



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

DISCUSSIE

De structuur van de gezondheidszorg is allereerst in discussie, wij schreven het al in ons hoofdartikel van twee weken geleden. Een van de taken van Medisch Contact is, de lezers van dit blad de gelegenheid te bieden zich in die discussie te mengen en hun opvattingen en inzichten omtrent zaken die de volksgezondheid betreffen naar voren te brengen. Deze opvattingen, die geheel voor rekening van de schrijvers komen, krijgen een plaats zowel in het redactionele gedeelte als onder het hoofd „Brieven

aan de Redactie". De informatie die hierdoor aan de lezer toevloeit kan een bijdrage leveren tot zijn meningsvorming. Soms zal het verschaffen van die informatie er ook toe leiden, dat er een uitgebreide uitwisseling van meningen ontstaat tussen de lezers. De discussie over abortus provocatus is hiervan een duidelijk voorbeeld.

Niet over het nut van discussie — een nut dat volgens ons buiten kijf is — maar over de wijze van discussiëren zouden wij ditmaal iets willen zeggen. In het dagelijks leven wordt het gesprek dat ontstaat, als twee of meer personen ten opzichte van een bepaald probleem tegenovergestelde standpunten innemen, vaak gevoerd in de vorm van een debat, waarin ieder er op is gespitst gelijk te krijgen. Mensen die dit doen, zijn nogal eens geneigd te trachten de argumenten van de tegenpartij te ondergraven en het eigen standpunt met krachtige beweringen te staven. Dus doende rollen zij in wat wel wordt genoemd een „ja maar-gesprek".

Deze vorm van discussie, die wij vanzelfsprekend ook in ons blad tegenkomen, draagt een aantal kenmerken die wij, wil een discussie zinvol zijn, steeds moeten proberen te onderkennen. Wij noemen er hier een viertal. In de eerste plaats neemt de onbeweeglijkheid, de starheid van de beweringen toe, met als gevolg daarvan weer dat men minder geneigd is acht te slaan op de mening van de ander. Dit tweede kenmerk, met andere woorden, is een verminderde communicatie. Een derde kant van de zaak is, dat de discussiant ertoe neigt alleen dat deel van de informatie te verwerken dat het minst moeilijk valt te ondergraven, een kant die wij als deformatie van de perceptie zouden willen om-

26e JAARGANG - No. 4 - 29 JANUARI 1971

INHOUD

Discussie	93
De opleiding tot (huis)arts	95
S-5 vanuit wetenschap- en maatschappijkratiek	101
Zwitsers maken front tegen „de knal"	103
Boerhaavecursus over ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde	104
Stichting voor het ongeboren kind	104
Discussie over abortus provocatus	105
Sigaretten roken „loterij des dood"	106
Toekomstige structuur gezondheidszorg in Nederland (III)	107
Van het hoofdbestuur:	
Kort verslag 156ste Algemene vergadering	110
Van het Centraal Bestuur L.H.V.:	
Verkiezingen van leden van het C.B.	115
Van het Centraal Bestuur L.A.D.:	
Kort verslag bestuursvergadering	115
Uit de afdelingen	116
Brieven aan de redactie	118
Varia	119

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

Colofon op bladzijde 120.

schrijven. Tenslotte komt hier een element van wantrouwen bij, hetgeen bijvoorbeeld zichtbaar wordt in de volgende zin uit een recent geplaatste brief aan de redactie: „Niemand gelooft het, ook de spreker niet, want het is absurd”. Wij voorzagen die zin toen van een kanttekening, die wij hier enigszins hebben uitgewerkt.

Uit het bovenstaande moet niet worden afgeleid, dat de redactie weinig content zou zijn met het toenemend aantal reacties van lezers. Het tegendeel is waar! Dat er zoveel reacties komen bewijst immers, dat ons blad intensief wordt gelezen en dat vele lezers geëngageerd zijn met de problemen die erin aan de orde worden gesteld. Door, bezet of niet, te reageren op wat in M.C. stond afgedrukt, helpen zij mee ons blad levend te houden. Ongetwijfeld zullen er ook in de serie „Toekomstige structuur gezondheidszorg in Nederland” opvattingen worden geponeerd, waarmee velen het oneens zijn. Het is na wat hiervoor werd geschreven wel duidelijk, dat wij van onze kant hierin geen enkel bezwaar zien, omdat wij vinden dat kennisname van andere meningen het eigen blikveld kan verruimen. Het geheel behoeft niet per se in de sfeer van een „ja maar-discussie” te verzanden. De goede lezer zal de kernpunten van het betoog willen ontdekken (wat wel inhoudt dat een goed schrijver zijn bedoelingen zo duidelijk mogelijk formuleert); daarna zal hij eerst willen nagaan op welke punten het betoogde overeenkomst vertoont met zijn eigen opvattingen, om vervolgens de nadelen die hij ziet te stellen naast de nadelen die uiteraard aan zijn eigen mening vastzitten. Uiteindelijk kan ieder probleem in de volgende bewoordingen worden gesteld: „Hoe

Uit Medisch Contact anno 1946

Het H.B. brengt met nadruk onderstaanden brief ter kennis der artsen:

Mij bereiken berichten, dat door sommige huisartsen en specialisten elgenmachtig hun particuliere tarieven zijn verhoogd, zonder daarvoor toetemming te hebben ontvangen, waardoor dus deze heeren in overtreding zijn. Ik meen goed te doen door U dit feit onder aandacht te brengen, opdat Uwerzijds preventieve maatregelen kunnen worden genomen.

