

WEEKBLAD VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT
BEVORDERING DER GENEESKUNST
TEL. 030 - 823911

MC

Redactie

dr C. Spreeuwenberg, *hoofredacteur*
mw mr J.C.M. Ankoné,
plaatsvervangend hoofredacteur
R.A. te Velde, *eindredacteur*
mw drs W.G. Kaltöfen, *redacteur*
mw C.R. van der Sluijs, *redacteur*
drs P.G. Visch, *redacteur-verslaggever*
mw drs S.E. Wildevuur,
redacteur-verslaggever
mw C.M. Schouten, *secretaresse*

Redactieadres

Lomanlaan 103
3526 XD Utrecht
telefoon 030-823384

Bestuur Medisch Contact

F.N.M. Bierens, *voorzitter*
dr R.J.E.A. Höppener, *secretariaat*
dr C.J. Jonkman, *vice-voorzitter*
mw dr C. Vermeulen-Meiners
dr H.W.M. Anten

Secretariaat bestuur

Postbus 690
2900 AR Capelle a/d IJssel

Adviseurs namens het

hoofdbestuur der KNMG:
mw M.H.D.J. Zwart- van der Weerd
Th.M.G. van Berkestijn

Ontwerp & prepress:

DTP-studio Diap v.o.f., Velp

Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG zijn de kosten
voor een abonnement f 167,- (inclusief BTW);
België 3.250 Bfr; overige landen per zeepost:
f 287,-/per luchtpost: f 407,-; student-leden
KNMG f 62,50; losse nummers: f 12,50.

Abonnementen en Lezersservice

Misset uitgeverij bv
Hanzestraat 1, Postbus 4
7000 BA Doetinchem
telefoon 08340-49861
telefax 08340-41481

Advertenties

- Misset uitgeverij bv
Planetenbaan 100, Postbus 1110
3600 BC Maarssen
telefoon 03465-58222/58244
(dhr. P. Verhoeff/dhr. J.H. Fleury)
telefax 03465-54287
- Hoofd advertentie-exploitatie:
drs Y.C.C.M. Joosten 03465-58222
- Verkoopnabewerking: 08340-49335
(dhr. J. Alvarez)
- Advertenties kunnen zonder opgaaf van
redenen geweigerd worden.

Druk

Druk Tiji Offset, Zwolle

De redactie beslist over de inhoud van het
redactionele gedeelte. Het bestuur is voor
het gevoerde beleid verantwoording ver-
schuldigd aan de Algemene Vergadering
van de KNMG. De besturen van de KNMG
en de beroepsverenigingen zijn voor de in-
houd van het officieel gedeelte verantwoor-
delijk.

Medisch Contact wordt door Misset uitgeve-
rij bv in licentie uitgegeven voor de KNMG.
© 1994, KNMG



Lid Nederlandse organisatie van
Tijdschrift-uitgevers (NOTU)

Jaargang 49 / 21 januari 1994

MEDISCH CONTACT

77 J.C.M. Ankoné

Individuele contracten voor huisartsen. Bedreigingen of kansen?

De huisarts heeft een stukje vrij ondernemerschap terug.

81 G.R.M. Scholten

Specialisten in onderhandeling. Regionale oplossingen?

Naar een werkbare relatie tussen regionaal werkzame zorgverzekeraars, me-
disch specialisten en ziekenhuizen.

84 E.K.J. Kreutzer

De maatschap als kern van specialistisch handelen. Aangrijpingspunt voor kwaliteitsbeleid

Waar het gaat over kwaliteit is de maatschap het natuurlijk aanspreekpunt.

87 J. Doets

Capaciteitsbepaling bij Geneeskunde. Stand van zaken en hoe verder

De instroom in de medische basisopleiding in relatie tot de capaciteit in de
vervolgopleidingen: komt er een convenant?

89 J. Koudstaal en A. Neleman

Draagmoederschap verdient een goede regeling. Ethische en juridische aspecten

(Bij wet) verbieden of juist regelen?

En verder:

- 74 Brieven • 75 Gastcolumn • 76 Voorzitterscolumn LHV •
- 93 Praktijkperikel • 94 Officieel •
- 108 Agenda •

K O P I J O P D I S K E T T E

Alle kopij graag op diskette (3.5" of
5.25") in Wordperfect, bij voorkeur
WP 5.1, plus 1 uitdraai.

De redactie behoudt zich het
recht voor bijdragen te weige-
ren. Artikelen die alles inbegre-
pen niet langer zijn dan 1.800
woorden hebben onze voorkeur.



Geen voet- of eindnoten gebrui-
ken: literatuurverwijzingen en
noten in superscript in de tekst
en de inhoud ervan aan het eind
van het artikel. Tabellen, sche-
ma's en figuren niet in de tekst
opnemen, maar op een apart vel
aanleveren.

IN CONTACT

Plaatsen van bijdragen in de rubriek 'In Contact' houdt niet in dat de redactie de daarin weergegeven zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich het recht voor brieven in te korten. Om dit te voorkomen wordt schrijvers verzocht zich in hun ingezonden brieven tot hoofdzaken te beperken.



Wachlijsten

NAAR AANLEIDING van het praktijk-perikel 'Met of zonder kruiwagen' (MC nr.50/1993, blz. 1596) gaarne het volgende: Kennelijk is het geen plastisch chirurg die dit probleem van de wachtlijsten naar voren brengt. Immers, de wachtlijsten voor patiënten die voor plastisch-chirurgische ingrepen in aanmerking komen is al jaren schrijnend. Wekelijks word ik door huisartsen, specialisten, bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en vele andere gebeld met het verzoek bezoek aan het spreekuur en operatieve behandeling te bespoedigen. De kosten van patiënten met handletsel die hun werk niet kunnen uitvoeren, zijn moeilijk te becijferen, al bestaan er ramingen. De overheid houdt al jaren vast aan de norm van 1 plastisch chirurg op 200.000 inwoners.

Plastisch chirurgen raken murw voor de problemen van de schandalig lange wachtlijsten. Het is wel een zekere troost te zien dat nu ook andere specialismen de gevolgen van het overheidsbeleid zo onder woorden brengen als in genoemd praktijkperikel.

Arnhem, januari 1994
dr J.-P.A. Nicolai, plastisch chirurg

Foliumzuur bij kinderwens

IN MC NR. 51-52/1993, blz. 1618, geven de collega's Thomas, Wiersma en Flikweert, allen huisarts of medewerkers van de NHG, hun mening over het GHI advies dat vrouwen bij kinderwens periconceptioneel foliumzuur zouden moeten slikken. Met hun conclusie, dat foliumzuurverstrekking via de voeding vele voordelen heeft boven het slikken van tabletten, zijn wij het van harte eens, net als fluorvoorziening via drinkwater een betere verspreiding garandeert dan in tabletvorm. Toch zit fluor niet in Nederlands drinkwater. Dat de GHI nu voorlichting initieert over foliumzuur in tabletvorm, is zeer begrijpelijk in het licht van de onduidelijkheden over het moment waarop en de mate waarin in Nederland tot verrijking van voedingsmiddelen kan worden overgaan.

Een aantal van de argumenten die de drie collega in hun verder betoog noemen is onjuist. In de eerste plaats suggereren de auteurs,

dat mogelijk ook in Nederland meer dan de helft van de zwangerschappen ongepland zou zijn. De weinige gegevens die in Nederland beschikbaar zijn over het plannen van zwangerschappen geven echter aan dat zo'n 90% van de zwangerschappen gepland zou zijn.^{1,2}

In de tweede plaats stellen de auteurs, dat er "in ons land al vele jaren sprake is van een daling van de incidentie van NBD". Dit is gedocumenteerd tot geboortjaar 1980. Nadien wordt in continentaal Europa echter geen verdere daling van de totale geboorteprevalentie van NBD meer gezien, ook in Nederland niet.³ De recentste gegevens van de Noordnederlandse EUROCAT-registratie laten een prevalentie zien van spina bifida onder levendgeborenen zien van zo'n 8 per 10.000.⁴ Dit is viermaal zo hoog als momenteel vanuit Engeland en Wales wordt gerapporteerd. Toch denken Nederlanders nog steeds dat in Engeland en Wales veel NBD voorkomt en in Nederland weinig.

In de derde plaats zou ons inziens ook het voorkomen van 60 gevallen van NBD per jaar in Nederland, door de auteurs geschat als het mogelijke resultaat van de door de GHI voorgestelde maatregelen, een zeer belangrijke bijdrage zijn aan de preventie van aangeboren afwijkingen. Andere Nederlandse programma's, gericht op de preventie van aangeboren afwijkingen of de gevolgen daarvan, leveren kleinere of even grote bijdragen. Alle baby's worden ingeënt tegen rubella, onder andere ter preventie van het congenitaal-rubellasyndroom. Dit kwam rond 1980 bij zo'n 7 baby's jaarlijks in

Nederland voor. De hielprik richt zich op de opsporing van zo'n zes kinderen met PKU en zestig met congenitale hypothyreoïdie jaarlijks. Hierbij gaat het niet om de primaire preventie, maar om het voorkomen van de gevolgen van de aandoeningen. We raden alle zwangere aan geen rauw vlees te eten en de kattebak door een ander te laten schoonmaken ter preventie van congenitale toxoplasmose, een aandoening waarvan we de frequentie niet weten.

Aangezien de samenwerkende ouder- en patiëntenverenigingen (VSOP) in Nederland van mening waren dat er onvoldoende voorlichting over vermijdbare risico's op aangeboren afwijkingen vanuit de medische professie plaatsvond, hebben zij in 1993 zelf een publiekscampagne georganiseerd. Ons inziens moet de medische professie zich deze constructieve kritiek aantrekken, door meer aandacht voor deze materie te hebben. Als er in Nederland één beroepsgroep is die een belangrijke rol kan spelen bij de voorlichting over vermijdbare risico's op aangeboren afwijkingen, is het wel de beroepsgroep van de huisartsen. *

Groningen, januari 1994
mw dr M.C. Cornel, arts-epidemioloog,
mw drs H.E.K. de Walle, medisch
socioloog,
European Registration Of Congenital
Anomalies, vakgroep Medische Genetica,
Rijksuniversiteit Groningen

Literatuur

1. Delft M van, Ketting E. Anticonceptiegebruik in Nederland. Ontwikkeling en vooruitzicht. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum ism NISSO, 1992.
2. Jong-van den Berg L de, Waardenburg C. Geneesmiddelengebruik tijdens zwangerschap. Groningen: Styx, 1991.
3. EUROCAT-Working Group. Prevalence of neural tube defects in 20 regions of Europe and the impact of prenatal diagnosis, 1980-1986. J Epidemiol Community Health 1991; 45: 52-8.
4. Wall HEK de, Cornel MC, Leertouwer-Haveman TM, Breed AC. Tables 1981-1991: time trends and regional distribution. EUROCAT-registration of congenital anomalies Northern Netherlands. Groningen: Department of Medical Genetics, University of Groningen, The Netherlands, 1993.

Bij de voorplaat

Tobias' genezing

Hoewel de historische waarde van het apocriefe boek Tobias door weinigen wordt erkend, zien sommigen in het verhaal over de genezing van de blinde Tobias wel een element van waarheid. Op advies van de engel Rafaël had Tobias' zoon onder meer gal uit een vis gehaald, waarmee "een mens die witte schellen heeft op zijn ogen" kon worden genezen. Geruime tijd later spoorde de engel Tobias junior aan om deze aanwijzing bij zijn vader in praktijk te brengen: "Strijk jij de gal in zijn ogen, en als het hem bijt zo zal hij ze wrijven, en de witte schellen uitwerpen, en hij zal U zien..... En Tobias kwam uit naar de deur en stiet zich daaraan; doch zijn zoon liep hem tegen, en greep zijn vader; en streek de

gal op de ogen zijns vaders, zeggende: Heb goede moed, vader; en als zij gebeten waren, wreef hij zijn ogen, en de witte schellen werden afgepeld van de hoeken zijner ogen" (Tobias 6:6-10). Vissegal schijnt in de oudheid veelvuldig als medicament tegen oogziekten te zijn toegepast; Sudarsky vergeleek in de American Journal of Ophthalmology van 1964 de chelatische werking van deze gal met EDTA. De tekenaar Pieter Hendriksz. Schut, wiens bijbelillustratie is afgebeeld, maakt in ieder geval niet de fout van Rembrandt en andere kunstenaars, die meenden bij de genezing van Tobias met een cataract-operatie van doen te hebben. *

prof.dr M.J. van Lieburg

Een nieuw jaar, een bekend geluid

HET NIEUWE JAAR noodt onweerstaanbaar tot het maken van voornemens, die vervolgens vaak niet of kort worden nagekomen. Ook de gezondheidszorg is regelmatig mikpunt van beleidsvoornemens waaraan dit 'nieuwjaars-euvel' kleeft; evenals nieuwjaarsvoornemens bevatten ze vaak goede elementen, maar is de presentatie ongelukkig, het draagvlak smal of de tegenzin groot. Of zulke voornemens haalbaar zijn, hangt kennelijk af van soortgelijke factoren als die welke de 'compliance' van patiënten ten opzichte van medische adviezen bepalen: artsen weten dat patiënten goede voornemens pas verwezenlijken als die aansluiten op bij hen aanwezige kennis en een al bestaande gedrags- of beleidslijn, en als ze profijt opleveren.

Voortbordurend op deze gedachtengang, wil ik een inschatting maken van de 'compliance' in de gezondheidszorg ten opzichte van het plan voor de extramurale AIDS-zorg dat ik in november in mijn inaugurele rede heb gepresenteerd.¹ Ik beschrijf het plan met zijn achtergronden en zal trachten de volgende vragen te beantwoorden: Is dit plan behept met het nieuwjaars-euvel of bouwt het voort op een bestaande beleidslijn? Is de basiskennis aanwezig die nodig is om het voornemen uit te voeren? Welke reacties zijn te verwachten en hoe verhouden die zich tot de voor- en nadelen van het plan? In de Nederlandse AIDS-zorg bestaat een distributieprobleem. De zorg is grotendeels geconcentreerd bij AIDS-deskundige instanties, te onderscheiden in een klinisch/wetenschappelijk cluster en een extramuraal cluster. Die concentratie is begrijpelijk, omdat de medische zorg aanvankelijk geheel in klinische centra werd geleverd en omdat de zwaarst getroffen groepen hun eigen opvangnetwerk organiseerden. Het expert-circuit heeft echter een aanzuigende werking. Het biedt de niet direct betrokken hulpverleners een excuus om snel te verwijzen en belemmert het inzicht dat de zorg vaak ook zonder hoogontwikkelde expertise goed uitvoerbaar is. De kloof tussen deskundigen en niet-deskundigen verhindert derhalve een ruimere distributie van kennis en zorg.

Dit blijkt ook uit het feit dat intensieve deskundigheidsbevordering geen invloed heeft gehad op het percentage huisartsen dat deelneemt aan de AIDS-zorg. Al jaren lang schommelt dit rond de 25%, terwijl

het aantal patiënten groeit. Er is dus een toenemende concentratie in een beperkt aantal praktijken. Dat veel patiënten behandeling door AIDS-experts prefereren, bestendigt deze situatie. Betere spreiding is evenwel zeer gewenst. Patiënten moeten er immers op kunnen vertrouwen dat hulpvragen over HIV evenals over alle andere gezondheidsproblemen gewoon met de (huis)arts kunnen worden besproken. Het reële risico op overbelasting van de experts is een reden te meer voor een betere spreiding.

Mijn voorstel is erop gericht, meer huisartsen bij de AIDS-zorg te betrekken en de kwaliteit van de huisartsenzorg bij AIDS-problematiek te verhogen. Nog onvoldoende wordt een solide fundament gelegd in de opleiding, via systematische aandacht voor al die aspecten van HIV-problematiek

L. Wigersma

welke relevant zijn voor de algemene praktijk. Een dergelijke sensibilisering van toekomstige (huis)artsen vergroot de kans dat zij AIDS-zorg later zien als een normaal onderdeel van hun taak.

In de dagelijkse praktijk kunnen artsen die aan de zijlijn staan bij de zorg voor hun eigen met HIV geïnfecteerde patiënten worden betrokken via een 'community liaison'-(gemeenschapgericht) programma zoals dat door Londense AIDS-centra wordt uitgevoerd: elke huisarts van wie een patiënt het ziekenhuis bezoekt, wordt na toestemming van de patiënt persoonlijk benaderd met als doel de huisarts te informeren en te bewerkstelligen dat deze uiteindelijk de ambulante zorg zoveel mogelijk overneemt. Dit beleid werpt vruchten af. Mijn voorstel is, dat AIDS-afdelingen in ziekenhuizen de 'liaison'-taak opdragen aan een team dat bij de intramurale behandeling betrokken is, aangevuld met tenminste een huisarts en een wijkverpleegkundige. Behalve de spreiding kunnen deze teams ook de kwaliteit van zorg stimuleren, via punctuele berichtgeving aan de eerste lijn, het gezamenlijk met huisartsen en wijkverpleegkundige afleggen van huisbezoeken, gemeenschappelijke patiëntbesprekingen en het afstoten van werkzaamheden die tot de extramurale zorg behoren. Ook AIDS-deskundige huisartsen dienen andere huisartsen bij de AIDS-zorg te betrekken. Vaak neemt iemand met HIV of AIDS een andere, deskundige huisarts - uit teleurstelling, uit onvrede of vanwege het

idee dat het ontbreken van specifieke deskundigheid een onoverkomelijk bezwaar is. Als de AIDS-deskundige huisarts deze zaken met de patiënt bespreekt en met diens toestemming als bemiddelaar met de vorige huisarts optreedt, wordt in een aantal gevallen bereikt dat patiënten naar hun vorige huisarts teruggaan. De AIDS-deskundige huisartsen blijven desgewenst als consulent beschikbaar. Daarnaast is collectief optreden van huisartsen aangewezen om een extramuraal zorgbeleid inzake AIDS vast te stellen en uit te dragen.

Resten nog de vragen die in het begin zijn gesteld.

Het antwoord op de eerste vraag is tweeledig. Het plan bouwt voort op gevestigd beleid: het bieden van functionele zorg door de meest aangewezen zorgverlener, zo dicht mogelijk bij de patiënt. Het doel is dus niet nieuw, want in overeenstemming met de extramurale zorg zoals we die kennen bij kanker en chronische ziekten. Wel vergt verwezenlijking van het plan een kleine revolutie in denken en organisatie. Van een onuitvoerbaar nieuwjaarsvoornemen is echter geen sprake; elders is het immers al levensvatbaar gebleken. De tweede vraag durf ik bevestigend te beantwoorden. De meeste huisartsen hebben voldoende basiskennis, maar zoals we zagen is er voor participatie in de zorg meer nodig. Sommige huisartsen zullen het vreemde gebied liever niet betreden, terwijl AIDS-experts het wellicht moeilijk vinden de competentie van (andere) huisartsen te vertrouwen en daarnaar te handelen; bovendien kan substitutie voor het ziekenhuis financieel nadelig zijn. De randvoorwaarde voor uitvoering van het plan is dan ook een inspanningsverplichting van de betrokken partijen, gekoppeld aan een budgettaire verschuiving die prikkelt tot de gewenste veranderingen.

Daarmee heb ik ook de derde vraag beantwoord, en rest mij alleen nog u een jaar toe te wensen waarin al uw goede voornemens uitvoerbaar blijken. •

prof. dr L. Wigersma,
huisarts, hoogleraar extramurale AIDS-zorg Universiteit van Amsterdam

Literatuur

1. Wigersma L. De AIDS-zorg en de wegen naar Rome [Inaugurele rede Universiteit van Amsterdam]. Amsterdam: 1993.

• K N M G • L H V • L S V • L A D • L V S G •

Kiezen in 1994

DIT JAAR WORDT een jaar van kiezen. We gaan enkele malen naar de stembus om duidelijk te maken welke koers we als samenleving willen uitzetten. Aan een nieuw kabinet de opdracht die koers te vertalen in vastberaden, helder en goed uitvoerbaar beleid. Het nieuw samengestelde parlement ziet hier namens de kiezers op toe. Dit geldt natuurlijk voor een groot aantal maatschappelijke vraagstukken waarmee we vandaag de dag te maken hebben. Ik wil me - u zult dat billijken - beperken tot het beleidsterrein van de gezondheidszorg. Wat dat aangaat verwacht ik dat het komende kabinet (hoe dat er ook zal komen uit te zien) de overgebleven brokstukken van de stelselwijziging oppakt, en daarmee in handen toch tot een consistent beleid weet te komen. Een aantal veranderingen dat is ingezet is niet terug te draaien. Ik wijs op zaken als de opgeheven contractverplichting en het landelijk werken van ziekenfondsen. Laten we ons dat realiseren en maar geen energie verspillen met het opnieuw voeren van oude discussies. Het gaat erom dat er een beleid komt dat kansen biedt op een oplossing van de oude en nieuwe knelpunten in de zorg. Het is te hopen dat onze politieke keuze dit mogelijk maakt. Dat daarmee andere keuzes overbodig worden, is natuurlijk een illusie. In de afgelopen jaren is wel duidelijk geworden dat de politiek een stelselwijziging niet alleen af kan. Dat maakt dat ook het veld moet kiezen. Mag ik daartoe een aantal van mijn keuzes aan u voorleggen? Ik kies voor een goed overleg en vormen van samenwerking tussen de verschillende zorgaanbieders. Het is in het belang van de zorg als geheel dat er goede vormen voor het dragen van gemeenschappelijke verantwoordelijkheid worden gevonden. De zorgaanbieders moeten de ruimte krijgen verantwoordelijkheid te nemen voor de inhoud, de opzet en de bijbehorende financiering van de zorg. Nu nog is er een sturende overheid die als enige maatstaf de kosten-

ontwikkeling lijkt te hebben en op basis daarvan niet verder komt dan het uitspreken van de ene aanwijzing na de andere. Beroepsgroepen worden geconfronteerd met een door hen nauwelijks te beïnvloeden vraag naar zorg en het wordt hen aangerekend wanneer het verlenen van die zorg te veel gaat kosten. Ze missen echter nog het instrumentarium om op een of andere wijze bij te sturen. Op dat punt zou het roer in 1994 om moeten, waarbij ik besef dat dan op de schouders van de beroepsbeoefenaren zelf de zware taak rust de toegeschoven verantwoordelijkheid ook in te vullen. Toch kies ik ervoor dat het komend jaar het jaar van de zorgaanbieders wordt, in plaats van het jaar van de sturende overheid. Vrij vertaald: van basispakket naar basisaanbod!

H. Knook

Daarvoor is, ik schreef het al, samenwerking noodzakelijk. Die begint voor mij bij een sterke KNMG, als representatieve artsenorganisatie en als koepel van zelfstandige beroepsverenigingen die waar mogelijk gezamenlijk optrekken. Maar wat mij betreft moet het zorgaanbod zich breder manifesteren en horen ook andere zorgverleners, zoals apothekers, verloskundigen, tandartsen en fysiotherapeuten, en instellingen als ziekenhuizen, verpleeghuizen en thuiszorgorganisaties, er vanzelfsprekend bij. Ik kies ervoor de samenwerking met en tussen hen te versterken, ook al zullen er op deelgebieden uiteenlopende belangen zijn. De problematiek van de sturende overheid, de eenzijdige blik op kostenbeheersing en het knevelende macrobudget in het FOZ delen we met elkaar. Een goede samenwerking zal er ook moeten zijn met de zorgverzekeraars, in het belang van de zorgverlening in ons land. Ook hiervoor geldt dat er tegengestelde belangen kunnen zijn, die echter in een gezonde onderhandelings sfeer tot overeenstemming moeten leiden. Dat kan gelukkig. De huisartsen zullen de ingeslagen weg voortzetten om met de zorgverzekeraars op de regio gerichte collectieve zorgovereenkomsten te

sluiten. We zullen dat op een dusdanige wijze proberen te regelen dat er op het niveau van de individuele huisarts en patiënt geen problemen ontstaan. Dokters moeten hun werk kunnen blijven doen.

Kiezen voor meer eigen verantwoordelijkheid betekent ook kiezen voor meer inzicht hebben in het eigen handelen. Medische beroepsbeoefenaren moeten daar niet bang voor zijn. Het op vele plaatsen ingezette kwaliteitsbeleid van bijvoorbeeld huisartsen en specialisten geeft mij daartoe alle vertrouwen. We zullen echter ook de mogelijkheid moeten creëren tegenover derden kwantitatief inzicht te verschaffen in ons handelen. Op regionaal niveau moeten er peilstations komen die in die informatiebehoefte kunnen voorzien. Het opzetten ervan is een dringende verantwoordelijkheid en zal voor wat betreft de huisartsen in dit jaar gestalte moeten gaan krijgen. Schrijvend over de wensen en keuzes voor 1994, wil ik de mens achter de zorgverlener niet vergeten. Ik hoop van harte dat een plezierige beroepsuitoefening ook in 1994 mogelijk blijkt. De druk op de individuele dokter is groot. En dan heb ik het niet alleen over politieke perikelen en het sluiten van contracten met verzekeraars, maar ook over de dagelijkse praktijk in de spreekkamer. Sommige maatschappelijke tendensen, zoals het toenemend consumentisme, zetten een goed huisartsgeneeskundig handelen soms zwaar onder druk. Het kiezen voor een goede gezondheidszorg die voor iedereen toegankelijk (en dus ook betaalbaar) is en blijft, is niet alleen een zaak van de overheid, de verzekeraars en de zorgaanbieders, maar ook van de patiënt. Ik kies ervoor ook in dat opzicht met de georganiseerde patiëntenverenigingen een zinvol contact te hebben.

Kortom: kiezen, kiezen en nog eens kiezen. En dat betekent: hard werken om de gezondheidszorg in dit land in stand te houden en waar nodig stap voor stap te verbeteren. •

H. Knook, voorzitter LHV

Individuele contracten voor huisartsen

Bedreigingen of kansen?

De huisarts heeft een stukje vrij ondernemerschap terug. Alle huisartsen moesten bij het vervallen van de contracterplicht op 1 januari jl. een individuele overeenkomst hebben gesloten met de verzekeraars. Is het de huisartsen gelukt een contract te sluiten? Is dat naar hun zin? Of worden zij uit elkaar gespeeld door elkaar beconcurrerende verzekeraars?

Ans Ankoné

MET INGANG VAN 1 januari 1994 is er - althans in principe - een einde gekomen aan jarenlange vrijblijvendheid en de geruststellende zekerheid van een contract. Voor nieuwe huisartsen was de contracterplicht formeel reeds twee jaar geleden vervallen. Met ingang van dit jaar geldt contracteervrijheid jegens alle huisartsen. Het bleek echter nog niet mogelijk tot definitieve contracten te komen: via noodoplossingen werd de tijd gerekt om de contracten beter aan te kleden.

Ongerust of gelaten

Hoewel geen huisarts hoefde te vrezen contractloos het nieuwe jaar in te gaan - er is een flink tekort aan huisartsen - blijkt de contracteervrijheid toch sommige huisartsen behoorlijk in verwarring te brengen. Sommige voelen zich door de verzekeraars bedreigd, anderen weten nauwelijks wat er gaande is. Tijdens een klein sym-

posium eind vorig jaar bleken de huisartsen erg onder de indruk van de waarschuwingen die enkele advocaten hen voorhielden: "Bij niet of onvoldoende nakoming van de individuele overeenkomst kan de verzekeraar, maar de huisarts natuurlijk ook, het contract opzeggen. Het contract duurt in principe slechts twee jaar. U moet uw produkt, volume, prijs en kwaliteit zelf verwoorden. De verzekeraar zal eisen stellen aan uw beschikbaarheid, de praktijkorganisatie, kostenbeheersing, etc." Hun ongerustheid bleek uit vragen als: "Stel dat een jongere arts hetzelfde aanbiedt als een oudere collega, voor de helft van de prijs, om hem er uit te concurreren?" en "Stel dat de DHV het niet eens kan worden met een regionaal fonds, krijgen we dan wel een contract?".

