van een tijdgebonden dienstverlening, in casu: 8-urige werkdag, 5-daagse werkweek. De concurrentie van het ambtelijk bestaan zal anders voor het huisartsenberoep op den duur te groot worden. Groepspraktijk-

vorming kan voor de arts een oplossing brengen, maar is mijns inziens onvoldoende. Groepspraktijken van artsen alléén passen in de huidige tijd, in de huidige structuur van ziekenfonds en eigen betalingssysteem. Zij maken het leven van de huisarts en zijn gezin wat aangenamer, maar laten in wezen de eenzaamheid van de arts in de welzijnszorg bestaan. Daarbij komt: de financiering van groepspraktijken is tot nu toe niet van de grond gekomen en zal mijns inziens steeds moeilijk blijven. Wie zal het betalen? Eenmaal op weg naar groepspraktijken moet naar mijn mening worden doorgestoten naar de vorming van gezondheidscentra per dorp, per wijk. Een gezondheidscentrum moet een instituut zijn, waar alle dienstverleners in de geestelijke en maatschappelijke gezondheidszorg samen met de medicus gemakkelijk bereikbaar zijn voor de patiënten en organisch met elkaar in verbinding staan. Om inzicht te krijgen in het functioneren van zo'n centrum zouden experimenten aan de gang moeten worden gezet. Het gebouw van een centrum moet een moderne accommodatie bieden.

Het is duidelijk: wil de gewenste ontwikkeling werkelijk tot stand komen, dan kan zulks alleen via een landelijke aanpak en een wettelijke regeling. En daarmee is deze ontwikkeling een politiek gebeuren. Nu is het jammer, dat een in zich a-politieke mening over het voortbestaan van het huisartsenberoep en over de daaruit voortvloeiende ontwikkeling op het gebied van de volksgezondheidszorg, stuit op de zogenaamde levens- of maatschappijbeschouwingen van de politieke partijen. Het gevaar dreigt dan, dat het probleem niet op zijn merites wordt beoordeeld, maar op zijn politieke richting. Liberaal? Confessioneel? Rood? Echter, de zorg voor de positie van de huisarts en de integrale gezondheidszorg brengt met zich, dat de Landelijke Huisartsen Vereniging zich niet aan een stellingname kan onttrekken. Wel zou hieraan een studie en rapportage door een uitgebreide commissie vooraf dienen te gaan, terwijl de leden een duidelijke inspraak moeten kunnen krijgen. Een stellingname op gevoelsgronden is onvoldoende. De materiële positie van de huisarts is natuurlijk van groot belang voor het welbevinden van de huisarts zelf in zijn beroep en ook voor de aantrekkingskracht op jongeren om het beroep te kiezen. De geplande vernieuwing van de artsenopleiding met de gespecialiseerde huisartsenrichting in het 7e jaar zal ongetwijfeld tot meer moderne kennis en aanpak onder de huisartsen leiden. Maar het praktisch functioneren wordt nauwelijks beïnvloed: de huisarts blijft een eenling, terwijl zijn verbrede kennis in de alpha-wetenschappen juist coöperatie met andere disciplines zal oproepen. Bij het opleiden van de huisarts-nieuwe stijl is een stage bij de huisarts-oude stijl noodzakelijk. Organisatorisch en meer aangepast aan het moderne denken zou het doeltreffender zijn, indien de academische opleidingsinstituten niet te maken hadden met 40-50 individuele huisartsen, maar met 10-15 georganiseerde gezondheidscentra. De inspanningen van de velen, die zich met de ma-

teriële positie dan wel met de wetenschappelijke begeleiding van de toekomstige huisarts bezighouden, zullen naar mijn mening in hun bedoelingen falen, als er niet een situatie wordt geschapen waar de toekomstige huisarts met plezier, efficiënt en aan de huidige tijdsproblematiek aangepast kan werken. Op den duur leidt de eenmanspraktijk, zelfs de groepspraktijk, tot verschraling, ik denk zelfs tot verdwijning van het beroep, hoe goed de materiële positie dan wel de opleiding ook is.

Naar mijn mening zal er een ontwerp dienen te worden gemaakt door een niet-politiek orgaan (L.H.V.-N.H.G.) dat het welbevinden en het modern functioneren van de huisarts mogelijk maakt. De mogelijkheid dat zo een ontwerp als het klaar is in een bepaald politiek vlak komt te liggen mag mijns inziens geen rol spelen. Het ontwerp moet op eigen gronden perspectieven bieden voor een goed functioneren van de huisarts in de toekomst. Aannemende, dat de oprichting van gezondheidscentra noodzakelijk is voor het voortbestaan van het huisartsenberoep; aannemende, dat de huisarts de centrale plaats in de gezondheidszorg behoort te behouden (te krijgen?), zie ik voor de financiering geen andere mogelijkheid dan de invoering van een volksverzekering, met eraan gekoppeld een wet waarin de samenwerking der medisch-sociale dienstverlening wordt omschreven (kruisverenigingen, maatschappelijk werk, geestelijke volksgezondheid). De samenwerking tussen de verschillende disciplines op het medische en maatschappelijke vlak maakt het noodzakelijk, dat er uniformiteit in de betaling der dienstverlening zal zijn. In de medische zorg (nieuwe stijl) zijn dan zoveel bijdragen van andere disciplines begrepen, dat een zuiver honorarium voor het medisch deel de dienstverlening niet meer is vast te stellen. Hetzelfde geldt voor het medisch deel van de exploitatiekosten van een gezondheidscentrum. Het onderscheid tussen ziekenfondspatiënt en particulier zou dan ook moeten verdwijnen. Een naar inkomen gestaffelde eigen bijdrage zou mogelijk kunnen zijn. De financiering om tot oprichting en functioneren van gezondheidscentra te komen, die gelijkwaardige hulp aan alle mensen verlenen, zou moeten komen uit de gelden der volksverzekering.

De structuren waarin wij tot nu toe leven, bieden mijns inziens hiertoe onvoldoende mogelijkheden. Zij zijn ontstaan in de charitatieve sfeer. Zowel ziekenfonds als kruisvereniging, zowel maatschappelijk werk als bijstandswet zijn aan deze image niet ontgroeid. Daarbij komt dat het grote starre instituties zijn, die naar mijn mening alleen via een wettelijke regeling op korte termijn in een organisch geheel zijn onder te brengen (zonder dat ik hiermee enkele plaatselijke samenwerkingsverbanden tekort wil doen). Een nieuwe visie op welzijnszorg, waar persoonlijk geluk en maatschappelijk welbevinden maatstaf zijn, kan leiden tot nieuwe vormen. Een soort revolutie in de bestaande structuren op het gebied van de gezondheidszorg is daarom noodzakelijk.

Ik weet heel goed, dat de effectuering van de be-

schreven ontwikkeling in de gezondheidszorg vele moeilijkheden met zich brengt. Wil een gezondheidscentrum voldoen aan de gestelde eisen, dan is bijvoorbeeld voor de medische hulp een groot aantal artsen nodig. Een praktijkgrootte van 2.500 zielen is maximaal; voor avond-, nacht- en weekenddiensten is een surplus noodzakelijk. De organisatie vraagt veel hulppersoneel: assistentes, telefonistes, directie. Echter, naast verhoging van kosten, zal er mijns inziens ook een voordeel zijn. Door de samenwerking van de medische en maatschappelijke diensten van het gezondheidscentrum zal er effectiever kunnen worden gewerkt (minder ziekteverzuim, minder verwijzingen naar de specialist). Een zuiver economische benadering van gewenste gezondheidszorg leidt tot ongelukken. Als voorbeeld moge de milieubescherming dienen. Wil welvaart ook tot vermeerdering van geluk leiden, zowel voor de verleners als de ontvangers van die gezondheidszorg, dan kunnen zuiver economische overwegingen geen maatstaf zijn. Bovendien: indien het aantal medische studenten in verhouding tot het totaal aantal studenten toeneemt, dan zal via deze gezondheidscentra voor de vele aankomende artsen zinvol werk te doen zijn, terwijl in de huidige structuur het tekort aan huisartsen niet zal worden ingelopen. Het aantal specialisten en sociaal-geneeskundigen zal alleen toenemen. Eenmanspraktijken leiden, ook door de concurrentie-impuls, tot haast onverantwoord overwerk van de artsen; in gezondheidscentra komt via de organisatie een kwantitatieve limitering der praktijkgrootte (bijvoorbeeld 2.500 zielen per arts) tot stand. Indien het mogelijk zou zijn, de pensioenvoorziening van de huisarts werkelijk via de volksverzekering adequaat te maken (70% van het eindsalaris), dan zou de honorering van de huisarts kunnen worden zoals die van het ambtelijk medisch personeel met toeslagen voor avond- en nachtdiensten.

In het vlak van de gezondheidszorg waarmee de huisarts te maken heeft, wordt enorm veel werk verricht. De huisarts zelf schuwt de volle wachtkamer niet, maar het grote aanbod kan wel tekort doen aan de intensiteit der verleende zorg, hoofdpijn veroorzaakt door slechte huisvesting of huwelijksmoeilijkheden worden bijvoorbeeld behandeld met asperine en tranquillizer. De maatschappelijk werker is te ver weg om hem makkelijk in te schakelen. De sociale werker ontmoet in zijn werk gevallen, waar hij graag medisch advies zou hebben, maar hij kan de dokter moeilijk te pakken krijgen. Hetzelfde probleem geldt voor de wijkzuster, voor de M.O.B.-werker. Samenwerking in een organisatie met leiding en afspraken over onderlinge communicatie is noodzakelijk. Hoe welwillend alle werkers in deze gezondheidssector ook zijn, tot nu toe is er van een samenwerking op vrijwillige basis nauwelijks iets terechtgekomen. Op een dorp zou via eigen initiatieven en vrijwilligheid nog wel een organisatie zijn op te bouwen, die een gezondheidscentrum zou kunnen nabootsen. Maar het lijkt mij dat in wat grotere plaatsen alleen een regeling van boven-

af tot resultaat kan leiden. Het gezegde: „Liever kleine baas dan grote knecht” kan in het vlak van de gezondheidszorg op den duur niet geldend zijn.

Ik geloof, dat het tijd wordt om ingrijpende wijzigingen aan te brengen in de omstandigheden waarin door de huisarts hulp wordt verleend. Behalve dat de toekomst van het huisartsenberoep er in kwantitatieve zin mee is gemoeid, zal het in nog veel sterkere mate de kwaliteit van het werk van de huisarts verrijken. Een verbeterde huisartsenopleiding zal alleen volledig tot zijn recht kunnen komen in een organische samenwerking met andere disciplines. Een wettelijke — wat revolutionaire — regeling zal hiervoor dienen te worden geschapen. Heel wat heilige huisjes zullen moeten sneuvelen, maar het lijkt de enige mogelijkheid om de patiënten optimale huisartsenzorg in de toekomst te (blijven) garanderen. De huisartsenorganisaties zouden deze ontwikkelingen moeten stimuleren. De tijdstroom drijft in de richting van een volksverzekering of een National Health Service. Deze stroom te leiden in een baan die voor het huisartsenberoep het beste is, lijkt een taak voor een vooruitziend bestuur.

---

### **Nader onderzoek naar schadelijke werking van „hard” en „soft” drugs**

De staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Dr. R. J. H. Kruisinga, heeft ten behoeve van het Rudolf Magnus Instituut voor Farmacologie van de Rijksuniversiteit te Utrecht gelden beschikbaar gesteld om in het kader van het onderzoekprogramma met betrekking tot het druggebruik een verslavingsonderzoek te verrichten.

In dit onderzoek van het Rudolf Magnus Instituut onder leiding van Prof. Dr. D. de Wied gaat het om de invloed van verslavende middelen, die geen of slechts geringe lichamelijke afhankelijkheid veroorzaken.

Het onderzoek betreffende verslavende middelen is tot nu toe hoofdzakelijk verricht ten aanzien van die middelen, waarvan men meende dat het verslaafd zijn wordt veroorzaakt door de lichamelijke afhankelijkheid. Onderwerp van studie zullen zijn die verslavende middelen waarbij de psychische drang om het middel tot zich te nemen op de voorgrond staat. Met name gaat het hier om stoffen als cocaïne, de amfetamines en marihuana (hennep).

In het onderzoek gaat het onder meer om de volgende facetten:

1. het aanleren, het handhaven en het doen verdwijnen van handelingen die worden beloond met een kleine hoeveelheid van een verslavend middel (analyse van het verslavingsgedrag);
2. de schadelijke invloed met name op geestelijke functies van het langdurig tot zich laten nemen van een dergelijk middel;
3. de invloed op het nageslacht van het zich toedienen van een verslavend middel tijdens en voor zwangerschap;
4. de vraag of bepaalde stoffen invloed kunnen

- hebben op het zichzelf toedienen van een verslavend middel;
5. de werking van een verslavend middel op de stofwisseling van stoffen die in het zenuwstelsel een functie vervullen bij de voortgeleiding van berichten in zenuwbanen.

In soortgelijke experimenten met apen in het Farmacologisch Laboratorium van de Universiteit van Michigan in de Verenigde Staten is duidelijk geble-

ken dat de schadelijkheid van deze verslavende middelen zeer groot is. Dr. Kruisinga acht het uitvoeren van een dergelijk onderzoek in Nederland van grote betekenis. Het is naar zijn mening ook voor het aangeven van de meest gewenste behandelingsmethode van psychische c.q. fysische verslaving aan cocaïne, amfetamine en marihuana (hennepproducten) van groot belang inzicht te krijgen in de processen die aan deze verslaving ten grondslag liggen.

## Brieven in de Bibliotheek van de Maatschappij (III)

### *Een brief van Bernard Siegfried Albinus aan Paulus de Wind*

In de bibliotheek van de Maatschappij zijn enige brieven van Bernard Siegfried Albinus aan Paulus de Wind. Hier volgt de tekst van een dezer brieven.