Het Hoofd der Afdeling Verzekering en Credietwezen

INTERNATIONALE AUTO EMBLEMEN

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

kunnen wij de voordelen het best behouden of behalen en hoe kunnen wij zo weinig mogelijk nadelen laten bestaan?”

Bijna een jaar geleden heropenden wij de discussie over de abortus provocatus. Nu het moment is aangebroken, dat er geen nieuwe gezichtspunten meer naar voren worden gebracht, willen wij die discussie besluiten. Een terugblik leert, dat er ook onder de abortus-artikelen die de afgelopen maanden deze kolommen vulden sommige waren, die een „ja maar-gesprek” op gang hielden. In het algemeen echter mag, vinden wij, van een goede gedachtenwisseling worden gesproken, en wel voorzover gevoelsuiting en verstandelijk argument — hoofdelementen in een zinvolle discussie — beide in hun waarde werden gelaten.

Daarbij: over deze dingen sprekend vergeten wij vaak dat als wij zeggen, dat mensen verschillend over een zaak denken, wij eigenlijk bedoelen te zeggen dat aan hun denken over een zaak verschillende motiveringen ten grondslag liggen. Daarom vraagt een discussie verbeeldingskracht van de gesprekspartners, het vermogen namelijk zich een goede voorstelling te maken van de — gevoelsmatige en verstandelijke — motieven van de ander. Het gesprek zou anders bij voorbaat stranden. Wij hebben er daarom alle begrip voor, dat collega Van Urk in een bijdrage deze week (zie blz. 101) eerst op motievenonderzoek uitgaat en welbewust de S-5 als kapstok gebruikt. Zijn schouwen achter de verwoording van de feiten vormt naar ons inzicht een verdienstelijk uitgangspunt voor een discussie, omdat het zich op de uitgangspunten concentreert. Van Urk's artikel gaat voornamelijk over zijn eigen motieven; voor een goede dialoog over S-5 lijkt het ons noodzakelijk dat hij zich nog meer dan hij al deed rekenschap geeft van de motieven die aan de benadering van zijn opponent ten grondslag liggen.

B.

DE OPLEIDING TOT (HUIS)ARTS

1. De Subcommissie Wijziging Artsenopleiding had tot taak een studie te maken van de eventuele gevolgen van de plannen tot herziening van de artsenopleiding voor de bestaande wettelijke regelingen inzake de beroepsuitoefening.

Het verloop van de besprekingen noodzaakte echter tot een bredere opvatting van de taak, waardoor ook omgekeerd de invloed van voorstellen tot wetswijziging — zoals de gedachte een beschermde huisartsentitel in te voeren — op de plannen tot herziening van de opleiding ter sprake is gekomen.

De commissie bestond uit Prof. Kloosterman (voorzitter), Mr. Nittel en Mr. Arriëns, Prof. Frenkel, Mr. Kraayenbrink, de heer Van der Leeuw, arts, Mr. De Vries (secretaris), terwijl enkele vergaderingen ook werden bijgewoond door de heer Drion, arts, mejuffrouw Mr. Bok en Mr. Boumans.

De Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening heeft het rapport in de volgende vorm aangevaard in haar vergadering van 21 september 1970.

2. De minister van Onderwijs en Wetenschappen heeft in maart 1966, zoals men zich zal herinneren, het Interfacultair Overleg van de Geneeskunde verzocht een voorstel te doen inzake de opbouw van de medische studie, waarbij plaats en duur van de opleiding tot huisarts dienden te worden aangegeven in relatie tot het totaal van het door de medische faculteiten te geven onderwijs en waarbij tevens met de wenselijkheid van studieduurverkortung rekening gehouden zou worden.

Dit verzoek had een hele voorgeschiedenis. Men vindt die voorgeschiedenis bijvoorbeeld geschetst in het rapport van de Commissie Huisartsen, welke commissie juist in maart 1966 een interimadvies uitbracht over de opleiding tot huisarts. (Dit rapport werd zeer geruime tijd later gepubliceerd; zie M.C. no 44/1968, blz. 1155 — Red. M.C.) Uit de discussie in de beginfase moge ook het artikel vermeld worden van Prof. Dr. J. R. Prakken in het „Nederlands Tijdschrift van Geneeskunde” van 2 juli 1960, die zijn artikel besloot met een aantal punten, waarvan de eerste drie luiden:

„1. De universitaire studie moet, zolang wij slechts één soort artsdiploma hebben, gericht zijn op het verkrijgen van een algemene medische kennis, een basis voor de uiteenlopende bekwaamheden die in de vele sterk verschillende geneeskundige beroepen worden vereist. De eisen van één bepaald beroep mogen niet tot verandering van het studieprogramma leiden.