Hoewel de LHV de invulling van de contracteervrijheid gedegen heeft voorbereid blijken de huisartsen onvoldoende op de hoogte te zijn. Er leven onnodige misverstanden en er is gelatenheid waar dat niet meer kan. Getracht werd in een rondetafelgesprek wat duidelijkheid te bieden. Daarin participeerden LHV-directeur drs Chr. R.J. Laffr  , voorzitter van de DHV Noord-Brabant Noordoost huisarts J. Kingma en directeur Zorg van Zilveren Kruis Zorgverzekeraar Rijnmond drs M. Vente. Tevens vond een voorgesprek plaats met de directeur van de DHV Groot Geire drs R.W.A. Jacobs. De keuze van de participanten was, zoals zal blijken, bijzonder interessant. Beide DHV-vertegenwoordigers gaan namelijk zowel met het ziekenfonds VGZ (reeds geëffectueerd) als met andere regionale fondsen een zogenaamde collectieve zorg overeenkomst (CZO) sluiten - voorlopig een 'noodverband' voor een half jaar - en Vente van Zilveren Kruis heeft als verzekeraar zowel met huisartsen in Rijnmond en Spaanreland te maken als met over het land verspreide huisartsen.

Het leeft niet

De modelovereenkomst tussen de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) van 1983 heeft tien jaar geregeerd. Het was een statisch geheel, er hoefde niet veel te veranderen. Niet dat

er niets gebeurde: het NHG ontwikkelde standaarden, de LHV kwaliteits- en deskundigheidsbevordering, alsmede een systeem van herregistratie dat op de wereld geen gelijke kent.

Waarom schrikt de inmiddels behoorlijk geëmancipeerde huisarts dan zo van die contracteervrijheid?

Kingma: "Het leeft niet. De hele stelselwijziging trouwens niet, de overheid is er buitengewoon warrig over. Alleen degenen die bestuurlijk actief zijn snappen er nog iets van. Als je ziet wat er in tien jaar over ons heen is gekomen. Veel sluit in de beleving van de huisartsen totaal niet aan bij de praktijk: de huisartsen zijn bestuurlijk gaargekookt."

De modelovereenkomst is vorig jaar vervangen door de wettelijk verplichte Uitkomst van Overleg (UVO) tussen LHV en VNZ. Deze UVO bevat een aantal landelijk geldende basale voorwaarden voor de relatie tussen huisartsen en verzekeraars. Contracteervrijheid betekent echter, dat 1. elke huisarts en elke verzekeraar voor zijn patiënten in het kader van de UVO een individuele overeenkomst moet zien te bemachtigen, waarvan 2. bovendien de inhoud en de voorwaarden moet worden bepaald (de duur is wettelijk bepaald). Dat is iets waar artsen volstrekt niet aan gewend zijn. Het zou overigens hoogst onpraktisch en kostbaar zijn wanneer zo'n 7.000 huisartsen met diverse zorgverzekeraars over en weer en kruislings uiteenlopende contracten zouden afsluiten.

DHV's als intermediair

De LHV heeft daarop geanticipeerd door in 1990 een structuurwijziging door te voeren in de vorm van een opsplitsing in 23 District Huisartsen Verenigingen (DHV's), die samen 79 regionale verenigingen (RHV's) vertegenwoordigen.

"Op het niveau van de DHV's zal het moeten gebeuren", stelde LHV-voorzitter H. Knook. De DHV's zullen als intermediair tussen verzekeraars en huisartsen de contracten sluiten. Zij sluiten aan bij de adherentie van de regionale fondsen en op dit niveau zal de kwaliteit van onderhandelen en van de zorg adequaat gewaarborgd zijn. De DHV's zijn erg ingenomen met deze erkenning. De verze- **■**

keraars ook, hoewel het wel even wennen is.

Vente: "Met die DHV's heeft de LHV haar bestuurlijke arm verlengd en het kader versterkt. Aan de andere kant is de afstand tussen de individuele huisarts en het landelijke gebeuren vergroot. Je laat een stuk over aan de districtsorganen, en die bepalen zelf hoe zij met de achterban communiceren. Huisartsen komen bij ons aankloppen met problemen waarover we juist met de DHV in onderhandeling zijn. Dan zeg ik: als je haast hebt moet je vooral dáár aankloppen."

Laffrée vindt, dat de individuele huisarts van zijn vereniging mag verwachten dat deze zijn belangen behartigt, hoe de omgeving ook verandert. Dat de meeste huisartsen daar kennelijk op vertrouwen, ziet hij als een compliment. Toch heeft juist dat tweerichtingenverkeer - van zowel regionaal als landelijk gerichte verzekeraars - de totstandkoming van een goed contractstelsel vertraagd.

De radiostilte

Vente heeft het aan den lijve ervaren: "In mei hadden we in Rijnmond al een intentieverklaring ondertekend voor de CZO met de huisartsen. Dat is met enig ceremonieel gevierd. Voor september zouden de afspraken worden geconcretiseerd. Toen was de DHV ineens van augustus tot november 'met vakantie'. Door Utrecht was verordonneerd: wachten. We hebben daar toen een stevig robbertje over gevochten met de DHV. Wil de LHV nu dat met de regionale zorgverzekeraar zaken worden gedaan of moeten DHV's wachten op de landelijke lijn?"

"Waar zijn huisartsen bang voor?", vraagt Vente. "De huisarts, behalve de enkele 'rotte appel in de mand', heeft niets te vrezen van de verzekeraars. Het beroep van huisarts is voor velen een zware belasting, dat realiseren wij ons ook. Wij verwachten een aantal prestaties, maar kunnen ook iets betekenen voor de huisartsen. Het is een 'deal', maar: niets voor niets natuurlijk."

De oorzaak van de 'radiostilte' was het feit dat de LHV het Beleidskader Overeenkomsten 1994 nog in voorbereiding had. Het Beleidskader is een door de leden geaccordeerd instrument dat voorziet in concrete uitgangspunten ten aanzien van zowel de collectieve zorgovereenkomst als de individuele overeenkomst.

Veranderingen kosten tijd. Kingma: "Die vertraging was vervelend, maar, werkende weg werden de knelpunten pas duidelijker. Er heeft zich hier in Utrecht een filosofieverandering voorgedaan. Eerst is gemikt op het Meander-verhaal. Dat is na de zomer echter 'verdamp't'."

De Meandergroep, bestaande uit vijf zie- ■



Foto's Jan Lankveld

van boven naar beneden: M. Vente, Chr.R.J. Laffrée, J. Kingma.

kenfondsen die van Oost naar West in het midden van Nederland een gezamenlijk verzekerdenbestand van 2,2 miljoen tellen, bepleitte exclusiviteit van contract, dus met uitsluiting van andere ziekenfondsen, in ruil voor een samen met de huisartsen op te stellen vorm van zorg tegen aparte tarieven. Dit werd in een intentieverklaring met de LHV vastgelegd. Exclusiviteit is echter in het kader van de Wet Economische Mededinging taboe. Laffr  : "De Meandergroep zal dus, net als andere fondsen gewoon moeten praten met de districten en dan maar zien of zij interessante CZO's kunnen sluiten."

De CZO, een revolutie

De CZO wordt tussen DHV's en de ziekenfondsen op regionaal niveau gesloten en bevat naast algemene bepalingen, zoals over het vestigingsbeleid, zwevende verzekerden, kwaliteits- en deskundigheidsbevordering, automatisering, bereikbaarheid en beschikbaarheid, etc. ook intentieverklaringen voor specifieke projecten.

Deze CZO, hoewel in wezen niet meer dan een 'gentlemen's agreement' vormt de basis voor de IO met de huisarts. Dat er überhaupt zo iets als een CZO tot stand komt is een revolutie, meent Jacobs. Kingma: "De CZO in het zuiden is het resultaat van een gelegenheidscoalitie die

Kingma: "De overeenkomsten zijn in principe gelijk, de differentiatie zit 'm in de modulen die we in de toekomst per huisartsgroep, stad of regio zullen afspreken en die kunnen aanzienlijk verschillen. De modulen worden in regionale projecten beproefd.

"Het takenpakket van de huisarts blijkt bij een normpraktijk niet haalbaar en met de toenemende werklast zal dat nog verslechteren. We bekijken nu hoeveel extra tijd het vergt om de NHG-standaarden naar behoren uit te voeren. Een van de voorgenomen 'win-win'-projecten met VGZ is te bezien of bijvoorbeeld het diabetessprekuur voor een deel door ondersteunend personeel kan geschieden." Jacobs meldt een zelfde insteek: "Ik geloof niet meer in ideeën die ver van de werkvloer worden ontwikkeld. We moeten het samen met de direct betrokken verzekeraars uitzoeken. Daar liggen aantrekkelijke kansen. Het wordt een totaal nieuwe tijd. De fondsen waren onze vijand, dokters werden soms schandelijk behandeld. Nu willen de verzekeraars ons ondersteunen als we iets overeenkomen. RZR en VGZ scoren op kwaliteit. RZR gaat met de automatisering verder dan de anderen; papier-arm communiceren. Dat kan RZR veel geld besparen en de huisarts heeft het voordeel dat het zijn praktijkvoering vergemakkelijkt en er meer aan

regio afwijkende afspraken te maken. De LHV streeft in haar Beleidskader echter naar een zekere uniformiteit voor de huisartsen. Is dat haalbaar?

Vente (en Kingma is het ermee eens): "De huisartsen zijn nooit uniform geweest. Niemand controleerde bovendien of die modelovereenkomsten wel werden nagekomen. Nu hebben de regionale verzekeraars er meer belang bij te bekijken wat de huisartsen voorschrijven, hoe ze verwijzen, wat ze doen aan nascholing. De vrijblijvendheid is weg. Het is een grappige paradox: nu de landelijke regie verzwakt, zal waarschijnlijk de kwaliteit door de beroepsgroep zelf in de praktijk worden verhoogd. Ik weet zeker dat, indien we over tien jaar weer om de tafel zitten, we kunnen concluderen dat de kwaliteit is verbeterd en er tevens meer uniformiteit is."

De eerste revolutie

Hoe individueel kan dan een overeenkomst zijn voor 7.000 verschillende huisartsen? Alleen voor zover het een inschrijving op naam betreft, want zoals Vente zegt: "Maak je bijvoorbeeld afspraken met huisartsen over ontlasting van de tweede lijn of over automatisering, dan is het duidelijk dat je dit soort zaken niet meer op het individuele niveau van de huisarts kunt afspreken. Anderzijds, 'free riders' onder de huisartsen kunnen niet hetzelfde worden beloond als een huisarts die wel meedoet. Daarvoor zou je het abonnementsstelsel in stukjes moeten knippen, anders werkt dat niet: een basisdeel, aangevuld met facultatief overeen te komen 'plussen' voor bepaalde modulen. Daarbij signaleren wij een nieuwe trend op jullie arbeidsmarkt: meer dan de helft is vrouw die wellicht in deeltijd wil werken, en de mannen willen ook niet meer 90 uur. De continu  t  tsbewaking wordt nog problematischer. Er zal dus meer in groepsverband moeten worden samengewerkt. De huisartsen moeten dus als groep (Hagro) intekenen op de modules die in de CZO worden overeengekomen."

Dat de Hagro's zich als één man moeten opstellen noemt Jacobs de eerste revolutie voor de doorgaans solistisch werkende huisarts. Vente verwacht: "Van de twaalf huisartsen zullen er zeven meedenken, de oude garde zal tegenstribbelen. Laffr   denkt dat het zal meevallen: "Huisartsen presenteren zich wel solistisch, maar werken niet meer solistisch. De Hagro's zijn al gewend aan een toenemend aantal gezamenlijke taken en functies." Maar stel nu dat één huisarts van de groep iets extra's aanbiedt? Vente: "Het is de verzekeraar om het even wie van de groep iets aanbiedt, het wordt opgevat als een gezamenlijk aanbod van de Hagro. Voer je als groep een aantal protocollen extra   

Stel dat een jongere huisarts hetzelfde aanbiedt als een oudere collega, voor de helft van de prijs?

steeds meer vorm aanneemt. Zeven districten hebben inmiddels met zorgverzekeraar VGZ een CZO gesloten. In een bijlage staan de onderwerpen vermeld waarover we de komende maanden consensus moeten bereiken, alsmede een verklaring dat vier werkgroepen bestaande uit vertegenwoordigers van de DHV's en VGZ, een aantal knelpunten zal trachten op te lossen, zodat we op 1 juni een volwaardige CZO kunnen hebben. Gelijkluidende afspraken worden met de CZ-groep (waaronder Liass in Limburg) gemaakt. Voor huisartsen die met andere verzekeraars te maken hebben, namelijk met RZR, Triass en Anoz, is inmiddels contact gezocht met de DHV's van Groot Gelre en Zuid-Holland Zuid. Voor he  l zuid-Nederland, van Zeeland tot de Achterhoek, zou daarmee een identieke CZO tot stand komen. Het heeft volstrekt geen zin als al die DHV's apart zouden onderhandelen, dat ziet iedereen in."

Verschillen per regio

De vraag is: wat komt er nog terecht van het honoreren van regionale verschillen?

preventie kan worden gedaan. De huisartsgeneeskunde kan zich daardoor sneller ontwikkelen dan ooit tevoren. De RHV's van Groot Gelre hebben reeds een uitstekend beleidsplan gemaakt voor '93-'94, plannen voor de komende jaren zijn in voorbereiding. In de vijf RHV's wordt sinds september '93 met vijf transmurale projecten geëxperimenteerd: samenwerking huisartsgroep en specialisten inzake behandeling van CVA's, ziekenhuisverplaatste zorg, consultatie met de orthopedisch specialist en het diabetessprekuur met feedback op laboratoriumaanvragen. Twee projecten zijn reeds door de Rijksuniversiteit Limburg beproefd. Tijdens een symposium zullen de artsen over de projecten worden voorgelicht door de mensen die hiermee reeds ervaring hebben opgedaan. Je moet bij vernieuwingen echter niet worden vertraagd door onnodige centrale regelgeving. De LHV zou deze lokale creativiteit en motivatie kunnen stimuleren. Ik moet dergelijke projecten wel over twee jaar in de andere huisartsgroepen kunnen implementeren." De CZO introduceert de mogelijkheid per

uit, die voor ons tastbaar, toetsbaar en afrekenbaar zijn, dan is het aannemelijk dat dat wordt beloond, via een plus-abonnement."

Stel dat de staatssecretaris gebruik maakt van zijn recht een deelbudget voor de huisartsen vast te stellen? Hebben de verzekeraars dan wel voldoende armslag om dergelijke verschillen in aanbod, maar ook in de vraag, te honoreren?

Dat blijkt niet makkelijk. We nemen de casus van 'de huisarts in een achterstandswijk in Rotterdam'. Vente: "Die heeft geen particulier verzekerden, maar bijvoorbeeld 2.400 fondspatiënten - wellicht bij het tekort aan huisartsen in de Randstad zelfs 3.000 - die zoals bekend méér consumeren. Dan stappen we naar het COTG voor een speciaal tarief, en naar ik vrees krijgen we dat niet. Daar is Nederland te klein voor." Laffrée: "Die discussie over tarieven in relatie met de prestatie is inderdaad een fake-discussie. Dat is ook onze kritiek op Biesheuvel."

Budgettering is overigens geen panacee, meent Vente. "Van der Reijden budgetteerde de ziekenhuizen destijds wel, maar stelde niet vast wat ze ervoor moesten doen. Om de spanning tussen middelen en output te bestrijden zeiden de ziekenhuizen toen: "Dat en dat behoort niet tot mijn taak." De huisartsen doen hetzelfde: het abonnementstarief verleidt ze ertoe een lastige patiënt te vroeg te verwijzen. Ik wil wel alles kopen wat jullie goed doen, maar dan moet ik wel weten wát jullie goed doen."

Laffrée meldt dat de LHV in een vergevorderd stadium is het produkt van huisartsen te omschrijven en deze ook zoveel mogelijk in meetbare punten vast te leggen. Het betreft de inrichting van de spreekkamer, de wachtkamer, de bereikbaarheid, etc. "Ik denk dat we de verzekeraar en de patiënt daarmee een grote dienst bewijzen. Daar staat uiteraard wel een prijs tegenover."

Regionale monopolies?

Het verbaast Vente dat voor heel zuid-Nederland de condities uniform zijn vastgesteld. "Vroeger werkten die fondsen die nu in de VGZ zijn opgegaan allemaal regionaal. Zegt de DHV, die toch steeds op de regio tamboereert, nu ineens: dat regionale is niet zo belangrijk; van Helmond tot Middelburg is het eigenlijk één regio?" Kingma spreekt dat tegen en verwijst naar het operationele niveau van de uitvoeringskantoren (die hier en daar al gesloten waren, maar "misschien moeten die nu weer open"), waar samen met één RHV een bepaalde module kan worden uitgewerkt, die vervolgens door andere regio's wordt overgenomen." Die modules zijn daarmee dus wel een tijdelijke zaak.

Vente, wat schamper: "Als ik de beweging goed begrijp, komen jullie dus vanuit Brabant met een nieuwe landelijke model-overeenkomst? Is de kans soms aanwezig, dat via de lijn naar Utrecht er 'spontaan' dertig identieke CZO's ontstaan? Zo strak zal de LHV-regie toch niet zijn? Stel, dat een module in Rijnmond de Brabantse huisartsen meer aantrekt dan die met VGZ, dan zullen zij die voor het volgende contract toch ook willen bedingen?"

Vente snijdt hier een wezenlijk punt aan, want waar blijft de beoogde concurrentie? Naar een monopolie tenderende ziekenfondsen kunnen de huisartsen ringeloren. Houden de huisartsen elkaars hand vast, dan gebeurt het omgekeerde.

Aangezien het alleen afspraken met regionale fondsen betreft, vallen Vente's landelijke zorgverzekeraars erbuiten. Laffrée: "Wat de landelijke zorgverzekeraars aangaat: ze passen niet in onze filosofie, maar het stelsel gebiedt dat we ook daarmee contracten sluiten. Die vallen in de LHV-visie onder een apart regime. De oplossing daarvoor is in een zogenaamde aansluitovereenkomst bij de CZO gevonden." Tegen Vente: "Je zult je dus moeten conformeren aan de zorgvisie die de beroepsgroep voor die regio heeft ontwikkeld. Wellicht kan de Nederlandse of de Europese rechter dan zeggen dat de dokters een ongeoorloofd front vormen, maar ik denk niet dat dat zal gebeuren. Volks-

Huisartsen kunnen niet meer solistisch werken

gezondheid is primair een nationale gelegenheid. Bovendien: hoed je voor de kostenexplosie als alles 'vrij' zou worden gegeven."

Dat brengt ons op de collectieve overeenkomsten die grote bedrijven als Philips bij een landelijke verzekeraar hebben bedongen. Stel dat daarin een avondspreekuur is afgesproken, maar de huisartsen in Brabant voelen daar - behalve een enkeling - niets voor.

Vente vindt dat een interressante casus: "Kijk naar de tweeverdieners, of de islamitische vrouw die niet alleen, maar 's avonds met haar man naar de dokter wil. Het consumptiepatroon in Nederland verandert. Als ik dat de klant wil aanbieden en de huisartsen in Brabant weigeren dat? Dan heb ik een probleem. Als ik iets niet kan inkopen, kan ik het ook niet aanbieden. Dan moet ik de verzekerde in Brabant wellicht een regiokorting geven, als de huisartsen in Rotterdam mijn verzeker-

den daar gelukkig wel avondspreekuur aanbieden."

Laffrée: "Het zou verlenging van de bedrijfstijd betekenen. Dat aanbod moet dan wel worden gehonoreerd en het fiat hebben van de betreffende groep. Wij lopen de kans dat andere huisartsen dan naar Utrecht stappen met de vraag: LHV geef daarop eens uw zienswijze." Vente: "Is de kadaverdiscipline bij jullie zo groot?"

Blijft het regionaal?

De weerstand tegen overeenkomsten met landelijke verzekeraars verbaast een verzekeraar als Vente, die zowel regionaal als landelijk verzekert: "Eenderde van de huisartspraktijk, als het niet meer is, wordt betaald door landelijke verzekeraars; de patiënten die het betreft zijn er toch niet minder om? De LHV zou zich daarover geen zorgen moeten maken, als de inhoudelijke samenwerking maar voldoende kwaliteit heeft. Kingma twijfelt juist aan die kwaliteit: "De particuliere verzekeraars, en vooral de 'free riders' die zich nu wellicht om opportunistische redenen aan de wettelijk verplichte overeenkomsten met huisartsen willen onttrekken, hebben nooit interesse getoond voor de structuur, zijn nooit betrokken geweest bij kwaliteitsprojecten. Indien verzekeraars verantwoordelijkheid krijgen voor de kwaliteit, zoals de overheid dat beoogt, dan is dat alleen op regionaal niveau te sturen, dat is door een klassieke schadeverzekeraar nooit landelijk aan te kaarten." Ventes repliek: "Anderzijds kan juist een grote in zorg gespecialiseerde landelijke verzekeraar bijdragen aan een betere infrastructuur: bijvoorbeeld als Zilveren Kruis ook voor particuliere patiënten een abonnementstarief bespreekbaar maakt." De LHV zo hecht aan regionaal werken in de vorm van CZO's. De vraag is echter hoe lang de grenzen van de nu nog sterk regionaal gerichte ziekenfondsen overeind zullen blijven. Om meer keuzevrijheid voor de verzekerde en actualisering van de contracten te introduceren heeft staatssecretaris Simons immers bepaald, dat de contracten in principe slechts twee jaren mogen duren. In die tijd verhuist zo'n tien procent van de bevolking, weet Vente. Hij verwacht dat vooral daardoor de grenzen van de ziekenfondsen zullen wegebben. Er zal daardoor meer marktwerking optreden. "Er is op de verzekeringsmarkt nogal wat veranderd. Dat is een voldongen feit, waar we mee moeten zien te leven. Het zal echter ook meer klantgerichtheid opleveren. Bij de ziekenfondsen zijn de balies nu beter bemand, de klant hoeft niet meer drie maanden te wachten op een gecorrigeerd polisblad. Aan de dagelijkse irritaties van miljoenen Nederlanders komt een einde." •

Specialisten in onderhandeling

Regionale oplossingen?

G.R.M. Scholten

Een werkbare relatie tussen de regionaal werkende zorgverzekeraars, medisch specialisten en ziekenhuizen kan niet buiten een stelsel van stabiele onderhandelingsrelaties. Een overzicht van elkaar in toenemende mate overlappende belangen.

IN DIVERSE regio's zoeken medisch specialisten en zorgverzekeraars toenadering tot elkaar. Die toenadering wordt in de hand gewerkt door de contracteervrijheid, die per 1 januari 1994 is ingevoerd. De hoog oplopende conflicten over het inkomen van vrijgevestigde medisch specialisten die zich op landelijk niveau voordoen, staan echter een werkbare relatie tussen de betrokken partijen in de weg. Deze landelijke problemen belasten de regionale betrekkingen tussen zorgverzekeraars, medisch specialisten en ziekenhuizen zozeer, dat aldaar initiatieven worden genomen om tot werkbare betrekkingen te komen. De initiatieven zijn gericht op het maken van productieafspraken en op de ontwikkeling van een honoreringsstructuur die uitzicht biedt op werkbare relaties tussen de in de regio werkzame zorgverzekeraars, medisch specialisten en ziekenhuizen.

Landelijke problemen

Van een terugtrekkende overheid is voornog nauwelijks sprake. De overheid is vooral op twee beleidsgebieden zeer invloedrijk: de inkomens van de vrijgevestigde medisch specialisten en de spelregels van de gezondheidszorg die mede in het kader van de stelselherziening worden ontwikkeld.

De relatie tussen de overheid en de medisch specialisten is al lange tijd ernstig verstoord.¹ Het inkomensbeleid voor vrijgevestigde medisch specialisten dat de overheid voerde, was een aaneenschakeling van conflicten, die af en toe werden afgewisseld door overeenkomsten als het Protocol (1980), het Generaal Akkoord (1984) en het Vijfpartijenakkoord (VPA; 1989). Het inkomensbeleid was in de periode 1980-1989 niet een echt onderhandelingsproces, maar bleef steken in een lange reeks machtsconflicten.

Het Vijfpartijenakkoord, dat vanaf 1989 werd uitgevoerd, heeft het conflict over de inkomens van vrijgevestigde medisch specialisten op de spits gedreven. De tariefkortingen die staatssecretaris Simons aankondigde, brachten de medisch specialisten in een aantal regio's tot het inzetten van harde actiemiddelen. De maatregelen worden om een aantal redenen door medisch specialisten fel betwist:

- De medisch specialisten vinden dat zij zich in een spiraal bevinden van steeds harder werken voor steeds minder inkomens.
- De kortingen dragen een algemeen karakter, dat wil zeggen: ze roepen gevoelens op van onrechtvaardigheid. Zij gaan voorbij aan verschillen tussen specialisten, specialismen en regio's.
- De medisch specialisten betalen de rekening voor de invloed van autonome ontwikkelingen.

De mogelijke vooronderstelling dat de overheid met haar tarievenbeleid het vuile werk voor de zorgverzekeraars opknapt en dat deze glimlachend toekijken, is te simpel. Vanzelfsprekend dalen de kosten als gevolg van de verlaging van de tarieven, maar de keerzijde van de medaille is dat ook nieuwe kosten zullen ontstaan. Medisch specialisten zullen trachten de legale mogelijkheden te benutten om compensaties voor de kortingen te verwerven. Verscherpt declaratiegedrag - bijvoorbeeld in de vorm van het schrijven van rekeningen voor alle activiteiten waarvoor een rekening te schrijven valt - is een te verwachten reactie. Meer in het algemeen zullen de zorgverzekeraars de negatieve effecten ervaren van de onrust die zich van de medisch specialisten heeft meester gemaakt. De onrust werkt een defensieve houding in de hand die de ontwikkeling van programma's op de gebieden van doelmatigheids- en kwaliteitsbevordering in de weg staat.

Regionale positionering

De posities van de zorgverzekeraars, de medisch specialisten en de ziekenhuizen zijn mede als gevolg van de stelselherziening op regionaal niveau sterk in beweging. Dit geldt vooral voor de beide eerstgenoemde posities. Decentralisatie van de belangenbehartiging door medisch specialisten is een belangrijke trend. De medisch specialist-

en organiseren zich in toenemende mate in plaatselijke en regionale verenigingen die hun eigen bureaus oprichten.

De *ziekenfondsen*, die traditioneel een groot marktaandeel in de regio hebben, zullen hun sterke positie ten minste willen consolideren. Hun *sterke punten* in vergelijking met zorgverzekeraars die louter landelijk werken, zijn:


- goede relaties met de ziekenhuizen en vrije beroepsbeoefenaren die beleidsvorming op langere termijn mogelijk maken op gebieden als het niveau van de voorzieningen, kwaliteits- en doelmatigheidsprogramma's en informatieuitwisseling;
- gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het wegwerken van wachtlijsten en voor de automatisering van de gegevensverwerking;
- het leveren van zorg op maat omdat ziekenfondsen inzicht hebben in het regionale aanbod;
- het verlenen van service aan de verzekerden.²

De versterkte oriëntatie van de medisch specialisten en de ziekenfondsen op de regio duidt op een toegenomen wederzijdse afhankelijkheid.

Regionale oplossingen

De toegenomen wederzijdse afhankelijkheid van de regionaal werkende zorgverzekeraars en de medisch specialisten geeft aanleiding tot het ontstaan van overlappende belangen; deze bevorderen het formuleren van gemeenschappelijke doelstellingen en de toename van ruilmogelijkheden.

Als *doelstellingen* van de *medisch specialisten* kunnen worden beschouwd:

- een redelijke mate van inkomenszekerheid, dus beëindiging van de verlaging van de tarieven;
 - de consolidatie van hun professionele vrijheidsgraden en het ondernemerschap.
- Als *doelstellingen* van de *regionaal werkende zorgverzekeraar* kunnen worden aangemerkt:
- doorbreking van de opwaartse druk op uitbreiding van de capaciteit en de productie;
 - consolidatie of versterking van de marktpositie in de regio;
 - een blijvend goede prijs-kwaliteitverhouding die verzekerden aantrekt en bindt.
- De doelstellingen van de regionaal wer- 

kende zorgverzekeraars en de medisch specialisten sluiten op onderdelen op elkaar aan. Beide groepen hebben immers belang bij de versterking van hun marktposities in de regio.