Seer Geleerde Heer

Het schijnd mij insgelijks toe, dat de oorspronk van de incommoditeit van dien jongen Heer in de hersenen is: en proponeere daartegen te gebruiken *aromatique*, penetreerende middelen, en wel voornaamentlijk een continueel en langduurig gebruik van een Decoctum gemaakt van de *Sassafras*, *Guajac*, *Rad. Pocon*, *Valerian. Sylv.*, *Angelic.*, *Fol. Chamaedr.*, *Chamaepijt*. naa tijdsomstandigheeden sterker of slapper te maaken.

Ik dank UEd. voor de communicatie van de uitkomst van dat bewuste geswel. Onder een goet getal darm- en waterbreuken, die mij voorgekomen zijn, heb ik ook veel waterbreuken aan de linker en darmbreuken aan de regter zij gesien. Dog reeden, waarom sulks meest soude geschieden, vinde ik niet.

Het soude mij seer aangenaam zijn soo ik UEd' broeder van eenige particuliere dienst mogte kunnen zijn; wenshende dat deselve, naa de voetstappen van zijn Broeder gevolgt te hebben, niet minder moge reüsseeren.

Ik geve mij de eere met alle agting te zijn Seer geleerde Heer

Lijden d 9 maart 1747

UWEdel' Dienaar S. A. Albinus

Het gaat in deze brief blijkbaar om een onduidelijk geval waarvan de oorzaak in de hersenen wordt gezocht. Aanbevolen wordt een decoctum gemaakt van plantaardige „aromatique, penetreerende” middelen als *sassafras*, een prikkelend aftreksel van bladeren en bast van de laurierachtige boom *sassafras officinale*, *guajac*, een hars uit pokhout, pokwortel, *valeriana sylvestris* of bosvaleriaan, *angelica* of engelwortel, *folia chamaedris* of edel manderkruid, *chamaepijt* of akker-zenegroen. Hoe-

veelheden worden niet aangegeven, dus een nogal vaag voorschrift.

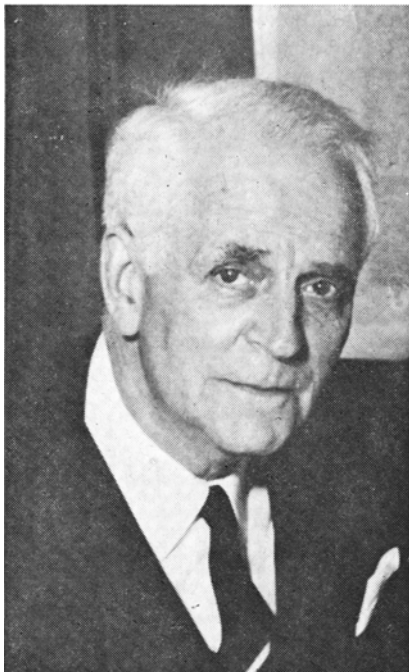
Albinus zegt veel waterbreuken links en darmbreuken rechts gezien te hebben. De femoraalhernia komt inderdaad rechts meer voor dan links en ook de inguinaalhernia komt bij mannen gedurende de eerste decade van het leven meer rechts voor dan links, doch daarna links even frequent als rechts.

Bernard Siegfried Albinus, de beroemdste zoon van Bernard Albinus, is 24 februari 1697 te Frankfort a.d. Oder geboren. Zijn vader heette eigenlijk Weiss, doch deze verlatiniseerde zijn naam in Albinus. Na zijn medische studie te Leiden onder Boerhaave ging Bernard Siegfried naar Parijs om zich verder in de chirurgie te bekwamen. In 1719 werd hij lector in de anatomie te Leiden en in 1721, als opvolger van zijn vader, hoogleraar in de anatomie en chirurgie. Samen met Boerhaave gaf hij de werken van Vesalius opnieuw uit en zelf gaf hij o.a. een prachtige anatomische atlas uit: „*Tabulae sceleti et musculorum corporis humani*, Lugduni Batavorum 1747”, waarvan de platen werden gegraveerd door Jan Wandelaar. Bernard Siegfried Albinus is 9 september 1770 te Leiden overleden.

Paulus de Wind is in 1714 te Middelburg geboren. Na zijn studie in Leiden ging hij in 1734 naar Parijs en hij promoveerde te Leiden tot doctor medicinae op een dissertatie „*De Abortu*”. Daarna vestigde hij zich in zijn geboorteplaats. Hij werd stadslithotomist, later provinciaal lithotomist en hij werd „Operateur van Zeeland” genoemd. In 1747 werd hij lector aan het Athenaeum illustre van Middelburg voor anatomie, chirurgie en verloskunde. Hij schreef o.a. „t Geklemd hoofd geredt” en ook „De vraag is het niet afbinden der navelstreng volstrekt doodelijk voor een eerstgeboren kind? onderzocht en beantwoordt, Middelburg 1757”. Paul de Wind kocht het geheim van Roonhuijsen. Hij had een grote naam, vooral als lithotomist en hij correspondeerde met vele geleerden als Camper, Albinus, Van Swieten, Gaubius, Hoffmann, de Jussieu, Lind. Paul de Wind is in 1771 overleden.

Dr. J. A. van Dongen

## Directeur-geneesheer M. W. Jongsma nam afscheid van het Academisch Ziekenhuis Leiden



Wegens het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd heeft de heer M. W. Jongsma, oud-hoofdbestuurslid van de K.N.M.G. zijn functie van directeur-geneesheer van het Academisch Ziekenhuis Leiden neergelegd. Op donderdag 14 januari j.l. is in de aula van dit ziekenhuis officieel afscheid genomen van de heer Jongsma, die wordt opgevolgd door Dr. G. Ph. Vogel, medisch directeur, en Drs. J. B. M. Verhey, economisch directeur.

De heer Jongsma, die behalve directeur-geneesheer ook privaat-docent in de medische ethiek was aan de Leidse faculteit der geneeskunde, bovendien nog talloze nevenfuncties in de medische wereld bekleedt, had eerder tijdens een persgesprek zijn visie gegeven op de ontwikkeling van het ziekenhuiswezen en de gezondheidszorg in het algemeen. Aan de hand van illustratieve cijfers schetste hij de enorme groei welke het ziekenhuiswezen in Nederland heeft doorgemaakt gedurende de laatste vijftien jaar, welke groei volgens hem te danken is aan de geweldige ontwikkeling van de geneeskundige mogelijkheden. Daarbij tekende hij voorzichtig aan, dat er een tendens is waar te nemen, dat het aantal ziekenhuisbedden sterker toeneemt dan uit oogpunt van efficiency verantwoord zou zijn. Hij onderstreepte in dit verband de noodzaak tot samenwerking van regionale ziekenhuizen en fusie.

In de toekomst zou men zich volgens de scheidende directeur-geneesheer dienen te richten op de gezondheidszorg in de ruimste betekenis van het

woord, dus niet alleen op behandeling van de zieke mens, maar ook op preventie en positieve gezondheidszorg. Uitgangspunt daarbij dient te zijn de vraag: hoe voor iedereen die geneeskundige zorg die nodig is te verzekeren, niet minder zorg maar ook niet meer? De heer Jongsma zei een voorstander te zijn van een of andere vorm van national health service, zulks concretiserend waar hij pleitte voor de oprichting van gezondheidscentra waarin ziekenhuizen, poliklinieken, verpleegtehuizen, huisartsen en andere functionarissen in de gezondheidszorg multidisciplinair samenwerken. Daarvoor beval hij research aan van de gezondheidspolitiek en van de gezondheidswetenschappen in het algemeen.

De aanbeveling van research van de gezondheidspolitiek lichtte hij als volgt toe: vaststellen van de rol van de geneeskunde en de algemene gezondheidszorg voor het onderhouden van een gezonde maatschappij; oprichten van health science centers waarin geneeskunde, techniek en de sociale wetenschappen (economie, rechten, administratie en organisatie) samenwerken. In dit verband refereerde de heer Jongsma aan ontwikkelingen in de Verenigde Staten: de American Surgical Association en de American College of Surgeons zijn begonnen met een nationaal onderzoek ter evaluatie van de heelkundige diensten; de American College of Physicians en de American Society of Internal Medicine stellen een onderzoek in naar de kwaliteit van de geneeskundige zorg, gegeven door internisten; de American Medical Association heeft een centrum gesticht voor research en ontwikkeling van gezondheidsdiensten.

Ten aanzien van de research van de gezondheidswetenschappen acht de heer Jongsma het nodig een onderzoek in te stellen naar de omstandigheden waaronder de hoogste kwaliteit van geneeskundige zorg kan worden gegeven tegen acceptabele kosten, voorts onderzoek van de relatie tussen de gezondheidsinstanties (ziekenhuizen, huisartsen, poliklinieken, verpleegtehuizen enz.), tenslotte onderzoek naar de training van de medewerkers in de research en „community medicine” health-planners en -managers en het zogenaamde „midlevel”-personeel.

\*  
\*\*

De heer Jongsma, die geneesheer-directeur was van het Algemeen Ziekenhuis te Zutphen van 1952 tot 1956, directeur-geneesheer van het Academisch Ziekenhuis Leiden van 1956 tot 1971 en privaat-do-

cent medische ethiek aan de faculteit der geneeskunde te Leiden sinds juli 1960, bekleedde en/of bekleedt nog de volgende nevenfuncties: secretaris van de commissie voor de Boerhaave cursussen voor voortgezet medisch onderwijs, hoofdbestuurslid K.N.M.G. en lid dagelijks bestuur, bestuurslid Geneeskundige Vereniging tot bevordering van het ziekenhuiswezen (vereniging van medisch-directeuren), bestuurslid Stichting Het Nederlands Ziekenhuiswezen, voorzitter Commissie opleiding fysiotherapie, lid van de Raad van bestuur van de Stichting tot verpleging van langdurig zieke bejaarden, voorzitter van de landelijke commissie voor artsencursussen, lid van de redactiecommissie voor boeken ten behoeve van de verpleegopleiding (serie „In goede handen”), lid van de Raad van advies van Teleac, lid van de inmiddels opgeheven commissie medische ethiek van de K.N.M.G., lid van de com-

missie onderzoek revalidatie hartpatiënten, lid van de huisartsen nascholingscommissie van het Nederlands Huisartsengenootschap, lid van de commissie ziekenhuisvraagstukken, lid van de commissie betaling poliklinische tarieven, penningmeester Universitair Kankercentrum Leiden, (thans voorzitter), bestuurslid Stichting Reuma Kliniek Sole Mio (thans tijdelijk voorzitter), bestuurslid Instituut voor Reuma-onderzoek, bestuurslid afdeling Leiden Nederlandsche Roode Kruis, bestuurslid Trombose-dienst afdeling Leiden Nederlandsche Roode Kruis, voorzitter Stichting Bloedbank en bestuurslid Commissie voor de medische registratie. Een groot aantal artikelen verscheen van zijn hand onder andere in Medisch Contact, Het Ziekenhuiswezen, Huisarts en Wetenschap, Aerzteblatt für Baden, Acta Hospitalia, World Hospitals, tenslotte diverse andere publikaties.

---

## Huisartsen-conferentie over „mental health consultation”

Een klein aantal huisartsen heeft ervaring kunnen opdoen met een in de Verenigde Staten door *Caplan* ontwikkelde en omstreeks 1962 in Nederland geïntroduceerde consultatie methodiek. *Caplan* bestudeerde de mogelijkheid van preventie van psychische stoornissen in de gemeenschap. Daarbij legde hij vooral de nadruk op de primaire preventie. Om het ontstaan van psychische stoornissen te voorkomen, achtte hij het van essentieel belang om aandacht te besteden aan factoren die het ontstaan daarvan bevorderen, zoals zogenaamde „crisistoe-standen”: geboorte, ziekte, sterfgevallen, verhuizing etc. Al deze gebeurtenissen vormen een psychische belasting voor het individu of voor een gezin. Niet zelden zal men in een dergelijke crisis hulp zoeken bij anderen: huisarts, wijkverpleegster, pastor, onderwijzer etc. *Caplan* zag al deze frontwerkers als de sleutelfiguren bij de preventie van psychische stoornissen en hij ontwikkelde een methodiek om deze werkers te kunnen helpen in hun functioneren, de zogenaamde „mental health consultation”. Bij deze consultatie kan een consultvrager, bijvoorbeeld een onderwijskracht, met een probleem dat hij met een cliënt (of patiënt) heeft, terecht bij een beroepskracht, (psychiater, psycholoog, maatschappelijk werker enz.). Hij bespreekt het probleem met de consulent en in dit gesprek kan dan worden nagegaan op welke wijze de consultvrager zijn probleem zou kunnen hanteren. Kenmerk van deze methode is dat de consulent in het algemeen de cliënt/patiënt van de consultvrager niet zelf ziet.

Een belangrijk effect van deze methode is dat de consultvrager door de consultatie de mogelijkheid krijgt om zijn eigen deskundigheid te vergroten. Niet alleen zal hij in het besproken geval zijn cliënt/patiënt wellicht beter kunnen begeleiden, maar hij

zal op den duur ook beter inzicht krijgen in de wijze waarop hij in het contact met zijn cliënten functioneert. In dit opzicht is er een parallel met de Balint-groep, waar immers ook niet uitsluitend gewerkt wordt aan een actueel probleem, maar vooral aan de arts-patiënt relatie.

De Commissie Medische Psychologie van het Nederlands Huisartsen Genootschap meende dat het nuttig zou zijn om een aantal huisartsen in de gelegenheid te stellen een indruk van deze consultatiemethode te krijgen. Daarom is besloten een korte studieconferentie te organiseren waarop een aantal aspecten van mental health consultation aan de orde kunnen komen. Het is de bedoeling om naast enige theoretische informatie hierover speciaal aandacht te besteden aan de interactie tussen consultvrager en consulent. Uitgangspunt voor de conferentie is het principe „leren door ervaren”. Daarom krijgen de deelnemers ruim de gelegenheid zelf actief bezig te zijn, zowel als consulent als in de rol van consultvrager.