De Staatscommissie Medische Beroepsopleiding heeft inzake wijziging van de artsenopleiding een interimrapport uitgebracht aan de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Dit rapport wordt hierbij onverkort afgedrukt. De Staatscommissie geeft daarin een overzicht van hetgeen met betrekking tot deze opleiding de laatste jaren aan de orde is geweest en houdt met de grootst mogelijke meerderheid vast aan een stelsel, waarbij het artsdiploma na het zesde jaar kan worden behaald, te combineren met de mogelijkheid dat de arts, die daarna een specifieke huisartsenopleiding heeft gevolgd, zich „huisarts” mag noemen en dan wettelijk te regelen, dat geen ander deze titel mag voeren. De titel „huisarts” zou alleen mogen worden gevoerd door diegenen, die — na een bijbehorende opleiding te hebben gevolgd — in een huisartsenregister staan ingeschreven. Bij het invoeren van zulk een voorschrift zou de titel „huisarts” bij wijze van overgangsmaatregel moeten worden toegekend aan alle gevestigde huisartsen, maar vanaf dat ogenblik zou de titel en het contract met de ziekenfondsen alleen bestemd zijn voor degenen, die de specifieke scholing tot huisarts hebben gevolgd.

2. De algemene medische kennis die aan de universiteit kan worden verkregen, is noodzakelijk voor de huisarts, maar is heel anders dan specifieke huisartsengeneeskunde.
3. De specifieke kennis die voor een bepaald beroep nodig is, dient verworven te worden na de algemeen medische studie die met het arts-examen wordt afgesloten. Dit geldt ook voor het huisartsenberoep.”

3. Het Interfacultair Overleg is er in 1966 van uitgegaan, dat de opleiding zoals zij tot dusver was ingericht, voldoende algemene geneeskundige kennis en inzicht kan geven, maar niet meer een geheel adequate voorbereiding bood op de taak van de huisarts in de huidige maatschappij. De faculteiten achtten het mogelijk door verandering van het cur-

riculum en modernisering van de opleiding, waarbij met name aan intensievere vormen van onderwijs en studiebegeleiding werd gedacht, studenten in zes jaar op te leiden tot hetzelfde basisniveau als de toen — en nu nog — afstuderende artsen na nominaal zeven jaar studie hebben bereikt. Zij gingen er ook van uit door toevoeging van een specifiek op de taak van de huisarts gerichte opleiding van een jaar wel adequaat opgeleide huisartsen te kunnen afleveren. Deze specifieke op de huisarts gerichte opleiding zou uiteraard slechts een deel van de studerende kunnen en moeten volgen.

Degenen, die klinisch specialist willen worden, zouden volgens de uitgangspunten van het I.O.G. dan in principe hun specialistenopleiding kunnen aanvangen na afsluiting van het zesde jaar van de opleiding in de boven geschetste nieuwe stijl.

Na zes jaar opleiding nieuwe stijl zouden zowel degenen die tot huisarts als degenen die tot specialist opgeleid worden, als assistent dienen te worden gehonoreerd.

Wat de praktische mogelijkheden tot realisering (in Nederland en in de E.E.G.) betreft, opperde het I.O.G. verschillende mogelijkheden, namelijk:

1a. Artsexamen na zes jaar met rechtens wel dezelfde bevoegdheden als thans, dus om alle geneeskundige handelingen te verrichten, doch de uitoefening van de geneeskunst zou tijdens de opleiding tot specialist of huisarts niet zonder supervisie mogen plaatsvinden. Eerst het gevolgd hebben van een voortgezette opleiding zou de feitelijke bevoegdheid tot zelfstandige praktijkvoering geven.

1b. Zou de eis van een jaar klinische vakscholing voor jonge artsen niet wettelijk te regelen zijn, dan denkt het I.O.G. ook aan de vorm, dat het artsdiploma — behaald na het zesde jaar — nieuwe stijl wel dezelfde bevoegdheden zou geven als thans, maar dat de ziekenfondsen patiënten niet zouden mogen inschrijven bij een arts, die niet een jaar klinische postgraduate scholing heeft gehad.

1c. Een volgende mogelijkheid zou zijn, dat de huisartsenopleiding geheel facultatief zou zijn.

3.2. Een principieel andere mogelijkheid is dat de studie na het zesde jaar van de nieuwe stijl niet wordt afgesloten met een artsdiploma, maar met het diploma van assistent-arts. Dit diploma geeft geen eigen bevoegdheid tot uitoefening van de geneeskunst. De assistent-arts zou desondanks onder supervisie geneeskundige handelingen moeten kunnen verrichten, waarvoor dan echter (anders dan in geval 1a) niet hijzelf maar de met de supervisie belaste arts formeel juridisch verantwoordelijk zou zijn. Pas na de voltooiing van de studie na het zevende jaar zou het normale artsdiploma worden verkregen. In het zevende jaar volgt men of de huisartsenopleiding of is men anderszins klinisch werkzaam, eventueel in opleiding tot specialist.

De minister van Onderwijs en Wetenschappen koos voor mogelijkheid 2, omdat mogelijkheid 1a wijziging van de geneeskundige wetten zou vereisen

en verder moeilijkheden zou veroorzaken bij de voorbereidingen in het verband van de E.E.G. van richtlijnen voor de wederzijdse erkenning van de artsendiploma's. Deze ontwerp-richtlijnen zijn immers gebaseerd op de juridische situatie in alle zes de landen, waarin het behalen van het artsdiploma toegang geeft tot de uitoefening van de geneeskunst.

Het onder 1a genoemde plan impliceert het invoeren van een wettelijk verbod voor de arts, die geen huisartsenopleiding gevolgd heeft, om zich zelfstandig te vestigen. Nederland kan zulk een maatregel wel treffen, doch de ontwerp-richtlijnen verhinderen om te bepalen, dat zulk een verbod dan ook van kracht zou zijn voor onderdanen van een E.E.G.-land, die in het bezit zijn van een in een andere lid-staat behaald artsdiploma. Dit zou een benadeling van de Nederlandse arts betekenen, die moeilijk aanvaardbaar lijkt. Eerst in een later stadium, wanneer in twee of meer lid-staten een huisartsenopleiding aanwezig is die voor wederzijdse erkenning in aanmerking komt, kan de richtlijn van de E.E.G. aangevuld worden.