De ruilmogelijkheden kunnen worden vergroot indien de zorgverzekeraars afzien van de toepassing van maatregelen die de medisch specialisten onwelgevallig zijn. Zij kunnen zich hiermee profileren als de redelijke tegenspeler die hiervoor vanzelfsprekend een tegenprestatie verwacht. Een concrete ruilmogelijkheid is bijvoorbeeld dat de zorgverzekeraars de medisch specialisten een bepaalde mate van inkomenszekerheid bieden in ruil voor medewerking aan programma's van zorgvernieuwing, waaronder substitutie en kwaliteitsbevordering.

Spelregels

De geschetste gemeenschappelijke doelstellingen en de ruilmogelijkheden van regionaal werkende zorgverzekeraars en medisch specialisten bieden uitzicht op de vorming van een werkbare relatie. Deze relatie kan worden opgevat als een onderhandelingsrelatie. Een onderhandelingsrelatie gaat immers uit van autonome partijen die voor het realiseren van hun doelstellingen van elkaar afhankelijk zijn en daarom moeten ruilen.

Een onderhandelingsrelatie vooronderstelt een bepaalde mate van vertrouwen. De gezamenlijke belangen en gemeenschappelijke doelstellingen bieden uitzicht op een wederzijdse aanvaarding als partner. Een onderhandelingsrelatie is echter alleen succesvol indien het gedrag van de partijen kan worden gebonden aan spelregels. Een onderhandelingsrelatie is in de context van de regionale gezondheidszorg echter zeer complex. Bij het ontwerpen van spelregels moeten de volgende problemen hanteerbaar worden gemaakt:

- Bij de vaststelling van capaciteiten, kwaliteit en tarieven zijn niet alleen de medisch specialisten en de zorgverzekeraars, maar ook de ziekenhuizen betrokken. Er zijn dus niet twee maar drie partijen. Onderhandelina tussen drie partijen is ech-

niets'-positie maar dat zij een zekere speelruimte hebben - de onderhandelingszone - die ruilen mogelijk maakt.

- De onderhandeling vereist de onderlinge regulering van conflicten omdat moet worden voorkomen dat externe organen interveniëren.

Om deze spelregels in de regio tot stand te brengen bestaan de volgende mogelijkheden:

Van drie naar twee partijen

Onderhandeling met drie partijen is in het algemeen problematisch omdat dit snel te complex wordt. Bovendien kunnen coalities de machtsverhoudingen verstoren. De in het nadeel verkerende partij zal dan de neiging vertonen de onderhandeling - tenminste tijdelijk - te verlaten. De beheersing van het onderhandelingsproces vereist dus een tweepartijstelsel.

De noodzakelijke reductie van drie naar

bieders van zorg een groot probleem, omdat de medisch specialisten gewoon zijn hun onderlinge betrekkingen sterk egalitair in te richten. De figuur van de primus inter pares is voor onderhandeling echter volstrekt ontoereikend.

Indien wordt uitgegaan van een integreernde rol van het ziekenhuismanagement, ontstaat aan de kant van de medisch specialisten in feite een dubbel mandateringsprobleem: de maatschap moet haar vertegenwoordiging in het stafbestuur mandaat verlenen, terwijl het stafbestuur op zijn beurt zijn vertegenwoordiging mandaat moet verlenen met het oog op de onderhandeling met het ziekenhuismanagement. Een complicerende factor is de stemmenverhouding in het stafbestuur, omdat de vraag moet worden beantwoord of een grote maatschap eenzelfde stem heeft als een kleine.³ Een oplossing van het mandateringsprobleem dient zich niet

De gedachten over verdelingsnormen die het bereiken van de doelstellingen van beide partijen dienen, gaan in de richting van de introductie van meer vaste elementen in de honoreringsstructuur

twee partijen is alleen mogelijk indien het instellingsmanagement het zorgaanbod van de medische disciplines of maatschappen in een geïntegreerd zorgaanbod samenbrengt. De zorgverzekeraar heeft belang bij de onderhandeling over een geïntegreerd zorgaanbod; hij zal zich wel tweemaal bedenken voordat hij met individuele maatschappen, laat staan met individuele medisch specialisten, zal onderhandelen. Ook het ziekenhuismanagement zal zijn positie in de vorming van het medisch beleidsplan niet gauw uit handen geven. De verhoudingen in het krachtenveld werken inderdaad in de richting van een tweepartijstelsel, maar er moet worden bedacht dat het ziekenhuismanagement voor de zware opgave staat een zorgaanbod te formuleren dat meer

onmiddellijk aan. Denkbaar is wel, dat zorgverzekeraars en ziekenhuismanagement met het oog op de ontwikkeling van het leiderschap steun bieden aan de maatschappen en het stafbestuur. Zij hebben immers belang bij een tegenspeler met wie zij zaken kunnen doen. Dit kan bijvoorbeeld geschieden in de vorm van een financiële regeling voor de vrijstelling van medisch specialisten voor bestuurlijke werkzaamheden. Het is ook mogelijk dat de zorgverzekeraars en het ziekenhuismanagement de ontwikkeling van de noodzakelijke informatievoorziening van specialisten steunen.

Instrumentering van de onderhandeling

Net als in andere sectoren gebruikelijk is.

meer vaste elementen in de honoreringsstructuur. Hierbij wordt in een aantal gevallen aansluiting gezocht bij de systematiek van de functionele budgettering; de parameters: adherentie, capaciteit en productie (eerste polikliniekbezoek, dagbehandeling, opname en verpleegdagen) geven een mix van vaste, semi-vaste en variabele elementen.

De gedachten gaan in een aantal gevallen uit naar een verdergaande accentuering van de vaste elementen in het honorarium. Men komt dan uit bij een honoreringsstructuur waarvan de adherentie de kern is. Als voordelen van de adherentienorm kunnen worden genoemd:⁴

- De prikkel tot uitbreiding van capaciteit en verrichtingen wordt verzwakt.
- Er komt meer ruimte voor kwaliteitsverbetering en substitutie.
- Het ondernemerschap van de medisch specialisten blijft bestaan. De medisch specialisten blijven concurreren, maar de concurrentie is gericht op patiëntenstromen.

- De doelstellingen van de medisch specialisten en van het ziekenhuis worden meer gelijkgericht: beide partijen streven naar zoveel mogelijk patiënten.

- De administraties worden ontlast omdat de adherentienorm een simpeler registratie mogelijk maakt.

Een grotere inkomenszekerheid voor medisch specialisten is mogelijk omdat sterke fluctuaties van de adherentie onwarschijnlijk zijn.

Onderhandelingszone

De partijen moeten de beschikking hebben over een onderhandelingszone waarbinnen zij hun onderhandelingsdoelen kunnen afstemmen op datgene wat de tegenspeler redelijkerwijs kan leveren. De onderhandelingszone is de ruimte die ligt tussen de het maximaal haalbare en het minimaal gewenste.

De onderhandelingszone maakt het mo-

gelijk dat de partijen ruilen. Twee maatregelen kunnen het ontstaan van een onderhandelingszone bevorderen:

1. De partijen kunnen hun doelstellingen verbreden tot pakketten. Naast het inkomen kunnen ook zaken als vrije tijd, personele uitbreiding, studieverlof en congresbezoek deel uitmaken van de onderhandeling.

2. De partijen kunnen gezamenlijke winstmogelijkheden vaststellen. De introductie van bonussen kan prikkels toedienen die de realisatie van gemeenschappelijke doelstellingen steunen. Winsten, die voortvloeien uit besparingen en groei van patiëntenstromen komen bijvoorbeeld voor verdeling onder de partijen in aanmerking.

Conflictregulering

Er kunnen zich conflicten voordoen in de relatie tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar en tussen het ziekenhuismanagement en de medisch specialisten in het stafbestuur en in de maatschappen. De conflictregulering moet zijn gericht op de continuïteit van de onderhandelingsrelaties; hiertoe is de inschakeling van de rechter of van het College van Beroep voor het Bedrijfsleven uit den boze.

Ter oplossing van conflicten tussen het ziekenhuis en medisch specialisten en tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar kan worden gedacht aan twee maatregelen:

1. Het inschakelen van een onpartijdige derde die bindende uitspraken doet.

2. Het inschakelen van een regionaal forum waarin de drie belanghebbende partijen zitting hebben.

Slotbeschouwing

De zoektocht naar mogelijkheden om tot een werkbaar relatie te komen tussen de regionaal werkende zorgverzekeraars, medisch specialisten en ziekenhuizen biedt interessante perspectieven voor de

oplossing van landelijke problemen. Bij deze oplossing kan een stelsel van stabiele onderhandelingsrelaties niet worden gemist.

De belangrijkste problemen lijken zich voor te doen bij de oplossing van het dubbele-mandaatsprobleem. Een complicerende factor is de institutionele omgeving. De regionale initiatieven kunnen worden beschouwd als kasplantjes. Belangrijke externe bedreigingen van deze regionale ontwikkeling zijn te verwachten van de (provinciale) overheden, die moeten toestaan dat in hun werkgebied regionale differentiatie optreedt. Belangrijker zijn echter de bedreigingen die kunnen voortvloeien uit de landelijk georganiseerde gevestigde belangen:

- de tarievenstructuur van het COTG en de bevoegdheden van de overheid inzake de vaststelling van de tarieven;
- de machtsposities die de koepels van de partijen - LSV, VNZ, KLOZ en NZf - in de adviesorganen innemen. De koepels, die toch al in hun voortbestaan worden bedreigd, zitten niet te wachten op de versterking van de regionale initiatieven.

drs G.R.M. Scholten,

universitair docent aan het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam

Noten

1. De auteur bereidt een proefschrift voor waarop hij dit voorjaar hoopt te promoveren.
2. Bruine M de. Ziekenfondsen voor lastige keuzen. In: *zet* 1993; 12: 23-7.
3. Moens J. Samenwerking tussen maatschappen, stafbestuur en management: beleids- of managementparticipatie? *Ziekenhuis Management Magazine* 1993; 9: 198.
4. Zie bijvoorbeeld: Snijders M. Financiering op basis van adherentie. Een klant- en specialistvriendelijk alternatief voor het Vijfpartijenakkoord. *Het Ziekenhuis* 1993; 4: 132-3.

Commentaar LSV

In zijn artikel haalt Scholten veel overhoop. De oplossing die hij aandraagt is een schijnoplossing. Een korte reactie op enige hoofdlijnen:

- *Conflicten over inkomens van specialisten worden regionaal niet opgelost bij toepassing van een rigide macrobudgetsystematiek. Als de som van afspraken hoger is dan het macrobudget, is Leiden opnieuw in last. De overheid heeft - onder meer via de Ziekenfondsraad, het COTG en de landelijke koepelorganisaties - al laten weten dat verrui-*

ming van het budget niet zal plaatsvinden.

- *De oplossing het ziekenhuismanagement mede namens de specialisten te laten onderhandelen, roept het beeld op dat specialisten opeens meer vertrouwen zouden moeten hebben in het ziekenhuismanagement dan in hun eigen (koepel)-organisatie, wetenschappelijke vereniging of plaatselijke specialisten vereniging.*

- *De LSV heeft een zeer breed gedragen tariefstelsel gepresenteerd, waarin*

wordt uitgegaan van een voor specialisten en maatschappij aanvaardbaar tariefniveau. De specialisten maken in dit systeem - weliswaar in afstemming met de ziekenhuizen - zelf afspraken over tarieven en volume. Daarin is geen plaats voor 'lump sum'-systemen, waarin het volumerisico geheel op de specialist wordt afgewenteld, allerlei kortetermijnbeloftes voor inkomensgarantien spijt.

- *Tot slot zij opgemerkt, dat ook koepels zich regionaal kunnen organiseren.*

De maatschap als kern van specialistisch handelen

Aangrijpingspunt voor kwaliteitsbeleid

E.K.J. Kreutzer

In de discussies over het medisch-specialistisch handelen spreekt men meestal over de individuele specialist of over de medische staf. Het functioneren van specialisten in een perifere ziekenhuisorganisatie echter vindt overwegend in maatschapsverband plaats. De maatschap is dan ook een natuurlijk aanspreekpunt, speciaal waar het over het kwaliteitsbeleid gaat. Het ondersteunen van het functioneren van (specialisten binnen) maatschappen verdient daarom aanbeveling.

DE SOLISTISCHE praktijkvoering door medische specialisten komt nog maar weinig voor. Er is in het verleden met kracht gestreefd naar een tenminste dubbele bezetting van elk specialisme en in kringen van verschillende wetenschappelijke verenigingen wordt een solistische praktijkvoering als kwalitatief ondermaats beschouwd. Hieraan ligt de gedachte ten grondslag dat de volle breedte van een vakgebied door een solist niet meer valt bij te houden qua ervaring, studie en ontwikkeling; bovendien mist de solist het kritisch bevragen en het op scherp houden door collega's.

De maatschap als federatie van zelfstandigen

De meest voorkomende samenwerkingsvorm bij medisch specialisten is een maatschap van specialisten uit één vakgebied. De inhoud van een maatschapscontract is (vrijwel) geheel financieel-economisch gericht; afspraken over de vakinhoudelijke samenwerking beperken zich tot algemeenheden. De relaties tussen specialisten en het ziekenhuis waaraan zij verbonden zijn, worden individueel geregeld in een toelatingsovereenkomst. In het model LSV/NZR is - ter waarborging van de toegankelijkheid van de zorg - de eis opgenomen dat specialisten uit een zelfde vakgebied binnen het ziekenhuis een

samenwerkingsovereenkomst dienen aan te gaan, al dan niet in de vorm van een maatschap. Nadere vakinhoudelijke eisen worden niet gesteld.

De medische staf is het orgaan waarin individuele specialisten verenigd zijn. Het stafreglement stelt aan de individuele leden eisen "ter bevordering van de gemeenschappelijke verantwoordelijkheid ten aanzien van de optimale medische verzorging en begeleiding van patiënten", naast behartiging van de belangen. Tot de taken van de staf worden gerekend: bevordering van de communicatie, van verantwoordelijkheidsbesef, van samenwerking, van het wetenschappelijk niveau, van toetsing en van doelmatigheid. Echter, aan een concretisering binnen het dagelijks samenwerkingsverband van een maatschap gaat het stafreglement in het algemeen voorbij.

Volgens de overheidseisen voor erkenning van ziekenhuizen dienen deze te beschikken over een aantal kwaliteitsbevorderende commissies, zoals een meldings(FONA)commissie en een toetsings('medical audit')commissie. Vele meldingscommissies constateren een zeer geringe meldingsbereidheid bij specialisten: enerzijds omdat een niet verwacht beloop of resultaat meestal wordt geduid als een complicatie, anderzijds omdat de specialist vreest te worden aangeklaagd en veroordeeld; dit ondanks vele pogingen tot uitleg over de doelstellingen van de meldingscommissies ("Het gaat om preventie" en "De schuldvraag regardeert de commissie niet").

Kwaliteitsbevordering wordt gezien als een verantwoordelijkheid van de professie, met name van de wetenschappelijke verenigingen en de medische staven. Deze verantwoordelijkheid zou ook gestalte moeten krijgen door middel van intercollegiale toetsing, maar slechts in weinig ziekenhuizen leidt de commissie intercollegiale toetsing een florerend bestaan. Ondanks de ondersteuning van buitenaf (Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing) komen toetsingsprojecten moeizaam van de grond: het systeem spreekt de perifere

specialist nauwelijks aan, lijkt het. In beide gevallen kan worden geconstateerd, dat noch het aanspreken van de individuele specialist (meldingen), noch het aanspreken van een - heterogeen - collectief als de medische staf (toetsing) tot het gewenste resultaat leidt.

De benadering van de maatschap of het specialisme om verantwoording over het gevoerde kwaliteitsbeleid af te leggen, lijkt gezien de vraagstukken een beter begaanbare weg. Toch is daar weinig onderzoek over bekend.

In de meeste publikaties en rapporten over de specialistische zorg van LSV, KNMG en NVZ valt een zelfde voorbijgaan aan de maatschap op.¹⁻⁷ Men spreekt òf over specialisten òf over de medische staf. In de LSV-publikatie 'Visitatie' wordt verwezen naar het specialisme als kernpunt van kwaliteitsbevordering:³ "Binnen een specialisme zal er in hoge mate eendracht, collegialiteit en onderling vertrouwen aanwezig dienen te zijn wil van een goed 'samenwerkingsklimaat' sprake zijn... Dit kenmerk is de rode draad van de kwaliteit... Het samenwerkingsklimaat binnen de medische staf is bepalend voor de kwaliteit van het functioneren van die medische staf en zal als kwaliteitskenmerk gelden."

Dat in de discussie met name wordt gesproken over de medisch specialist, valt vanuit de aard van het medisch handelen wel te begrijpen. Immers, de specifieke arts-patiëntrelatie wordt door arts en patiënt in de kern als een één-op-éénrelatie ervaren. De patiënt wendt zich niet tot een maatschap, maar tot een specialist en de arts-patiëntrelatie laat ook weinig ruimte voor een andere dan een één-op-éénrelatie. Dit resulteert in een solistische beleving van het vak en de kwaliteitsaspecten door specialisten: de identificatie is in de eerste plaats met zichzelf en niet met de maatschap of het ziekenhuis. Wellicht mede daarom is de maatschap in het algemeen meer gekarakteriseerd als een zakelijke regeling betreffende inkomsten en kosten, diensten/waarnemen en dergelijke dan als een inhoudelijk geïntegreerd samenwerkingsverband ter

bevordering van de kwaliteit en de doelmatigheid van het handelen. De maatschap is aldus een federatie van zelfstandigen.

Dezelfde tendens is te zien in de model-toelatingsovereenkomst LSV/NZR: dit is een zakelijke regeling waarin geen eisen worden gesteld aan het functioneren.

De geringe aandacht voor het samenwerkingsverband waarin specialisten zeker in de periferie dagelijks functioneren, is ook in de opleiding te vinden. In de specialistische opleidingen wordt alle aandacht gegeven aan de vakopleiding, waarbij de assistent-geneeskundige in opleiding, de agio, in een ondergeschikte positie in een - al dan niet academische - hiërarchische structuur verkeert. De aandacht voor attitude en samenwerken in teams en vooral voor communicatie met patiënten, verpleegkundigen en collegae

bij is het belangrijk te beseffen dat de specialist meestal pas na zijn opleiding met het werken in een maatschapsverband geconfronteerd wordt. De contracten die hem worden voorgelegd zijn model- of standaardcontracten van LSV, VVAA en dergelijke. Het zal dus wel zo horen.

De maatschap als samenwerkingsverband bestaat zo meestal uit een verzameling solisten qua werk die een aantal zakelijke afspraken maken en niet bepaald buiten de directe dienstverlening zijn opgeleid om te werken in teams. Hoe samen te werken met collegae binnen de maatschap en buiten de maatschap en met een veelheid van ziekenhuismedewerkers is iets dat traditioneel langs empirische weg wordt geleerd.¹⁰ Hoe om te gaan met kritiek krijgen, met kritiek geven en met klachten, is ook een (deels) onbekend terrein.

Professionals hebben vaak een stilzwijgende consensus dat men elkaar zijn gang moet laten gaan

neemt weliswaar toe, maar wordt nog steeds door agio's als onvoldoende ervaren. Aan de vaardigheden op die gebieden van de opleiders schort wellicht ook het een en ander.⁸ De ervaringen van studenten over hoe artsen/specialisten met fouten en onzekerheden omgaan, geven aan dat veranderingen lastig zijn en langdurige inspanning zullen vergen:⁹ "Het is een van oudsher zeer zelfstandig beroep met weinig overleggen en doorspreken of toegeven dat je het niet weet", "... het idee is dat artsen geen fouten maken", "Dat verandert maar langzaam, dat je over onzekerheden kunt praten en fouten bespreekbaar zijn. Daardoor krijg je betere klinici die niet zo ver van patiënten af staan".

De amice collega als onneembare vesting

De aandacht in de opleiding voor sociale en communicatieve vaardigheden is primair gericht op de arts-patiëntrelatie. Aandacht voor vaardigheden in contacten van zeer langdurige aard met collegae en medewerkers is er beduidend minder. Na de opleiding komt de 'jonge klare' terecht in de periferie. Hier worden heel andere eisen gesteld aan zijn (of haar) functioneren met name in sociaal opzicht dan tijdens de opleiding. De ondergeschikte positie is er niet meer: het samenwerken kent andere dimensies. De jonge specialist treedt een hem onbekende wereld binnen, waarin hij houvast heeft aan de superieure vakkennis. Daar-

Het functioneren als maatschapslid is al met al een optelsom van toevalligheden, waarbij het oordeel positiever zal uitvallen naar gelang het beter 'klikt' tussen de leden. Een bewuste en effectieve sturing van de maatschap komt vaak niet uit de verf, evenmin als langere-termijnplanning en beleids- en visieontwikkeling. De maatschap moet het hebben van natuurlijke leiders die 'het in zich hebben'. Vakkundige training in het leiden van en het werken in een team en in het hanteren van kritiek en dergelijke is nog ongewoon. Deze zwakke sturing van de maatschap als groep treffen we vooral aan in kleinere maatschappen met minder dan circa vijf leden. In grotere maatschappen wordt de noodzaak tot sturing van communicatie en afstemming van het werk onontbeerlijk.¹¹ In maatschappen waarbinnen de sturing de natuurlijke en toevallige weg volgt, lijkt het gebruikelijk elkaar binnen de federatie van zelfstandigen te ontzien: de amice collega is een onneembare vesting. De onderlinge relaties van de leden ondergaan en geven spanningen die in ernst en frequentie wisselen. Het resultaat daarvan is meestal vermijdbedrag, soms met een polarisatie. Anderen vinden een bindmiddel in de keuze van een gezamenlijke vijand.

Vanuit de historie met de maatschapvorm is aldus een stelsel van *wederzijdse vrijblijvendheidscontracten* ontstaan, met een daarbij passend waardensysteem, waarin specialisten zich verbonden voelen met hun vak en in mentale zin vaak met

hun jaargenoten en de desbetreffende opleider. Hun vaardigheden zijn gericht op patiënten.

In dit opzicht is de medische specialist een typische professional, die zijn autonomie zo groot mogelijk wil houden maar ook continu alert moet zijn om de gang naar een tuchtcollege en zeker een negatieve uitspraak te voorkomen. Het solisme wordt zo in stand gehouden en leidt in mentale zin ook vaak tot eenzaamheid. Zelfs nu gebeurt het nog dat een klacht over een specialist geen onderwerp van gesprek is in de maatschap. Professionals hebben vaak een stilzwijgende consensus dat men elkaar zijn gang moet laten gaan.

Onder druk

Er is echter een groot aantal ontwikkelingen gaande waardoor een dergelijke - de facto solistische - wijze van functioneren steeds meer onder druk komt te staan. We noemen er een aantal:

- Specialisten en daarmee de maatschap worden onderling steeds meer vergeleken op hun bijdrage aan de adherentie van het ziekenhuis.
 - Sterkte-zwakke- en concurrentieanalyses bepalen mede de verdeling van investeringen over de specialismen en dus maatschappen.
 - Betrokkenheid bij de strategische keuzen betekent dat men meer geconfronteerd wordt met het tegen elkaar afwegen van het gezamenlijk belang en eigen belang.
 - Intensivering van de samenwerking met de afdelingen en het gezamenlijk formuleren van protocollen vraagt dat men toezeggingen ook daadwerkelijk nakomt.
 - De eerste en de tweede lijn gaan vloeier in elkaar overlopen, zodat de samenwerking met en de afhankelijkheid van huisartsen groter wordt.
 - Patiënten zien de specialist steeds meer als degene die namens het ziekenhuis de regie van de behandeling doet en spreken hem hierop aan.
 - Andere beroepsgroepen binnen het ziekenhuis professionaliseren zich en wenssen met de Wet BIG in de hand dat ook hun autonomie wordt erkend.
- Al deze ontwikkelingen wijzen in de richting van een verandering van een *vakgerichte solistische specialist naar een meer patiënt/procesgericht samenwerkende specialist*. In feite nemen de afhankelijkheidsrelaties toe, zodat men beter kan reageren op veranderingen in de markt en in de interne verhoudingen binnen het ziekenhuis. Een gemeenschappelijke visie, goede verhoudingen en voldoende structureren zijn nodig, willen de conflicten en gevoelens van frustratie en onmacht niet toenemen.

Het intensiveren en uitbreiden van de samenwerking binnen de maatschap is tegen deze achtergrond een uitstekend vehikel om de gevraagde verandering mogelijk te maken.

De maatschap als aangrijpingspunt voor kwaliteit

Uitgaande van de tendens dat de maatschap en niet meer de individuele specialist de kleinst mogelijke eenheid van specialistisch werken is, vormt de maatschap ook een aangrijpingspunt voor

'Eye-openers' zijn evenmin als goede voornemens in staat de veste te nemen. Training en begeleiding van specialisten binnen maatschappen is nodig om gewenste veranderingen te laten beklijven. Juist in de training en begeleiding van een maatschap komen onderwerpen aan de orde als:

- Wat is eigenlijk een goede maatschap?
- Wat zijn de doelstellingen en beoogde resultaten?
- Wat mogen de maten redelijkerwijs van elkaar verwachten?

Veranderingen binnen het waardensysteem van directies zullen aan veranderingen binnen het waardensysteem van specialisten vooraf dienen te gaan

kwaliteitsbeleid. Dit heeft dan ook alleen succes naar de mate waarin de maatschappen als een *organisatorische eenheid* functioneren. Het is dus de kunst om op dat niveau te komen en er te blijven. Maatschapsvisitatie, door de LSV via de wetenschappelijke verenigingen georganiseerd, blijkt in dit verband menigmaal als 'eye-opener' te fungeren.³ De veilige omgeving van de eigen vakgenoten speelt hierbij een duidelijke rol.

Een vorm van *training en begeleiding* is nodig, wil het effect van een dergelijke 'eye-opener' niet snel teloor gaan. De vakinhoudelijke invalshoek is hierbij belangrijk, omdat het vak en het plezier daarin essentieel is voor de specialist als vakman en deskundige: een goede dokter zijn voor de patiënten.

Het besef dat tegelijkertijd juist om die goede dokter in deze tijd te zijn, ook het verbeteren van communicatie, oog en oor voor anderen hebben en het verbeteren van samenwerking een 'must' is, blijkt in de praktijk eveneens een 'eye-opener'.

Recente initiatieven tot het oprichten van regiomaatschappen zijn ontstaan uit de behoefte om een krachtiger positie te kunnen innemen in onderhandelingen met zorgverzekeraars, waarbij naast financieel-economische onderwerpen ook kwaliteitsvragen aan de orde zullen komen. Zoals uiteengezet, is om een kwaliteitsbeleid te kunnen voeren het vormen van een organisatorische eenheid en een veilige omgeving voor de specialist nodig. De nadelen van de schaalgrootte van regiomaatschappen in dit opzicht kunnen door het organiseren van een zekere hiërarchie wellicht worden opgeheven, maar dat is nog speculatief.

Zoals eveneens uiteengezet, is het traditionele waardensysteem stevig verankerd in de opleiding en de dagelijkse praktijk.

- Hoe stemmen we zaken op elkaar af?
- Hoe stellen wij ons op tegenover anderen?
- Hoe werken we met anderen samen?
- Hoe gaan wij om met kritiek?