De leiding van deze conferentie berust bij J. F. van Ravenzwaay, zenuwarts, verbonden aan het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde te Leiden en bij W. Frankenberg, huisarts te Assen. De opzet van deze conferentie brengt mee dat het aantal deelnemers beperkt moet blijven; het maximum is gesteld op 30. De conferentie wordt gehouden op vrijdag 29 januari (aanvang 19.30 uur) en zaterdag 30 januari (einde 16.00 uur) in Woudschoten, Zeist. De kosten bedragen f 50,— bij gebruik van een 2-persoonskamer (voor een 1-persoonskamer zijn de kosten f 10,— hoger). Aanmelding vóór 18 januari a.s. bij de secretaris van de Commissie Medische Psychologie van het N.H.G., G. J. Schiethart, Hoofdweg 22, Amsterdam-W. Men ontvangt zo snel mogelijk daarna bericht of men geplaatst is.

# Sociale indicatie bij abortus provocatus naar geldende Nederlandse rechtspraak wel degelijk toegestaan

Door Mr. F. E. Frenkel

In een tweetal artikelen — te weten in „De Gids” van november/december 1969 (nr. 9/10), p. 283 e.v., en in „Medisch Contact” van 24 juli 1970 (nr. 30/1970), p. 805 e.v. — besprak ik de wettelijke regels met betrekking tot abortus provocatus in Nederland. Gezien het verloop in de laatste maanden lijkt het mij nuttig één bepaald onderdeel uit deze artikelen nog eens te releveren. Er heerst namelijk naar mijn mening het hardnekkig misverstand als zou een beroep op sociale indicatie naar geldend Nederlands recht geen rechtvaardigingsgrond voor het verrichten van de bedoelde ingreep opleveren. Aldus ook expliciet de heren Lamberts en Roethof op pag. 11 van de Memorie van Toelichting op hun initiatief-wetsontwerp ter zake: „Twee vonnissen van de Amsterdamse Rechtbank oordelen in elk geval de sociale indicatie ongeoorloofd”.

Bestudering van de beide vonnissen (20 januari 1949, N.J. 1949 nr. 596 en 26 maart 1953, N.J. 1953 nr. 377) — de laatste gepubliceerde beslissingen inzake de rechtvaardigingsgrond — leidt echter tot een geheel andere conclusie. Het eerste vonnis overweegt, „dat, zowel naar Nederlands recht als naar hier te lande heersende begrippen omtrent beroepsplichten van geneeskundigen, verstoring van zwangerschap niet toelaatbaar is op maatschappelijke gronden, noch op andere gronden dan geneeskundige: te weten indien, ter *rechtstreekse* beveiliging van de lichamelijke of geestelijke gezondheid ener zwangere vrouw die ingreep *volstrekt noodzakelijk* is” (curs. van mij). Bij dit vonnis wordt derhalve kernachtig als rechtvaardigingsgrond alles afgewezen wat niet onder een begrip als „medische indicatie” te brengen is; het psychiatrisch aspect daarvan wordt wel erkend, maar — evenzeer als trouwens het somatische — door de hierboven gecursiveerde woorden sterk beperkt in geldingskracht. Opmerking verdient het feit, dat deze opvatting mede verankerd wordt in „hier te lande heersende begrippen omtrent beroepsplichten van geneeskundigen”. Geheel anders echter luiden de overwegingen vier jaren later. Kennelijk „in de pas” van het vonnis van 1949 beroept de arts zich op „wat de regelen der geneeskunst naar zijn inzicht zouden voorschrijven”, en poogt aldus de hem gemotiveerd hebbende sociale aspecten in het begrip „medische indicatie” te wringen: „zodat een ziekte, welke die ingreep zou rechtvaardigen, aanwezig is in alle gevallen, waarin de vrouw in dusdanige toe-

stand verkeert dat zij verhinderd wordt in het bereiken van haar levensdoeleinden en zij in een zodanig conflict met haar omgeving zou geraken, dat zij zich daarin niet meer kan handhaven”. Opmerkelijk is reeds, dat de rechtbank bij de verwerping van dit verweer in haar overwegingen het laatstgenoemde aspect — het conflict — buiten beschouwing laat. Mogelijk omdat dit nauw verweven is met de reeds wél erkende psychiatrische aspecten van de medische indicatie. Die bovendien al in iets „rekkelijker” formulering als rechtvaardigingsgrond wordt erkend dan in 1949 het geval was: „ernstige en blijvende benadeling van hare lichamelijke of psychische gezondheid” behoeft de arts niet te „gedogen”. Maar ook het eerste deel van het verweer wordt nu, in tegenstelling tot het vonnis van 1949, juist niét categorisch verworpen. De rechtbank beperkt zich tot de overweging, dat de wet niet toestaat het „door de wet beschermde belang op te offeren aan *het geheel persoonlijk inzicht van een geneesheer* in de levensdoeleinden van zijn patiënte en in de mogelijkheid en de wenselijkheid van het nastreven of bereiken daarvan” en voegt daar nog aan toe, dat de vrouwen „aan verdachte volkomen onbekend waren vóór zij met het desbetreffend verzoek tot hem kwamen en hij zijn vermeld oordeel omtrent haar levensomstandigheden en -doeleinden *uitsluitend grondde op persoonlijke gesprekken*” (curs. van mij).

De sedertdien totstand gekomen procedure, waarbij een aantal artsen gezamenlijk de indicatie stelde — bij voorkeur de huisarts die de vrouw reeds langer kende en een psychiater — sloot hier logisch op aan om de strafrechtelijk veiligste weg te bewandelen<sup>1</sup>. Psychiaters waren nu eenmaal geneigd ook sociale aspecten als onder hun beroeps-competentie vallend mede in hun oordeel te betrekken reeds voor de overige medische wereld de relevantie ervan begon te erkennen; het werd in ieder geval eerder van hen aanvaard. Maar dit inschakelen van de psychiater, immers óók medicus, heeft mede in de hand gewerkt dat men zich blind bleef staren op het begrip „medische indicatie”. Ten onrechte, omdat de rechtbank bij haar beschouwingen omtrent het ontbreken van wederrechtelijkheid de sociale om-

<sup>1</sup> Een en ander mede steunend op het vonnis van de Amsterdamse Rechtbank van 5 februari 1942, N.J. 1942 nr. 244.

standigheden, juist uitdrukkelijk daarin betrok en slechts als oordeel gaf dat in het concrete geval de aanwezigheid van zo'n rechtvaardigingsgrond niet met voldoende zorgvuldigheid was onderzocht en mitsdien niet was komen vast te staan. Daarbij werd dan tevens nog overwogen dat „beoordeling van deze waarden geenszins tot de specifiek medische taak” behoorde. Met andere woorden: het bezit van medische bevoegdheid is niet zonder meer toereikend om de aanwezigheid van een rechtvaardigingsgrond voor het medisch handelen onbetwistbaar te stellen. Maar evenmin noodzakelijk.

Kortom: de sociale indicatie is in 1953, in duidelijke afwijking van 1949, als mogelijke rechtvaardigingsgrond uitdrukkelijk opengelaten, waarbij het juist in het geheel niet noodzakelijk is dat de gegevens daaromtrent van een arts afkomstig zijn. Zij zouden van een pastor, een maatschappelijk werker of zelfs van een kinderrechtter afkomstig kunnen zijn. De sociale indicatie is toegelaten, mits met voldoende zorgvuldigheid gesteld, geheel daargelaten of en in hoeverre de norm daarvoor sedert 1953 verder is gemodificeerd.

Het zal uit het voorgaande duidelijk zijn, dat het artikel van Mr. M. G. J. M. Kortmann in Medisch Contact nr. 48/1970, blz. 1284, feitelijke grondslag mist. In het befaamde, soms welhaast als rozenkrans gehanteerde, artikel van Prof. Mr. Ch. J. Enschedé uit 1966 (Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1966, p. 1349 e.v.), heeft deze immers niet op eigen gezag voor het eerst vastgesteld dat voor abortus provocatus verricht door een arts strafvrijheid door aanwezigheid van rechtvaardigingsgronden mogelijk was, maar een uiteenzetting gegeven van de juridische techniek waarmee de Nederlandse rechter tot een dergelijke uitspraak kan komen en ook was gekomen. Het belangrijkste wat op dit artikel aan te merken zou zijn, is hoogstens dat evenals Lamberts en Roethof ook Enschedé zich klaarblijkelijk heeft laten leiden door weergave en interpretatie van de beide bovenbehandelde vonnissen in het uit 1954 stammende leerboek van Prof. Mr. J. M. van Bemmelen (Hand- en leerboek van het Nederlandse Strafrecht deel II, p. 209), die het tweede vonnis kennelijk tijdens het schrijven van zijn tekst nog te verwerken kreeg. Uiteraard hangt het begrip rechtvaardigingsgrond nauw samen met de gedachte „redelijk middel tot redelijk doel”, en ten opzichte daarvan is door de rechter duidelijk uitgemakkt dat abortus provocatus bij dreigende ernstige nadelen van sociale aard aan deze definitie beantwoordt. In feite wanneer dat sociale bezwaren voor de zwangere vrouw betreft, maar men mag, dunkt mij, aannemen dat dit in minstens even sterke mate zal gelden voor de sociale aspecten inzake de toekomst van het verwachte ongewenste kind.

Uit het voorgaande zal tevens duidelijk zijn dat zeker niet Enschedé in het bewuste artikel, maar evenmin de Nederlandse rechter „de medische wetenschap normatief stelt voor problemen die voor een groot deel op psychologisch, ecologisch,

sociaal en ander terrein liggen”. Hierbij een andere correctie op het artikel van Mr. Kortmann, als zou in de onderhavige materie nimmer van een schulditsluitingsgrond sprake kunnen zijn. Wij zagen immers, dat, naar huidig recht, een arts die de ingreep uitvoert, daarbij juist af zal moeten en kunnen gaan op opinies van deskundigen uit andere sectoren dan de medische wetenschap. Denkbaar is het geval dat een dergelijke indicatie in werkelijkheid niet door de feiten zou zijn gedekt. Daarmee zou de rechtvaardigingsgrond aan de ingreep ontvallen. Wanneer men echter bij beoordeling van de feiten tevens van mening is, dat de arts niet tekortgeschoten is bij aanvaarding van deze opinie — en dat zal mijns inziens niet al te spoedig het geval zijn — dan zou voor de arts wel degelijk de schulditsluitingsgrond gelden. In dat geval zou, nogmaals naar *huidig* recht, de gene die de „valse” indicatie aangaf zelf wél als uitlokker of medeplichtige strafrechtelijk kunnen worden vervolgd.

Tenslotte: een verwijzing naar het civiele recht — waarin ten aanzien van levend geboren kinderen financiële belangen als het ware met terugwerkende kracht op de 9 voorafgaande maanden worden veiliggesteld — is bij wijze van spreken om en nabij even relevant als dat men in de contactvoorwaarden van een verzekeringsmaatschappij zonder meer een aanwijzing voor (medische) ethiek zou menen te vinden. Degenen die zelfs menen dat de grondwet zou moeten worden gewijzigd, doen er goed aan, voor zover zij een H.B.S.-opleiding ontvingen, hun schoolboekje staatsinrichting er nog maar eens op na te slaan. Ter voorkoming van misverstand wijs ik er op, dat het voorgaande uitsluitend de feitelijke staat van zaken naar huidig Nederlands recht schildert. De vraag, hoe naar mijn persoonlijk inzicht de afweging van de belangen in rechtspraak en/of wetgeving tot uiting zou moeten komen, heb ik in de in de aanhef genoemde artikelen eerder beantwoord.

### **Maatschappij-agenda 1971**

1 april	— Centraal Bestuur L.S.V. met districtsvoorzitters
17 april	— Ledenvergadering L.S.V.
24 april	— Alg. Vergadering Maatschappij
7 mei	— Ledenvergadering L.H.V.
23 september	— Centraal Bestuur L.S.V. met districtsvoorzitters
7, 8 en 9 oktober	— Ledencongres Maatschappij
23 oktober	— Ledenvergadering L.S.V.
30 oktober	— Alg. Vergadering Maatschappij
13 november	— N.H.G.-congres
19 november	— Ledenvergadering L.H.V.
27 november	— Ledenvergadering L.A.D.



# ENKELE REVALIDERENDE ASPECTEN VAN HET SOCIALE RECHT

**Door Dr. C. P. Dubbelman, lector in de Leer van de revalidatie en reactivering, V.U.  
en Dr. J. F. Rang, juridisch medewerker aan het Instituut voor Sociale Geneeskunde V.U.**

## *Inleiding*

Het sociale recht in Nederland heeft een merkwaardige ontwikkeling doorgemaakt. Over de kring van belanghebbenden wordt in de Nota vereenvoudiging sociale wetgeving (1967, blz. 14-16) opgemerkt (1), dat zij aanvankelijk beperkt werd tot de zogenaamde *personae miserales*, tot hen die gevaarlijke arbeid verrichtten en later tot de arbeiders met een inkomen beneden de loongrens. Het accent lag op de bescherming van die groepen welke in een uitzonderingspositie verkeerden; deze van het gemene recht afwijkende rechtsbescherming kwam het individu als groepslid toe.

In de tweede ontwikkelingsfase kwam het accent mede te vallen op de bescherming van de arbeider als mens, terwijl het in de huidige fase niet langer alleen om de arbeiders als groepslid of als mens gaat, maar om de sociale positie van de burger. Helaas moet worden gesteld dat deze ontwikkeling voor de revalidatie slechts ten dele is gerealiseerd. De wetten waarin de revalidatie als object wordt geregeld, zijn voor een groot deel slechts van toepassing op werknemers en op hen die uit sociale overwegingen met werknemers zijn gelijkgesteld. Bovendien ligt ook in deze wetten het accent nog duidelijk op de groepsmatige benadering en niet op het mens-zijn van de verzekerde.