4. De stand van zaken is nu sedert september 1968 dus deze, dat van de twee stelsels, aanbevolen door het Interfacultair Overleg, het tweede stelsel wordt gevolgd. Aangezien in brede kringen echter het stelsel voorgestaan wordt en ook de minister van Onderwijs de tweede mogelijkheid niet langer als de meest ideale ziet, wordt de studie van een en ander door het Interfacultair Overleg voortgezet.

Het tweede stelsel

5. Het nu ingevoerde tweede stelsel behelst, dat de medische student na zes jaar niet semi-arts wordt zoals tot dusver, maar assistent-arts. Deze verandering van naam duidt aan, dat de tot dusver in zeven jaar gegeven stof nu in zes jaar gegeven wordt en dat daarna in het zevende jaar gelegenheid wordt gegeven de kennis onder leiding in de praktijk te brengen. Het zevende jaar is echter niet uniform voor allen. Men kan kiezen of men zich wil voorbereiden op de huisartsenpraktijk of op de uitoefening van een klinisch, sociaal-geneeskundig of theoretisch specialisme. Aan het einde van het zevende jaar behaalt men het artsendiploma, dat de algemene bevoegdheid geeft tot uitoefening van de geneeskunst in volle omvang. Dit betekent echter ook, dat degene die aanvankelijk van plan was specialist te worden, doch daarvan afziet, zich als huisarts kan vestigen zonder iets specifiek te hebben geleerd.

Het Academisch Statuut drukt dit nu zo uit, dat de assistent-arts de *kennis* en de *vaardigheid* heeft, noodzakelijk voor *het uitoefenen van de geneeskunst* en dat de arts de *bekwaamheid* en de *geschiktheid* heeft tot het *zelfstandig* uitoefenen van die kunst.

De assistent-arts zal in staat zijn, aldus de toelichting, onder supervisie van een arts als arts te

functioneren en als zodanig een — zij het beperkte — verantwoordelijkheid te dragen.

De assistent-arts kan bovendien een medische loopbaan kiezen, die geen zelfstandige uitoefening van de geneeskunst met zich meebrengt. Er is dus formeel een nieuwe categorie geschapen, (die overigens feitelijk nog niet bestaat) die der assistent-artsen, die alleen onder supervisie van een arts zullen mogen werken zolang zij niet geslaagd zijn voor het artsexamen. Denkbaar is ook dat sommige personen die een gesuperviseerde positie prefereren het artsexamen niet afleggen en assistent-arts blijven. Een positie van assistent-arts zonder supervisie zou ook nog mogelijk zijn bijvoorbeeld bij het onderwijs of bij het wetenschappelijk onderzoek, wanneer daarbij geen geneeskunst beoefend wordt.

6. *Bezwaren tegen de nieuwe regeling.* Bij het maken van deze nieuwe regeling volgens het tweede stelsel heeft de gedachte voorgezeten dat er een regeling gevonden moest worden, die zonder wijziging van de geneeskundige wetten uitvoerbaar moest zijn; het werd immers als een groot voordeel van het tweede stelsel beschouwd, dat, anders dan voor het eerste (met name 1a), de wet niet veranderd behoefde te worden. Dit bracht met zich mede, dat de assistent-arts in het zevende jaar nog geen arts is. Dit betekent dat hij de aan deze hoedanigheid verbonden bevoegdheid tot het uitoefenen van de geneeskunst nog niet zou verkrijgen, mitsdien niet:

1. de bevoegdheid om recepten te schrijven voor geneesmiddelen, die voorkomen op de U.A.- en U.R.-lijst;

2. de bevoegdheid inentingsbewijzen te ondertekenen;

3. de bevoegdheid overlijdensverklaringen af te geven en besmettelijke B-ziekten aan te geven.

Ook heeft de assistent-arts de eed nog niet afgelegd en valt hij niet onder het tuchtrecht. Op grond hiervan is hij niet aanvaardbaar voor de functie van officier van gezondheid, terwijl vele huisartsen bezwaren zullen hebben om een medicus die nog in het geheel niet krachtens eigen bevoegdheid en onder eigen verantwoordelijkheid geneeskundige handelingen kan verrichten, in hun praktijk toe te laten als medewerker-in-opleiding. De bedoeling van het Interfacultair Overleg is dan ook altijd geweest om in het laatste studiejaar een figuur te krijgen, die onder supervisie van een leermeester-arts kan fungeren als arts en dus zou kunnen optreden als arts met de aan het artsdiploma verbonden algemene bevoegdheid en de daarin opgesloten bijzondere bevoegdheden, die hierboven zijn genoemd. Daarom zou een wettelijke regeling van de positie van de assistent-arts nodig zijn geweest om hem deze bevoegdheid toe te kennen; een wetswijziging welke men juist wilde vermijden. Het voordeel van het tweede stelsel, namelijk dat het geen wetswijziging nodig maakte, is derhalve illusoir.