Vaak wordt in zo'n begeleiding duidelijk dat men veel zaken toch eigenlijk uit de weg gaat omdat het lastig is op een goede wijze kritiek te geven en kritiek te ontvangen. Voor velen is 'best wel tegen kritiek kunnen' al een grote stap. De essentiële stap is echter 'het niet zonder kritiek kunnen of willen functioneren'. Deze stap is de basis van het kwaliteitsdenken en -handelen. Vanuit dit kwaliteitsoogpunt is het door middel van een training periodiek reflecteren op het inhoudelijk en relationeel functioneren van specialisten binnen en vanuit hun maatschap een nuttige, zeer waardevolle en gezien de ontwikkelingen misschien ook wel noodzakelijke investering. (Dat geldt overigens net zo goed voor directieteam als voor maatschappen.) Goed functionerende maatschappen zijn

zo een belangrijke voorwaarde voor het goed functioneren van de individuele specialisten en van de medische staf als geheel. Het goed functioneren betekent het op een hoog niveau in de praktijk brengen van zowel medisch inhoudelijke als relationele samenwerkingsvaardigheden. Juist omdat beide thans meer dan ooit onontbeerlijk zijn voor de ontwikkeling van het ziekenhuis, verdient het investeren in het functioneren van maatschappen een krachtige impuls van de zijde van de directies. Scholing en training beperken tot medewerkers met een dienstverband betekent een ontkennen of het slechts met de mond belijden van dit strategisch belang. Veranderingen binnen het waardensysteem van directies zullen dan ook aan veranderingen in het waardensysteem van specialisten vooraf dienen te gaan. Een systematische en gezamenlijke aanpak door staf en directie zal het effect aanzienlijk vergroten. Ook hier gaat de 'cost' voor de 'baet' uit. In ondernemende ziekenhuizen liggen er dus kansen! •

dr E.K.J. Kreutzer,
directeur patiëntenzorg Medisch Centrum
Molendael Baarn/Soest

Literatuur

1. De specialist van morgen. Utrecht: LSV, 1988.
2. Visitatie. Utrecht: LSV, 1990.
3. Visitatie. Utrecht: LSV, 1992.
4. Managementparticipatie. Utrecht: NZR/LSV, 1991.
5. Actuele stafaangelegenheden. Utrecht: LSV, 1991.
6. Professioneel kiezen. Utrecht: KNMG, 1991.
7. De specialist van overmorgen. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, 1992.
8. Ankoné A. Curriculopathologie, een wereldwijd probleem. Medisch onderwijs aan heroriëntatie toe. Medisch Contact 1993; 48: 1035-7.
9. Ankoné A, Wildevuur S. "Onze generatie is anders." Toekomstige arts opteert voor teamwork. Medisch Contact 1993; 48: 1029-34.
10. Osterthun P, Bongers-Sauer EBL. Het Ziekenhuis 1990; 7: 271.
11. Jonge J de. Ziekenhuis Management Magazine 1993; 10: 230.

K N M G Dienstverlening



De medische informatie die aan artsen wordt gevraagd neemt toe. Welke medische gegevens mag een arts al dan niet met gerichte toestemming van de patiënt/cliënt verstrekken? Naast het boekje 'Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens' kunt u vanuit het secretariaat van de KNMG nader geadviseerd worden. Bel 030 - 823216. Contactpersonen: mevr. A.J.J.M. Beljaars, stafmedewerker juridische sectie, of mevr. R. van Baal, secretaresse.

Capaciteitsbepaling Geneeskunde

Stand van zaken en hoe verder

J. Doets

De capaciteit van de medische basisopleiding in relatie tot die van de medische vervolgopleidingen zou onderwerp van een jaarlijks door alle betrokkenen samen te formuleren standpunt moeten worden.

ROND HET THEMA 'opleidingscontinuüm geneeskunde: kwantiteiten en consequenties' is eind vorig jaar in Domus Medica een conferentie-op-uitnodiging gehouden. Deze bijeenkomst was georganiseerd door de KNMG in nauwe samenwerking met het Discipline overlegorgaan Medische Wetenschappen (DMW) van de Vereniging van Samenwerkende Nederlandse Universiteiten (VSNU).

De invoering van een nieuw wettelijk regiem (wet op het Hoger onderwijs en Wetenschappelijk onderzoek, kortweg WHW), de bestaande tekorten bij diverse specialismen en de voor de nabije toekomst te verwachten toename van de behoefte aan artsen maakten het gewenst dat de diverse bij de opleiding van geneeskundigen betrokken instanties met elkaar van gedachten wisselden over aspecten die samenhangen met het vergroten van de instroom van eerstejaars studenten geneeskunde. Doel van het beleggen van de conferentie was met name inzicht te verkrijgen in:

- de relevante cijfermatige gegevens omtrent de behoefte aan artsen en de capaciteit van de medische basisopleiding en de medische vervolgopleidingen;
- de knelpunten bij de faculteiten bij het vergroten van de opleidingscapaciteit;
- de mogelijkheden om tot samenhang en afstemming ten aanzien van de capaciteit te komen.

De conferentie werd geopend door de staatssecretaris van Onderwijs en Wetenschappen, mr M.J. Cohen. Deze sprak van een gedenkwaardig moment, aangezien het in de Nederlandse onderwijsgeschiedenis nog niet eerder was vertoond dat een zo breed gezelschap uit de wereld van onderwijs en gezondheidszorg zich gezamenlijk boog over de vraag hoe we in Nederland kunnen komen tot een optimale afstemming van de capaciteit bij Geneeskunde. Tijdens de conferentie is van ver-

schillende zijden gepleit voor een structuur waarbinnen de betrokken veldpartijen jaarlijks een gezamenlijk standpunt of convenant vaststellen inzake de capaciteit van de medische basisopleiding in relatie tot de medische vervolgopleidingen.

Een verslag van deze conferentie - met daarin de bijdragen van de verschillende sprekers vanuit de diverse bij het opleidingscontinuüm geneeskunde betrokken instanties - wordt binnenkort onder de deelnemers verspreid.

Capaciteitsfixus

Ter conferentie werd vanuit het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen ingegaan op de capaciteitsbepaling.

De procedure en het wettelijk instrumentarium om tot een beperking van de instroom te komen zijn bij het inwerking treden van de WHW per 31 augustus 1993 gewijzigd. Tot en met het studiejaar 1993/1994 kon de minister van O & W op grond van de Machtigingswet in de Wet op het Wetenschappelijk Onderwijs een capaciteitsfixus, de zogeheten *numerus fixus*, instellen. Vanaf 1984 zijn op grond van de *numerus fixus* voor de studie Geneeskunde jaarlijks maximaal 1.485 eerstejaars studenten toegelaten.

Met het in werking treden van de WHW is in deze gang van zaken een verandering opgetreden. Van belang zijn onder meer artikel 7.53 en 7.54 van de WHW. Vóór 1 december stellen de instellingsbesturen de voorgenomen capaciteit voor het eerstvolgende studiejaar vast. De voorgenomen capaciteit dient tenminste 75% van de gemiddelde capaciteit over de voorgaande drie jaar te bedragen. Indien blijkt dat het aantal eerste aanmeldingen meer bedraagt dan het aantal voor het komend jaar vastgestelde plaatsen, dient het beschikbare aantal plaatsen te worden verhoogd tot tenminste 125% van het gemiddeld aantal plaatsen.

Aan de hand van een voorbeeld kan worden aangegeven wat deze bepalingen tot gevolg hebben voor de capaciteit van de studierichting Geneeskunde:

Sinds 1984 bedraagt de capaciteit voor de geneeskundestudie 1.485 plaatsen. Sedert jaren overschrijdt het aantal aanmeldingen de beschikbare capaciteit (aantal vooraanmeldingen studiejaar 1993/1994: 4.274).

Ervan uitgaande dat de door de universi-

teiten voorgenomen capaciteit tenminste 75% zal zijn van de capaciteit van de voorgaande jaren en dat het aantal aanmeldingen circa 4.000 zal bedragen, zal implementatie van bovenstaande WHW-artikelen voor het studiejaar 1994/1995 (voorgenomen capaciteit tenminste 1.114 plaatsen) bij Geneeskunde leiden tot een aantal plaatsen na verhoging conform de WHW van $(1.114 + 1.485 + 1.485) : 3 \times 125\% =$ tenminste 1.702. Voor het studiejaar 1995/1996 komt men zo op 1.815 plaatsen, voor het studiejaar 1997/1998 op 1.986 plaatsen.

Stellen de universiteiten de voorgenomen capaciteit vast op 100% van de capaciteit van het voorgaande jaar, dan zal bij 4.000 aanmeldingen implementatie van de WHW-artikelen voor het studiejaar 1994/1995 (voorgenomen capaciteit: 1.485 plaatsen) leiden tot een capaciteit van $(1.485 + 1.485 + 1.485) : 3 \times 125\% =$ 1.856 plaatsen, voor het studiejaar 1995/1996 tot 2.011 en voor het studiejaar 1996/1997 tot 2.230 plaatsen.

De capaciteit van de studie Geneeskunde zal dus verder oplopen. Aan het eind van de jaren negentig zal het aantal eerstejaars studenten zijn verdubbeld. De snelheid waarmee dit gebeurt ligt hoger naarmate de universiteiten de voorgenomen capaciteit vaststellen op meer dan 75% van het gemiddelde van de drie voorgaande jaren. Overigens biedt de WHW de universiteiten de mogelijkheid de voorgenomen capaciteit op meer dan 100% van die van het voorgaande jaar te stellen.

Arbeidsmarktfixus

De Wet op het Hoger onderwijs en Wetenschappelijk onderzoek biedt nog een andere mogelijkheid om de capaciteit van de opleiding te reguleren. Artikel 7.56 WHW biedt de mogelijkheid tot het instellen van een arbeidsmarktfixus.

Indien het aanbod der afgestudeerden de behoefte daaraan op de arbeidsmarkt in aanmerkelijke mate overtreft en dit naar verwachting gedurende een reeks van jaren het geval zal zijn, kan de minister van O & W een besluit uitvaardigen waarin wordt vastgelegd hoeveel studenten voor de twee daaropvolgende studiejaar ten hoogste voor de eerste maal kunnen worden ingeschreven.

Betrouwbare gegevens over de situatie op de arbeidsmarkt en prognoses zijn

noodzakelijk om de arbeidsmarktfixus verantwoord te kunnen toepassen.

Inmiddels heeft de minister van O & W in het Hoger Onderwijs en Onderzoeks Plan (HOOP) 1994 aangekondigd, dat hij voornemens is voor de komende twee studie-jaren de arbeidsmarktfixus toe te passen voor de studie Geneeskunde.

Gevolgen

Vanuit de medische faculteiten werd er de aandacht op gevestigd, dat een substantiële uitbreiding van de instroom van eerstejaars studenten behoorlijke financiële gevolgen zal hebben, alsmede gevolgen voor de kwaliteit van het onderwijs.

Zo voorzien alle universiteiten bij een verhoging van de instroom van 1.485 studenten naar 1.985 studenten per jaar een extra kostenstijging als gevolg van een toename van personeel en de exploitatie van extra voorzieningen. Deze extra kosten kunnen alleen worden opgevangen, indien de toegekende middelen worden verruimd. Bekostiging buiten de huidige financieringssysteem om wordt van de kant van de universiteiten rechtvaardig geacht.

Indien deze middelen niet beschikbaar komen, zal de kwaliteit van het onderwijs niet gehandhaafd kunnen blijven. De WHW perkt het studieprogramma reeds in, hetgeen de faculteiten dwingt tot het aanbrengen van beperkingen. Daarnaast zal, mede onder invloed van de in voorbereiding zijnde herziening van de eindtermen, een verschuiving optreden van het gemeenschappelijk theoretisch onderwijs in de vorm van colleges naar onderwijs gericht op technische en communicatieve vaardigheden in kleine groepen. Dit heeft consequenties voor personeel en infrastructuur. Uitbreiding van het aantal eerstejaars studenten zonder financiële compensatie zal er onvermijdelijk toe leiden dat de groepen groter moeten worden gemaakt en zal een bedreiging vormen voor de kwaliteit van het onderwijs.

Inmiddels heeft het DMW/VSNU voor het komende studiejaar (1994/1995) een beperkte uitbreiding van de capaciteit met 5% voorgesteld.

Inerte besluitvorming

Van de zijde van de beroepsbeoefenaren is aangegeven, dat op basis van talloze rapporten kan worden becijferd dat de vraag naar artsen zal gaan toenemen. Reeds in het begin van 1993 heeft de KNMG gepleit voor een verhoging van het aantal eerstejaars studenten geneeskunde tot tenminste 2.000. Deze instroom is berekend op grond van de (op basis van de zorgvraag verwachte) capaciteit van de vervolgoopleidingen, alsmede op grond van het effect van de werktijdenregeling,

demografische veranderingen en veranderende wensen van artsen ten aanzien van werktijden en deeltijdarbeid.

Van de zijde van beroepsbeoefenaren is tevens opgemerkt dat er sprake is van een inerte besluitvorming. Een mix van belangen van faculteiten, overheid, beroepsbeoefenaren, instellingen en financiers leidt ertoe dat op verschillende plaatsen besluiten worden genomen die geen onderlinge samenhang vertonen. Wil men met recht spreken van een 'opleidingscontinuüm', dan is naast kwantitatieve onderbouwing bovenal een kwalitatieve samenwerking tussen betrokkenen noodzakelijk.

Standpunt KNMG

Zoals hiervóór aangegeven, heeft de KNMG op grond van verschillende ontwikkelingen een uitbreiding van de jaarlijkse instroom in de studie Geneeskunde tot circa 2.000-2.200 studenten bepleit. Deze instroom is berekend op basis van gegevens die dateerden van eind 1992. Inmiddels is een aantal rapporten en adviezen met nieuwe gegevens beschikbaar gekomen. Deze nieuwe gegevens bieden verdere ondersteuning aan het eerder door de KNMG ingenomen standpunt.

Uitgangspunt voor de KNMG blijft derhalve een uitbreiding van de jaarlijkse instroom bij Geneeskunde tot tenminste 2.000 studenten. Hierbij heeft zij overwogen, dat ervoor gewaakt moet worden een nieuw stuwmeer van (werkloze) pas afgestudeerde artsen te creëren. De instroom van eerstejaars studenten in de geneeskunde dient gerelateerd te zijn aan de capaciteit van de vervolgoopleidingen en dient gebaseerd te zijn op de (toekomstige) behoefte aan artsen. Het is derhalve noodzakelijk die capaciteit en die behoefte jaarlijks te bezien en zo nodig tijdig bij te stellen, zodat grote overschotten of tekorten worden voorkomen.

Van belang is een gezamenlijke afstemming en besluitvorming met andere bij het opleidingscontinuüm betrokken partijen. Op grond van de door de KNMG noodzakelijk geachte uitbreiding van de instroom is het instellen een arbeidsmarktfixus voor het eerstkomend studiejaar niet gewenst. Toepassing van artikel 7.56 (arbeidsmarktfixus) is in de huidige situatie ook niet mogelijk; er is namelijk over zes jaar geen overschot aan afgestudeerde artsen te verwachten. Dit betekent, dat voor het studiejaar 1994/1995 artikel 7.54 WHW (125%-maatregel) van toepassing zal zijn; daarmee wordt een verhoging van de instroom tot tenminste 1.702 eerstejaars geneeskundestudenten bewerkstelligd.

Hoe nu verder?

Uitgangspunt van het KNMG-beleid inzake de beroepskrachtenplanning is een af-

stemming van de instroom in de medische basisopleiding en de medische vervolgoopleidingen op de behoefte aan artsen.

Geconstateerd kan worden, dat de in de Wet op het Hoger onderwijs en Wetenschappelijk onderzoek opgenomen artikelen met betrekking tot de capaciteitsregeling in feite een verantwoorde beroepskrachtenplanning niet goed mogelijk maken. De doelstelling van de WHW: toegang tot het universitair onderwijs voor een ieder die daartoe gekwalificeerd is, staat de doelstelling van de beroepskrachtenplanning: optimale afstemming tussen vraag en aanbod, in de weg.

Vanzelfsprekend wordt het principiële recht op (hoger) onderwijs ook van KNMG-wege onderschreven. Echter, met name bij het bepalen van de capaciteit voor de studie Geneeskunde zal ook het belang van de volksgezondheid moeten worden meegewogen. Het is niet in het belang van een goede gezondheidszorg indien zich een tekort of overschot aan artsen voordoet. Ook in deel I van het NRV-advies Beroepskrachtenvoorziening artsen wordt gewezen op de tekortkomingen van de capaciteitsregeling in de WHW. De Nationale Raad spreekt zijn voorkeur uit voor een capaciteitsregeling die is afgestemd op de door partijen vastgestelde maatschappelijke behoefte aan artsen.

De KNMG acht het van belang in samenwerking met de betrokken (veld)partijen tot een oplossing van de capaciteitsproblematiek bij Geneeskunde te komen. Die oplossing zou erin kunnen liggen, dat partijen jaarlijks een *gezamenlijk standpunt* vaststellen inzake de instroom in de medische basisopleiding in relatie tot de capaciteit in de vervolgoopleidingen. Daarmee zou gevolg worden gegeven aan een van verschillende zijden tijdens de 'invitational conference' geuite wens.

Belangrijke *aandachtspunten* voor zo'n gezamenlijk standpunt kunnen onder meer zijn:

- de (toekomstige) behoefte aan artsen;
 - de relatie met de capaciteit van de vervolgoopleidingen;
 - de mogelijkheden voor artsen zonder vervolgoopleiding;
 - de kwaliteit van het onderwijs;
 - geen meerjarenafspraken, maar jaarlijkse of tweejaarlijkse afspraken;
 - het vermijden van grote schommelingen.
- In een eerste overleg tussen KNMG en DMW/VSNU zijn de mogelijkheden om tot een gezamenlijk standpunt te komen besproken. In een vervolg hierop zullen in de nabije toekomst uitgangspunten en voorwaarden voor een dergelijk standpunt worden uitgewerkt. •

J. Doets,

arts, stafmedewerker KNMG

Het draagmoederschap verdient een goede regeling

Ethische en juridische aspecten

J. Koudstaal en A. Neleman

Er zijn geen doorslaggevende redenen om het draagmoederschap op morele gronden af te wijzen, mits er een juridisch waterdichte regeling bestaat die de belangen van de betrokkenen veilig stelt.

BINNENKORT ZULLEN wensouders die per advertentie een draagmoeder zoeken en draagmoeders die per advertentie hun diensten aanbieden zich schuldig maken aan een strafbaar feit. Het voorstel hiertoe van minister Hirsch Ballin heeft de instemming van een groot deel van de kamer en zal worden opgenomen in het Wetboek van Strafrecht.¹ Reeds eerder kwam er een verbod op bemiddeling bij het tot stand komen van contact tussen draagmoeder en wensouders.² De minister schrijft bij de toelichting op het laatste wetsvoorstel dat hij het draagmoederschap, commercieel of ideëel, zoveel mogelijk wil ontmoedigen; dit omdat de regering van mening is dat draagmoederschap om ethische redenen dient te worden afgewezen. Draagmoederschap wordt als onethisch beschouwd omdat het voor de betrokkenen binnen de huidige wetgeving niet mogelijk is een bindende regeling te treffen waarbij de belangen van alle betrokken partijen, in het bijzonder die van het kind, kunnen worden gewaarborgd. Zonder een bindend contract lopen alle betrokken partijen, de wensouders, de draagmoeder en het kind risico's. Zo kan de draagmoeder weigeren het kind aan de wensouders af te staan of kunnen de wensouders weigeren het kind in hun gezin op te nemen. Het kind wordt dan het slachtoffer van tegenstelde belangen van de wensouders en de draagmoeder. Het is begrijpelijk dat de wetgever hiertegen barrières wil opwerpen. De vraag is echter, of strafbaarstelling het aangewezen middel is om deze risico's te beperken.

Ons inziens is het standpunt van de overheid in dezen te gemakkelijk en generaliserend. Een alternatief voor de overheid is immers het creëren van een kader waar-

binnen het draagmoederschap een plaats kan innemen en waarbij de belangen van betrokkenen door regelgeving worden gewaarborgd. Wij zijn van mening dat goede regelgeving niet alleen wenselijk, maar ook mogelijk is.

Begripsbepaling

Een draagmoeder is een vrouw die zwanger wordt met het vooropgezette doel het kind (of de kinderen) na de geboorte af te staan aan vooraf bekende derden, verder te noemen de wensouder(s). In het algemeen wordt de hulp van een draagmoeder gevraagd (of aangeboden) indien men ervan overtuigd is dat de wensmoeder om welke reden dan ook niet in staat is een zwangerschap (uit) te dragen. Het kan zijn dat bij de wensmoeder de baarmoeder werd verwijderd, maar ook dat een zwangerschap voor haar een ernstig gezondheidsrisico betekent. Daarnaast komt het in toenemende mate voor dat wensouders, na mislukking van alle mogelijke fertiliteitsbehandelingen, hopen dat door middel van een draagmoederzwangerschap hun kinderwens alsnog in vervulling kan gaan.

Naar de wijze van ontstaan van de zwangerschap kunnen twee vormen van draagmoederschap worden onderscheiden:

1. De draagmoeder wordt zwanger doordat met het zaad van de wensvader één of meer van haar eigen eicellen worden bevrucht.³ Deze vorm wordt verder het *klassieke draagmoederschap* (Engels: surrogate motherhood) genoemd.

2. De draagmoeder wordt zwanger doordat één of meer embryo's in haar baarmoeder zijn geplaatst, waarbij de eicel(len) waaruit de embryo('s) zijn ontstaan niet van haarzelf maar van de wensmoeder afkomstig zijn: het *moderne draagmoederschap* (Engels: surrogate gestational motherhood).⁴

Een andere mogelijke indeling is die naar de motivatie van de draagmoeder:

1. De vrouw wordt draagmoeder uit uitsluitend ideële motieven. Zij is als regel een naaste verwant of vriendin van de wensouders, die zich het lot van de wensouders aantrekt en daarom haar hulp aanbiedt. Eventueel ontvangt zij een betaling,

die echter de door haar gemaakte kosten niet te boven gaat. Deze vorm van draagmoederschap zal verder *ideëel draagmoederschap* worden genoemd.

2. De vrouw wordt draagmoeder omdat één van haar motieven is er geld mee te verdienen. Zij kan voor de wensouders een onbekende zijn en al dan niet via bemiddeling met hen in contact zijn gekomen. Zij ontvangt voor haar diensten een beloning die de door haar gemaakte kosten te boven gaat. Deze vorm van draagmoederschap zal verder *commercieel draagmoederschap* worden genoemd.

Klassiek draagmoederschap

Deze vorm van draagmoederschap bestaat al lange tijd. Bekend is het verhaal van het draagmoederschap van Hagar ten behoeve van de wensouders Abraham en Sarai (Genesis 16). De techniek is uiterst simpel, meestal is het voldoende het semen van de wensvader op het juiste tijdstip in de vagina of baarmoedermond van de draagmoeder te brengen. Medische hulp is in principe niet vereist, maar omdat doorgaans voor kunstmatige inseminatie wordt gekozen is hulp van een arts, al is het maar voor het geven van instructie, meestal gewenst.

Bij het klassieke draagmoederschap wordt de draagmoeder zwanger van een kind dat genetisch van haar afstamt, een kind dat in alle opzichten haar kind is, maar dat zij niet zelf zal opvoeden. Al voor de conceptie staat dit voornemen vast en is afgesproken aan wie het kind zal worden afgestaan. Er bestaat in de meeste gevallen een genetische relatie tussen het kind en de wensvader.

Modern draagmoederschap

Deze vorm van draagmoederschap is mogelijk geworden door de ontwikkeling van de in vitro fertilisatie (IVF)-techniek. Hulp van een arts is hierbij onmisbaar. Na bevruchting van de eicel van de wensmoeder met het semen van de wensvader via gebruikmaking van één van de gangbare IVF-technieken, worden de hierdoor ontstane embryo's bij de draagmoeder ingebracht en tot het einde van de

zwangerschap door haar gedragen. Er is een aantal technische variaties mogelijk dat verwant is aan in vitro fertilisatie en in alle gevallen betreft het medische 'high tech'. Het principiële verschil met het klassieke draagmoederschap is, dat de draagmoeder hierbij zwanger wordt van een kind dat genetisch niet van haar afstamt. Anders gezegd: de draagmoeder wordt zwanger van een kind dat haar kind niet is. Men zou van een bijzondere vorm van pleegmoederschap kunnen spreken. De wensmoeder kan het kind tijdelijk, dat wil zeggen voor de duur van de zwangerschap, niet zelf verzorgen. De draagmoeder neemt daarvoor de zorg tot en met de geboorte over; zij biedt het embryo in haar baarmoeder een tijdelijk onderkomen totdat de wensouders de verzorging kunnen overnemen.

Ethische aspecten

De vraag rijst of het ethisch verantwoord is op deze wijze in de kinderwens van de wensouders te voorzien. Wij bezien deze vraag vanuit het standpunt van de direct betrokkenen: de wensouders, de draagmoeder, het kind en de arts. Hierbij wordt ook de rol van de samenleving waarvan zij deel uitmaken belicht.

De wensouders

Hoewel voor iedereen recht op procreatie bestaat,⁵ kan hieraan niet het recht op een vruchtbaarheidsbehandeling worden ontleend. Bij vruchtbaarheidsbehandelingen bepalen -naast de persoonlijke overtuiging - de normen en waarden die de samenleving waarvan men deel uitmaakt hanteert, wat wel en niet acceptabel is.

In Nederland wordt het gebruikelijke fertiliteitsonderzoek door de ziektekostenverzekeraars vergoed. Hetzelfde geldt voor de gangbare fertiliteitsbehandelingen, zoals eileideroperaties en ovulatie-inductie. Ook de IVF-behandeling is - al dan niet voor een beperkt indicatiegebied - in de meeste verzekeringspakketten opgenomen. Niet iedereen ziet het onvermogen om zwanger te worden als ziekte en sommigen noemen de behandeling van vruchtbaarheidsstoornissen een vorm van wensgeneeskunde. Toch kan uit het vergoedingsrecht worden afgeleid dat de onze samenleving individuen het recht geeft vruchtbaarheidsstoornissen te laten onderzoeken en te behandelen, ook door middel van een IVF-behandeling. De kosten voor het tot stand brengen van een klassieke draagmoederzwangerschap zijn gering en die voor een moderne draagmoederzwangerschap zullen in dezelfde orde van grootte liggen als die voor de gebruikelijke IVF-behandeling. Het standpunt van de overheid dat deze

vorm van ouderschap verbiedt, zal dan ook niet gebaseerd zijn op financiële overwegingen.

Moet het onacceptabel geacht worden dat de wensouders een ander de risico's en ongemakken van een zwangerschap laten dragen? Wij achten dit niet het geval indien er medische indicaties zijn die een zwangerschap bij de wensmoeder beletten en indien de draagmoeder vrijwillig haar diensten aanbiedt, met andere woorden: vrijwillig aangeeft deze risico's en ongemakken voor lief te nemen.

De draagmoeder

Elke vrouw heeft het recht zwanger te worden, zelfs als daar risico's voor haarzelf aan zijn verbonden. Daarnaast mag men anderen helpen. Op grond hiervan zou men kunnen stellen, dat het een vrouw vrij staat zich als draagmoeder aan te bieden. In het algemeen lijkt ook in Nederland deze opvatting te bestaan, mits de draagmoeder voor haar diensten geen betaling ontvangt die de door haar gemaakte kosten te boven gaat. Het commerciële draagmoederschap wordt in Nederland afgewezen. Een onderscheid tussen klassiek en modern draagmoederschap wordt hierbij niet gemaakt.

Naar onze mening is een honorarium bij het klassieke draagmoederschap niet aanvaardbaar. De draagmoeder verkoopt dan immers haar kind en een ieder zal het eens zijn met de opvatting dat een kind nimmer handelswaar mag zijn.

Bij het moderne draagmoederschap ligt een en ander fundamenteel anders. Indien de draagmoeder een honorarium voor haar diensten ontvangt, wordt er geen kind 'verkocht' maar de 'huur' voor een zwan-

inspanningsverbintenis en geen resultaatverbintenis - hetgeen gezegd zou kunnen worden van het klassieke draagmoederschap - maakt het aanvaardbaar en zelfs wenselijk dat de 'moderne' draagmoeder een redelijk honorarium van de wensouders ontvangt voor haar diensten. Het argument dat in geval van betaling niet ieder zich een draagmoeder kan permitteren is niet overtuigend. Ook een adoptie is een 'luxue' die niet voor iedereen bereikbaar is en dit gaat ook voor vele andere, vaak heel nuttige, zaken op.

Het kind

De vraag of de rechten van het kind voldoende beschermd kunnen worden is wellicht de meest wezenlijke bij de beoordeling van het al dan niet toelaatbaar achten van een draagmoederzwangerschap. Het kind heeft er in ieder geval recht op dat vanaf het begin duidelijk is wie de ouders zullen zijn. Indien hierover vooraf geen bindende afspraken kunnen worden gemaakt is de draagmoederconstructie niet aanvaardbaar.