Zij die niet onder de werkingssfeer van de bedoelde wetten vallen en evenmin een beroep kunnen doen op particuliere verzekeringen, zullen derhalve de aan de revalidatie verbonden kosten of geheel zelf moeten dragen, of een beroep moeten doen op de algemene bijstandswet, dan wel op particuliere fondsen. Ook na de recente wetsveranderingen is er nog een duidelijke discriminatie ten nadele van zelfstandigen, huisvrouwen, bejaarden en vooral zij die sedert de geboorte zijn gehandicapt, dan wel als „brandend huis” (dat wil zeggen met een handicap de (sociale) verzekering binnenkwamen). Al met al is een gecompliceerde situatie ontstaan, waarbij de nieuwe wetten enerzijds simplificaties brachten (in de W.A.O. bijvoorbeeld vervalt het onderscheid tussen ongeval en ziekte als oorzaak van de handicap), doch anderzijds weer extra complicaties (voor de W.A.O. bijvoorbeeld het onderscheid ten aanzien van verzekerde in volle rechten, „het brandend huis” en de getrapte wetsuitvoering).

Voor dit fragmentarisch opgezette en eenzijdig gerichte wettelijke revalidatiebestel kunnen verschillende oorzaken worden aangewezen. Een eerste oorzaak is ongetwijfeld dat Nederland — dit in

tegenstelling tot landen als Engeland en Denemarken — betrekkelijk gespaard is gebleven voor grote calamiteiten als polio-epidemieën, grote aantallen oorlogsgewonden enz. In de genoemde landen verstilden de discussies van politici, potentieel belanghebbenden en deskundigen onder invloed van dreigende situaties als „de slag om Engeland” omstreeks 1942. In zekere zin heeft zo de noodzaak, respectievelijk de mogelijkheid om een aparte revalidatiewet te maken ontbroken, ten gevolge waarvan deze materie over meerdere wetten en uitvoeringsbeschikkingen is verspreid.

Een tweede oorzaak ligt in het feit dat de Nederlandse sociale wetgeving de structuur heeft van een raamwetgeving. Dit houdt in, dat in de wet slechts de hoofdzaken zijn geregeld — rechten, plichten en uitvoering —, terwijl de verdere uitwerking wordt gedelegeerd aan de betrokken minister. Deze zal bij het opstellen en uitvaardigen van algemene maatregelen van bestuur en andere beschikkingen het advies moeten inwinnen van onder meer daarvoor gecreëerde organen als de S.E.R., de S.V.R. en de Ziekenfondsraad. In deze organen zijn de belanghebbende groeperingen zoveel mogelijk vertegenwoordigd. Maar ook deze adviesraden en bepaalde uitvoeringsorganen — bijvoorbeeld de bedrijfsverenigingen — mogen over daarvoor aangewezen onderwerpen uitvoeringsbesluiten opstellen. Formeel juridisch en administratief krijgt de uitvoering van de sociale wetgeving hierdoor, met name voor de medewerkers die hierin niet of onvolledig zijn geschoold — zoals artsen, maatschappelijk werkers e.d. — een te ingewikkelde structuur.

De derde oorzaak is dat ook een sociale wet in de regel achterblijft bij de ontwikkeling in de samenleving. Dit geeft vooral problemen waar concrete rechten op bepaalde vormen van gezondheidszorg worden toebedeeld. Zo is de ontwikkeling van medische kunst- en hulpmiddelen van dien aard, dat de vraag moet worden gesteld of deze middelen nog wel expliciet in een besluit (bijvoorbeeld bij de uitvoering der ziekenfondswet) kunnen worden genoemd, omdat een dergelijke aanduiding kan zijn verouderd op het moment dat het besluit in werking treedt. Het moet de uitvoeringsorganen worden nagegeven dat zij de discrepantie tussen wet en praktijk door middel van frequente wijzigingen in uitvoeringsbesluiten trachten te overbruggen, maar er zijn twee oorzaken aan te wijzen waardoor dit niet altijd slaagt. Een uitvoeringsbesluit mag niet in strijd zijn met, of afwijken van de algemene maatregel van be-

stuur waarop het berust; datzelfde geldt voor de a.m.v.b. ten opzichte van de raamwet.

Bepaalde leemten kunnen daarom op deze wijze niet worden opgevuld. De andere oorzaak is dat ook hier de Wet van Parkinson van kracht is. Wat eenmaal als wet of besluit, als interpretatie of gewoonte, als functionaris of uitvoeringsorgaan, als recht of plicht — al dan niet vermeend — bestaat, verdwijnt niet gemakkelijk. Bedoelde wet wordt dan ook door de wetgever, door de adviesorganen en door de uitvoerende instanties, vaak ongemerkt, vlijtig toegepast. Hier rijst de vraag of dat een gevolg is van gebrek aan inzicht in het gehele sociale recht of van een teveel aan gespecialiseerde kennis over het detail waardoor de visie op het geheel wordt beperkt of beide.

De vierde oorzaak is dat het onderscheid tussen medisch en sociaal, alsmede tussen loonderving en ziektekosten te legalistisch wordt gehanteerd, waardoor steeds vaker situaties ontstaan waarbij op één geval meerdere wettelijke regelingen van toepassing en meerdere uitvoeringsorganen zijn betrokken. Wij kunnen ons niet aan de indruk onttrekken dat bij de recente veranderingen in de sociale wetgeving meer aandacht is geschonken aan de consequenties voor de uitvoerende organen en medewerkers, dan aan het belang van de verzekerde, waar het uiteindelijk om gaat.

Vorenstaande is er de oorzaak van dat de deskundigen die bij de revalidatie zijn betrokken, worden geconfronteerd met vele — teveel — wettelijke voorschriften en uitvoeringsbepalingen, met vele — teveel — uitvoerende instanties en met nog meer representanten van deze instanties. Vaak heeft dit bij de revalidatie een anti-revaliderende werking omdat het een belemmering kan inhouden om op een snelle wijze tot een adequate behandeling te komen. In dit artikel willen wij enkele van deze anti-revaliderende momenten summier aan de orde stellen.

#### *Pluriformiteit van medische diensten*

Het stelsel van sociale zekerheid is, althans op papier, duidelijk: de sociale verzekeringen bieden primair de gewenste zekerheid, de bijstandsregelingen zijn complementair. De Ziektewet en de W.A.O. sluiten logisch op elkaar aan, terwijl een beroep kan worden gedaan op andere mogelijkheden van bestaanszekerheid en recht op arbeid: arbeidsbemiddeling plaatsing minder-validen e.d. Wij wezen reeds op een teveel aan uitvoerende organen; met name geldt dit voor de medische sector. Wij noemen de c.g.'s van bedrijfsverenigingen en van het G.A.K., de G.M.D., de artsen werkend voor de G.A.B.'s, de gemeenteartsen, de medische diensten c.q. medische adviseurs van ziekenfondsen en verzekeringsmaatschappijen, de bedrijfsartsen voor de sociale werkvoorziening, om maar te zwijgen over de vele deskundigen die in de behandelende sector worden ingeschakeld.

Van deze onoverzichtelijke en o.i. onnodige medische controle-organisatie dreigen steeds meer

patiënten de dupe te worden omdat de diensten vaak ongecoördineerd optreden en van elkaar niet weten welke controle is verricht en welke uitspraken zijn gedaan, laat staan dat zij geïnformeerd zijn over de verwachtingen die zijn opgewekt. De tijd is rijp voor een unificatie van het medische controleapparaat, niet alleen of van de sociale verzekeringen, of van de sociale voorzieningen, maar van beide vormen van bestaanszekerheid tezamen.

#### *De scheiding tussen behandeling en controle*

Het klassiek te noemen onderscheid tussen behandeling en controle is in Nederland naar aanleiding van de eerste Ongevallenwet (1901) ontworpen en sedertdien met veel elan in stand gehouden als mogelijk afweermiddel tegen een gesocialiseerde geneeskunde. Omdat de Wet uitoefening geneeskunst (1865) aan iedere arts de bevoegdheid geeft de geneeskunst in volle omvang uit te oefenen, kan de scheiding tussen behandeling en controle nooit een beperking zijn van de bevoegdheid. Het gaat hier om een functionele taakafbakening waarvoor in het verleden tal van argumenten zijn aangevoerd (vgl. onder andere het rapport van de Commissie scheiding van behandeling en controle, 1969), vaak echter zonder het door ons als tweede genoemde argument (2). Temeer nu de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening in een interimrapport (1969) (3) tot de slotsom is gekomen dat het principe van de wet van 1865 kan worden gehandhaafd, is o.i. de principiële herbezinning op deze functionele scheiding die thans plaatsvindt toe te juichen, gezien de ontwikkeling van het sociale recht en de taak van de arts met betrekking tot de sociale wetgeving. Voor wat deze discussie betreft, kunnen wij volstaan met te verwijzen naar het reeds genoemde rapport. Ons gaat het er nu slechts om, dat de scheiding nadelen met zich kan brengen voor een adequate revalidatiebehandeling en derhalve soms anti-revaliderend werkt. Genoemd kunnen worden de meervoudige benadering van de patiënt, vaak zonder *medische* noodzaak; communicatiestoornissen tussen b.a. en c.g., soms leidende tot een zekere frustratie van één of beiden, welke frustratie zich feitelijk wrekt door het onzeker worden van de patiënt; juist communicatiestoornissen tussen de b.a. en c.g. kunnen zo leiden tot verstoring van de vertrouwensrelatie patiënt-b.a. en tot ernstige iatrogene schade; inefficiënt gebruik van deskundigheid en middelen; onzekerheid bij de b.a. en de patiënt over het „recht hebben op“.

Een te dogmatisch gehanteerd onderscheid tussen behandeling en controle kan leiden tot een schisma of — wat erger is — tot een antithese tussen sociale (i.c. verzekerings-) en klassieke (i.c. curatieve) geneeskunde.

Dat in de gezondheidszorg controle plaatsvindt, is begrijpelijk, zeker waar een recht op gezondheidszorg wettelijk wordt toebedeeld. Van belang is echter dat deze controle in overeenstemming is met het karakter van de gezondheidszorg waarbij elke

medische beoordeling in feite een stukje van de therapie vormt, zeker als het om revalidatie gaat.

Bij de controle moet de voorkeur worden gegeven aan steekproefgewijze controle die preventief van aard is, maar repressief wordt toegepast en niet aan de gevalsmatige controle, die in feite bestaat uit het opwerpen van administratieve barrières in de vorm van in te vullen formulieren e.d., dan wel in tijdrovende extra onderzoeken die feitelijk ingrijpen in de behandeling. Het gaat om een optimale praktische, niet om een maximaal geperfectioneerde controle, waarbij het mogelijk moet zijn het medisch beroepsgeheim zodanig te hanteren dat onderling gegevens kunnen worden uitgewisseld om te voorkomen dat de patiënt opnieuw moet worden onderzocht e.d. (vgl. Rang, 1968) (4).

Een dergelijke controle-organisatie vereist twee dingen: er zullen minder, doch hoger gekwalificeerde (verzekerings)geneeskundigen nodig zijn en de behandelende artsen zullen meer oog moeten hebben — en dienovereenkomstig moeten handelen — voor de problematiek rondom hun patiënten als verzekerden.

### *Specialistenregistratie*

De wijze waarop de specialistenregistratie plaatsvindt, mist in Nederland een wettelijke basis, omdat de Wet uitoefening geneeskunst de bevoegdheid om de geneeskunst in volle omvang uit te oefenen aan iedere arts toekent. De registratie is derhalve een zaak van de beroepsgenoten zelf, maar wordt maatschappelijk gesanctioneerd door het Medisch tuchtrecht (een arts die zich als specialist uitgeeft zonder geregistreerd te zijn, ondermijnt het vertrouwen in de stand der geneeskundigen; vgl. uitspraak van het Centraal medisch tuchtcollege d.d. 5 juni 1941) (5), alsmede door de ziekenfondsen en verzekeringsmaatschappijen (een niet als specialist geregistreerde arts komt niet in aanmerking voor het specialistentarief).

De registratie is met name afhankelijk van de specialistische opleiding welke is gevolgd. Het is daarom juist dat er stringente eisen aan opleiding en opleider worden gesteld; dezelfde gedachte vindt men in de Wet bescherming diploma ziekenverpleging (erkenningennormen voor opleidingsziekenhuizen). Een deel van deze eisen heeft echter een anti-revaliderend element in zich. De eis bijvoorbeeld, dat de opleider, wil hij als zodanig erkend blijven, per jaar een bepaald aantal consulten en operaties moet halen, kan de neiging doen ontstaan kwantiteit te stellen boven kwaliteit. Patiënten met een collum fractuur, een hemiplegie, een amputatie of iets dergelijks worden kort na het pennen ontslagen uit het ziekenhuis en naar huis gestuurd, of verwezen naar een verpleeginrichting of revalidatiecentrum, niet zozeer omdat deze overplaatsing voor de patiënt medisch noodzakelijk is, maar enkel om ruimte te maken voor de volgende patiënt als „voorwerp”, dat bij de opleiding dienst doet. Ook de honoreringsregeling van de specialist kan op analoge wijze anti-

revaliderend werken. De revalidatie en de continuïteit in de behandeling kunnen door deze medisch niet gewenste dóórstroming van patiënten ernstig worden geschaad.