Er zijn dan ook al stemmen opgegaan om de assistent-arts te beëdigen en hem de bevoegdheid te verlenen recepten te ondertekenen en andere rechten te geven, die tot dusver alleen aan artsen toekwamen, en hem ook onder het tuchtrecht te doen vallen. Hierdoor wordt het tweede stelsel praktisch verschoven naar het eerste stelsel, doordat de positie van de assistent-arts gaat lijken op die van de arts-zonder-vestigings-bevoegdheid-in-het-eerste-jaar.

Een verder bezwaar tegen de zogenaamde nieuwe regeling is dat via de assistent-artsopleiding in feite iedere arts, ook alle toekomstige specialisten, — bij de bestaande voorstellen tot besteding van het zevende jaar — van de beschikbare tijd een gedeelte moeten besteden om toch allen min of meer geschikt te worden om als huisarts te fungeren. Hierdoor wordt als het ware met de ene hand teruggenomen wat met de andere hand gegeven was. De toekomstige specialisten worden belast met een deel praktische opleiding dat niet meetelt bij hun toekomstige specialisatie, terwijl diegenen onder hen die aanvankelijk voornemens waren zich te gaan specialiseren en daarna toch besluiten de huisartsenpraktijk te gaan beoefenen, voor enige tijd een opleiding hebben gevolgd die voor hun functioneren als huisarts niet als de best mogelijke opleiding gezien kan worden. (Of zij vrijstelling van of korting op de specifieke huisartsen-opleiding krijgen in zulk een geval zal later nog geregeld moeten worden.) Intussen bepleit het I.O.G., dat generaal een half jaar aftrek gegeven wordt, naast de speciale aftrek van een half jaar voor het gevolgde specialisme. De onderhandelingen met het Centraal College en de S.R.C. zijn echter nog gaande zodat op dit punt nog geen zekerheid bestaat.

De subcommissie heeft nog contact gezocht met enige vertegenwoordigers van de docenten in de huisartsengeneeskunde ten einde na te gaan hoe in de kring der opleiders over de onderwerpelijke materie werd gedacht. Daarbij bleek dat de voorkeur der docenten uitging naar stelsel 1a, derhalve naar de zesjarige opleiding tot arts gevolgd door een *verplichte* specifieke beroepsopleiding tot huisarts van een jaar. Op pragmatische gronden voerde men echter een pleidooi voor althans een voorlopige handhaving van stelsel 2.

Immers geeft het thans in het Academisch Statuut verankerde stelsel waarborgen voor wat betreft de financiering mede van het zevende jaar, de verplichting van de faculteiten tot organisatie van de opleiding in dit jaar en de honorering van de assistent-artsen in het zevende jaar. Bij realisatie van stelsel 1a zou de verplichte specifieke beroepsopleiding tot huisarts van een jaar volgens de opleiders, om deze voordelen van stelsel 2 te behouden, niet als post-graduate opleiding buiten facultair verband dienen te worden ingericht.

Bij voorlopige handhaving van stelsel 2 zou overigens de figuur van de assistent-arts als beroepsbeoefenaar in de geneeskundige wetgeving dienen te worden geïntroduceerd. Zijn titel zou dienen te

worden genoemd en beschermd, zijn bevoegdheden, zijn relatie tot zijn supervisor, zijn verplichtingen t.o.v. het tuchtrecht, enz. zou dan moeten worden geregeld.

Het eerste stelsel

7. In het eerste stelsel wordt na een studie van zes jaar een examen afgelegd, op grond waarvan men de hoedanigheid van arts verkrijgt en de bevoegdheid tot uitoefening van de geneeskunst verworft. Na dat examen wordt de eed of de belofte afgelegd. Daarna volgt de aanstaande huisarts (gedurende een jaar) een specifieke opleiding, waarbij hij, evenals degene die in opleiding is voor specialist onder supervisie van een leermeester werkzaam is.

Strafrechtelijk, civielrechtelijk en tuchtrechtelijk is men in die periode dan zelf aansprakelijk, zoals de arts in opleiding tot specialist dat nu ook reeds is.

Stelt men de specifieke opleiding tot huisarts *verplicht* (zoals in stelsel 1a wordt bedoeld), dan moet men voorschrijven dat pas het verrichten van bepaalde (klinische of bij de huisarts ook extramurale) werkzaamheden tijdens zulk een opleiding de bevoegdheid geeft tot het geheel zelfstandig uitoefenen van de geneeskunst als huisarts.

Volledigheidshalve moet hierbij aangetekend worden, dat ook bij invoering van dit stelsel rekening moet worden gehouden met artsen die de verplichte opleiding tot huisarts, of de opleiding tot specialist of sociaal-geneeskundige niet volgen, al zullen dit er waarschijnlijk niet veel zijn. Deze artsen zullen zich dan niet zelfstandig mogen vestigen, maar alleen in gesuperviseerde posities, in dienst- of teamverband werkzaam mogen zijn.

Het kenmerkende van stelsel 1a is dus, dat de zelfstandige vestiging van de huisarts na het behalen van het artsexamen nog uitgesteld wordt tot na de specifieke aanvullende opleiding.

Een zodanig stelsel kan niet zonder wijziging van de geneeskundige wetten ingevoerd worden.

8. Ten einde te vermijden, dat tot een steeds lange tijd vragende wijziging van de wet overgegaan moest worden, zijn er door het Interfacultair Overleg twee varianten ontworpen.

De eerste variant, bekend als stelsel 1b, behelst, dat de specifieke opleiding tot huisarts niet verplicht wordt gesteld.