Wat alle rechten van het kind met betrekking tot de nieuwste procreatietechnieken zijn is een vraag die moeilijk volledig te beantwoorden is. De KNMG-Commissie Medische Ethiek formuleert het aldus: "De belangrijkste conditie is dat het kind kan opgroeien in een leefsituatie die zich kenmerkt door continuïteit en stabiliteit, zodat het kind veiligheid en geborgenheid kan ervaren en zich emotioneel kan hechten aan één of meer volwassenen."⁶

De vraag is derhalve of het risico dat niet aan deze voorwaarde kan worden voldaan groter is voor kinderen die na een draagmoederzwangerschap worden geboren

De draagmoeder biedt het embryo van de wensouders in haar baarmoeder een tijdelijk onderkomen totdat de wensouders de verzorging kunnen overnemen

gerschap betaald. Deze 'dienst', die ook kan worden gezien als een speciale vorm van waarneming, vergt een niet geringe inspanning en het spreekt voor zich dat voor een inspanning ten bate van iemand anders een vergoeding wordt betaald. Volgens deze opvatting heeft de draagmoeder dus naast de terugbetaling van haar onkosten recht op een honorarium. Het recht op een honorarium maakt het tevens aanvaardbaar dat aan de dienstverlening voorwaarden kunnen worden gekoppeld, zoals voorafgaande medische en psychologische screening van de draagmoeder.

De opvatting dat er sprake is van een

dan voor kinderen die op een meer gebruikelijke wijze ter wereld komen.

Een essentieel verschil tussen een 'gevoon' kind en een draagmoederkind is dat de laatste twee moeders heeft: een wensmoeder en een draagmoeder. Het is niet ondenkbaar dat tussen beiden spanningen ontstaan. De juridische perikelen rond Baby M in de staat New Jersey van de Verenigde Staten zijn hier een voorbeeld van.⁷ Echter, ook bij een goede verhouding tussen wensmoeder en draagmoeder kan de situatie voor het kind zeer verwarrend zijn. Om continuïteit en stabiliteit zo veel mogelijk te waarborgen, is het wellicht beter dat de draagmoeder na de

geboorte niet meer in de directe omgeving van het kind aanwezig is. Bij het ideële draagmoederschap kan dit moeilijker te verwezenlijken zijn dan bij het commerciële draagmoederschap.

De vraag kan zich voordoen of de band die tijdens de zwangerschap tussen moeder en kind ontstaat een belemmering oplevert voor de wensmoeder haar kind zo'n leefsituatie te bieden. Naar onze mening zijn er onvoldoende aanwijzingen of argumenten om deze vraag in toekennende zin te beantwoorden. Adoptie is immers in Nederland ook toelaatbaar en men weet met dit probleem - zo het een

de aanstaande draagmoeder uit vrije wil tot haar beslissing is gekomen en dat een zwangerschap voor haar geen extra risico inhoudt. De arts moet zich afvragen of er geen zwaarwegende redenen zijn om de geschiktheid van de wensouders voor het ouderschap te betwijfelen. Hij of zij dient zich ervan te vergewissen dat er tussen draagmoeder en wensouders duidelijke afspraken zijn gemaakt over tal van belangrijke onderwerpen, zoals prenatale diagnostiek. In vele gevallen zal hierbij de hulp van andere deskundigen onmisbaar zijn.

Wij zijn van mening dat het draagmoeder-

heid een einde gekomen. Bij eiceldonatie gaan de genetische afstamming en het baren niet meer samen. Een goede reden om de wet aan te passen, zou men zeggen. Door het afstammingsrecht te koppelen aan genetische afstamming zou een basis kunnen worden gecreëerd voor een nieuwe vorm van moederschap.

Veel auteurs betogen echter, dat de rechtszekerheid van het moederschap via het adagium 'mater semper certa est' in stand moet worden gehouden. Voor het moderne draagmoederschap betekent dit, dat de draagmoeder de moeder van het kind is, ook al stamt het genetisch van een ander af. Slechts via een adoptieverzoek bij de rechtbank kan het adoptiefmoederschap aan de wensmoeder worden toegewezen. Dit lukt echter alleen met medewerking van de draagmoeder en na goedkeuring van de Raad voor de Kinderbescherming.⁸

Nu de bestaande juridische omschrijving de biologische en technische mogelijkheden niet meer dekt, is de definitie van moederschap aan een herziening toe. Wat zijn de mogelijkheden tot wijziging?

1. Juridisch moederschap blijft gekoppeld aan het baren van een kind, maar er wordt de mogelijkheid van aanvaarding van het moederschap ingebouwd. (Analoge toepassing van de regels met betrekking tot aanvaarding (erkenning) van het vaderschap.) Indien er een genetische band van het kind met een ander is, of indien er afspraken zijn aangaande de opvoeding en verzorging kan moederschap bij een ander worden vastgesteld. Rechterlijke tussenkomst is niet vereist, maar medewerking van de draagmoeder des te meer.

2. Juridisch moederschap wordt gekoppeld aan genetische afstamming. Ook in dit geval wordt ervan uitgegaan dat de vrouw die het kind baart eveneens de genetische moeder is, doch in geval van betwisting zal moederschap worden vastgesteld aan de hand van bewijs van genetische band. Deze genetische band geeft de doorslag. Indien de draagmoeder het kind na de geboorte niet wenst af te staan, kan de genetische (wens)moeder het moederschap van de draagmoeder betwisten. De medische gegevens van de in vitro fertilisatie en een eventuele bloedtest kunnen dan de 'echte' moeder aanwijzen.

3. Handhaving huidige rechtsregels en creatie van nieuwe rechtsregels voor die gevallen waarin het genetisch materiaal van de ene vrouw komt en de baring door een andere vrouw wordt verricht. Door de rechter zal toewijzing van het moederschap plaatsvinden. Zoals onder 1, is het genetisch criterium van belang. In tegenstelling tot de eerste mogelijkheid is tussenkomst van de rechter en toetsing

Een essentieel verschil tussen een 'gewoon' kind en een draagmoederkind is dat de laatste twee moeders heeft: een wensmoeder en een draagmoeder

probleem is - toch ook goed om te gaan. Bovendien dient niet te worden vergeten dat men in tegenstelling tot adoptie voor een genetisch eigen kind gaat zorgen. Het probleem dat kinderen op latere leeftijd hun 'echte' ouders willen vinden, speelt bij draagmoederschap ook niet. Wij zien dan ook geen reden om op voorhand aan te nemen dat voor 'draagmoederkinderen' de kans op een door de KNMG-commissie geschetste leefsituatie minder groot is dan voor andere kinderen.

De arts

Bij het ontstaan van een moderne draagmoederzwangerschap speelt de arts een grote rol en draagt een grote verantwoordelijkheid voor het welzijn van de betrokkenen. De arts zal pas kunnen besluiten aan het ontstaan van een draagmoederschap mee te werken indien de zekerheid bestaat dat de belangen van alle betrokkenen kunnen worden gewaarborgd. Voor de wensouders betekent dit, dat zij het kind na de geboorte ook daadwerkelijk zullen krijgen, voor de draagmoeder dat de wensouders het kind na de geboorte zullen accepteren, ook indien het kind gehandicapt is, voor het kind dat het niet het slachtoffer zal worden van touwtrekkerij tussen de draagmoeder en de wensouders. Met andere woorden: medewerking van de arts is ethisch alleen aanvaardbaar indien er een wettelijke waterdichte regeling mogelijk is. Vooruitlopend op de mogelijkheid dat daaraan kan worden voldaan, zal de arts er vervolgens zeker van moeten zijn dat er een gegronde medische reden is die het de wensmoeder onmogelijk maakt zelf een zwangerschap uit te dragen. Daarnaast zal de arts zich ervan dienen te overtuigen dat

schap dient te worden aanvaard als remedie tegen kinderloosheid, echter op voorwaarde dat alle belangen van betrokkenen zoveel mogelijk worden beschermd door regelgeving.

Juridische aspecten

De discussie over regelgeving voor het klassieke draagmoederschap heeft weinig opgeleverd. Gezien de aanwezigheid van zowel een genetische als een juridische band tussen draagmoeder en kind wensen wetgever noch rechters een regeling te treffen waardoor een moeder wordt gedwongen haar kind af te staan wegens een gemaakte afspraak. Ook zal een rechter niet bereid zijn de wensouders te dwingen het kind van de draagmoeder op te nemen indien zij dit na de geboorte weigeren. De situatie bij het moderne draagmoederschap is anders. Er valt veel voor te zeggen dat het kind dat via deze manier is geboren niet een kind van de draagmoeder is, maar van de wensmoeder. Het erfelijk materiaal is immers van de wensmoeder (en haar partner) afkomstig. De realiteit is echter nog dat de draagmoeder wettelijk als moeder wordt aangemerkt.

Juridisch moederschap

Tot het afgelopen decennium bekommerde de wetgever zich niet om het moederschap. In het Burgerlijk Wetboek wordt uitsluitend een artikel gewijd aan het ouderschap van de echtgenoot (art. 1: 197 BW). Ouderschap van de moeder was tot voor kort altijd evident. Voor de wet is de moeder van het kind in alle gevallen de vrouw uit wie het kind is geboren. Mater semper certa est. Inmiddels is in onze maatschappij aan deze vanzelfsprekend-

door hem aan het belang van het kind nodig. Draag- en wensmoeder kunnen niet zelf een regeling treffen.

Juridisch vaderschap

Hoewel de wet nauwelijks iets zegt over het moederschap, maakt art. 1:197 Boek I BW duidelijk wie de vader is van een kind. Is het kind staande het huwelijk (of binnen 307 dagen na ontbinding van het huwelijk) geboren, dan wijst deze wetbepaling de man van de moeder aan als vader.

Het vaderschap berust dus op een rechtsvermoeden, soms een fictie. In tegenstelling tot het moederschap is weerlegging van het vaderschap in ons huidige rechtssysteem wel mogelijk, zowel door de moeder (art. 1:198 BW) als door de man (art. 1:199 BW). Ook het kind kan in bepaalde omstandigheden het vaderschap weerspreken. Indien de draagmoeder gehuwd is, biedt ontkenning door haar man de mogelijkheid dat via erkenning door de wensvader het vaderschap wordt vastgesteld (art. 1:214 BW). Echter, volgens de huidige wetgeving kan de vader zijn kind niet erkennen indien hij meer dan 306 dagen voor de geboorte van het kind met een andere vrouw gehuwd is (art. 1:224 lid 1 BW). Indien de wensvader dus gehuwd is, hetgeen haast altijd het geval zal zijn, bestaat er tussen wensvader en kind geen familierechtelijke betrekkingen en dient hij om dit alsnog te vestigen de lange adoptieprocedure te volgen.

Mensen die de adoptieprocedure willen vermijden, zijn op de volgende sluipteg aangewezen: De wensouders dienen eerst te scheiden, zodat de wensvader zijn kind kan erkennen. Na de geboorte wordt de vader benoemd tot toeziend voogd. Vervolgens wordt op initiatief van de draagmoeder, die voogdes is, een voogd

ten aanzien van het begrip 'moederschap' niet meer nodig zal zijn. Handhaving van de huidige rechtsregels inzake juridisch vaderschap leiden bij wijziging van de definitie van juridisch moederschap onzes inziens tot een juiste weerspiegeling van de biologische en medische mogelijkheden om tot vaderschap te komen.

Samenvatting en conclusie

Wij zijn van mening dat er geen doorslaggevende redenen zijn het draagmoederschap op morele gronden af te wijzen, mits er een juridisch waterdichte regeling bestaat die de belangen van de betrokkene

relatie met de wensouders te hebben, waardoor zij haar beslissing in vrijheid kan nemen. Na de geboorte behoeft zij geen nadrukkelijke rol meer te spelen in het leven van het kind en de wensouders, waardoor de hier beschreven situatie van twee moeders zoveel mogelijk wordt voorkomen. Een zwangerschap brengt risico's en ongemakken met zich mee en de draagmoeder dient hiervoor een honorarium te ontvangen. Na herziening van het afstammingsrecht conform een van de voorgestelde wijzigingen is betaling ook aanvaardbaar aangezien dit niet meer samenhangt met het afstaan van de ouder-

Indien men van mening is dat het commercieel draagmoederschap een plaats verdient, zal men de mogelijkheid tot bemiddeling tussen potentiële draagmoeders en wensouders moeten creëren

nen veilig stelt. Wat deze aspecten betreft achten wij de verschillende vormen van het draagmoederschap niet gelijkwaardig.

Klassiek versus modern draagmoederschap

De klassieke vorm van het draagmoederschap heeft een aantal voordelen: Het tot stand brengen van de zwangerschap is eenvoudig en brengt weinig kosten met zich mee. De kans op het ontstaan van een zwangerschap is over het algemeen groot. Een belangrijk nadeel is, dat er geen moreel aanvaardbare wettelijke regeling te bedenken is die de belangen van alle betrokkenen waarborgt. Het moderne draagmoederschap daarentegen vereist medische 'high tech' en is duur. De kans op het ontstaan van een zwangerschap is relatief klein, doch een goede wettelijke regeling is in principe mogelijk.

Ideel versus commercieel draagmoederschap

Velen achten draagmoederschap alleen aanvaardbaar indien dit uit ideële motieven gebeurt. In de praktijk betekent dit meestal dat de draagmoeder een zus of goede vriendin van één van de wensouders zal zijn. Dit brengt het grote nadeel met zich mee dat de draagmoeder na de geboorte in de omgeving aanwezig blijft, waardoor de kans op spanningen en conflictsituaties toeneemt.

Het is begrijpelijk, dat commercieel draagmoederschap een sterk negatieve bijklank heeft. Toch zijn er in onze ogen een aantal duidelijke voordelen. De draagmoeder behoeft vooraf geen persoonlijke

rechten van de draagmoeder. Het is onzin te stellen dat de oprechte wens anderen te helpen haaks staat op de wens hiervoor te worden betaald. Er zijn talrijke beroepen in onze maatschappij waarbij deze combinatie volledig is geaccepteerd. Indien men van mening is dat het commercieel draagmoederschap een plaats verdient, zal men de mogelijkheid tot bemiddeling tussen potentiële draagmoeders en wensouders moeten creëren. Het kan niet de bedoeling zijn dat listige zakenlieden zich van deze markt meester maken. Dit is te voorkomen door het recht tot bemiddeling, op een non profit-basis, toe te wijzen aan één of meer IVF-centra.

Door blokkades op te werpen tegen commercieel draagmoederschap en het ontbreken van een regeling die het mogelijk maakt de belangen van alle betrokkenen veilig te stellen, blijft het klassieke draagmoederschap op ideële basis als enige mogelijkheid over. Wij zijn van mening, dat hieraan voor alle partijen belangrijke nadelen en gevaren kleven. Wij willen er niet voor pleiten deze vorm van draagmoederschap te bestrijden, maar stellen voor de wensouders een alternatief te bieden in de vorm van modern, commercieel draagmoederschap. Naar onze mening is de mogelijkheid daarvoor aanwezig. Nu het moederschap nieuwe vormen heeft aangenomen, menen wij dat er een taak voor de wetgever is weggelegd om een wettelijke regeling te creëren. Echter, alvorens hiertoe kan worden overgegaan dient het afstammingsrecht ten aanzien van het moederschap te worden aangepast, zodat biologisch en juridisch moederschap een eenheid vormen. In dit artikel hebben wij drie voorstellen

In tegenstelling tot het moederschap is weerlegging van het vaderschap in ons huidige rechtssysteem wel mogelijk

dijwijziging aangevraagd. De vader wordt nu voogd en pleegouder. Het kind woont inmiddels bij de wensvader en wensmoeder. Dezen moeten nu wederom in het huwelijk treden alvorens zij tot stiefouder-adoptie kunnen overgaan (artikel 1:228 lid 2 BW).

Een zeer omslachtig en ongewenst gebruik van onze rechtsregels. Een gebruik dat bij een wijziging van afstammingsrecht

gedaan tot wijziging. Onze voorkeur gaat uit naar de tweede mogelijkheid: koppeling van het moederschap aan genetische afstamming. Aan het eerste voorstel: aanvaarding van het moederschap analoog aan die voor juridisch vaderschap, kleeft het nadeel dat de rechtszekerheid ten aanzien van het ouderschap ver te zoeken is. Immers, alleen door een overeenkomst kan het ouderschap dan worden overgedragen. Hoewel dit bij het derde voorstel wordt voorkomen door tussenkomst van de rechter en toetsing door hem aan het belang van het kind, blijft bij deze regeling de kans op lange juridische touwtrekkerij aanwezig, met alle gevolgen voor het kind.

Op dit moment is de haalbaarheid voor geen van de drie voorstellen groot. Door strafbaarstelling van bemiddeling en adverteren wordt een ontmoedigingsbeleid gevoerd. De advertenties in onder meer Opzij bewijzen echter dat er aan draag-

moeders behoefte bestaat en het is niet te verwachten dat met het aangekondigde verbod het verschijnsel 'draagmoederschap' zal verdwijnen. Wij hopen dat de wetgever zich bewust zal worden van de nadelen die aan het laten voortbestaan van de huidige situatie kleven. •

Wij danken prof. dr E. Schroten voor zijn waardevol commentaar.

drs J. Koudstaal,
gynaecoloog in het Academisch Ziekenhuis Utrecht

mr A. Neleman,
advocaat te Rotterdam

Noten

1. Handelingen Tweede Kamer der Staten Generaal. Vijftigste vergadering 17 februari 1993.

2. Notitie kunstmatige bevruchting en draagmoeder-

schap van de ministers en staatssecretarissen van Justitie en WVC, 14 september 1988, Tweede Kamer vergaderjaar 1987-1988, 20706.

3. Het zaad kan ook van een donor afkomstig zijn.

4. Bij deze vorm van draagmoederschap zijn de gameten van 'derden' afkomstig, hoewel in de meest voorkomende gevallen deze van de wensouders afkomstig zijn, is verkrijging door middel van eicel- of zaadceldonatie van donoren ook mogelijk.

5. Artikel 8 van het Europees Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens bevat het recht op eerbiediging van het familie- of gezinsleven, welk recht het recht op procreatie, dat wil zeggen: het recht om zelf te beschikken over de voortplanting, omvat.

6. KNMG. Verantwoording van de arts bij kunstmatige voortplanting. Medisch Contact 1989; 44: 1711-4.

7. In de Baby M zaak weigerde de draagmoeder na geboorte van de baby het draagmoedercontract na te komen en het kind af te staan. Bij zijn overwegingen ten aanzien van de nakoming van het contract baseerde het Superior Court zich op de belangen van het kind. Ten aanzien van het onderzoek dat in het belang van het kind werd geacht, werd het privé-leven van het gezin van de draagmoeder en de wensouders binnenstebuiten gekeerd. Het Superior Court oordeelde, dat de draagmoeder haar kind moest afstaan. (217 NJ Super 313;525 A2d 1128; 1987)

In hoger beroep werd het draagmoedercontract nietig verklaard, doch werd in het belang van het kind de voogdij aan de wensouders toegewezen.

8. Artikel 1:227 e.v. BW en art. 5 e.v. Pleegkinderenwet.

P R A K T I J K P E R I K E L

Te veel

ER WORDT DE laatste tijd in de nieuwsmidia regelmatig aandacht besteed aan de specialistentarieven, met name aan een eventueel door de regering op te leggen verlaging daarvan. Als huisarts heb je eigenlijk geen idee wat specialisten voor tarieven hanteren; je bent blij als je de gang van zaken in je eigen praktijk kunt bijhouden, zeker in een tijd van zoveel mogelijk taken aan de eerste lijn delegeren.

Echter, als je op een vrije zondag in een vreemde stad jezelf licht verwondt, kom je daar wel achter. Ik kwam terecht op de afdeling Eerste Hulp van een ziekenhuis: 'Ach, collega, het valt wel mee!' Twee hechtinkjes, een tetanustoxoïde stond ik weer buiten. De huisarts in opleiding op de EHBO (een onbezoldigde kracht!) was erg vriendelijk. Het was hooguit tien minuten werk.

Twee weken later viel er een rekening in de bus: f 330,25! Het voorval vond weliswaar op zondag plaats, echter voor die twee hechtinkjes zou ik zelf, ook al was het weekend, een dubbel consult hebben berekend: f 68,-.

Het geval is natuurlijk niet representatief voor alle specialistenverrichtingen en je kunt appels natuurlijk niet met peren vergelijken, maar een dergelijk verschil vind ik wel erg groot. Nú begrip ik waarom de huisartsenhulp, ondanks het feit dat de huisarts meer dan 90% van de medische hulpvragen zelf afhandelt, toch slechts 4% van de totale kosten van de gezondheidszorg in Nederland genereert.

Omdat ik het bedrag zo hoog vond, nam ik contact op met het COTG. Wat bleek nu? Er was mij toch f 80,- te veel in rekening gebracht. 'Dit is dan vast wel vaker gebeurd', zei de vriendelijke assistente van de specialist. In de toekomst zouden ze er beter op letten. Overigens bleek dit verschil alleen maar afkomstig van het feit dat ik niet was doorverwezen. Anders zou het mij toch f 330,25 hebben gekost.

Normaal gesproken zullen waarschijnlijk weinig mensen bezwaar maken: de verzekeraar betaalt toch!

Worden wij huisartsen nu onderbetaald of houden wij de gezondheidszorg in Nederland betaalbaar? •

Korte door artsen geschreven signalen.
Nieuwe perikelen worden gaarne ingewacht
door de redactie.

Beschrijvingsbrief 210de Algemene Vergadering

K N M G

Beschrijvingsbrief voor de 210de Algemene Vergadering van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, te houden op dinsdag 15 februari 1994, aanvang 17.30 uur in Domus Medica, Lomanlaan 103, Utrecht, tel. 030-823911.

AGENDA

- I. Opening
- II. Benoeming van een Commissie van Redactie van het verhandelde ter Algemene Vergadering
- III. Inleiding van de voorzitter met betrekking tot actuele onderwerpen
- IV. Nieuwe versie 'Gedragsregels voor artsen' ('blauwe boekje')
 - besluitvormende bespreking
- V. Wijzigingsvoorstel van de KNMG- 'Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens' in verband met de inwerkingtreding van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) op 17 januari 1994
 - besluitvormende bespreking
- VI. KNMG-code voor het beheer en verkeer van sociaal-medische gegevens in het kader van de uitvoering van de sociale verzekeringswetten.
 - besluitvormende bespreking
- VII. Stand van zaken vervolg (ledenconsultatieprojecten) op professioneel kiezen conferenties
 - informatieve bespreking
- VIII. Regionalisering
 - opiniërende bespreking en principebesluit ten aanzien van de financiering en het Stappenplan
- IX. Stand van zaken met betrekking tot onderzoekvoorstel naar lidmaatschap KNMG en beroepsverenigingen, inclusief kostenraming van het onderzoek en samenstelling van de begeleidingscommissie
 - informatieve/opiniërende bespreking
- X. Voorstel inzake verkiezing van 5 leden en 5 plaatsvervangende leden van de nieuwe Raad voor de behandeling van tuchtzaken in eerste aanleg
 - besluitvormende bespreking
- XI. Mededelingen van het Hoofdbestuur
- XII. Rondvraag
- XIII. Sluiting

Zie met betrekking tot het indienen van amendementen op bovenstaande agenda-punten artikel 408 van het Huishoudelijk Reglement.

Herziening 'Gedragsregels voor artsen'

ad punt IV Beschrijvingsbrief 210de Algemene Vergadering

Tijdens de Algemene Vergadering op 19 november 1993 heeft een opiniërende bespreking plaatsgevonden van de herziene tekst van de 'Gedragsregels voor artsen'. Ter inleiding van de bespreking werd door het secretariaat van de KNMG een overzicht gegeven van de achtergronden en uitgangspunten van de herziening van de gedragsregels. De vergadering bleek zich in deze uitgangspunten te kunnen vinden. Wel hebben diverse afgevaardigden kanttekeningen geplaatst bij de concepttekst van specifieke gedragsregels. Er werden waardevolle opmerkingen gemaakt, strekkende tot aanvulling of aanpassing van bepaalde gedragsregels. Ter vergadering is toegezegd, dat binnen het secretariaat van de KNMG nader zou worden bezien in hoeverre de gemaakte opmerkingen zouden moeten of kunnen

leiden tot aanpassing van de tekst. Daarover zou worden gerapporteerd tijdens de Algemene Vergadering van 15 februari. In deze notitie wordt een overzicht gegeven van de aanpassingen die naar aanleiding van het besprokene in de Algemene Vergadering van 19 november 1993 in de concept-gedragsregels zijn aangebracht.

1. Wijzigingen in de preambule

Naar aanleiding van de opmerkingen tijdens de Algemene Vergadering van november 1993 is op twee plaatsen in de preambule een wijziging aangebracht:

- Aan de alinea vóór 'Overige standpunten KNMG' is toegevoegd: "In een geval waarin een bepaald onderwerp zowel in de gedragsregels als in een wettelijke regeling wordt behandeld, zal indien van verschillende benaderingen sprake is - in het algemeen de wettelijke regeling prevaleren. Uiteraard is gestreefd

naar een zo goed mogelijke afstemming tussen gedragsregels en wettelijke regels. Ten overvloede zij vermeld, dat er talrijke onderwerpen zijn die in de gedragsregels niet, maar in wetgeving wel aan de orde komen. De arts zal zich dan op die wet moeten oriënteren."

- De slotzin van de eerste alinea van 'Overige standpunten KNMG' luidt thans: "... aan het standpunt inzake 'niet-aangaan of beëindiging arts-patiënt contract', *de richtlijnen inzake Good Clinical Practice* en aan standpunten over thema's als 'second opinion' en 'vrouwenbesnijdenis' (ingevoegde gedeelte cursief).

2. Wijzigingen in de tekst van gedragsregels

De bespreking tijdens de Algemene Vergadering heeft ertoe geleid dat in de volgende gedragsregels inhoudelijke wijzigingen zijn aangebracht:

1.2.

Tekst uit november 1993:

De arts verleent aan de patiënt/cliënt/verzekerde/werknemer zonder aanzien des persoons de noodzakelijke hulp, begeleiding en adviezen overeenkomstig de eisen, die hem op grond van zijn beroep en individuele deskundigheid mogen worden gesteld.

Voorstel tot wijziging:

“...de noodzakelijke hulp, begeleiding en adviezen...” wordt veranderd in: “...de noodzakelijke hulp, begeleiding, adviezen en verricht keuringen...”.

Achter ‘werknemer’ wordt een voetnoot geplaatst, waarvan de inhoud als volgt luidt: “Verder te noemen ‘patiënt’”. Hieronder wordt verstaan: de persoon op wie het onderzoek, de behandeling, de advisering, de begeleiding dan wel de keuring betrekking heeft.

Achter ‘keuringen’ wordt een voetnoot geplaatst, waarvan de inhoud als volgt luidt: “In het vervolg van deze gedragsregels worden deze activiteiten aangeduid met het begrip ‘hulpverlening’”.

1.4.

Tekst uit november 1993:

De arts is - ongeacht of hij als vrije beroepsbeoefenaar, in dienstverband of enig ander organisatorisch kader werkzaam is - te allen tijde vrij in en persoonlijk verantwoordelijk voor de hulp die hij verleent, voor de begeleiding die hij geeft en voor het advies dat hij verstrekt.

Voorstel tot wijziging:

Het woord ‘hulp’ wordt vervangen door ‘hulpverlening’. De tekst daarna vervalt.

Titel hoofdstuk II

Tekst uit november 1993:

II. De arts in relatie tot de patiënt/cliënt

Voorstel tot wijziging:

Het woord ‘cliënt’ vervalt.

II.1.

Tekst uit november 1993:

Het hoofddoel van de relatie tussen arts en patiënt wordt gevormd door adequate hulpverlening/begeleiding/advisering. Van deze relatie mag door de arts nimmer misbruik worden gemaakt.

Voorstel tot wijziging:

Het gedeelte “.../begeleiding/advisering.” vervalt.