Wij zijn van oordeel dat er een ontwikkeling dreigt waarbij het ziekenhuis verwordt tot een mechano-therapeutisch instituut en de huisarts tot de man voor de kleine medische klusjes, de luisteraar of verwijzer. De taak van wat nu „behandelende sector” heet, wordt zo meer en meer beperkt tot a- of microsociale geneeskunde. Deze ontwikkeling is wel passend voor die afwijkingen, die — min of meer schematisch — onafhankelijk van de maatschappelijke situatie een bepaalde medisch-technische behandeling noodzakelijk maken, zoals een fractuur, maagbloeding, coma diabeticum, vreemd voorwerp in het oog, enz. Met de verbetering van de preventie is het grote aantal acute ziekten (ziekten) echter fors teruggebracht en vinden wij ook in de ziekenhuizen meer en meer mensen met afwijkingen waarbij de maatschappelijk-psychologische achtergrond mede bepalend is voor diagnose en therapie.

### *Paramedici*

De Wet op de paramedische beroepen (1963) bepaalt dat een paramedisch beroep alleen mag worden uitgeoefend door degene die daartoe krachtens de wet bevoegd is, volgens voor dat beroep bij een algemene maatregel van bestuur vast te stellen regels inzake aard van de werkzaamheden, verhouding tot de geneeskundige, examen e.d. Tot nu toe is alleen voor de fysiotherapeuten een dergelijke maatregel uitgevaardigd (fysiotherapeutenbesluit van 11 februari 1965). Hierdoor worden tal van personen die bij de revalidatie een belangrijke rol kunnen spelen uitgesloten, zoals bijvoorbeeld de abiturienten van de Cesar- en Mensendieck opleidingen en verpleegkundigen. Deze leemte in de uitvoeringsregeling is zonder meer anti-revaliderend te noemen omdat de personele mogelijkheden van revalidatie worden beperkt.

### *Bedrijfsgeneeskunde*

Krachtens de Wet op de bedrijfsgeneeskunde (1959) — tot aanvulling van onder andere de Veiligheidswet van 1934 met bepalingen over de preventieve gezondheidszorg in de bedrijven — bestaat de verplichting aan fabrieken of werkplaatsen — in de zin van de Veiligheidswet — een bedrijfsgeneeskundige dienst te verbinden, indien er tenminste 750 arbeiders werken. Deze verplichting kan ook los van het aantal werknemers bestaan, wanneer zich bijzondere gevaren voor het leven of voor de gezondheid voor de betrokken arbeiders voordoen. Bedoelde verplichting berust dan op een algemene maatregel van bestuur, of op een aanwijzing van de Arbeidsinspectie. Artikel 8c bevat een omschrijving van de taak van een bedrijfsgeneeskundige dienst. Het onderdeel dat het eerst wordt genoemd, bevat

een belangrijk anti-revaliderend moment, namelijk „het verrichten van geneeskundig onderzoek bij het in dienst treden van de arbeider”.

Over doel en functie van de keuring, waarbij met name de ethische waardering aan de orde kwam, is veel geschreven. Verwezen zij naar enkele recente publikaties, onder andere Van Urk (1969) (6), Bouricius (1970) (7) en Voûte (1970) (8), alsmede naar de ingezonden stukken in Medisch Contact (1969 en 1970). Waar het ons in dit verband om is te doen, is, dat de keuring bij indiensttreding gemakkelijk verwordt tot het hanteren van een zeef, waarvan de maaswijdte meer wordt bepaald door de conjunctuur en de wensen van de werkgever, dan door de capaciteiten van de kandidaat.

Naarmate meer bedrijfsgeneeskundige diensten ontstaan, worden meer barrières opgeworpen, die de gehandicapten de toegang tot het vrije bedrijfsleven bemoeilijken. Wij willen hiermee niet zeggen dat de bedrijfsarts een anti-revaliderende functie heeft. De rechtgeaarde bedrijfsarts, die medische belangstelling aan economisch en technisch inzicht paart, blijft immers een zelfstandig en volledig bevoegd, beëdigd medicus. Hij kan wel degelijk de onafhankelijke beoefenaar van het beroep arts zijn, ondanks het feit dat hij in dienstverband werkt. Het genoemde gevaar is echter reëel voelbaar en dient daarom te wordenesignaleerd. Dit anti-revaliderend moment kan in betekenis toenemen naarmate meer bedrijfsgeneeskundige diensten worden ingesteld. Het gevaar kan o.i. worden bestreden door:

1. een nauwer contact over en weer tussen handelend en keurend arts. Wij raken dan weer aan het eerder gestelde betreffende behandeling en controle;

2. een nauwer contact, respectievelijk werken op basis van gegevens van andere artsen in dienstverband. In feite doen deze analoge „keuringen” en er zou, op het punt dubbel keuren, medische mankracht bezuinigd en frustratie (bij patiënten, maar ook bij medici) voorkomen kunnen worden;

3. het opnemen van één of meer sociale werkplaatsen in lokale bedrijfsgeneeskundige diensten. Het nuttig effect van de rondreizende bedrijfsartsen van de sociale werkvoorziening is o.i. beperkt. De bedoelde fusie zou ook de status en de integratie van de sociale werkvoorziening ten goede komen;

4. een ruime en vlotte interpretatie van respectievelijk uitvoering van de artikelen 44/45 en 60 lid 1 van de W.A.O. en analoge artikelen in de A.B.P. en andere wetten en regelingen, waardoor de bedrijfsarts meer armslag verkrijgt omdat een deel van het financiële risico van het bedrijfsleven wordt afgewenteld (9).

### *Arbeidsbemiddeling*

De Wet op de arbeidsbemiddeling (1930) verstaat onder arbeidsbemiddeling: de voortdurende bemoeiing met het doel werkgevers en werkzoekenden bij het zoeken naar arbeidskrachten en arbeidsbemiddeling behulpzaam te zijn. Bij de uitvoering

wordt een onderscheid gemaakt tussen de openbare en bijzondere bemiddeling. De openbare gaat uit van de overheid. De bijzondere bemiddeling omvat alle bemiddeling, die niet onder de openbare valt (met of zonder winst oogmerk); voor deze bemiddeling is een vergunning vereist.

Hoewel de organisaties van de arbeidsbemiddeling, met name de G.A.B.'s, voor de bemiddeling van bijzondere gevallen, zoals de gehandicapten, deskundigen in dienst hebben en/of contact onderhouden met onder andere bedrijfsartsen en revalidatieartsen, wordt er in de behandelingssector toch ook nog regelmatig bemiddeld buiten de officiële instanties om. Iedere gehandicapte brengt nu eenmaal een eigen problematiek mede en heeft mogelijkheden in zich, die wellicht het beste door de handelend arts kunnen worden onderkend. Bij plaatsing spelen, juist bij de moeilijke gevallen die niet in de schemata en de kaartsystemen of op de planborden passen, individuele en incidentele factoren een belangrijke rol, waarbij lokale bekendheid en persoonlijke invloed van doorslaggevende betekenis zijn.

Hoewel de revalidatie-artsen die zich op deze wijze met de plaatsing van gehandicapten bemoeien, formeel niet in strijd met de wet handelen — zij bemoeien zich immers niet *voortdurend* met de bemiddeling — bestaat er toch een gevoel van onbehagen, enerzijds omdat de Nederlandse arbeidsbemiddeling voor hen die tussen wal en schip vallen vaak te bureaucratisch is, anderzijds omdat deze bemiddelingsorganisaties in zekere zin een monopoliepositie hebben, waardoor andere instellingen worden uitgesloten. Zo doet het vreemd aan dat bijvoorbeeld de arbeidsdeskundigen en medici van de uitvoeringsorganen der sociale verzekering geen bemiddelingsbevoegdheid hebben.

### *Plaatsing minder-validen*

De Wet plaatsing minder-validen (1947) is in grote lijnen analoog aan de Disabled Employment Act van 1943. In deze Engelse wet komt een omschrijving voor van het begrip minder-valide. Kleine lokale commissies bepalen of men aan de wettelijke criteria voldoet; in het bevestigende geval volgt de registratie als minder valide.

Door dit commissiorale onderzoek is er in de praktijk een jurisprudentie over het begrip minder-valide ontstaan, waardoor een grote mate van rechtszekerheid is verkregen, terwijl een gelijke beoordeling is gewaarborgd. Hoewel de Wet plaatsing minder-validen in wezen het zelfde systeem volgt — artikel 1 geeft aan wie minder-valide is; de G.A.B.'s verzorgen de inschrijving — is de praktische uitwerking anders. Artikel 1 is te ruim geformuleerd, terwijl er van een in de praktijk gegroeide communis opinio inzake het begrip minder-valide nauwelijks sprake is. Eén van de gevolgen is, dat hierdoor de mogelijkheid om een kwantitatief en kwalitatief inzicht te verkrijgen in een belangrijk onderdeel van de revalidatie problematiek — plaatsing minder-validen —

liden — wordt gemist. Erger is het evenwel dat de wettelijke regeling vaak verwachtingen oproept, welke regelmatig niet worden gehonoreerd.

### *Sociale werkvoorziening*

De sociale werkvoorziening is geregeld in de Wet sociale werkvoorziening (1967) en in werking getreden op 1 januari 1969. Deze wet voorziet in aangepaste werkgelegenheid, welke zoveel mogelijk is gericht op het behoud, het herstel of de bevordering van de arbeidsgeschiktheid ten behoeve van personen die tot het verrichten van arbeid in staat zijn, maar voor wie in belangrijke mate, ten gevolge van bij hen gelegen factoren, de gelegenheid om onder normale omstandigheden werk te verrichten niet of voorshands niet aanwezig is (artikel 7). Krachtens artikel 4 van het Besluit dienstbetrekking sociale werkvoorziening wordt er een onderscheid gemaakt tussen de werknemer (categorie A), die klaarblijkelijk tot arbeid in staat is en de werknemer van wie redelijkerwijs mag worden verondersteld dat hij tot arbeid in staat is (categorie B). De minister kan, ten aanzien van de wijze waarop het „in staat zijn tot arbeid” wordt beoordeeld, nadere regelen stellen. Dit is uitgewerkt in het Besluit sociale werkvoorziening van 1969 (artikelen 13, 14 en 15). Hierin is als belangrijk criterium opgenomen dat de werknemer, die in categorie A wil worden opgenomen onder andere een kwantitatieve arbeidsprestatie moet leveren van tenminste één derde van een redelijke minimum prestatie in het normale arbeidsproces in dezelfde soort arbeid. In de praktijk blijkt steeds meer, dat er voor de ernstig gehandicapten in de sociale werkvoorziening momenteel minder plaats is dan voorheen. Wij achten dit een anti-revaliderend effect, niet alleen voor de betrokken patiënten, maar ook voor hun vrouwen en kinderen (vgl. ook Jonk 1969) (10).

Het is begrijpelijk dat wordt getracht, met tot doel de drempelvrees van de relatief valide werknemer te verminderen, de image van de sociale werkvoorziening te verbeteren door het odium „invalidenfabriek” weg te nemen. Wij betreuren het echter dat niet tijdig maatregelen zijn genomen om ook voor de ernstig gehandicapten werkgelegenheid te creëren. Eenzelfde gedachtengang kan worden gevolgd ten aanzien van de thuislozen, de alcoholisten e.a. (zie hierover Mullink, 1965) (11). Door technische aanpassingen kunnen vele van deze patiënten tot een produktie worden gebracht, die acceptabel is. Dit vergt hoge investeringen, zowel ten aanzien van inventief en gekwalificeerd personeel, als van apparatuur. Wellicht kan door een verschuiving van lasten voor dit doel geld worden vrijgemaakt. Nu is er een vacuüm ontstaan dat slechts met moeite kan worden opgevuld, bijvoorbeeld via de dagverblijven-regeling.

### *Arbeidsongeschiktheidsuitkeringen*

Wat de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen inge-

volge de Ziektewet en de W.A.O. betreft, kunnen wij na de opmerkingen over de behandeling en de controle kort zijn. Voorts zij gewezen op het referaat dat één onzer in 1965 hield voor de Federatie van Bedrijfsverenigingen (Dubbelman, 1966). In dat referaat werd op een aantal discutabele punten in de wettelijke regelingen gewezen, welke ook anti-revaliderende trekken vertonen, zoals het ontbreken van een definitieve uitkering, een aanvechtbare interpretatie van artikel 44 W.A.O. en de te stroeve en bureaucratische aansluiting tussen de Ziektewet en de W.A.O. voor wat de uitvoering betreft. Al deze genoemde punten zijn feitelijk anti-revaliderende knelpunten gebleken.

### *Ambtenarenpensioen*

Ook voor de pensioen- en invaliditeitsregeling krachtens de Algemene Burgerlijke Pensioenwet zouden de personeelsdienst en de bedrijfsarts meer armslag moeten verkrijgen bij de plaatsing van minder-validen. Eigenlijk ligt de situatie hier moeilijker dan bij de Z.W.- en W.A.O.-verzekerden. De A.B.P. bepaalt dat gedurende vijf jaar na indiensttreding het ziekterisico, samenhangend met afwijkingen die toen reeds bestonden, voor rekening van de werkgever is. Het gevolg is dat de entree van gehandicapten bij de overheidsorganen sterk wordt afgeremd. Anderzijds zijn de „beschermende” maatregelen ten aanzien van de „zittende” ambtenaren ingevolge de A.B.P. zo sterk, dat het appèl op werken bij de zwakkere broeders gering is. Ook dit is anti-revaliderend.