Volgens dat stelsel krijgt de arts na zes jaar dezelfde bevoegdheden als thans nog na zeven jaar, maar het houdt tevens in dat de ziekenfondsen geen patiënten inschrijven bij een arts, die geen specifieke huisartsenopleiding heeft gehad. Deze variant valt te verwezenlijken bij de huidige constructie van de geneeskundige wetten. Men dient echter wel de voorschriften van de ziekenfondsverzekering aan te vullen met de bepaling, dat de fondsen alleen met die artsen een contract sluiten voor huisartsenhulp, die een jaar gerichte aanvullende opleiding gevolgd hebben. Een dergelijke regeling zou analoog kunnen maar niet behoeven te zijn aan de regeling, die voor de betaling van de hulp van de specialist is getroffen.

fen. De fondsen vergoeden de aan specialisten toekomende honoraria immers alleen aan die artsen, die bij de Maatschappij als specialisten geregistreerd staan. De Maatschappij laat deze registratie alleen plaatsvinden als een specifieke opleiding daaraan vooraf is gegaan. In het onderhavige geval zouden de voorschriften van de ziekenfondsverzekering echter ook aangevuld kunnen worden met de bepaling dat de ziekenfondsen alleen met die artsen een contract sluiten voor huisartsenhulp, die op grond van een verklaring van een medische faculteit dat zij gedurende een jaar een gerichte aanvullende opleiding gevolgd hebben, als huisarts zijn geregistreerd.

De tweede variant, bekend als stelsel 1c, is de oplossing, waarbij het volgen van een huisartsenopleiding geheel vrijwillig is. Het kent ook niet de indirecte financiële dwang van stelsel 1b. De afgestudeerde arts kan zich na zes jaar direct als huisarts vestigen, doch hij kan ook een opleiding tot specialist of een specifieke opleiding tot huisarts gaan volgen.

Bij stelsel 1b is er dus een financiële druk om de specifieke huisartsenopleiding te volgen. Stelsel 1c gaat er van uit dat het volgen van de speciale huisartsenopleiding als morele verplichting wordt aanvaard als het een goede gewoonte is geworden haar te volgen.

9. Een derde variant zou zijn om aan het gevolgd hebben van de specifieke huisartsenopleiding te verbinden, dat de arts zich voortaan huisarts mag noemen en dan wettelijk te regelen dat geen ander deze titel mag voeren.

Deze variant, te noemen stelsel 1d, is niet van het Interfacultair Overleg afkomstig, maar is voortgevloeid uit de besprekingen in de subcommissie. Daaraan was een bespreking in de Staatscommissie zelf over het gebruik van titels voorafgegaan.

De algemene tendens in de Staatscommissie was om voor de specialisten te volstaan met titelbescherming en niet over te gaan tot een omschrijving van de terreinen der geneeskunde, waarop de verschillende soorten van specialisten bevoegd zouden zijn. Het voornaamste argument was, dat het niet goed mogelijk leek om de terreinen zodanig te omschrijven, dat ze van elkander af te grenzen zouden zijn, noch om de grenzen tussen het werktelein van de specialisten en de huisartsengeneeskunde te trekken. De terreinen vallen immers op de randgebieden steeds over elkaar heen.

Op dezelfde gronden moet ook ten aanzien van de huisarts nieuwe stijl worden geconcludeerd, dat er geen mogelijkheid bestaat om in de wet verder te gaan dan titelbescherming.

Aanvaardt men de beschermde titel als een op zich zelf wel waardevol element, dan ligt het voor de hand deze titel ook alleen te kennen wanneer na de artsopleiding vrijwillig een aanvullende opleiding is gevolgd.

10. Als bijlage is aan dit rapport een schema-

tisch overzicht toegevoegd van de verschillende besproken oplossingen.

11. Het *tweede stelsel* is voor de toekomst het minst gelukkige. De argumenten tegen dit systeem kunnen als volgt geresumeerd worden:

a. het brengt voor de specialistenopleiding niet met dezelfde zekerheid als in stelsel 1 een verkorting van de studieduur; hoogstens wordt de opleiding tot specialist een half jaar korter.

b. De assistent-arts staat wat zijn bekwaamheid betreft op één lijn met de arts aan het einde van de zevenjarige opleiding-oude stijl, maar hij heeft *niet* dienovereenkomstig dezelfde bevoegdheid gekregen als de arts. Het bezwaar is, dat hij dus praktisch wel, doch formeel-juridisch niet de mate van zelfstandigheid heeft om als arts te kunnen fungeren volgens de bedoelingen van de faculteiten. Voorts valt hij niet onder het tuchtrecht.

c. Er dreigt een overbelasting van de klinische capaciteit van de faculteiten, wanneer een algemeen zevende jaar verplicht wordt ook voor ieder, die specialist wil worden. Ook financieel wordt dit een zware belasting.

Op grond hiervan werd besloten voor de toekomst het tweede stelsel af te wijzen en, gebruik makend van de nu bestaande mogelijkheid van wetswijziging, te pleiten voor van het eerste stelsel afgeleide varianten.