II.2. tweede volzin:

Tekst uit november 1993:

De arts houdt in zijn adviezen/behandeling/begeleiding rekening met de levensbeschouwelijke opvattingen en het cultuurpatroon van zijn patiënten, alsmede met eventuele taalbarrières.

Voorstel tot wijziging:

Het volgende gedeelte vervalt: “...in zijn adviezen/behandeling/begeleiding...”.

II.12.

Tekst november 1993:

De arts legt de voor de behandeling relevante gegevens neer in een dossier en bewaart deze - behoudens wettelijke uitzonderingen - gedurende tien jaren, te rekenen vanaf het tijdstip waarop zij zijn vervaardigd, of zoveel langer als redelijkerwijs uit de zorg van een goed arts voortvloeit.

Voorstel tot wijziging:

Het begrip ‘behandeling’ wordt vervangen door ‘hulpverlening’. Achter “uitzonderingen” wordt een voetnoot geplaatst waarin als voorbeeld van een wettelijke uitzondering wordt gewezen op de Wet BOPZ.

Toevoeging nieuwe gedragsregel II.12a (later te vernummeren):

In afwijking van het bepaalde in II.12 worden door middel van een keuring verkregen gegevens bewaard zo lang dat noodzakelijk is in verband met het doel van de keuring.

Hieraan wordt toegevoegd een voetnoot met de volgende inhoud: Dit kan betekenen dat voor gegevens verkregen door middel van een keuring zowel kortere als langere bewaartermijnen kunnen gelden dan de algemene termijn van tien jaren.

VII.1.

Tekst november 1993:

De arts tracht een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van de wetenschap op het gebied van de volksgezondheid.

Voorstel tot wijziging:

Na “...leveren aan...” wordt ingevoegd: “het medisch onderwijs en aan...”.

Redactionele aanpassingen

In een aantal gedragsregels hebben, mede ter vereenvoudiging van de tekst, redactionele aanpassingen plaatsgevonden. Deze hebben geen inhoudelijke gevolgen (I.6, I.7, II.4, II.5, II.12, II.14, II.15, II.16, II.18, II.20, III.1, III.5, III.6, III.7 en III.14).

Aanpassing ‘Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens’ aan de wet BOPZ

ad punt V Beschrijvingsbrief 210de Algemene Vergadering

De inwerkingtreding van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen per 17 januari 1994 moet leiden tot een aanpassing van p. 15-16 van de KNMG-‘Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens’ (het ‘groene boekje’). De strekking van de tekst blijft

ongewijzigd. Hetzelfde stramien volgend als de huidige versie moet de nieuwe tekst aldus komen te luiden:

Onvrijwillige opname van psychiatrische patiënten

Sinds de invoering van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) in 1994 houden de voor-

schriften van de voor een onvrijwillige opname in een psychiatrisch ziekenhuis noodzakelijke verklaringen het volgende in:

A. Voorlopige machtiging

Voor de onvrijwillige opname in een psychiatrisch ziekenhuis is de ‘normale’ procedure dat door de arrondissements-

rechtbank een voorlopige machtiging tot plaatsing wordt verleend. In de gevallen waarin het een persoon betreft die niet reeds in een psychiatrisch ziekenhuis verblijft,* verlangt de wet een met redenen omklede verklaring van een psychiater die niet bij de behandeling van de patiënt betrokken is, in welke verklaring wordt ingegaan op de criteria voor onvrijwillige opname. Deze psychiater behoort de persoon op wie de verklaring betrekking heeft kort tevoren te hebben onderzocht. Zo mogelijk pleegt hij tevoren overleg met de huisarts en de behandelend psychiater van betrokkene. De behandelend (huis)-arts is niet bevoegd de voor een voorlopige

machtiging vereiste verklaring af te geven.

B. Inbewaringstelling

In spoedeisende gevallen, dat wil zeggen bij ernstig vermoeden van onmiddellijk dreigend gevaar voor zichzelf, voor anderen of voor de algemene veiligheid van personen of goederen, is de burgemeester bevoegd de patiënt in bewaring te stellen. Daartoe dient de burgemeester te beschikken over een schriftelijke geneeskundige verklaring, bij voorkeur van een niet-behandelend psychiater of - als dat niet mogelijk is - een bij voorkeur niet-behandelend arts, niet zijnde een psychiater.

Hieruit volgt dat een behandelend arts

gerechtigd is een geneeskundige verklaring voor een inbewaringstelling af te geven, doch uitsluitend wanneer de omstandigheden dit noodzakelijk maken. Te denken valt aan een ernstige noodsituatie, waarbij niet tijdig een niet-behandelend psychiater/arts kan worden ingeschakeld. Indien de arts die de verklaring afgeeft niet is een psychiater of de huisarts van de patiënt, pleegt hij tevoren met een psychiater (bij voorkeur de behandelend psychiater) en de huisarts overleg.

* Verblijft de patiënt ten aanzien van wie een voorlopige machtiging wordt aangevraagd reeds in het psychiatrisch ziekenhuis, dan is volgens de Wet BOPZ een verklaring van de geneesheer-directeur vereist.

Code beheer en verkeer sociaal-medische gegevens

ad punt VI Beschrijvingsbrief 210de Algemene Vergadering:

KNMG-code voor het beheer en verkeer van sociaal-medische gegevens in het kader van de uitvoering van de sociale verzekeringswetten (Wet terugdringing ziekteverzuim en gewijzigde Arbeidsomstandighedenwet) in verband met eventuele aanpassing van de KNMG-Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens'

Hier treft u aan de 'Code voor het beheer en verkeer van sociaal-medische gegevens in het kader van de uitvoering van de gewijzigde sociale verzekeringswetgeving'. Per 1 januari 1994 is er namelijk nieuwe wetgeving van kracht geworden in het kader van de terugdringing van ziekteverzuim (Wet terugdringing ziekteverzuim, afgekort TZ, en Wijziging Arbeidsomstandighedenwet, afgekort Arbo). Voor de beroepsgroep zijn met name de aspecten rond gegevensuitwisseling tussen curatieve sector en artsen van zogenoemde 'deskundige diensten' (arbo-diensten of bedrijfsgezondheidsdiensten) alsmede tussen artsen van deskundige diensten en bedrijfsverenigingen, werkgevers en geneeskundig adviseurs van particuliere verzekeraars van belang. Deze vier gegevenstrajecten zijn nader uitgewerkt in de Code, welke grotendeels is gebaseerd op de huidige KNMG-Richtlijnen inzake het omgaan

met medische gegevens' (opgenomen in het KNMG-vademecum, 1992). De code is bedoeld als richtlijn voor behandelend artsen en sociaal-geneeskundigen met betrekking tot gebruik en verstrekking van sociaal-medische gegevens. Deze code is een direct vervolg op de conclusies uit de vervolgonferentie 'Artsen en Arbeidsongeschiktheid, van knelpunten naar oplossingen' welke op 21 en 22 april 1993 op verzoek van staatssecretaris Simons van WVC in de Domus Medica in Utrecht werd georganiseerd. Het Hoofdbestuur van de KNMG heeft op 7 december 1993 deze Code als richtlijn voor de praktijk per 1 januari 1994 vastgesteld. In *bijlage 1* bij de Code is een overzicht opgenomen van de gevolgen voor de huidige KNMG-Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens'. Zoals in deze bijlage is aangegeven zal, afgezien van een *aanvulling* als gevolg van een beperkt aantal bij wet verplicht te verstrekken gegevens, de Code er niet toe leiden dat *wijzigingen* moeten worden aangebracht in de huidige KNMG-Richtlijnen.

In *bijlage 2* is een voorstel opgenomen voor een gewijzigde uitvoering van de gegevensuitwisseling tussen de curatieve sector en artsen van deskundige diensten. In het voorstel wordt onder een aantal *strikte voorwaarden* een nadere invulling gegeven aan de door het Kabinet en de

deelnemers van voornoemde vervolgonferentie gewenste 'open communicatie' tussen curatieve sector en artsen van deskundige diensten in het kader van de sociaal-medische begeleiding. Volledigheidshalve wijzen wij u eveneens op de publikatie over dit onderwerp in de rubriek 'Officieel' in Medisch Contact 1994/nr. 1.

Vraag

Graag wil het Hoofdbestuur de reeds door hem vastgestelde Code aan de Algemene Vergadering voorleggen en het voorstel, zoals opgenomen in bijlage 2 bij de Code, in opiniërende zin aan de orde stellen. Dit voorstel is eveneens voorgelegd aan de besturen van de beroepsverenigingen LAD, LHV, LSV en LVSG voor (eventuele) ledenraadpleging in het voorjaar van 1994. De hieruit verkregen reacties zullen worden verwerkt in een, voorzover nodig, bij te stellen versie welke dan in een volgende Algemene Vergadering zal worden voorgelegd voor definitieve besluitvorming. In het geval de leden kunnen instemmen met het voorstel in bijlage 2 dan zal, ter nadere uitwerking van de in de bijlagen 1 en 2 genoemde consequenties, aan een volgende Algemene Vergadering een tekstvoorstel worden voorgelegd voor aanpassing van de huidige KNMG-Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens'.

Code voor het beheer en verkeer van sociaal-medische gegevens in het kader van de uitvoering van de gewijzigde sociale verzekeringswetgeving (Wet terugdringing ziekteverzuim en gewijzigde Arbeidsomstandighedenwet)

Preamble

Open communicatie in het kader van sociaal-medische begeleiding

Met het oog op het realiseren van een adequate sociaal-medische begeleiding van zieke werknemers is door alle betrokken maatschappelijke groeperingen de noodzaak onderstreept van een open communicatie tussen artsen werkzaam in de curatieve sector en artsen werkzaam bij deskundige diensten (arbo-diensten of bedrijfsgezondheidsdiensten). Het kabinet deed dat onder meer bij de presentatie van haar visie op sociaal-medische begeleiding in haar kabinetsstandpunt dienaangaande van 1 juli 1992.

Ten behoeve van een adequate sociaal-medische begeleiding kan het nodig zijn dat artsen bij deskundige diensten in het kader van de begeleiding van ziekte en arbeidsongeschiktheid van werknemers over informatie beschikken afkomstig uit de curatieve sector. De voorwaarden waaronder die verstrekking door de curatieve sector aan de arts bij de deskundige dienst tot stand komt wordt hierna nader aangegeven (zie traject 1 hieronder).

Open communicatie in relatie tot de (gewijzigde) uitvoering van de sociale verzekeringswetgeving

Het streven naar open communicatie tussen curatieve sector en arbo-diensten (traject 1) kan op gespannen voet komen te staan met de taken die in de (naar alle waarschijnlijkheid) op 1 januari 1994 in werking tredende wettelijke regelingen inzake terugdringing van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid (met name Wet terugdringing ziekteverzuim (TZ) en Wet wijziging Arbowet (Arbo)) aan bedrijfsverenigingen opgedragen zijn, en met name met de wettelijke verplichting tot verstrekking van relevante gegevens door arbo-diensten aan bedrijfsverenigingen (artikel 50e eerste lid Organisatiewet Sociale Verzekering) (traject 2). Daarnaast zullen er nog andere informatiestromen ontstaan in verband met de gewijzigde uitvoering van de sociale verzekeringswetgeving, te weten de gegevensuitwisseling tussen de arts bij de

deskundige dienst met de werkgever (traject 3) en met de geneeskundig adviseur bij een particuliere verzekeringsmaatschappij bij welke de werkgever het eigen financiële risico gedurende de eerste zes (grote bedrijven) c.q. twee weken (kleine bedrijven) van het ziekteverzuim kan herverzekeren (echter niet bij de bedrijfsvereniging) (traject 4).

In het schema zijn de diverse van elkaar te onderscheiden trajecten van gegevensuitwisseling in het kader van de begeleiding en beoordeling van ziekte en arbeidsongeschiktheid van de patiënt/werknemer aangegeven. In het hiernavolgende zullen deze afzonderlijk worden toegelicht.

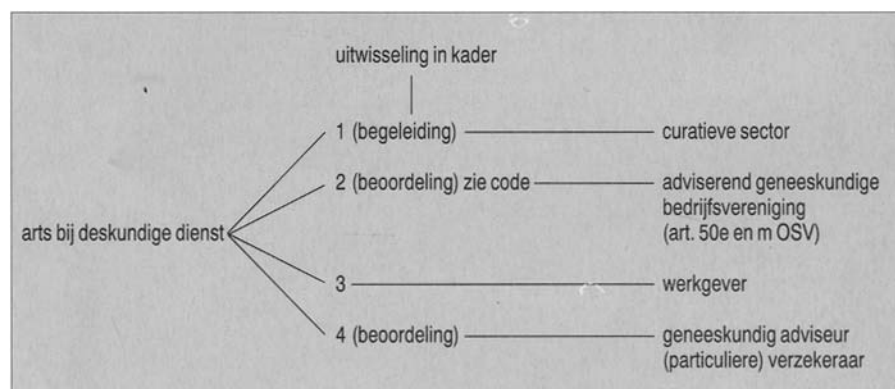
Gegevensuitwisseling traject 1: gegevensuitwisseling tussen curatieve sector en arts bij de deskundige dienst

Van een 'open communicatie' (in de zin van vrije gegevensuitwisseling met veronderstelde toestemming van de patiënt/werknemer) tussen de curatieve sector en artsen werkzaam bij deskundige diensten in het kader van de sociaal-medische begeleiding van de patiënt/werknemer kan in de praktijk alleen sprake zijn als de curatieve sector gegarandeerd kan worden dat de arts bij de deskundige dienst deze informatie uitsluitend gebruikt in het kader van de begeleiding/behandeling van de zieke werknemer. Is dat niet het geval, dan zal de arts van de deskundige dienst voor verstrekking van die gegevens

voor andere doeleinden (zie de gegevensstromen binnen de trajecten 2, 3 en 4) uitdrukkelijke toestemming nodig hebben van de patiënt/werknemer. Immers, indien de informatie vanuit de curatieve sector mede wordt gebruikt voor andere doeleinden - zoals claimbeoordeling door de bedrijfsvereniging of (particuliere) verzekeraar of voor verstrekking van informatie aan de werkgever - en de patiënt/werknemer is daarin niet gekend door daarvoor uitdrukkelijke toestemming te geven, dan kan daardoor de vertrouwensrelatie tussen behandelend arts en patiënt (maar bovendien ook tussen de arts bij de deskundige dienst en de patiënt/werknemer) ernstig worden geschaad en kan de behandelend arts door zijn patiënt aangesproken worden op (schending van) zijn beroepsgeheim. De behandelend arts blijft immers altijd persoonlijk verantwoordelijk en aansprakelijk voor de wijze van gebruik en verstrekking van de gegevens over zijn patiënt.

Op dit moment is het onduidelijk en niet te overzien op welke wijze inhoud zal worden gegeven aan de functie van de arts bij de deskundige dienst. Niet duidelijk is in hoeverre begeleidende taken (ingevolge gewijzigde Arbeidsomstandighedenwet) en beoordelende taken (ingevolge Wet terugdringing ziekteverzuim) van de arts bij de deskundige dienst door elkaar heen zullen gaan lopen en derhalve hoe de (via 'open communicatie' verkre-

Schema.



gen) informatie uit de curatieve sector voor het ene dan wel andere doel of beide doelen gebruikt zal gaan worden en of en op welke wijze daarvoor toestemming zal worden verkregen van de patiënt/werknemer. Voorts zullen sommige werkgevers bij inwerkingtreding van de gewijzigde wetgeving op 1 januari 1994 nog niet aangesloten zijn bij een deskundige dienst (pas in 1996 respectievelijk 1998 dient verplichte aansluiting bij een gecertificeerde arbodienst een feit te zijn) en in deze overgangperiode is het mogelijk dat de bedrijfsverenigingen voor de nog niet aangesloten werkgevers de controle in de eerste 2/6 weken alsmede werkzaamheden op het terrein van preventie en begeleiding verricht. Voor de curatieve sector is niet duidelijk met welke arts van welke instantie zij te maken hebben. Een nieuwe ontwikkeling is voorts dat particuliere verzekeraars aan werkgevers, naast een (ziektégeld)verzekering gedurende de eerste 2/6 weken van het ziekteverzuim, diensten in de vorm van verzuimbegeleiding aanbieden via eigen - maar juridisch afgezonderde - arbo-diensten. Onduidelijk is of deze strikt van elkaar te scheiden beoordelings- en begeleidingstaken van artsen bij de verzekeringsmaatschappij en de daarbij behorende gegevens door elkaar heen gaan lopen.

Met het oog op het hierop menen de betrokken artsenorganisaties dat de tijd nog niet rijp is om vanwege de tijdsdruk (invoering gewijzigde wetgeving per 1994) reeds op dit moment uitvoering te geven aan een 'open communicatie' in bovenbedoelde zin. Zorgvuldige raadpleging van de diverse achterbannen van de beroepsgroepen over de vraag of, wanneer en onder welke voorwaarden hieraan uitvoering moet worden gegeven, zal daaraan vooraf moeten gaan. Nadat deze raadpleging heeft plaatsgevonden (gestreefd wordt naar eerste helft van 1994) zullen de betrokken artsenorganisaties hierop terugkomen. Indien mogelijk zal de besluitvorming hieromtrent worden betrokken in een evaluatie-overleg met Sociale Verzekeringsraad, bedrijfsverenigingen en arbo-diensten, dat volgens afspraak medio 1994 zal plaatsvinden.

Uitgangspunten gegevensuitwisseling
Gegevensuitwisseling tussen curatieve sector en artsen bij deskundige diensten (of anderszins zoals bedrijfsverenigingen die in de overgangperiode de werkzaam-

heden van de arbo-diensten verrichten) zal (vooralsnog) plaatsvinden volgens (hoofdstuk 2 van) de huidige KNMG-'Richtlijnen inzake omgaan met medische gegevens' (1992). Dit betekent dat de behandelend arts verantwoordelijk is voor het feit dat de patiënt/werknemer gerichte (schriftelijke) toestemming heeft gegeven voordat gegevensverstrekking aan de arts bij de deskundige dienst plaatsvindt. Dat kan bijvoorbeeld gebeuren door middel van een (door de arts van de bedrijfsvereniging afgegeven) gericht machtigingsformulier dat door de patiënt/werknemer wordt ingevuld/ondertekend. Voor de patiënt dient daarbij duidelijk te zijn voor welk doel de gegevens worden verstrekt, om welke gegevens het gaat en wat de mogelijke consequenties van de gegevens-uitwisseling zijn. De meest adequate informatieuitwisseling zal tot stand kunnen komen als de arts van de deskundige dienst gerichte vragen stelt (bij voorkeur gericht op de gegevens zoals vermeld in punt 4 in de Appendix bij de code).

Gegevensuitwisseling traject 2: gegevensuitwisseling tussen arts werkzaam bij de deskundige dienst en arts bij de bedrijfsvereniging (uitgewerkt in bijgaande 'Code beheer en verkeer sociaal-medische gegevens')

Naast de controletaak op het bestaan van ongeschiktheid tot het verrichten van arbeid wegens ziekte (claimbeoordeling na de eigen-risicoperiode) heeft de bedrijfsvereniging ingevolge de nieuwe wetgeving tot taak om bij gebleken ongeschiktheid te beoordelen of de werkgever zijn taak met betrekking tot verzuimbegeleiding/reintegratie op adequate wijze uitoefent (nieuwe artikel 39 lid 1 Ziektewet). Is dat laatste niet het geval dan heeft de bedrijfsvereniging de bevoegdheid om gedurende maximaal zes weken de ziektegelduitkering na de eigen-risicoperiode op de werkgever te verhalen (nieuwe artikel 39b lid 1 Ziektewet). In de situatie dat er een deskundige dienst is (nieuwe artikel 39 Ziektewet) zal de bedrijfsvereniging voor deze toezichthoudende taak in het algemeen kunnen volstaan met een globale toets. Is de deskundige dienst er niet - en dat kan in de overgangperiode (1994-1996/1998) het geval zijn - dan zal de bedrijfsvereniging extra aandacht moeten hebben voor de situatie in het bedrijf zelf (nieuwe artikel 39a lid 4 Ziektewet). Tenslotte heeft de bedrijfsver-

eniging ingevolge TZ/Arbo tot taak herplaatsingsactiviteiten van de werkgever over te nemen op het moment dat vaststaat, dat herplaatsing van de werknemer in het eigen bedrijf niet meer mogelijk is.

Uitgangspunten voor gegevensuitwisseling; zie bijgaande 'Code voor beheer en verkeer van sociaal-medische gegevens'

Voor de uitvoering van de hiervoor aangegeven taken van de bedrijfsverenigingen is de overdracht van een beperkt aantal relevante gegevens uit het (medisch) dossier van de patiënt/werknemer nodig. Voor deze overdracht is in Artikel VIII onderdelen B en C van TZ (artikel 50e eerste lid OSV) een bepaling opgenomen inzake verplichte kosteloze overdracht van voor de uitvoering van de wettelijke regeling noodzakelijke gegevens door de deskundige diensten. Het kabinet heeft een nadere uitwerking van hetgeen als 'noodzakelijke gegevens' dient te worden beschouwd toegewezen aan de betrokken instellingen. De beroepsgroep heeft vervolgens desgevraagd door middel van *bijgaande code* een kader aangegeven waarbinnen bedoelde noodzakelijke gegevens kunnen worden uitgewisseld. Omdat naar schatting in circa 90% van de gevallen de werknemer binnen het verstrijken van de eerste periode van het ziekteverzuim hersteld is (zes weken) kan ervan uitgegaan worden dat verstrekking van sociaal-medische gegevens van de patiënt/werknemer aan artsen werkzaam bij bedrijfsverenigingen in het kader van de uitvoering van de sociale verzekeringswetgeving (zeer) beperkt zal zijn.

Gegevensuitwisseling traject 3: gegevensuitwisseling tussen arts werkzaam bij de deskundige dienst en de werkgever

Met de nieuwe wetgeving inzake terugdringing van ziekteverzuim (TZ/Arbo) wordt beoogd, dat ondernemingen door een vergroting van de financiële betrokkenheid beter kunnen worden aangesproken op hun verantwoordelijkheid ten aanzien van preventie en bekorting van het kort- en langdurend ziekteverzuim. Gedurende de eerste periode van het ziekteverzuim zal de werkgever daartoe zelf het financiële risico moeten gaan dragen. Na deze eigen-risicoperiode neemt de bedrijfsvereniging het financiële

risico over en beoordeelt of een claim in het kader van de sociale verzekeringswetgeving kan worden toegekend. Gedurende het gehele ziekteverzuim zal de werkgever zelf verantwoordelijk worden gesteld voor de begeleiding van het ziekteverzuim en voor het zoeken van herplaatsingsmogelijkheden (reïntegratie) in het eigen bedrijf. Met inachtneming van de overgangsperiode (1994-1996/1998) dient de werkgever voor ondersteuning daarbij verplicht gebruik te gaan maken van een gecertificeerde deskundige dienst.

Uitgangspunten gegevensuitwisseling
Ten aanzien van de gegevensuitwisseling tussen de arts werkzaam bij de deskundige dienst en de werkgever bestaat een gelijke situatie als in de huidige relatie werkgever-bedrijfsarts. De bedrijfs-/arbo-arts zal zich daarbij naar de werkgever beperken tot gerichte informatie over de werkzaamheden waartoe de werknemer nog wel of niet meer geschikt is en welke aanpassingen of werkvoorzieningen in het kader van werkhervatting/reïntegratie daartoe mogelijk door de werkgever kunnen worden getroffen. Er vindt derhalve geen uitwisseling van (sociaal-medische) gegevens plaats. Deze beperkte informatieverstrekking door de bedrijfs-/arbo-arts vindt steun in gezondheidsrechtelijke jurisprudentie.

Gegevensuitwisseling traject 4: gegevensuitwisseling tussen arts bij de deskundige dienst en de geneeskundig adviseur bij de (particuliere) verzekeraar

De werkgever kan ervoor kiezen het financiële risico dat hij gedurende de eerste eigen-risicoperiode draagt bij een (particuliere) verzekeraar onder te brengen. Voor de gegevensuitwisseling tussen de arts bij de deskundige dienst en de geneeskundig/medisch adviseur van de particuliere verzekeraar in het kader van een door de werkgever ingediende claim wordt van het volgende uitgegaan.

Uitgangspunten gegevensuitwisseling
Conform de bestaande KNMG-'Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens' heeft de arts bij de deskundige dienst uitdrukkelijke toestemming van de patiënt/werknemer nodig voor het verstrekken van informatie aan de medisch adviseur van de (particuliere) verzekeraar (zie hoofdstuk 19). Immers, voor deze

informatie-uitwisseling bestaat geen wettelijke regeling (zoals art. 50e OSV in traject 2) die het mogelijk maakt dat (bepaalde relevante) gegevens zonder toestemming van de patiënt/werknemer kunnen worden verstrekt.

Code voor beheer en verkeer van sociaal-medische gegevens tussen artsen werkzaam bij deskundige diensten en artsen werkzaam bij bedrijfsverenigingen

1. Reikwijdte van de code

Deze code heeft betrekking op het beheer en verkeer van (sociaal-)medische gegevens tussen artsen werkzaam bij deskundige diensten (arbo-diensten of bedrijfsgezondheidsdiensten) en artsen werkzaam bij bedrijfsverenigingen, voorzover deze gegevens aantoonbaar relevant zijn voor de uitvoering van de wettelijke taken van de bedrijfsverenigingen ingevolge de Wet terugdringing ziekteverzuim/Wet wijziging Arbowet (TZ/Arbo) in het kader van: claimbeoordeling, reïntegratie en toezicht.

2. Informatieplicht

- a. Over het beheer en verkeer van sociaal-medische gegevens dient door de arts, werkzaam bij de deskundige dienst, actieve voorlichting aan patiënten/werknemers en aan de curatieve sector te worden gegeven. Deze voorlichting dient ook schriftelijk te worden verstrekt.
- b. Patiënten/werknemers dienen zowel bij indienstreding in het bedrijf door de werkgever als bij de aanvang van de verzuimbegeleiding door de arts, werkzaam bij de deskundige dienst, te worden geïnformeerd over hetgeen onder punt 4 inzake het gegevensverkeer is vermeld. Daartoe dient een (uniforme) heldere informatiefolder te worden gemaakt. Tevens zal de arts van de deskundige dienst aan de patiënt/werknemer aanvullende informatie geven welke gericht is op de specifieke situatie.
- c. Voor patiënten/werknemers alsmede voor behandelende artsen moet duidelijk zijn dat voor overdracht van een beperkt aantal in punt 4.b. genoemde gegevens toestemming verondersteld wordt te zijn gegeven en voor de overdracht van alle overige *uitsluitend relevante* sociaal-medische gegevens gerichte toestemming aan patiënten/werknemers zal worden gevraagd.

3. Gegevensbeheer

De arts werkzaam bij de deskundige dienst is verantwoordelijk voor een zorgvuldige bewaring en beheer van de sociaal-medische dossiers van patiënt/verzekerde alsmede voor de toegang tot deze dossiers. Toegangsgerechtigden worden schriftelijk benoemd.

4. Gegevensverkeer

- a. Voor overdracht van alle door de arts werkzaam bij de deskundige dienst relevant geachte sociaal-medische gegevens aan de arts van de bedrijfsvereniging is voorafgaande gerichte *toestemming* van de patiënt/werknemer vereist.
- b. Ten aanzien van een beperkt aantal voor de uitvoering van TZ/Arbo relevante gegevens mag echter worden uitgegaan van veronderstelde toestemming van de patiënt/werknemer. Deze gegevens worden expliciet genoemd in de aan deze code gehechte *Appendix*.

5. Wijze van gegevensoverdracht

- a. De voor de uitvoering van de sociale verzekeringswetten relevante sociaal-medische gegevens worden verwerkt in een door de verantwoordelijke arts van de deskundige dienst op te stellen rapportage/advies aan de arts van de bedrijfsvereniging.
- b. De arts van de deskundige dienst zal geen volledig *medisch* dossier of stukken daaruit overdragen.