### *Ziektekostenverzekeringen*

Zowel de ziekenfondsverzekeringen krachtens de Ziekenfondswet als de particuliere ziektekostenregelingen bieden een goede basis voor het werk van de behandelend arts, ook al wordt de controle wel eens als remmend ervaren en wordt er de nodig administratieve discipline verlangd. Bij de revalidatie wordt het moeilijk omdat men naast de stringent medische, ook met de sociale indicaties heeft te maken, tussen welke indicaties een duidelijke scheidslijn niet kan worden getrokken. Het gevolg daarvan is dat voor de financiering vaak wordt verwezen naar andere regelingen en uitvoeringsorganen, waardoor de revalidatie-arts soms met vijf of meer instanties contacten moet leggen en onderhouden. Maar ook binnen het specifieke indicatiegebied van de ziekenfondsverzekering doen zich deze problemen voor omdat het besluit inzake de verstrekking kunst- en hulpmiddelen regelmatig bij de technische ontwikkeling achter is en bovendien naar uitgangspunt is verouderd. Men gaat uit van standaardvoorzieningen, verkrijgbaar voor gefixeerde bedragen. Elke technische voorziening is echter een experiment, waarbij een exacte begroting niet is te maken. De ziekenfondsregelingen verstaan zich slecht met betrekking tot dit experiment.

Aan de patiënt aangepaste of rondom de patiënt

aangepaste opgebouwde revalidatieapparatuur zoals elektrische rolstoelen, afstandsbedieningsapparatuur en invalidenauto's zijn verworvenheden van onze samenleving, waarop de gehandicapte recht moet hebben omdat dit voor hem de voorwaarde is voor een menswaardig bestaan. Maar zelfs bij op de lijst voorkomende hulpmiddelen rijzen gemakkelijk problemen, omdat de procedure van aanvragen tot verstrekken vaak te stroef is. Overigens ligt de vraag voor de hand, nu in de A.W.B.Z. bij de opname-indicatie wel is gedacht aan de sociale factoren, of dat ook niet zou kunnen in het kader van de Ziekenfondswet, met name voor de verstrekking van kunst- en hulpmiddelen.

Ook met behoud van de scheiding tussen loondervings- en ziektekostenverzekering moet het bijvoorbeeld mogelijk zijn een psychologisch onderzoek, gericht op medische behandeling met als integraal onderdeel de inschakeling in geschikt werk, gefinancierd te krijgen via het ziekenfonds. Er dient voorts meer ruimte te zijn voor de extramurale revalidatiebehandeling. Voor het treffen van technische voorzieningen voor gehandicapte patiënten uit de regio, zou men een onderzoek ter plaatse moeten kunnen doen en kleine zaken in eigen beheer (bijvoorbeeld betaling via de verpleegprijs of tarief particuliere behandeling) moeten kunnen regelen. Alleen op deze wijze ontstaat de mogelijkheid de resultaten van de intramurale behandeling vast te houden in de extramurale fase. Inschakeling van een andere deskundige geeft gemakkelijk complicaties en is altijd duurder. Bovendien kan op deze wijze de regionale uitvoering van de gezondheidszorg worden bevorderd en zien specialisten en andere personeelsleden binnen het ziekenhuis beter wat het effect van hun werk is, en hoe nodig het is geneeskunde integraal uit te oefenen.

Ook de gratificatieregeling voor ziektekosten, van kracht voor ambtenaren, kan aanleiding geven tot moeilijkheden. Het uitgangspunt van de regeling is dat de ambtenaar, die over een tijdvak van twaalf maanden meer dan 5% van zijn salaris aan ziektekosten heeft uitgegeven voor zich zelf en zijn gezin, een tegemoetkoming in deze kosten kan krijgen, mits hij in voldoende mate tegen ziektekosten was verzekerd. De bedoeling is derhalve via deze regeling aan de ambtenaar een aanvullende uitkering op de polisdekking te geven voor risico's, die normaliter niet zijn verzekerd. De ervaring is nu dat men een verzekering sluit, die net aan de voorwaarden voldoet. Het gevolg wrekt zich wanneer de ambtenaar wordt gepensioneerd en dan niet langer van de 5% regeling kan profiteren. In de regel zijn voor de boven 65-jarigen de ziektekosten aanzienlijk hoger, zodat bij een minimale dekking de eigen bijdrage in de kosten groter is, dan wanneer deze gratificatieregeling stringenter eisen ten aanzien van de polisdekking zou bevatten of op enigerlei wijze zou doorlopen na het bereiken van de 65-jarige leeftijd.

## *Bijzondere ziektekosten*

Benaderd van uit de revalidatie houdt de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, die in 1968 in werking trad, in feite eigenlijk niet meer in dan een verschuiving van lasten uit het stelsel van de sociale voorzieningen naar dat van de sociale verzekering. Dat neemt niet weg dat er in de praktijk een aantal vereenvoudigingen zijn aangebracht, zoals onder andere één controlerend geneesheer per inrichting, een tastende en repressieve controle, gedecentraliseerd op basis van richtlijnen waarbij ook medico-sociale overwegingen een rol kunnen spelen, financiering via de verpleegprijs en de opname-indicatie. In het algemeen betekent deze wet — meer dan de W.A.O. en de gewijzigde Z.W. — een verbetering en vereenvoudiging ten aanzien van de revalidatie.

Twee anti-revaliderende momenten willen wij hier signaleren. De eerste is dat zolang de extramurale zorg buiten de werkingssfeer van de wet valt, er een zuigkracht ontstaat van uit de intramurale zorg. Hierdoor wordt vaak onnodig en zelfs medisch ongewenst de neiging tot opname verhoogd. Het tweede is het verschil tussen „werkenden” (al of niet in sociale werkvoorziening; al of niet uitkering genietend via de Z.W. of de W.A.O.) en zij die niet „werken”, resp. nooit konden of zullen kunnen „werken”. Diverse erkende verpleeghuizen, met name die met een jeugdiger bevolking, en ziekenhuizen zoals de psychiatrische\*, herbergen beide categorieën patiënten naast elkaar. Hierdoor ontstaan situaties, waarbij de relatief minder gehandicapte over betrekkelijk veel geld beschikt en de ernstig gehandicapte, die nooit heeft kunnen werken, slechts over zak- en kleingeld via de Algemene Bijstandswet beschikt. Beiden hebben kost en inwoning gratis. Dit leidt tot onaangename situaties en bemoeilijkt in ernstige mate het ontslag uit verpleeghuis of (psychiatrisch) ziekenhuis\*, ook in die gevallen waar dit niet alleen zou kunnen, doch in het kader van de revalidatie der betrokkenen van grote betekenis zou zijn.

## *Medische hulpmiddelen*

De wet van 15 januari 1970, houdende regelen met betrekking tot „medische hulpmiddelen”, heeft tot doel de mogelijkheid te openen regelend op te treden teneinde een goede kwaliteit van medische hulpmiddelen te waarborgen en om te voorkomen dat deze hulpmiddelen ondeskundig worden gebruikt — zij is analoog aan de regeling betreffende geneesmiddelen —. Artikel 1 van de wet onderscheidt drie categorieën van voorwerpen: 1 — te gebruiken bij een medische behandeling; 2 — te gebruiken bij onderzoek; 3 — te gebruiken in, op of aan het lichaam, om in relatie tot het lichaam een functie te vervullen. Voor deze categorieën geldt

---

\*) In gewone ziekenhuizen verblijft men zelden langer dan één jaar.

dat het om middelen gaat, die door een medicus kunnen worden gebezigd, en middelen die ook door leken kunnen worden gebruikt. Van belang voor het adequaat functioneren van de wettelijke regeling is, op welke wijze de verschillende uitvoeringsbesluiten tot stand zullen komen. Daarbij moet namelijk van de gedachten worden uitgegaan, dat technische voorzieningen (medische hulpmiddelen), wellicht nog meer dan medicijnen, hulpmiddelen zijn, die, in een concreet geval toegepast, vaak een experimenteel karakter dragen. Indicatie, vormgeving en aanpassing zijn wisselend van geval tot geval en zijn vaak uniek van vorm en constructie.

### *Recht van beroep*

Het recht van beroep inzake de sociale verzekeringen is uitgewerkt in de Beroepswet (1955) voor wat betreft de organisatie en de procedure van deze rechtspraak. Over het functioneren van deze rechtspraak worden de laatste tijd steeds meer klachten vernomen. Voor een belangrijk deel kan dit worden toegeschreven aan de achterstand bij de Raden van Beroep waardoor de belanghebbenden, langer dan wenselijk is, in het onzekere zijn over de uitslag van het geschil. Deze achterstand is enerzijds veroorzaakt door een onderbezetting van de Raden — er zouden bijvoorbeeld meer ondervoorzitters kunnen worden benoemd —, anderzijds door het inwerking-treden van de nieuwe Z.W., de W.A.O., de Zieken-fondswet en de A.W.B.Z. Over tal van belangrijke zaken bestaat nog geen jurisprudentie, laat staan dat er sprake kan zijn van een constante recht-spraak.

Klachten bestaan er ook over de relaties tussen de Raden en de aan de Raden verbonden vaste deskundigen (artsen-specialisten), alsmede tussen de Raden en de vrij gevestigde specialisten als deskundigen en de behandelende artsen. Enerzijds spelen hier de honoraria voor deskundigen een rol — er is nogal een verschil tussen de door de L.S.V. aan-gegeven honoraria en de tarieven betreffende de gerechtskosten in strafzaken welke bij de recht-spraak sociale verzekering worden gehanteerd — anderzijds de overbelasting van de specialisten waardoor het vaak moeilijk wordt rapporten tijdig te verkrijgen. Op deze wijze komt er in veel gevallen weinig terecht van de bedoeling om aan de Raden vaste deskundigen te verbinden; maar ook het feit dat de wetgever in 1954/55 het werk van de deskun-digen eigenlijk heeft onderschat, heeft er toe bijge-dragen dat de beoogde snelle, eenvoudige en in-formele procedure meer theorie dan praktijk is.

Vertragend werkt het ook dat er krachtens artikel 131 Beroepswet uitsluitend medische vaste deskun-digen aan de Raden kunnen zijn verbonden. Het werk zou verlicht kunnen worden indien er o.a. ar-beidsdeskundigen als vaste medewerkers benoemd zouden kunnen worden. Het is onjuist dat de medi-cus een percentage arbeidsongeschiktheid vaststelt (Bernink, 1969) (12).

Er bestaat alle aanleiding het functioneren van de

rechtspraak bij de sociale verzekering nader te be-zien, mede omdat een te trage procedure duidelijk anti-revaliderende trekken heeft.

### *Slotopmerkingen*

Het streven naar perfectie in het sociale recht leidt mede tot onzekerheid, hetgeen bij de patiënt, de behandelend arts en de uitvoeringsorganen frus-trerend en anti-revaliderend kan werken. De wets-wijzigingen van de laatste jaren hebben de situatie, wat dit aspect betreft, eerder verergerd dan ver-beterd. De oorzaak ligt voor een deel in de wets-structuur en in de wijze van uitvoering, maar ook voor een deel in de houding van de uitvoerder; hij moet — desondanks — bereid zijn zich in het gehele bestel te verdiepen en samen te werken met andere deskundigen. Met name geldt dat voor de behande-lende artsen.

Het kan o.i. nuttig zijn als meer artsen zich zou-den interesseren voor de maatschappelijk-juridische aspecten van hun werk en meer juristen zich zou-den interesseren voor arbeids- en gezondheids-recht. Belangrijker zou echter zijn als de behande-lend arts meer revalidatie-gezind zou worden, in die betekenis, dat hij zich de maatschappelijke impli-caties en therapeutische mogelijkheden van zijn vak als individu en als groep (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst) be-ter bewust wordt.

### *Literatuur*

1. Nota vereenvoudiging sociale wetgeving 1967, Minis-terie van sociale zaken en volksgezondheid, 's-Graven-hage 1967.
2. Rapport van de Commissie Scheiding van Behande-ling en Controle, in: Medisch Contact 24 (1969) 1217-1227.
3. Interimverslag Staatscommissie Medische Beroepsuit-oefening, in: Medisch Contact 24 (1969) 1063-1065.
4. Rang, J. F. De tuchtrechtelijke casuïstiek van het medisch beroepsgeheim, in: Recent medisch ethisch den-ken, I, Leiden 1968, blz. 235-267.
5. Centraal Medisch Tuchtcollege, uitspraak d.d. 5 juni 1941, in: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (1941) 3264-3266.
6. Urk, G. R. van, Aanstellingskeuring, ziekte verzuim en karakter der Sociale Geneeskunde, in: Medisch Contact 24 (1969) 837-840.
7. Bouricius, F. E. J., Mogelijkheden en ethiek van kun-nen, in: Medisch Contact 25 (1970) 125-128.
8. Voûte Sr., P. A., Keuren en ethiek, in: Geneeskundige Gids 1 (1970) 211-213.
9. Dubbelman, C. P., Sociale verzekering en revalidatie, in: Tijdschrift voor sociale geneeskunde 44 (1966) 342-350.
10. Jonk, A., Anti-revaliderende elementen in de huidige sociale wetgeving, in: Arts en Sociale Verzekering 7 (1969) 66-67.
11. Mullink, J. A. M., Overwegingen betreffende de G. S. W.-regeling. Pleidooi voor een C-categorie, in: Arts en Sociale Verzekering 4 (1965) 93-97.
12. Bernink, B. P., Schatten van arbeidsongeschiktheid door de vaste deskundigen van de Raden van Beroep, in: Arts en Sociale Verzekering 7 (1969) 31-34.



## Wijziging artsenopleiding

Het hoofdbestuur heeft zich d.d. 28 december 1970 met de volgende brief gewend tot de minister van Onderwijs en Wetenschappen:

Excellentie,

Het is het hoofdbestuur van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst bekend, dat de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening op 2 december 1970 het rapport „Wijziging Artsenopleiding” aan de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid heeft uitgebracht en dat dit rapport ook aan Uwe Excellentie in handen is gesteld.

Naar aanleiding van dit rapport heeft het hoofdbestuur van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst zich in zijn vergadering van 12 december 1970 wederom beraden over de alternatieven, zoals die ten aanzien van de opleiding in het door het Interfacultair Overleg van de Nederlandse Faculteiten der Geneeskunde (I.O.G.) opgestelde „Raamplan voor de opleiding van de (huis)arts”, zijn genoemd. Het hoofdbestuur heeft daarbij uitgesproken dat het zich geheel kan stellen achter het rapport van de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening, dat invoering van alternatief 1 met variant 1b van het raamplan en de eigen variant 1d van het rapport van de Staatscommissie aanbeveelt.