12. Bij de beschouwing van het *eerste stelsel* met zijn varianten springt het al dadelijk in het oog, dat het systeem van de wettelijk vastgestelde zogenaamde uitgestelde vestiging, of anders gezegd een vestigingsverbod voor de jonge arts, die de specifieke beroepsopleiding tot huisarts nog niet gevolgd heeft, niet gekozen kan worden vanwege de regelingen, die in de Europese Economische Gemeenschap in de maak zijn. Aangezien in de andere lidstaten hetzelfde stelsel geldt als in ons land, dat het artsexamen zonder verdergaande opleidingseisen toegang geeft tot de huisartsenpraktijk, zijn de bedoelde regelingen op dat stelsel gebaseerd. Nederland kan daar niet van afwijken zonder nadeel voor de Nederlandse artsen, zolang er geen dergelijke ontwikkelingen ten aanzien van de opleiding tot huisarts zijn ook in de andere lidstaten. (In Duitsland is de door de beroepsorganisatie ontworpen vrijwillige beroepsopleiding tot huisarts in 7 van de 11 „Länder“ door de bevoegde instanties erkend en verwacht wordt dat dit in de loop van 1970 voor heel Duitsland het geval zal zijn. De titel wordt „Allgemeinarzt“.)

13. Men kwam zodoende tot een voorkeur voor de varianten van het eerste stelsel, welke varianten in het bovenstaande met 1b, 1c en 1d zijn aangeduid.

Ten aanzien van 1b is in de plenaire vergadering van de Staatscommissie wel gebleken, dat een aantal leden van de Staatscommissie het weinig elegant acht, dat langs de weg van de contracten met

de ziekenfondsen, dus met behulp van financiële dwang, een doel bereikt moet worden dat op zichzelf helemaal buiten het financiële vlak ligt.

De Staatscommissie meent met de grootst mogelijke meerderheid desalniettemin te moeten vasthouden aan dit punt en dan in combinatie met stelsel 1d. Zij herinnert er aan, dat ook de invoering van de tot dusver bekende specialismen tot stand is gekomen doordat de ziekenfondsen geen contracten aangingen dan met diegenen, die na een bijbehorende opleiding gevolgd te hebben, als zodanig geregistreerd waren. Dit stelsel ligt nu voor de specialisten vast in het Verstrekkingenbesluit Ziekenfondsverzekering van 4 januari 1966. Op overeenkomstige wijze zou in dat besluit bepaald moeten worden dat de huisartsenhulp alleen gegeven wordt door de huisarts, dat is de arts die ingeschreven is in het huisartsenregister. De titel huisarts zou alleen mogen worden gevoerd door de in dat register ingeschreven artsen. Bij het invoeren van zulk een voorschrift zou uiteraard bij wijze van overgangsmaatregel de huisartsentitel toegekend moeten worden aan allen, die op dat moment als zodanig gevestigd zijn, maar van dat ogenblik af zou de titel en het contract met de ziekenfondsen alleen bestemd zijn voor degene, die de specifieke scholing tot huisarts gevolgd heeft.

Het voordeel van stelsel 1d boven 1c is dat door de invoering van de nieuwe huisartsentitel een iets grotere dwang op de arts gelegd wordt om de specifieke huisartsenopleiding te volgen dan bij 1c gedacht was, waar zulks immers geheel facultatief was. De Staatscommissie vreest echter, dat dit niet voldoende zal zijn.

De commissie geeft dus de voorkeur aan een combinatie van de stelsels 1b en 1d.

14. De commissie stelt dan tenslotte nog voor — het volgt reeds uit het voorgaande — dat er een officiële registratie zij van de in deze nota bedoelde titels.

15. Het stelsel dat de Staatscommissie voor ogen staat, kan resumerend als volgt omschreven worden:

a. In zes jaar leren de medische studenten hetgeen zij in de klassieke studieopzet in zeven jaar leerden. Deze studie wordt afgesloten met een arts-examen, dat de bevoegdheid geeft de geneeskunst uit te oefenen. De studie is gericht op het verkrijgen van de algemene medische kennis, die noodzakelijk is als ondergrond voor de eventuele latere specifieke opleiding tot huisarts, specialist of sociaal-geneeskundige.

Na zes jaar wordt de eed of belofte afgelegd, het diploma wordt geviseerd en bij de uitoefening van het beroep valt de arts onder het tuchtrecht. Hij is bevoegd tot alles wat de arts kan doen, zoals op het terrein van recepten en verklaringen.

De onderdanen van een van de lidstaten van de E.E.G., die een diploma van arts verkregen hebben in een van de andere lidstaten, hebben dezelfde

rechten en plichten als de houders van een Nederlands artsdiploma.

b. De arts kan kiezen of hij zich zelfstandig als arts zal gaan vestigen of dat hij een specifieke vakopleiding zal gaan volgen voor huisarts, specialist of sociaal-geneeskundige. Hem zal echter sterk aangeraden worden geen zelfstandige vestiging als arts te gaan ondernemen zonder de specifieke aanvullende opleiding tot huisarts welke hem de officiële titel van huisarts oplevert, gevolgd te hebben, omdat hij anders niet in aanmerking komt om de overeenkomst, die het ziekenfonds met de huisarts pleegt te sluiten aan te gaan. Voor hen die na hun artsexamen geen verdere opleiding volgen zullen wel sommige betrekkingen in dienst- of teamverband openstaan.

De arts in opleiding tot huisarts wordt evenals de arts in opleiding tot specialist gehonoreerd; zijn positie als leerling en als werknemer behoort goed geregeld te worden, met recht van beroep e.d.

Niet alleen de titel van arts is wettelijk beschermd, maar ook die van de huisarts en van de specialisten is beschermd in die zin dat het voeren van die titel verboden is voor degenen die de tot die titel leidende opleiding niet gehad heeft.