6. Evaluatie

Deze code is vastgesteld door de federatie KNMG, waarin zowel behandelende artsen als sociaal-geneeskundigen participeren. Tevens zal overleg plaatsvinden/heeft overleg plaatsgevonden met instellingen en organisaties die nauw bij deze materie betrokken zijn (sociale fondsen, koepels van arbo-diensten, werknemers- en werkgeversorganisaties, patiëntenbelangenorganisaties). Evaluatie van de uitvoering van deze code vindt in samenspraak met voornoemde instellingen en organisaties na twee jaar plaats aan de hand van tenminste de volgende items:

- a. Knelpunten bij de praktische uitvoerbaarheid van de code (waaronder beperkingen voor open communicatie binnen traject 1).
- b. Uitwerking en uitvoering van de informatieplicht ten behoeve van patiënten/werknemers en behandelende artsen.
- c. Aansluiting van de code op privacy-wetgeving/rechterlijke uitspraken.

APPENDIX

Gegevens ex punt 4.b waarvoor toestemming van de patiënt/werknemer voor overdracht van artsen werkzaam bij een deskundige dienst aan artsen werkzaam bij bedrijfsverenigingen verondersteld kan worden te zijn gegeven.

1. Naam-, adres- en woonplaatsgegevens met eventueel vermelding van een administratienummer.
2. Omschrijving van de functie en (van de werkgever verkregen) functie-eisen van de patiënt/werknemer.

3. Eerste ziektedag.
4. Conclusies ten aanzien van belastbaarheid van betrokkene in relatie tot de belasting in diens werk. De conclusie is opgebouwd uit de volgende elementen:
 - * discrepantie tussen de belastbaarheid van de werknemer en de belasting in de eigen functie;
 - * functie-aspecten die qua belasting werkhervatting van de werknemer blokkeren;
 - * beperkingen van de werknemer die werkhervatting blokkeren;

- * mogelijkheden voor hervatting/herplaatsing;
- * de ontwikkeling van de verhouding belasting-belastbaarheid (gedurende de verzuimbegeleiding en, voor zover mogelijk, prognose van deze verhouding).
- 5. Voorgenomen activiteiten of reeds getroffen voorzieningen/aanpassingen met het oog op werkhervatting of reïntegratie.

Bijlage 1. Overzicht van consequenties van gegevensuitwisseling volgens de bijgaande code voor het beheer en verkeer van sociaal-medische gegevens in het kader van de uitvoering van de gewijzigde sociale verzekeringswetgeving (WTZ/Arbowet) voor de KNMG-'Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens' (1992)

** Consequenties voor de bestaande KNMG-'Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens' binnen traject 1 (curatieve sector-arts deskundige dienst)*
Op dit moment geen. Afhankelijk van de resultaten van de achterbanraadpleging

inzake 'open communicatie' en de voorwaarden waaronder dit zal plaatsvinden, zullen de richtlijnen op termijn mogelijk moeten worden aangepast.

** Consequenties voor de bestaande KNMG-'Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens' binnen traject 2 (arts deskundige dienst-arts bedrijfsvereniging)*

In hoofdstuk 8 van de Richtlijnen ('gegevensuitwisselingen bij wet geregeld') dient een aanvulling opgenomen te worden in die zin dat de in de Appendix genoemde gegevens ingevolge art. 50e OSV met veronderstelde toestemming

van de patiënt/werknemer door de arts bij de deskundige dienst aan de arts van de bedrijfsvereniging mogen worden verstrekt.

** Consequenties voor de bestaande KNMG-'Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens' binnen traject 3 (arts deskundige dienst-werkgever)*
Geen.

** Consequenties voor de bestaande KNMG-Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens binnen traject 4 (arts deskundige dienst-geneeskundig adviseur particuliere verzekeraar)*
Geen.

Bijlage 2. Voorstel aan de Algemene Ledenvergadering van 15 februari 1994 met betrekking tot een te wijzigen uitvoering van de gegevensuitwisseling tussen curatieve sector en arts van de deskundige dienst (gegevensuitwisseling traject 1)

In bijgaande 'Code voor het beheer en verkeer van sociaal-medische gegevens in het kader van de uitvoering van de gewijzigde sociale verzekeringswetgeving' (Wet terugdringing ziekteverzuim/Arbeidsomstandighedenwet) wordt met het oog op het realiseren van een adequate sociaal-medische begeleiding van zieke werknemers in de preambule gewezen op het belang van open communicatie tussen artsen werkzaam in de curatieve sector en artsen werkzaam bij deskundige diensten. Tijdens de vervolgonferentie 'Artsen en Arbeidsongeschiktheid' in april 1993, welke werd bijgewoond door vertegenwoordigers van artsengroeperin-

gen, werkgevers- en werknemersorganisaties, overheden en patiënten/consumentenorganisaties, werd het volgende geconcludeerd (conclusie 3):

"Bij alle maatregelen - daaronder mede begrepen de wettelijke - moet erop worden toegezien dat een open communicatie met de curatieve sector erdoor wordt bevorderd. Dit geldt zowel voor de eigen risicoperiode als voor de periode daarna. Het feit dat de eerste medische beoordeling berust bij de AAG (arts voor arbeid en gezondheid c.q. arts van de arbodienst) en de bedrijfsvereniging zich daarbij in het merendeel van de gevallen - op basis van het dossier - zal aansluiten, alsmede het gegeven dat ARBO-diensten ook alle taken moeten kunnen verrichten in het kader van het verzuimbeheersingsbeleid mag deze open communicatie niet in de weg staan. De onafhankelijke positie en de professionaliteit van de AAG moeten daar borg voor staan. Dit betekent een

daarop gebaseerd onafhankelijk oordeel van de AAG, dat ten dienste staat van alle relevante instanties. Dit oordeel laat onverlet de eigen verantwoordelijkheid voor te nemen beslissingen van werkgever/werknemer en uitkeringsinstanties."
Zoals reeds verwoord in 'Gegevensuitwisseling traject 1' in de code is eerst zorgvuldige raadpleging van de achterban van de beroepsgroepen noodzakelijk alvorens uitvoering kan worden gegeven aan een 'open communicatie'. Daarmee wordt bedoeld: een vrije gegevensuitwisseling tussen behandelend arts en arts van de deskundige dienst met veronderstelde toestemming van de patiënt/zieke werknemer.

Over de wijze waarop en de voorwaarden waaronder mogelijk op meer adequate en praktische wijze vorm kan worden gegeven aan een 'open communicatie' dan dat het geval is in de huidige situatie (zie daarvoor de 'Uitgangspunten

gegevensuitwisseling' onder traject 1 in bijgaande code) is in november 1993 het volgende voorstel gedaan binnen de Domuscommissie 'Artsen en Arbeidsomgeschiktheid'.

Procedure voor gegevensuitwisseling tussen curatieve sector en arts van de deskundige dienst

a. Bij indiensttreding van een werknemer en ook kort (een aantal dagen) nadat deze ziek wordt, ontvangt deze schriftelijke voorlichting (brochure) over de procedure en van de rol van de arts van de deskundige dienst, zowel voor wat betreft diens begeleidende taken als voor wat betreft diens adviserende taak naar de werkgever en diens wettelijk (beperkte) plicht tot gegevensuitwisseling met de arts van de bedrijfsvereniging na 2 (werkgever met minder dan 15 werknemers) c.q. 6 (werkgever met meer dan 15 werknemers) weken ziekte van de werknemer. Tevens wordt aangegeven, dat met toestemming van de patiënt/werknemer aan de behandelend arts relevante gegevens zullen worden gevraagd en dat betrokkene dat kan weigeren. Wel wordt betrokkene gewezen op eventuele (zorginhoudelijke) consequenties daarvan.

b. In de schriftelijke informatieverstrekking wordt het volgende beschreven:
- De arts van de deskundige dienst zal, afhankelijk van de met de werkgever overeengekomen aanpak/begeleiding van het ziekteverzuim, de betrokken werknemer op enig moment oproepen om diens situatie te bespreken (dit zal nader geregeld moeten worden in het contract tussen werkgever en deskundige dienst). - Als uit dit gesprek naar voren komt, dat de arts van de deskundige dienst aanvullende gegevens vanuit de behandelende sector nodig heeft voor een goede beoordeling en begeleiding van de functiestoornissen, dan zal de arts van de deskundige dienst dat aan de orde stellen.

- De arts van de deskundige dienst zal aan de betrokkene tijdens het gesprek voor het opvragen van gegevens vanuit de behandelende sector om toestemming vragen.

De patiënt/werknemer wordt derhalve eveneens de mogelijkheid geboden bezwaar te maken tegen het verstrekken van (een deel van de) gegevens door diens behandelend arts. De arts zal de werknemer ook de mogelijkheid moeten bieden dat deze eerst zelf contact met de behan-

delend arts opneemt over de uit te wisselen informatie.

- De arts van de deskundige dienst zal de mogelijke gevolgen van eventueel bezwaar tegen gegevensuitwisseling door de behandelend arts(en) aan de patiënt/werknemer uiteen moeten zetten (zoals het niet kunnen geven van een adequate sociaal-medische begeleiding als gevolg van het beschikken over onvoldoende relevante informatie of mogelijk een nieuwe oproep door de arts van de bedrijfsvereniging die na 2/6 weken moet beoordelen of de werknemer in aanmerking komt voor een Ziektewetuitkering en of de werkgever bij gebleken ongeschiktheid in de eerste 2/6 weken zijn taak met betrekking tot verzuimbegeleiding op adequate wijze heeft uitgeoefend).

- De arts van de deskundige dienst maakt aantekening van toestemming/bezwaar in het medisch dossier.

Is volgens bovenstaande procedure toestemming verkregen van de werknemer dan kan de arts van de deskundige dienst contact opnemen met de behandelend arts(en). De arts vermeldt daarbij, dat hij of zij dit contact opneemt met toestemming van de betrokken patiënt/werknemer. Een door de behandelend arts daarbij zorgvuldig te bewandelen weg is, dat hij of zij in het contact met de arts van de deskundige dienst zich er eveneens van vergewist dat toestemming is verkregen van de patiënt/werknemer.

De behandelend arts is en blijft de 'hoeder' van de vertrouwensrelatie met zijn patiënt. Uit dien hoofde kan de behandelend arts ervoor kiezen de informatieverstrekking aan de arts van de arbo-dienst eerst zelf met de patiënt te bespreken.

c. Bovengenoemde gedragswijze dient binnen de beroepsgroep zoveel mogelijk uniform te worden toegepast (waarbij de beroepsgroepen moeten komen tot het opstellen van een gemeenschappelijke folder). Deze informatie dient aan alle betrokkenen, te weten behandelende sector, deskundige diensten, werkgevers, patiënten/werknemers, op zorgvuldige wijze bekend gemaakt te worden. De KNMG biedt bij het nader uitwerken van deze procedure ondersteuning aan.

d. Tussen de (koepels van) deskundige diensten en curatieve sector dient over het bovenstaande overeenstemming te zijn bereikt. Daarnaast moet ernaar worden gestreefd de uitvoering van deze procedure door de arts van de deskundige

dienst als één van de voorschriften (genoemd in artikel 31a, vierde lid van de gewijzigde Arbeidsomstandighedenwet) die kunnen worden verbonden aan het afgeven van een certificaat aan de deskundige dienst, vast te leggen. Dit dient in ieder geval onder de aandacht van de overheid te worden gebracht.

VOORDELEN VAN DEZE PROCEDURE ZIJN:

- Het neerleggen van de verantwoordelijkheid voor het vragen van toestemming bij de arts van de deskundige dienst is vooral een praktische afweging omdat deze een centrale positie heeft in de bij wet verplicht gestelde sociaal-medische verzuimbegeleiding vanuit deskundige diensten. Bovendien heeft de arts van de deskundige dienst tijdens het consult de mogelijkheid een en ander duidelijk toe te lichten. Ook ten aanzien van andere gegevensstromen (zoals met de bedrijfsvereniging, werkgever, (particuliere) verzekeraar) zal de arts van de deskundige dienst als eerste aanspreekpunt fungeren, mede om te voorkomen dat de curatieve sector vanuit diverse disciplines met (dezelfde) vragen zal worden benaderd.

KANTTEKENING 1

Een - juridisch bezien - volledig zuivere procedure is, dat de behandelend arts zelf om gerichte toestemming vraagt aan zijn patiënt (zie het huidige voorstel onder traject 1 in bijgaande code). Indien de in de bijgaande 'Code voor het verkeer en beheer van sociaal-medische gegevens in het kader van de uitvoering van de gewijzigde sociale verzekeringswetgeving (TZ/Arbo)' beschreven uitgangspunten voor gegevensuitwisseling binnen de diverse trajecten op *overeenkomstige wijze* door de arts van de arbodienst (kunnen) worden uitgevoerd, dan biedt dat voldoende garantie dat er zorgvuldige drempels zijn ingebouwd voor gegevensuitwisseling met de andere trajecten (te weten traject 2: vrije uitwisseling van een zeer beperkt aantal gegevens aan de bedrijfsvereniging, zoals aangegeven in de appendix, voor het overige vraagt de arts van de deskundige dienst toestemming aan de patiënt/werknemer; traject 3: de arts van de deskundige dienst vraagt toestemming aan de patiënt/werknemer voor uitwisseling met de werkgever; en traject 4: de arts van de deskundige dienst vraagt toestemming aan de patiënt/werknemer voor uitwisseling met de geneeskundig adviseur van de verzekeraar).

Nota bene: Indien de praktijk zou aangeven dat het takenpakket van de arts van de deskundige dienst zich ook daadwerkelijk en uitsluitend richt op signalering, preventie, begeleiding en advisering inzake werkhervatting en reïntegratie (conform het uitgewerkte concept in het rapport 'Eén arts voor arbeid en gezondheid', opgesteld door NVVG en NVAB in januari 1993), dan is strikt genomen zelfs geen toestemming nodig; de gegevensuitwisseling tussen curatieve sector en arts van de deskundige dienst vindt dan immers plaats in het kader van behandeling/begeleiding. Echter, het verkrijgen van instemming van de patiënt/werknemer is dan toch uiterst zinvol en zorgvuldig en is in het belang van een goede communicatie tussen behandelend arts, patiënt en arts van de deskundige dienst (die tenslotte allen een gemeenschappelijk belang hebben: de gezondheid van de patiënt).

KANTTEKENING 2

Mag er ook van worden uitgegaan dat alle zieke werknemers (na verloop van een bepaalde tijd) worden opgeroepen door de arts van de deskundige dienst, zodat bovenvermelde procedure ook kan worden uitgevoerd?

Voorstel aan de Algemene Vergadering
Kan de Algemene Vergadering instemmen met het volgende voorstel?

Met de onder a en b vermelde procedure kan worden ingestemd, onder de voorwaarde dat:

* duidelijkheid is verkregen over de rol van de arts werkzaam bij de deskundige dienst in die zin dat deze zich uitsluitend bezighoudt met de sociaal-medische begeleiding (conform het eerdergenoemde uitgewerkte concept in het rapport 'Eén arts voor arbeid en gezondheid') en niet met controlerende taken. Voorzover de arts van de deskundige dienst desgevraagd gegevens aan derden verstrekt zal dat gebeuren met uitdrukkelijke toestemming van de patiënt/werknemer. De gegevensuitwisseling binnen de in de KNMG-code aangegeven trajecten 2, 3 en 4 zal op overeenkomstige wijze moeten worden uitgevoerd; en

* duidelijkheid is verkregen over de wijze waarop de gegevensuitwisseling tussen artsen van de arbo-dienst en de bedrijfsvereniging in de praktijk tot stand komt, in die zin dat alleen gegevensuitwisseling met veronderstelde toestemming kan plaatsvinden met betrekking tot de gegevens zoals vermeld in Appendix bij de KNMG-code en dat voor overige gegevens voorafgaande gerichte toestemming wordt gevraagd aan de patiënt/werknemer; en

* de onder d. genoemde eis met betrekking tot opnemings van de voorgestelde procedure in de voorschriften voor het

afgeven van een certificaat aan deskundige diensten of in een vergelijkbare regeling wordt vastgelegd en daaromtrent duidelijke voorlichting wordt gegeven aan betrokkenen, zoals arbo-diensten, curatieve sector, werkgevers, werknemers, verzekeraars etc.; en

* de leden van de beroepsverenigingen eveneens kunnen instemmen met de voorgestelde procedure voor gegevensuitwisseling tussen curatieve sector en arts van de deskundige dienst; en

* aantoonbare financiële consequenties van de nieuwe werkwijze voor zaken als efficiëntie en extra werkbelaasting (onder andere benodigde tijd, administratie- en kopiekosten) met name met betrekking tot informatieverstrekking vanuit de curatieve sector worden gehonoreerd.

CONSEQUENTIES VOOR HUIDIGE

KNMG-RICHTLIJNEN INZAKE HET

OMGAAN MET MEDISCHE GEGEVENS

In de huidige Richtlijnen zal een nieuw hoofdstuk moeten worden opgenomen over de (nieuwe) functie van de arts van de deskundige dienst of arts voor arbeid en gezondheid, de gegevensuitwisseling met andere artsen of disciplines en de voorwaarden waaronder dit gebeurt (zie de trajecten 1 t/m 4 in bijgaande code en bovenvermeld). Hoofdstuk 16 ('Bedrijfsarts') van de huidige richtlijnen zal moeten worden aangepast.

Regionale structuur van de KNMG

ad punt VIII Beschrijvingsbrief 210de Algemene Vergadering

§ 1. Inleiding

Tijdens de Algemene Vergadering van 19 november jl. vroegen diverse afgevaardigden aandacht voor de relatie tussen het centraal bestuurlijk apparaat der KNMG in Utrecht en de leden in het land c.q. de afdelingen. Naar het gevoel van de Algemene Vergadering is in de discussie over de evaluatie dit aspect nog onvoldoende uit de verf gekomen, althans zijn er nog onvoldoende maatregelen aangekondigd om de relatie centraal/perifeer meer inhoud te geven. De lijn

individueel lid/hoofdbestuur is te afstandelijk; de tussenlagen die er nu bestaan, te weten de afdelingen en de afdelingsbesturen alsmede de districten en de districtsbesturen zijn te verschillend ontwikkeld om voor het hele land op een goede wijze in de behoefte aan een betere relatie perifeer/centraal te voorzien.

Een goede perifere verenigingsstructuur is noodzakelijk om de KNMG als vereniging met een veel duidelijker relatie tussen de leden in het land en het centrale bestuursapparaat meer leven in te blazen. Bovendien zal in de toekomst een belangrijk deel van de belangenbe-

hartiging van artsen op regionaal niveau moeten worden uitgevoerd.

§ 2. Voorgeschiedenis

In het verleden hebben zich vele discussies afgespeeld binnen KNMG-verband met betrekking tot de vraag op welk niveau een perifere structuur het best gestalte kan krijgen. De KNMG-commissies die zich sinds het begin van jaren '80 met deze materie hebben bezighouden, komen telkenmale uit op het niveau van de gezondheidsregio zoals gedefinieerd in het kader van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen. Hoewel dit niveau voor gesprekspartners op perifeer niveau met

betrekking tot de organisatie en planning van de gezondheidszorg goed gekozen lijkt, is er toch altijd aarzeling geweest om een dergelijke reorganisatie door te voeren om drie redenen:

1. De afdeling als zodanig opheffen werd met name vanwege de wens van een aantal afdelingen als niet reëel gezien.
2. Het organisatorisch opzetten en in stand houden van zo'n regio heeft financiële consequenties die destijds niet konden worden gefinancierd.
3. Voor sommige groepen artsen werd regionale bundeling niet van belang geacht, met name niet voor sociaal-geneeskundigen.

Met betrekking tot dit laatste punt kan worden opgemerkt dat door de nieuwe wetgeving inzake het ziekteverzuim ook de behoefte aan een regionale organisatie voor sociaal-geneeskundigen kan gaan ontstaan en met betrekking tot de artsen in dienstverband geldt in de toekomst dat op regionaal niveau kan worden onderhandeld over arbeidsvoorwaarden en dergelijke. Ook daar dus meer dan voorheen de behoefte aan een regionale organisatie. Hoewel de rapportages van met name de Commissie Regionalisatie, onder voorzitterschap van het toenmalige HB-lid dr Ch. Hendriks en later een commissie onder voorzitterschap van dr H. Sanders, niet hebben geleid tot het aannemen en implementeren van de daarin gedane voorstellen, zijn toch de ontwikkelingen niet stil blijven staan. Met name de Landelijke Huisartsen Vereniging heeft inmiddels een duidelijke regionale structuur in de vorm van de District Huisartsen Verenigingen (DHV's). De regio-indeling die daarbij is gevolgd, is in beginsel die van de gezondheidsregio's. Ook de LSV heeft voor activiteiten op regionaal niveau gekozen voor deze regio-indeling. Bestuurlijk is door KNMG en beroepsverenigingen afgesproken dat een KNMG-indeling in beginsel deze indeling in gezondheidsregio's moet volgen.

§ 3. Beschouwing

Zoals in het bovenstaande al is aangegeven, is er met betrekking tot de wijze waarop afdelingen en districten van de KNMG functioneren een enorm verschil over het hele land. Sommige afdelingen zijn nauwelijks actief, andere functioneren helemaal niet meer of zijn opgeheven, weer andere leiden een actief bestaan en in weer andere zijn de afdelingen gebundeld tot actieve districten.

Het Hoofdbestuur zou in eerste instantie ontwikkelingen in het land waar actieve afdelingen en/of districten zijn, willen behouden en stimuleren en in die gebieden waarin afdelingen een sluimerend bestaan leiden, willen pogen deze afdelingen weer te activeren, eventueel door fusie en/of samenwerkingen met naburige afdelingen. Daartoe zou het HB een aantal activiteiten willen ontwikkelen die tot een eindsituatie leiden waarbij als laagste organisatieniveau de afdeling kan blijven bestaan. Zoveel mogelijk zal worden bevorderd dat afdelingen samenwerken binnen een gezondheidsregio en ook wat grenzen betreft daarbinnen passen. Op het niveau van deze gezondheidsregio zou door de besturen van de afdelingen een bestuurslaag kunnen worden gevormd: het regiobestuur. Op het niveau van deze regio zal vooral de samenwerking met de regionaal georganiseerde beroepsverenigingen worden behartigd. Deze verandering kan plaatsvinden zonder noemenswaardige wijzigingen van het huidige Huishoudelijk Reglement. Immers, het Hoofdbestuur stelt na overleg met de betrokken afdeling de afdelingsgrenzen vast en geeft afdelingen de mogelijkheid zich te clusteren tot districten. Het enige wat zou moeten gebeuren is het woord 'district' vervangen door 'regio' omdat voor de gezondheidszorg het begrip 'gezondheidsregio' ook voor gesprekspartners buiten de KNMG een herkenbare term is. Voorts en vooral is het van belang dat de afdelingen en regio's een intensieve en goede relatie hebben met het Hoofdbestuur alsmede informatie uitwisselen met het Hoofdbestuur en beïnvloeding over en weer plaatsvindt. Dit is naar de mening van het Hoofdbestuur te bereiken door elk van de zes gekozen HB-leden een aantal regio's c.q. afdelingen toe te wijzen waarvoor dat HB-lid een ambassadeursfunctie vervult vanuit het Hoofdbestuur naar de regio en de afdeling toe en vanuit de afdeling en de regio naar het Hoofdbestuur toe. Elk van de zes gekozen HB-leden, met uitzondering van voorzitter en ondervoorzitter, die al een buitengewoon volle portefeuille hebben, heeft dus een daartoe geclusterd aantal regio's c.q. afdelingen als aandachtsgebied. Op dit moment is, zoals gezegd, de organisatie en activiteit op het niveau van de afdelingen en op het niveau van de districten buitengewoon verschillend. De eerste activiteit die van de HB-leden in kwestie wordt verwacht, is dat zij de voorzitters c.q.

andere bestuurders en afgevaardigden uit hun landsdeel periodiek bij elkaar roepen om:

- a. te vernemen wat er in de regio leeft en dat naar het HB door te geven;
- b. beleidsvoornemens en ideeën vanuit het HB ter discussie voor te leggen aan de afdelingsvoorzitters met de bedoeling deze in hun afdeling te bespreken;
- c. de besturen van de afdelingen en districten in het betrokken landsdeel te enthousiasmeren van onderop mee te werken aan de totstandkoming van de toekomstige regio-indeling zoals hier beschreven.

Teneinde te zorgen voor een betere informatievoorziening aan de leden ter ondersteuning van bovengenoemd proces stelt het Hoofdbestuur voor om de Nieuwsbrief welke nu alleen aan bestuurders (ook van de afdelingen en districten) en de afgevaardigden wordt gestuurd om te vormen in een Ledenbrief voor alle leden. Deze operatie zal veel tijd en energie vergen van de betrokken Hoofdbestuurleden, van de betrokken afdeling- en districtsbestuurders en van het centrale bureau van de KNMG dat, indien de Algemene Vergadering daar de middelen voor beschikbaar stelt, zal zorgen voor personele en materiële ondersteuning van de bijeenkomsten en andere processen die moeten worden begeleid en gestuurd. Een volgende stap naar intensievere betrokkenheid tussen HB en periferie zou zijn dat het betrokken HB-lid ook daadwerkelijk de regio's c.q. afdelingen voortkomt die hij vertegenwoordigt en daaruit gekozen wordt. Dat zou betekenen dat het kiesstelsel van de KNMG vrij ingrijpend moet worden veranderd. Dat hoeft op dit moment nog niet te gebeuren, want het Hoofdbestuur kan ernaar streven bij vacatures in het Hoofdbestuur er bij de kandidaatstelling zoveel mogelijk naar te streven dat HB-leden die geacht worden een groep regio's c.q. afdelingen te vertegenwoordigen ook daaruit voortkomen. De praktijk zal leren hoe een en ander formeel gestalte moet krijgen.

§ 4 Stappenplan

Stap 1

De zes huidige HB-leden krijgen elk een gebied aangewezen. De Hoofdbestuurleden roepen in hun landsdeel twee tot drie keer per jaar de afdelingsvoorzitters bijeen en alle andere bestuurders en afgevaardigden die daar aanwezig willen zijn en bespreken met hen de items zoals ge-

noemd in de vorige paragraaf onder a, b en c. Omdat de spreiding van HB-leden over het land nog niet - althans vanuit de gezichtshoek van deze notitie - optimaal is, zullen overgangsregelingen moeten worden getroffen. Voorts zal de Nieuwsbrief worden omgevormd tot een Ledenbrief.

Stap 2

Bij de eerstvolgende bestuurswisseling in 1995 zal het Hoofdbestuur ernaar streven vooral kandidaatstelling vanuit de regio's Noord-Brabant, Zeeland, Limburg en Zuid-Holland te krijgen.

Stap 3

In 1994 c.q. 1995 zal een wijziging van het kiesstelsel worden voorgelegd aan de Algemene Vergadering.

Stap 4

De verkiezingen voor 1996 zullen het

eerst volgens het nieuwe kiesstelsel worden gehouden.

Stap 5

De gekozen HB-leden zullen in het hele land activiteiten ondernemen om het gestelde onder c. van § 3 te bereiken. Afhankelijk van het resultaat daarvan volgt:

Stap 6

Het vastleggen in Statuten en HR van de nieuwe perifere structuur der KNMG.

§ 5. Middelen

Voor het houden van de vergaderingen in de diverse landsdelen zijn middelen nodig (los van de tijd die de HB-leden erin moeten steken) in geld en menskracht.

De kosten van bureau, reizen, porti, vergaderlocaties, onkostenvergoedingen en dergelijke worden voorlopig globaal en totaal geraamd op f 75.000 op jaarbasis. Voor 1994 is voor de begroting met deze

activiteit nog geen rekening gehouden. Voor de jaren daarop zal een vaste post terzake worden opgenomen.

Een Ledenbrief zal aan extra kosten f 115.000 op jaarbasis met zich mee brengen (4 mailings per jaar à zes pagina's dubbelzijdig). Ook hiervoor is in de begroting voor 1994 niets uitgetrokken.

§ 6. Voorstellen aan de Algemene Vergadering

1. Instemmen met het stappenplan onder § 4 en de argumentatie daarvoor, verwoord in de voorafgaande paragrafen.

2. Instemmen met de suppletoire begrotingspost voor 1994 van f 50.000 + f 85.000 (Immers drie bijeenkomsten zullen in 1994 waarschijnlijk niet overal worden gehaald en ook vier Ledenbrieven zullen in 1994 niet gehaald worden).