Het hoofdbestuur wil daarbij wijzen op de volgende punten:

Reeds bij schrijven van 10 januari 1968 heeft het hoofdbestuur aan Uwe Excellentie van zijn voorkeur voor alternatief 1 van het raamplan kennis gegeven. Bij schrijven van 30 januari 1968 heeft Uwe Excellentie aan het hoofdbestuur bericht bereid te zijn onmiddellijk te gaan onderzoeken in hoeverre een regeling is te treffen in overeenstemming met het standpunt van het hoofdbestuur in dezen en of een dergelijke regeling zou kunnen worden ingevoerd op zo kort mogelijke termijn, in ieder geval voordat de eerste arts, opgeleid volgens alternatief 2 van het raamplan, zijn studie zou hebben voltooid.

Het zojuist genoemde rapport heeft het hoofdbestuur gesterkt in de overtuiging dat zijn destijds ingenomen standpunt onverkort moet worden gehandhaafd. Het hoofdbestuur staat in deze mening niet alleen, immers: bij het I.O.G. bestaat nog steeds voorkeur voor de invoering van alternatief 1 van het raamplan, terwijl van die zijde tevens de bereidheid naar voren is gekomen mede te werken aan een initiatief om tot een oplossing in deze richting te ko-

men. Het is het hoofdbestuur bekend, dat het bestuur van het Nederlands Huisartsen Genootschap en het hoofdbestuur van de Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde zich aansluiten bij hetgeen hierboven is gesteld. Een ondersteuning van dit standpunt wordt eveneens gevonden in de uitspraak van het Permanente Comité der Artsen der E.E.G. en van de Union Européenne des Médecins Omnipraticiens, waarin wordt gepleit voor een specifieke beroepsopleiding tot huisarts van minimaal twee jaar na het artsexamen.

Het hoofdbestuur acht het van het grootste belang, dat een begin gemaakt kan worden met een specifieke opleiding tot huisarts. Derhalve is het hoofdbestuur van mening, dat gedurende de besadslagingen over de mogelijkheden tot realisering van de opleiding volgens alternatief 1, variant b en d, de verwezenlijking van enige specifieke opleiding tot huisarts niet in gevaar mag komen.

Voornoemde mening mag echter in geen geval tot gevolg hebben, dat het op gang komen van het onderzoek, zoals genoemd in uw schrijven van 30 januari 1968, vertraging ondervindt. Het hoofdbestuur deelt in dit opzicht de mening, uitgesproken door de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening in haar rapport „Wijziging Artsenopleiding”, dat er periculum in mora is.

Aan de hand van het bovenstaande wil het hoofdbestuur Uwe Excellentie met klem verzoeken om zo spoedig mogelijk een begin te maken met het drie jaar geleden toegezegde overleg tussen Uwe Excellentie, het Interfacultair Overleg van de Nederlandse Faculteiten der Geneeskunde en de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Zoals indertijd door Uwe Excellentie is toegezegd zullen deze besprekingen Uwerzijds met volstrekte openheid worden tegemoetgetreden met als uitgangspunt, dat verdere differentiëring van de medische studie in de richting van alternatief 1 van het raamplan, mede in aanmerking genomen het belang van de optimale gezondheidszorg om tot een eensgezinde oplossing te komen, in hoge mate wenselijk wordt geacht.

Een afschrift van dit schrijven heeft het hoofdbestuur doen toekomen aan de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid en aan het Interfacultair Overleg van de Nederlandse Faculteiten der Geneeskunde.

Namens het hoofdbestuur  
(w.g.) Dr. L. van der Drift,  
voorzitter



## Rapport Commissie Groepspraktijken L.H.V.-N.H.G.

De L.H.V.-N.H.G. Commissie Groepspraktijken plaatste in Medisch Contact 1970/47 een oproep om informatie omtrent: 1. welke groepspraktijken reeds functioneren; 2. waar plannen tot het vormen van een groepspraktijk bestaan; 3. waar dergelijke plannen hebben bestaan, doch om enige redenen geen doorgang hebben gevonden.

Tot 8 december 1970 kwamen op de eerste vraag 9 antwoorden, op de tweede 25 antwoorden en op de derde 15 antwoorden binnen. De commissie wil de respondenten thans reeds danken voor hun beantwoording, doch wil gaarne een rappel doen uitgaan teneinde degenen, die nog niet reageerden, aan te sporen alsnog hun inlichtingen te verstrekken. Wil de commissie de besturen van L.H.V. en N.H.G. goed kunnen adviseren, dan is het beschikken over voldoende informatie onontbeerlijk.

Het ligt in de bedoeling de respondenten te zijner tijd uitvoerig te enqueteren, om onder meer de belangrijkste obstakels bij de totstandkoming van groepspraktijken op te sporen en zo mogelijk te kwantificeren, opdat het beleid van de besturen op het opheffen van deze belemmerende factoren kan worden gericht.

Voor inlichtingen betreffende groepspraktijken kan men zich wenden tot de afdeling voorlichting van het N.H.I. Telefoon 030-19946.

## Keurings- en controle-tarieven

De vaste commissie voor keurings- en controle-tarieven der Landelijke Huisartsen Vereniging deelt mede, dat na overleg met de Nederlandse Vereniging ter bevordering van het Levensverzekeringswezen en de Nederlandse Vereniging van Ongevallen- en Ziekteverzekeraars de tarieven voor keuringen en controles ten behoeve van levens-, ongevallen- en ziekteverzekeraars met ingang van 1 januari 1971 als volgt zijn geregeld:

grote keuring . . . . .	f 48,50
kleine keuring . . . . .	f 38,50
gericht klein onderzoek naar bepaalde afwijking . . . . .	f 10,75
periodiek geneeskundig onderzoek volgens coupon . . . . .	f 32,50
spreekuur-controle . . . . .	f 10,75
visite-controle . . . . .	f 16,25
kilometervergoeding (boven de 8 km) per km . . . . .	f 0,90

Namens de commissie,

Mr. H. A. Veenstra, directeur

## Voordrachten

Op de agenda's voor de afdelingsvergaderingen werden de volgende voordrachten vermeld:

*Apeldoorn en Omstreken:* Dr. M. P. Landsberg, keel-, neus-, en oogarts, onderwerp: „Ruimtevaart-geneeskunde”.

*Arnhem en Omstreken:* Prof. Dr. S. J. Geerts, hoogleraar in de genetica, onderwerp: „Preventie van erfelijk lijden”.

*Assen en Omstreken:* L. A. Hartman, cardioloog, onderwerp: „Revalidatie van patiënten met een hart-infarct”.

*Bergen op Zoom, Roosendaal en Omstreken:* Dr. O. M. de Vaal, onderwerp: „Druggebruik, kansen op verslaving en de sociale implicaties”.

*Emmeloord en Omstreken:* G. H. Verwers, long-arts, onderwerp: „Respiratoire insufficiëntie bij emphyseem-patiënten”.

*'s-Gravenhage en Omstreken:* Prof. Dr. G. K. König, onderwerp: „Fluoride toediening”.

*Groningen en Omstreken:* Dr. J. W. Barents, onderwerp: „Abortus”.

*Heerenveen en Omstreken:* „De werking van de schoolartsendienst”, sprekers: H. J. Nijessen, arts; T. Ybema, arts; P. Schaap, psycholoog; A. Dijkstra, psycholoog; K. Boerrigter, paedagoog-didacticus.

*Helmond en Omstreken:* Prof. Dr. M. Frenkel, internist, onderwerp: „Nieuwere ontwikkelingen op het gebied van de leverpathologie”.

*Meppel en Omstreken:* Prof. Dr. A. Sikkkel, onderwerp: „De gynaecologische carcinoom patiënte”.

*Nijmegen en Omstreken:* Dr. D. de Moulin, chirurg, onderwerp: „De chirurg aan het werk, gezien door de ogen van zijn tijdgenoten”.

*Rotterdam en Omstreken:* Discussie over problemen rond de gastarbeiders, inleiders: Dr. H. A. de Boer, onderwerp „De medische selectie van gastarbeiders in het land van herkomst. A. M. Arling, onderwerp: „De sociale situatie van buitenlandse werknemers”. K. F. Gunning, onderwerp: „Ervaringen met Marokkanen, in Marokko en in Nederland”. Dr. H. Smitskamp, onderwerp: „Mogelijkheden tot verbetering van de medische zorg voor buitenlandse arbeiders”.

*Slingeland:* R. Brenninkmeijer, zenuwarts, onderwerp: „Electromyografie”.

*Tiel en Omstreken:* L. M. J. Couvée, revalidatie-arts, onderwerp: „Revalidatie en reactivering en het verpleegtehuis”.

*Walcheren:* J. L. van Ligten, onderwerp: „Keuze van antibiotica in de praktijk”. M. E. Nordlohne, onderwerp: „Ervaringen met de binkhorstlens”.

*Zaanland:* J. G. Schnitzler, psychiater, onderwerp: „Gebruik en misbruik van drugs”.

*Zuid-Limburg:* J. J. F. Schmitz, cardioloog, onderwerp: „Vroege complicaties van het myocard-infarct”.

*Plaatsing van brieven in deze rubriek houdt niet in dat de redactie de daarin neergegeven zienswijze onderschrijft.*

#### SPELREGELS

Het redactioneel artikel in M.C. 1970/50 wil ik hiermede gaarne van enkele kanttekeningen voorzien.

Terecht stelt u dat van een ziekenfonds grote zorgvuldigheid mag worden verwacht met betrekking tot het medisch beroepsgeheim. U signaleert een geval waaromtrent u meent dat deze zorgvuldigheid niet is betracht omdat een niet-medicus ten overstaan van de verzekerde melding maakt van de indicatiestelling.

Vooropgesteld zij dat de administratie van een ziekenfonds in het algemeen bij een afwijzing geen indicatiestelling vermeldt. Is dit om enigerlei reden nodig dan is het woord aan de adviserend arts, eventueel in overleg met de behandelend arts. In de onderhavige casus heeft de administratie de indicatie wel vermeld. Waarom?

De aanvraag is — althans naar het oordeel van het ziekenfonds — een novum. Heeft de verzekerde te allen tijde de gelegenheid om in beroep te gaan van een afwijzende beslissing op een aanvraag voor een verstrekking, a fortiori geldt dit in dit geval.

Voor de beoordeling van het in de onderhavige casus gevolgde beleid dient in het oog te worden gehouden: het stond zonder meer vast dat de verzekerde op de hoogte was van de indicatiestelling; haar werd niets nieuws meegedeeld; het was in het belang van de verzekerde dat de afwijzing werd gemotiveerd. Dit stelde haar in de gelegenheid om te beoordelen of zij al dan niet van haar beroepsrecht gebruik zou maken; dat de beslissing wordt genomen door het ziekenfonds en niet door de *advise-rend* arts van het ziekenfonds.

Voor het beroep ten aanzien van een beslissing, die het verlenen van een verstrekking betreft, schrijft artikel 76 van de Ziekenfondswet een bepaalde procedure voor: „... de verzekerde (wint) alvorens in beroep te gaan het advies in van de Ziekenfondsraad...”. Artikel 76, lid 3 van de Ziekenfondswet bepaalt, dat de Ziekenfondsraad een afschrift van zijn advies zendt aan het betrokken ziekenfonds. Vindt de verzekerde aanleiding om na ontvangst van het advies van de Ziekenfondsraad alsnog in beroep te gaan, dan treedt artikel 80 van de Zieken-

fondswet in werking, hetwelk onder meer bepaalt dat „degene die de beslissing nam” deze desverlangd schriftelijk en met redenen omkleed geeft. In het geding, dat zich alsdan voordoet, is wederom niet de adviserend arts maar het ziekenfonds partij!

Samenvattend: wij delen uw mening dat de inlichtingen die de behandelend arts verstrekt als regel uitsluitend ter beoordeling zijn van de adviserend arts. Er kunnen zich echter situaties voordoen waarin ook de niet-medicus met deze gegevens te maken krijgt. Het ziekenfonds behoort als instelling op het terrein van de gezondheidszorg tot de door u genoemde kring van personen rondom arts en patiënt. Zij zijn q.q. evenzeer — dit in afgeleide zin — aan het medisch beroepsgeheim gebonden.

Venlo, 15 december 1970

Mr. F. J. A. Verberk

#### DE ALGEMEEN ARTS ALS MEDEWERKER IN EEN MULTIDISCIPLINAIR WELZIJNSTEAM

De roep naar groepspraktijken door de P.H.V.-Rotterdam (zie Medisch Contact nr. 52 van 27 december 1970, blz. 1413) heeft mij verwonderd. Indien er werkelijk een tekort is aan algemene artsen, respectievelijk indien er onvoldoende directe medische hulp beschikbaar is, dan kan dit ook niet via groepspraktijken worden opgevangen. Gaan wij ervan uit dat de bevolking recht heeft op een totaal pakket van algemeen welbevinden en dat de gemeenschap bereid is dit totale pakket te verstrekken in de vorm van directe en efficiënte medisch-sociale hulp. Aanvaardt men deze voorwaarden, dan zullen de zaken op een heel ander niveau moeten worden aangepakt.

De medische hulpverlening zal aan somatische, psychische en sociale behoeften dienen te voldoen. Dit kan worden bereikt door in een wijk medisch sociale teams op te richten. In een wijk van een tien- of vijftienduizend mensen zou zo'n team zich dan bezig kunnen houden met het algemeen welzijn. Een dergelijk team kan bestaan uit algemeen artsen, wijkverplegenden en/of psychiatrisch-sociaal werkenden en sociaal werkenden van allerlei specialisatie, laboranten en andere paramedische hulpkrachten en administratieve krachten. Ik laat het verder aan de practici over, uit te werken wat de mogelijkheden van een dergelijk team zijn.