3. Instemmen met het op langere termijn opnemen van een vaste jaarlijkse post op de begroting voor dit doel.

Interne KNMG-tuchtrechtspraak

ad punt X Beschrijvingsbrief 210 de Algemene Vergadering:

Voordracht van het Hoofdbestuur voor de leden en de plaatsvervangende leden van de Raad voor de behandeling van tuchtzaken in eerste aanleg

Conform de besluitvorming in de Algemene Vergadering op 18 november 1993 volgen hier de namen van de vijf kandidaat-leden en vijf kandidaat-plaatsvervangende leden voor de nieuwe Raad voor de behandeling van tuchtzaken in eerste aanleg. De leden worden ingevolge het nieuwe artikel 604 van het Huishoudelijk Reglement van de KNMG door de Algemene Vergadering op voordracht van het Hoofdbestuur van de KNMG gekozen voor een periode van maximaal vijf jaar met de mogelijkheid éénmaal onmiddellijk te worden herkozen. Het Hoofdbestuur zal na verkiezing een rooster van aftreden maken, opdat in één jaar niet meer dan één (plaatsvervangend) lid tegelijk aftreedt.

Bij het maken van deze voordracht heeft het Hoofdbestuur rekening gehouden met een regionale en functionele spreiding van de kandidaten. Tevens dient het

bepaalde in artikel 614 HR-KNMG daarbij in acht te worden genomen. Hierin staat dat het (plaatsvervangend) lidmaatschap van de Raad in eerste aanleg onverenigbaar is met het (plaatsvervangend) lidmaatschap van de Raad van Beroep (KNMG), van een college voor medisch tuchtrecht in eerste aanleg en van het Centraal Medisch Tuchtcollège. Ingevolge artikel 604 lid 3 HR-KNMG hebben de besturen van één of meer afdelingen van de KNMG of tenminste 10 afgevaardigden gezamenlijk het recht binnen één maand na publikatie van de voordracht in Medisch Contact eveneens een kandidaat te stellen.

Door het Hoofdbestuur voorgedragen leden:

- C.J. van Groningen, nucleair geneeskundige, tevens jurist, Krommenie;
- J.B.L. Hoekstra, internist, Zeist (momenteel vice-voorzitter Districtsraad Oost);
- mw L.A.M. Keyzer-Bors, huisarts, Ysselstein (Limburg) (momenteel secretaris Districtsraad Zuid);
- mw C.J.A. Nuver, kinderarts, Rotterdam;

- C.E. Visser, verzekeringsgeneeskundige, Emmen.

Door het Hoofdbestuur voorgedragen plaatsvervangende leden:

- D.J. Bakker, chirurg, Amsterdam;
- W.L. Bogtstra, huisarts, Sneek;
- mw C.J.H. Dommering-Schellingerhout, dermatologe, Rotterdam;
- J.H. Eggens, gynaecoloog, Arnhem (voorzitter afdeling Arnhem, afgevaardigde AV);
- M.B.M. Vermeulen, neuroloog, tevens studie Nederlands Recht, Amersfoort. Als adjunct-secretaris zal fungeren mr A.L. Leuftink, Utrecht, en als waarnemend adjunct-secretaris mw mr A.E. van Solinge, Utrecht.

Vraag

Kan de Algemene Vergadering instemmen met deze voordracht van het Hoofdbestuur en derhalve tot benoeming overgaan? Als de afdelingen of afgevaardigden van de KNMG zoals voornoemd gebruik maken van hun recht tot kandidaatstelling, dient de Algemene Vergadering aan te geven welke leden als lid c.q. plaatsvervangend lid worden gekozen.

Ziekteverzuim

Richtlijn voor de behandelend arts

K N M G

Per 1 januari 1994 is nieuwe wetgeving van kracht inzake terugdringing van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid (Wet Terugdringing Ziekteverzuim en Wijziging Arbeidsomstandighedenwet, afgekort TZ/Arbo). Deze nieuwe wetgeving leidt bij de KNMG tot vele vragen over de betrokkenheid van de behandelend arts bij de gewijzigde aanpak van werkgevers en arbo- of bedrijfsgezondheidsdiensten.

De nieuwe wetgeving verplicht werkgevers een verzuimbeleid te voeren en daarvoor ter ondersteuning een deskundige dienst c.q. arbo-dienst in te schakelen. Gelijktijdig wordt voor de werkgever ook een eigen-risicoperiode ingevoerd met betrekking tot doorbetaling van minimaal 70% van het loon gedurende de eerste 2 of 6 weken van het ziekteverzuim (afhankelijk van de omvang van het bedrijf). De verplichte ondersteuning door een arbo-dienst kent in de wet een gefaseerd invoeringstraject van 4 jaar. In de overgangsperiode kunnen werkgevers taken op het gebied van verzuimbegeleiding zelf uitvoeren of de bedrijfsvereniging verzoeken dat tegen kostprijs te doen.

Per 1 januari 1994 kunnen behandelend artsen als gevolg van deze nieuwe wetgeving te maken krijgen met verschillende situaties waarin ofwel een werknemer, ofwel een werkgever of een arbo-dienst aan de behandelend arts om medewerking vraagt bij de aanpak van het ziekteverzuim.

Voor wat betreft gegevensuitwisseling tussen behandelend artsen en artsen van de arbo-diensten heeft de KNMG in een code een aantal richtlijnen opgenomen (zie MC nr. 1/1994, blz. 37, en blz. 97 van dit nummer). Essentieel is, dat de arts van de arbo-dienst in het kader van zijn of haar taken in verband met de aanpak van het ziekteverzuim eerst zelf contact met de betrokken medewerker heeft gehad, alvorens aanvullende gegevens bij de behandelend arts op te vragen. Voorafgaand aan de verstrekking van die gerichte informatie heeft de behandelend arts de gerichte toestemming van de patiënt nodig. Er zijn echter in de praktijk ook situaties waarin deze werkwijze niet wordt gevolgd en de werkgever geen gebruik maakt van een arbo-dienst dan wel deze zeer beperkt inschakelt. In deze situaties willen werkgevers zich baseren op het oordeel van de behandelend arts en aan werknemers voorschrijven dat zij ter

beoordeling van de legitimiteit van het ziekteverzuim een verklaring van deze arts overleggen; de behandelend arts wordt gevraagd daarin een oordeel over de arbeidsongeschiktheid en de duur daarvan te geven. Er zijn zelfs situaties bekend waarin zo'n door de huisarts in te vullen verklaring al vereist wordt binnen 48 uur na aanvang van de ziekte.

Naar de opvatting van de KNMG is het onjuist de behandelend arts op deze wijze bij de aanpak van het ziekteverzuim te betrekken. Het is strijdig met uitgangspunten rond scheiding van behandeling en controle die in Nederland sinds jaar en dag worden gehanteerd en die zijn uitgewerkt in de KNMG-richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens; het kan immers de vertrouwensrelatie tussen behandelend arts en patiënt in gevaar brengen. Het geeft bovendien aanleiding tot onnodige medicalisering van het verzuim. De KNMG zal deze gang van zaken aan de orde stellen bij de verschillende organisaties van werkgevers en arbo-diensten. Behandelend artsen wordt geadviseerd dergelijke verklaringen niet af te geven. Mocht u nadere informatie wensen, dan kunt u zich hiervoor wenden tot het KNMG-secretariaat (tel. 030 - 823 216/ 823 322).

Opzegging lidmaatschap/contributieverplichting

Wijziging Statuten en Huishoudelijk Reglement KNMG

K N M G

Met ingang van 1 januari 1994 zijn met betrekking tot de opzegging van het lidmaatschap en de contributieverplichting jegens de KNMG nieuwe regels van kracht. In de nieuwe regeling dient een lid vóór 1 december schriftelijk op te zeggen, indien hij of zij wenst dat zijn of haar lidmaatschap en zijn of haar contributie-

verplichting nog hetzelfde jaar eindigt. Indien het gewone lid opzegt ná 1 december, eindigen het lidmaatschap en de contributieverplichting per eind van het volgend jaar.

Wanneer het opzeggende lid gedurende de periode dat het lidmaatschap op grond van het voorgaande nog niet is beëindigd, betrokken is of wordt bij een tuchtzaak of geschil als bedoeld in het Huishoudelijk Reglement van de KNMG, dan ge-

schiedt de afwikkeling daarvan volgens de aldaar gestelde regels. Ook na de beëindiging van het lidmaatschap is het betrokken lid ten aanzien van de behandeling en de uitspraak tot hetzelfde verplicht en gerechtigd als ware hij of zij nog lid. Daarnaast geldt ten aanzien van de aanvang van het lidmaatschap, dat dit ingaat op de eerste van de maand volgend op die van de aanmelding. De contributie gaat op die datum in.

Toelatingsprocedure huisartsopleiding

Aanmelding voor de *driejarige* huisartsopleiding, startend in januari 1995

H V R C

De Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie (HVRC) maakt bekend, dat in januari 1995 de huisartsopleiding begint aan de afdeling Huisartsopleiding bij de vakgroep Huisarts- en Verpleeghuis Geneeskunde (HVG) van de Vrije Universiteit Amsterdam, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam. Er zal gelijktijdig worden gestart met twee groepen van 12 artsen.

N.B. De startdata voor de groepen die zullen worden opgeleid bij de afdelingen Huisartsopleiding in Amsterdam (UvA), Groningen, Leiden, Maastricht, Nijmegen, Rotterdam en Utrecht zullen binnenkort worden bekendgemaakt. De procedure voor de toelating tot de huisartsopleiding vindt plaats conform CHVG-besluit nr.2-1990. De HVRC heeft een algemene procedurebeschrijving gepubliceerd in Medisch Contact van 7 februari 1992 (MC nr.6/1992, blz. 191). De aanmelding voor de groepen die in januari 1995 starten is opengesteld van 1 februari 1994 tot 1 maart 1994.

De aanmelding dient vóór 1 maart 1994 in het bezit te zijn van:

Het bureau aanmelding van de HVRC
Postbus 20054, 3502 LB Utrecht,
Lomanlaan 103
Telefoon 030-823354
Telefax: 030-898572

De aanmelding dient te geschieden op papier van A4-formaat, getypt of in blokletters met vermelding van:

- naam en voorletters, M/V (vrouwen moeten hun meisjesnaam vermelden);
- correspondentieadres met postcode;
- telefoonnummer(s) waaronder men bereikbaar is;
- geboortedatum en geboorteplaats;
- universiteit en datum van het artsdiploma;
- keuze van een afdeling Huisartsopleiding;
- wijze van betaling van de aanmeldingskosten (post- of bankrekeningnummer en datum van betaling vermelden).

Aan de aanmelding zijn de volgende voorwaarden verbonden:

1. De aanmelding kan alleen plaatsvinden indien men in het bezit is van een geldig artsdiploma.
2. De aanmelding dient tot één opleidingsplaats bij één afdeling Huisartsopleiding beperkt te blijven.
3. De aanmelding dient vóór 1 maart 1994 in het bezit te zijn van het bureau aanmelding van de HVRC.
4. De aanmeldingskosten zijn f 50,- en dienen vóór 1 maart 1994 in het bezit te zijn van het bureau aanmelding van de HVRC.

De aanmeldingskosten dienen te worden overgemaakt op girorekening 57.82.761 ten name van de Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie (HVRC)

te Utrecht onder vermelding van naam en adres van de kandidaat en voorzien van de aanduiding 'Huisartsopleiding januari 1995'.

Men dient er rekening mee te houden dat in het betalingsverkeer via postgiro en banken vertraging kan optreden bij de betalingsoverdracht.

Het bureau aanmelding van de HVRC zal de ontvangst van de aanmelding en van de aanmeldingskosten schriftelijk bevestigen.

De aanmelding is ongeldig indien:

- onvolledige of onjuiste gegevens zijn verstrekt;
- men zich voor meer dan één afdeling Huisartsopleiding aanmeldt;
- men zich gelijktijdig voor meer dan één startdatum aanmeldt;
- de aanmelding en de aanmeldingskosten niet vóór 1 maart 1994 in het bezit zijn van het bureau aanmelding van de HVRC.

Na 1 maart 1994 worden de gegevens doorgezonden naar de afdeling Huisartsopleiding van de VU te Amsterdam. De verdere afhandeling van de toelatingsprocedure zal plaatsvinden vanuit de afdeling Huisartsopleiding. U kunt van de afdeling Huisartsopleiding in april 1994 nader bericht verwachten.

*dr L.R.Kooij, huisarts,
algemeen secretaris HVRC
N.F. de Pijper, huisarts, secretaris*

Nieuwe inschrijvingen

H V R C

De Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heeft in haar register van erkende huisartsen inge-

schreven in de periode van 1 juli 1993 t/m 30 september 1993:

Amsterdam UvA
juli 1993

Sjenitzer, mw M.
september 1993
Balén, mw J.A.M. van
Bartels, mw J.A.H.B.

Ben, mw C.A. van der
Bilderbeek, J.J. van
Dreissen, R.E.
Duursma, R.
Elfrink, mw R.W.
Geldern, F.P. van
Glowienka, mw R.M.
Govers, mw M.E.
Grave, mw P.J.M. de

• CSG • CHVG • SRC • SGRC • HVRC •

Groot, mw A.P.
Groot-Weis, mw N.M. de
Hackeng, C.A.H.
Hermans, M.D.M.
Ierland, A.C.A. van
Kruse, mw M.P.
Liefeld, M.L.
Machiels, C.S.M.M.
Nijman, mw A.N.
Paridon, A.C. van
Poels, L.W.J.J.
Poen, F.
Posthuma, mw T.S.W.
Prins, B.A.H.
Rottschäfer, H.
Slebos-Beers, mw J.G.E.
Stroucken, J.P.M.
Tee, K.L.
Till-van Zinnicq Bergmann,
mw S.M.M. van
Umans-Mohan, mw V.I.
Visser, G.
Vries, E.P.A. de
Zwager, F.P.

UHI Amsterdam VU
september 1993
Adrichem W.J.
Ang, mw W.M.M.L.
Bruin, mw C.G. de
Buis, P.A.J.
Captein, mw C.M.
Chan, mw E.
Ginkel, A. van
Haagsma, mw E.
Hildenberg, mw M.P.
Horst, L.S.M. ter
Marinussen, L.P.
Slort, W.
Smits, mw A.W.
Spijker-Visser, mw J. van 't
Visser, K.H.

UHI Groningen
september 1993
Dingjan, R.A.
Dijkstra, M.
Heesakker, mw M.J.J.
Hingstman, A.
Huttenga, K.J.
Jansen, L.P.H.J.
Kampinga, W.U.
Milius, mw M.
Molenaar, A.O.
Stehouwer, mw C.
Vlies, G.H. van der
Winter, J.T.

UHI Leiden
september 1993
Akrum, mw Z.D.N.
Birkhoff, J.C.
Bulte, C.H.
Hardam, mw F.J.E.
Hiemstra, mw A.N.
Kannegieter, mw L.M.
Plasmans, M.A.
Räkers, mw L.M.H.
Rikken, S.A.J.J.
Vugt, mw C.M. van

UHI Maastricht
juli 1993
Koopmans, S.
Lijding, T.C.J.T.
Steenhuisen, S.F.

UHI Maastricht
september 1993
Bakker, mw C.B.R.
Bos, A.J.G.M.
Costongs, R.J.M.G.
Handgraaf, S.M.
Heijden, M. van der
Kars, R.J.
Kelder, J.C.
Knols, mw G.
Kuilboer, J.G.M.M.
Massuger, A.F.M.C.
Meertens, M.
Neerken, mw H.S.
Ott, mw B.
Proosdij, J.P. van
Puijenbroek, E.P. van
Rasenberg, mw E.M.C.
Scheeve, mw E.
Schwantje, O.
Smits, mw C.J.
Toorenburg-Beijer, mw B.
Vliet, V.A.W. van

UHI Nijmegen
september 1993
Becht, mw M.
Bergman, M.J.A.
Boerop, E.J.C.P.
Coppens, P.J.W.
Geest, mw J.J.M. van der
Grunsvan, P.M. van
Herberts, H.J.
Jonge-Tettero, mw C.M. de
Lely, mw C.M.
Lith, mw C.M. van
Verhoeven, H.A.M.

UHI Rotterdam
september 1993
Balvert-Locht, mw H.R.
Blom, mw J.W.
Broekema, F.
Dekker, mw H.R.G.
Doel, mw L.J. van den
Kuik, M.J. mw
Soerland, J.W.B. van
Steffens, A.
Valentin, mw M.A.C.
Weerd, H. de

UHI Utrecht
september 1993
Bavel, L.P. van
Bax, P.P.
Buijs, P.J.
Grolle, mw M.E.G.
Haverkamp-Hoogeven, mw S.C.
Jansen, mw C.H.
Kieviet, H.L.
Lunter, mw M.H.
Ringeling-Bouma, mw C.
Steeg, J.T.H.M. van de
Vorage, F.V.B.

KNMG • COLOFON

KNMG

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij
tot bevordering der Geneeskunst
Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht
tel. 030 - 823911

Postadres

Postbus 20051
3502 LB Utrecht

Postgironummer

58083-AMRO banknummer 45 64 48 969

KNMG-informatielijn

030-823339

KNMG-antwoordapparaat

030-823201

Telefax

030-823326

Dagelijks bestuur

R.H. Levi, voorzitter;
mw J.G.M. Lanphen, ondervoorzitter;
H. Knook
F.M.L.H.G. Palmen
dr G.M.H. Tanke
E. Iwema Bakker

Secretariaat

Th.M.G. van Berkestijn, *secretaris-generaal*
dr R.J.M. Dillmann, *secretaris-arts*
mw dr W.R. Kastelein, *secretaris-jurist*
R.J. Mulder, *secretaris Verenigingszaken en PR*
K. Theunissen, *hoofd financieel-economische
en administratieve zaken*

LHV

Landelijke Huisartsen Vereniging
drs Chr. R.J. Laffrèe, *algemeen directeur*
mw G.J.M. Venneman, *informatrice*

LSV

Landelijke Specialisten Vereniging
drs F.W.M. Hol, *directeur*
J.H. v. Doorn-Knul, *hoofd communicatie*

LAD

*Landelijke vereniging van Artsen
in Dienstverband*
mr A.W.J.M. van Bolderen, *directeur*
mw J.C. Steenbrink, *secretaresse*

LVSG

*Landelijke Vereniging van
Sociaal-Geneskundigen*
A.L.J.E. Martens, *directeur*
mw J.A. van Walderveen-van der Louw,
secretaresse

CC

*Centraal College voor de erkenning en registratie van
medische specialisten*
mw mr H.A. van Andel, *secretaris*
mw C.S. de Jong, *secretaresse*

CSG

College voor Sociale Geneeskunde
A.L.J.E. Martens, *secretaris*
mw C.S. de Jong, *secretaresse*

CHVG

*College voor Huisartsgeneeskunde en
Verpleeghuisgeneeskunde*
mr J.C. de Hoog, *secretaris*
mw C.S. de Jong, *secretaresse*

SRC

Specialisten Registratie Commissie
dr J. Felderhof, *secretaris*
mw J.M. Koorneef, *wvd bureauhoofd*

SGRC

*Sociaal-Geneskundigen
Registratie Commissie*
mw mr P.A. van Tilburg-Hadders, *secretaris*
mw D. Hennevelt-Wolters, *secretaresse*
Dagelijks telefonisch bereikbaar van 9.00-12.00 uur.

HVRC

*Huisarts en Verpleeghuisarts
Registratie Commissie*
dr L.R. Kooij, *algemeen secretaris*
N.F. de Piiper, *secretaris*
mw drs E.T. Wismeijer, *chef de bureau*

Bibliotheek

prof. dr M.J. van Lieburg, *bibliothecaris*
p.a. Universiteitsbibliotheek, Singel 425,
Amsterdam.

Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen

E. Iwema Bakker, *voorzitter*
bureau-adres Lomanlaan 103,
3526 XD Utrecht, telefoon 030-823911.

De besturen van de KNMG en haar organen zijn verantwoordelijk voor de inhoud van het officieel gedeelte en de berichtgeving vanuit de verenigingen.

A M B U L A N T

- 8 EN 22 FEBR., 1 EN 15 MAART - DI.
Netherlands School of Public Health te Utrecht:
module 'Verslavingszorg' (ziektebeloop, epidemiologie, interventies, preventie van ordeverstoring, planning van zorg)
o.l.v. G.H.A. van Brussel, arts.
Inlichtingen: NSPH, tel. 030-333755.

- 9 FEBRUARI - WO.
Katholieke Universiteit Nijmegen:
PAOG-cursus 'Is er allergie in het spel?', bestemd voor huisartsen.
Inlichtingen: mw I. Elbers, tel. 080-617691.

- 10 FEBRUARI - DO.
Congrescentrum VNZ te Zeist:
congres 'Nieuwe kijk op ouderenzorg', georganiseerd door de Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars.
Inlichtingen: VNZ, Tineke Overdevest, tel. 03404-88911.

- 10 EN 11 FEBRUARI - DO./VR.
Hotel Heidepark te Bilthoven:
workshop Erasmus-LSV Medisch Management Programma 'Medisch management en ziekenhuisorganisatie'.
Inlichtingen: LSV, mw L. Hené, tel. 030-823290.

- 10 EN 25 FEBR., 4 EN 18 MAART -
Netherlands School of Public Health te Utrecht:
module 'Arbeid en gezondheid' (onderzoek, beleid, interventies) o.l.v. prof. dr F.J.H. van Dijk.
Inlichtingen: NSPH, tel. 030-333755.

- 10 EN 25 FEBR., 4 EN 18 MAART -
Netherlands School of Public Health te Utrecht:
module 'Migratie en gezondheid' (gezondheidseffecten, interventies, zorg voor reizigers en allochtonen) o.l.v. dr J.P. Velema.
Inlichtingen: NSPH, tel. 030-333755.

- 11 FEBRUARI - VR.
De Reehorst te Ede:
symposium over jonge mensen met een licht verstandelijke handicap 'Waar bemoei je je eigenlijk mee?', bestemd voor o.a. hulpverleners van instellingen die werken met licht verstandelijk gehandicapten.
Inlichtingen: NGBZ, tel. 030-739626.

- 14 T/M 18 FEBRUARI - MA./VR.
AMC te Amsterdam:
PAOG-cursus voor AIO's en OIO's 'Stofwisseling en spijsvertering'.
Inlichtingen: Bureau PAOG-Amsterdam, Jacqueline H.M. van der Lek-Rohof, tel. 020-5664801.

- 15 FEBRUARI - DI.
AMC te Amsterdam:
nascholingscursus voor huisartsen 'Vaardigheidstraining dermatologie', georganiseerd door het PAOG-Amsterdam.
Inlichtingen: Bureau PAOG-Amsterdam, tel. 020-5664801.

- 15 FEBRUARI - DI.
Stadspaviljoen Groningen:
symposium 'Vier jaar dementie-onderzoek in Groningen: resultaten en aanbevelingen', bestemd voor diegenen die inhoudelijk of beleidsmatig betrokken zijn bij de zorg voor thuiswonende dementerende ouderen.
Inlichtingen: mw A. Kors, tel. 050-223110.

- 17 FEBRUARI - DO.
Laboratorium voor Fysiologie te Leiden:
Boerhaave-cursus 'Seksuologische problemen in de huisartspraktijk'.
Inlichtingen: mw I. Lichtendahl, tel. 071-275296.

- 17 FEBRUARI - DO.
De Doelen te Rotterdam:
discussiedag 'Planning en bouwbeleid in de geestelijke gezondheidszorg', georganiseerd door KLOZ, NVGGZ, VNZ en WVC in samenwerking met het Nederlands Studie Centrum.
Inlichtingen: Jacqueline Korendijk, tel. 010-4349966.

- 18 FEBRUARI - VR.
De Reehorst te Ede:
landelijk symposium over vrouwen en AIDS, georganiseerd door het Buro Vrouwen en AIDS.
Doelgroep: geïnfecteerde vrouwen, hulp- en zorgverleners, gynaecologen, internisten, kinderartsen, huisartsen, verpleegkundigen en voorlichters.
Inlichtingen: Buro Vrouwen en AIDS, tel. 030-334708.

- V.A. 24 FEBRUARI - DO.
Academisch Medisch Centrum Amsterdam:
PAOG-cursus 'Behandelingsstrategie van aandoeningen van het bewegingsapparaat', bestemd voor: huisartsen, verzekeringsgeneeskundigen en bedrijfsartsen e.a. (de cursus vindt ook plaats op 7 april, 23 juni, 22 september en 24 november).
Inlichtingen: Bureau PAOG-Amsterdam, Carla Schoof, tel. 020-5664801.

- 25 FEBRUARI - VR.
Hotel Postiljon te Bunnik:
studiemiddag 'Behandeling van verslaafde vrouwen met trauma's', georganiseerd door het Nederlands Instituut voor Alcohol en Drugs.
Inlichtingen: Trees Mikx/Pien van Leeuwen, tel. 030-341300.

- 28 FEBR. T/M 2 MRT, 22 T/M 23 JUNI -
De Hartenark te Bilthoven:
cursus 'Palliative care'.
Doelgroep: medisch specialisten, huisartsen, verpleeghuisartsen, verpleegkundigen en andere hulpverleners uit de intramurale gezondheidszorg en thuiszorg, personen met ervaring in de zorg voor ongeneeslijk zieke patiënten in de laatste fase van hun leven.
Inlichtingen: Lydia Boonekamp/Margriet Hageman, tel. 030-331123.

- 5 EN 19 MAART, 23 APRIL - ZA.
Vrije Universiteit Amsterdam:
cursus 'Klinische anatomie van het bewe-

gingsapparaat', bestemd voor huisartsen en basisartsen met belangstelling voor afwijkingen van het bewegingsapparaat, artsen werkzaam in de reumatologie, revalidatiegeneeskunde en orthopedie.
Inlichtingen: mw M.A.F.H.W. Wenckebach, tel. 010-4087880.

- 8 MAART - DI.
AMC te Amsterdam:
nascholingscursus 'Wat is supervisie? Wat heb je eraan?', georganiseerd door het Post-academisch Onderwijs Huisartsgeneeskunde Amsterdam.
Inlichtingen: Bureau PAOG-Amsterdam, tel. 020-5664801.

- 8 MAART - DI.
SSG/RIVM, Utrecht:
10-daagse module 'Public health-aspecten van infectieziekten'.
Inlichtingen: SSG, mw J.M. de Roij, tel. 030-315841.

- 12 T/M 20 MAART -
Studiereis Verenigde Staten
'Thuiszorg door ziekenhuizen'; techniek, organisatie, kwaliteit en kosten van de transmurale zorg in de Verenigde Staten, georganiseerd door het Nederlands Studie Centrum.
Inlichtingen: drs Margot H.D. Gijzel-Brand, tel. 010-4349966/4349028.

- 15 EN 16 MAART - DI./WO.
Hotel 'De Klepperman van Hoevelaken', Hoevelaken:
cursus 'Leidinggeven aan professionals', doelgroep: leidinggevend aan specialisten in overheid, non-profit en profit organisaties (maximaal 20 deelnemers).
Inlichtingen: Nederlands Studie Centrum, drs A.P.J.A. van Leeuwen, tel. 010-4349966.

- 17 MAART - DO.
De Doelen te Rotterdam:
congres 'Transformatie binnen de verpleeg- en verzorgingshuissector'.
Doelgroep: directeurs van verpleeg- en verzorgingshuizen en woonzorgvoorzieningen, thuiszorgorganisaties, kruisverenigingen, zorgverzekeraars e.a.
Inlichtingen: NSC, drs Marijke C. Rombouts, 010-4349966.

- 17 EN 18 MAART - DO./VR.
Hotel Heidepark te Bilthoven:
workshop Erasmus-LSV Medisch Management Programma 'Practicum onderhandelen en conflicthantering'.
Inlichtingen: LSV, mw L. Hené, tel. 030-823290.

- 18 MAART - VR.
Onderwijscentrum Academisch Ziekenhuis Utrecht:
symposium 'Nieuwe relaties tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders'.
Doelgroep: onderzoekers, verzekeraars en zorgaanbieders.
Inlichtingen: Lydia Boonekamp/Margriet Hageman, tel. 030-331123.