Wil een en ander goed functioneren, dan zal men van veel „heilige koeien” moeten afstappen. De scheiding van preventieve en curatieve geneeskunde en de scheiding van behandeling en controle zullen misschien vervagen.

Vrije artskenkeuze en vrije patiëntenkeuze zullen in een dergelijke setting niet meer zo vanzelfsprekend zijn. Medewerkers in een dergelijk team zullen veelal onder een of ander ambtelijk verband samenwerken. Gezien de uitstekende prestaties, die met een dergelijk hooggekwalificeerd team bereikbaar zijn, kan de honorering naar verhouding zijn. Directe medische, sociale en psychiatrische hulp thans over allerlei diensten en instanties gespreid, kan dan in het zogenaamde eerste echelon terstond en als vanzelfsprekend worden gegeven.

Wat hier wordt gesteld is geen nieuws. Jammer dat de bovengeschetste gedachtengang zich niet heeft gemanifesteerd vanuit de P.H.V.-Rotterdam.

Zeist, 30 december 1970

J. Schuler, arts

#### DALKONSCHILDJE

De beantwoording van de vraag of het Dalkonschildje een anticonceptivum of een abortivum of beide zou zijn is mijns inziens van principieel belang. Hoewel het mogelijk is dat het schildje een spermadodende invloed uitoefent, lijkt dit geenszins bewezen door het feit, dat er zo weinig zwangerschappen daarna optreden. In hoeveel van deze gevallen heeft er wel een bevruchting van het ovulum in de tuba plaats gegrepen, maar is de innesteling van dit bevruchte ovulum in het carum uteri onmogelijk gemaakt of mechanisch of in het cavum doordat het endometrium door de chronische prikkeling van het schildje ongeschikt is gemaakt voor deze innesteling? Indien dit laatste het geval zou zijn, rijst tevens de vraag of dit op den duur geen aanleiding zou kunnen geven tot pathologische afwijkingen van het endometrium zich uitend in verschijnselen als metrorragien, adnexafwijkingen, misschien zelfs op den duur maligne ontastelingen.

Ik weet dat dit een bewering is waarvoor geen bewijzen kunnen worden geleverd, maar het tegendeel is naar mijn mening evenmin bewezen. Ik meen dan ook, dat het van belang is, dat al de voorstanders van het schildje nauwkeurig aantekening moeten houden van de eventuele afwijkingen, die er ontstaan na lange tijd gebruik ervan. De ervaring hiermee opgedaan is nog veel te kort om nu reeds met zoveel aandrang deze methode aan te prijzen. Even goed als de pil, die jaren geleden juichend is binnen gehaald en waarvan nu de nodige bezwaren en zelfs contra-indicaties bekend zijn, zou het best mogelijk zijn, dat deze nieuwe methode behalve uit

principiële ook uit medische gronden moet worden verworpen.

Het bovengenoemd bezwaar tegen het Dalkonschildje geldt natuurlijk even goed voor elk intra-uterien aangebracht corpus alienum.

Eindhoven, 30 december 1970

Jos. L. H. Specken

#### 2-4-5T

Wanneer collega Van Meurs in M.C. nr. 52/1970, blz. 1433, — enigszins wrang — opmerkt: „U weet trouwens, dat 2-4-5T nog steeds niet is verboden, maar dat is dan ook van Organon”, vergist hij zich. Het genoemde produkt wordt door Orgachemia onder de naam Orga 2-4-5T verkocht. Het is een herbicide stof, die in Nederland door vele andere firma's in de handel wordt gebracht. Het is dan ook bepaald géén door Organon in de circulatie gebracht geneesmiddel.

Oss, 6 januari 1970

Dr. M. M. Madlener, gynaecoloog,  
hoofd Medische Dienst Organon

## MC | VARIA

Mede naar aanleiding van het rapport van de Maatschappij-commissie inzake het bevolkingsaanwasprobleem, gepubliceerd in M.C. nrs. 34 en 35/1970, respectievelijk blz. 905 en blz. 931, hebben de Tweede Kamerleden mevrouw Veder-Smit en de heer Geertsema, beiden van de V.V.D., schriftelijke vragen gesteld aan de minister-president en de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Een bevestigend antwoord kregen zij op de vraag, of de regering bereid is een commissie in te stellen, die zal moeten nagaan in welke mate in ons land een bevolkingsprobleem bestaat en op welke wijze de regering mee zou kunnen helpen om voor dit probleem een oplossing te vinden. Ook een tweetal vragen van mevrouw Veder-Smit betreffende de bundeling van instellingen die zich bezighouden met het vraagstuk van de gezinsplanning, kreeg een goed onthaal. De staatssecretaris antwoordde, dat in de taakomschrijving van de te benoemen commissie inzake het bevolkingsprobleem tevens zal worden opgenomen het bestuderen van de wenselijkheid van een bundeling van instellingen op het gebied van de gezinsplanning, zoals gesuggereerd door de samenstellers van het (inofficiële) Maatschappij-rapport, en indien de commissie vindt dat die wenselijkheid bestaat, het

doen van een voorstel over de manier waarop zo'n instantie het best zou kunnen gaan werken.

Een in de loop van dit jaar te houden enquête naar de ontwikkeling van verpleegtehuizen in Nederland zal door het Praeventiefonds worden gesubsidieerd. De enquête vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de Nationale Ziekenhuisraad. Verwerking en analyse van de verkregen gegevens worden verricht door het Gemeenschappelijk Instituut voor Toegepaste Psychologie te Nijmegen.

De vaste Commissie voor de Volksgezondheid uit de Tweede Kamer der Staten-Generaal, welke belast is met de voorbereiding van de openbare beraadslaging van de Nota betreffende de geestelijke gezondheidszorg is voornemens organisaties, instellingen en deskundige personen die omtrent deze Nota opmerkingen zouden willen maken, daartoe in de gelegenheid te stellen in een openbare hoorzitting der Commissie, te houden op woensdag 10 februari 1971 (aanvang te 13.30 uur) met, zo nodig, voortzetting op donderdagochtend 11 februari 1971.

Degenen die gehoord wensen te worden, kunnen zich tot uiterlijk woensdag 27 januari 1971 schriftelijk aanmelden bij de griffier der Commissie, Mr. T. H. E. Kerkhofs, Binnenhof 1A, 's-Gravenhage. Hun wordt verzocht een samenvatting van hetgeen zij naar voren zullen brengen, zo mogelijk in veertig-voud, bij de Commissie in te dienen vóór vrijdag 5 februari a.s.

Zo spoedig mogelijk na de sluitingsdatum van de aanmelding zullen zij, die zich aangemeld hebben, nader bericht ontvangen omtrent het tijdstip, waarop zij in gehoor zullen worden ontvangen.

Op een paar honderd na krijgen alle Zweedse schoolkinderen een warme maaltijd op school. De Schweizerische Ärztezeitung, die er op 30 december een berichtje aan wijdde, meldt dat de regeling al sinds 1938 geldt. In het begin kreeg de schooljeugd boterhammen met melk, in 1946 werd het een warm maal. Meer dan 5000 scholen

(97% van alle instellingen van lager en voortgezet onderwijs), met ongeveer 1,2 miljoen scholieren van 7-19 jaar, doen mee. Daarnaast ontvangen zo'n 35.000 crèche-kinderen in de leeftijd van 1/2-7 jaar een zelfde maaltijd. Hier betalen de ouders naar rato bij; de maaltijden op school worden van gemeentewege verstrekt. De twaalfuur-tjes bevatten alles wat een kind in de groei nodig heeft; richtgetallen zijn: 830 calorieën — genoeg om een derde van de dagelijkse calorische behoefte te dekken —, minstens 21 gr proteïne, hooguit 31 gr vet. De pot schaft afwisselend vlees, vis, kip, of worst; aardappelen, rijst, of deegkost; groente; kaas, 3 dl volle melk, boterhammen, rauwe worteltjes of witte kool, vaak ook fruit. Er is geen dessert. De kosten per maal bedragen 1,45 Zweedse kroon, plus ongeveer 0,45 öre voor bereiding en bediening. In totaal komt het de gemeenten — de staatssubsidie is een jaar of drie geleden stopgezet — per jaar op circa 420 miljoen kronen (circa 300 miljoen gulden). De menukaart wordt per halfjaar landelijk vastgesteld en in de kranten afgedrukt, zodat men er thuis rekening mee kan houden. Volgens het ministerie van Buitenlandse Zaken in Zweden begint het voedzame, vetarme dieet ook buiten de school aanhang te krijgen.

Onder de artsen en semi-artsen in ons land zijn er ongetwijfeld die in het kader van een voortgezette studie (bijvoorbeeld het schrijven van een dissertatie) of het zich eigen maken van een nieuwe techniek, enige tijd zouden willen werken bij een medisch instituut in Frankrijk. Daartoe stelt de Société Parisienne d'Expansion Chimique (Specia-Rhône-Poulenc) aan Nederlandse artsen of semi-artsen een studiebeurs ter beschikking, waarmee men enkele maanden in Frankrijk kan leven en werken. Elke beurs omvat een bedrag van NF 1300 per maand, alsmede de reis naar en van de plaats van bestemming. De beurs legt geen enkele verplichting op ten aanzien van Specia, terwijl men geheel vrij is in de keuze van het te bestuderen onderdeel, de plaats of het instituut waar men de studie wil verrichten. Specia is desgewenst bereid de beurshouder het verblijf in Frankrijk te vergemakkelijken door te helpen bij het zoeken naar huisvesting en een geëigende „werkplaats”.

Zij die voor een beurs in aanmerking wensen te komen, dienen uiterlijk 15 maart 1971 hun sollicitatie — in de

Nederlandse taal — te zenden aan: Wetenschappelijke Afdeling Specia, Hofwijckplein 47, Den Haag. De sollicitatiebrief dient vergezeld te gaan van een curriculum vitae en een pasfoto. Bij de sollicitatie dient men tevens op te geven de aard van de studie waarmee men zich wil bezighouden en de contacten die eventueel reeds zijn gelegd met Franse geleerden of instellingen, waar de sollicitant bij voorkeur wil gaan werken. Tenslotte wordt de kandidaten verzocht een of meer aanbevelingen van Nederlandse hoogleraren of hoofden van klinische afdelingen bij de sollicitatie in te sluiten. Een jury, die in het voorjaar van 1971 bijeen zal komen, zal beoordelen welke kandidaten voor een beurs in aanmerking komen. Voor deze jury zijn o.a. gevraagd vertegenwoordigers van de Nederlandse medische faculteiten, van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en van het Bestuur van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.



Dezer dagen vond te Nairobi de ondertekening plaats van een overeenkomst tussen de Kenyaaanse regering en de Nederlandse Stichting voor Leprabestrijding betreffende het West Kenya-leprabestrijdingsproject. Het project omvat de ombouw van een oude leproserie tot een modern gespecialiseerd ziekenhuis, het creëren van een opleidingscentrum voor Afrikaanse hulpkrachten en de opbouw van poliklinisch veldwerk. West-Kenya heeft naar schatting 25.000 lepra-patiënten. Het project is er een uit zes, die worden gerund door de enkele jaren geleden opgerichte Nederlandse stichting. Meer dan 30.000 patiënten zijn nu onder behandeling in een 300-tal poliklinieken in Kenya, Uganda en Tanzania.



## MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

**Bestuur:** Dr. J. Degenaar, Epe, voorzitter; B. Q. A. Enneking, Breda, vice voorzitter; Prof. Dr. S. A. de Lange, Essenweg 54, Rotterdam, secretaris; Prof. D. C. den Haan, Rotterdam, penningmeester; G. A. C. Bosch, Amsterdam.

**Redactie:** Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411.

**Uitgever:** Uitgeverij. Kruij N.V., Groot Hertoginnelaan 28, Bussum, telefoon 02159-32259°, postgiro 142554.

**Advertenties:** In te zenden — ook brieven op advertenties onder nummer — uitsluitend bij de uitgever. Advertenties behoeven

de goedkeuring der redactie en kunnen zonder opgave van redenen worden geweigerd.

**Abonnementen:** Voor niet-leden der Kon. Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst f 40,—, plus f 1,60 BTW = f 41,60, buitenland f 45,—, losse nummers f 1,04 (incl. 4% BTW). Opgave uitsluitend bij de uitgever.

**Adreswijziging:** Leden Kon. Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst uitsluitend aan Lomanlaan 103, Utrecht. Niet-leden aan Uitgeverij. Kruij N.V., Bussum.

**Oplage:** 16.640 exemplaren.

**Druk:** Verweij Mijndrecht.

## KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

**Adressen:** K.N.M.G. (secretariaat, boekhouding, ledenregister, enz.) - Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband - Landelijke Huisartsen Vereniging - Landelijke Specialisten Vereniging - Centraal College - Specialisten Registratie Commissie - College voor Sociale Geneeskunde - Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie - Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (O.L.M.A.):

Lomanlaan 103, Utrecht

telefoon 030-885411

Postgiro K.N.M.G.: 58083

**Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen:**

secretaris P. J. M. Baudoin, Parkstraat 7, Assen, telefoon 05920-12184 of 12960; postgiro 111950 t.n.v. de penningmeester der Stichting Ondersteuningsfonds te Utrecht.

**Raad van Beroep:**

Dr. H. Navis, secretaris, Joris van der Haagenlaan 22, Arnhem.

\* \* \*

**Bureau voor waarneming en vestiging:**

van 9 tot 17 uur Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411;

uitsluitend na 18 uur en in het weekend: telefoon 020-798984.

**Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfondsden Artsen:**

Lomanlaan 103, Utrecht  
telefoon 030-887021