16. De Staatscommissie besloot dit rapport reeds spoedig en zonder op het eindrapport van de Staatscommissie te wachten als een interimrapport aan de bewindslieden bekend te maken. Indien de bewindslieden dit advies overnemen zal het immers nodig zijn dat het Academisch Statuut wat betreft

de studierichting van de geneeskunde opnieuw herzien wordt, voordat er feitelijk ingevolge het thans geldende systeem assistent-artsen zullen zijn.

Verder is het bekend, dat er voorstellen zijn voorbereid over de inrichting van het zevende jaar in het nu geldende tweede stelsel, met name over de inrichting van de huisartsenopleiding en over de registratie van huisartsen. Indien bekend zou worden dat de faculteiten, de Maatschappij en de Regering het standpunt, in dit rapport uiteengezet, zouden aanvaarden, zou dit repercussies meebrengen voor deze besprekingen.

Wordt het advies van de Staatscommissie overgenomen, dan zal de beoogde beroepsopleiding tot huisarts gerealiseerd moeten worden door te bepalen dat ook in deze figuur de afdelingen huisarts-geneeskunde van de medische faculteiten met deze opleiding tot huisarts worden belast en door het beschikbaar stellen van de hiervoor nodige financiële middelen, ook al zal deze opleiding dan in zekere zin post-graduate zijn. De betrokken groeperingen stellen bovendien de voorwaarde, dat dan ook de salariëring van de artsen in opleiding tot huisarts gewaarborgd moet zijn.

Het is bekend dat in Utrecht, waar al eerder met de hervorming van het curriculum is begonnen, in 1971 de eerste studenten de zesjarige basisopleiding zullen beëindigen, terwijl in 1972 te Rotterdam de eerste artsen-nieuwe-stijl zullen afstuderen.

Er is derhalve periculum in mora.

27 november 1970

BIJLAGE	Specifiek scholing tot huisarts	Begin opleiding tot specialist	Recepten en verklaringen	Eigen verant- woordelijkheid	Wetswijziging	E.E.G.
<i>Stelsels:</i>						
Ia.						
Arts na zes jaar; uitgestelde vestiging	Verplicht in zevende jaar na artsexamen	Dadelijk na artsexamen	In het zevende jaar, dus na het artsexamen bevoegd	Zelfstandig- heid in 7e jaar beperkt door vestigingsverbod en leersituatie	Vestigings- verbod. Dubbele registratie	Problema- tisch
Ib.						
Arts na zes jaar; nog niet bij fonds ingeschreven	Vrijwillig in zevende jaar na artsexamen	idem	idem	Zelfstandig- heid in 7e jaar alleen beperkt door leersituatie	Geen contract met ziekenfonds. Dubbele registratie	Geen probleem
Ic.						
Arts na zes jaar; geheel vrijwillig	idem	idem	idem	idem	Dubbele registratie	idem
Id.						
Arts na zes jaar; daarna titel huisarts	idem	idem	idem	idem	Dubbele registratie. Bescherming van titel	idem
II.						
Na zes jaar assistent- arts; arts na zeven jaar	Verplicht in zevende jaar vóór artsexamen	Onduidelijk; mogelijk deel van 7e jaar	In zevende jaar nog niet bevoegd	Geen tijdens 7e jaar	Regeling positie assistent-arts bij de wet	idem

S-5 vanuit wetenschap- en maatschappijkritiek

Door Gerard van Urk, arts te Lelystad

„Pour discuter il faut être d'accord. Dat wil zeggen er moet een zekere gelijkgerichtheid aanwezig zijn en wederzijds een mentaliteit die een basis van vertrouwen schept”. Deze woorden schreef Huijbregtsen in 1969¹. Zij kwamen in mijn herinnering terug, toen ik bemerkte dat Van Gijn² op zulk een tragische wijze is gestrand op mijn artikel³ en er op stuk liep. Men slaagt er niet in elk ogenblik op alles het juiste zicht te krijgen. De hiervoor nodige basisvoorwaarden ontbraken bij Van Gijn ten aanzien van mijn beschouwing over S-5. Zijn opmerkingen hebben dan ook weinig te maken met mijn artikel. Overigens zijn zij hier en daar bijzonder belangwekkend, indicatief als zij zijn voor enkele fundamentele zaken. Om nu enerzijds aan het laatste recht te doen, maar verder de kans op een wurgende woordenworsteling zo klein mogelijk te houden, laat ik een verkenning van achtergronden voorafgaan aan een behandeling van Van Gijn's reactie.

Wetenschapskritiek

Een tijdje geleden stond in de Haagse Post een merkwaardig interview te lezen, een interview dat al gauw een levendig gesprek werd tussen twee bekende Nederlandse auteurs. Van deze twee mensen kan men niet zeggen, dat zij op hun mondje zijn gevallen. Als het er om gaat zich helder uit te drukken, behoeven wij van hen geen slechte prestatie te verwachten. Deze omstandigheden maakten het gesprek nu juist zo merkwaardig. Want er vielen wel woorden, - zelfs veel woorden aan beide kanten, maar iedere uitspraak leek op zichzelf te staan en een eigen leven te leiden. Elke zin van de één lokte wel steeds bij de ander een reactie uit, maar bracht hem niet tot een antwoord. De richting van de dynamische gedachtenwisseling werd steeds meer ongreepbaar; de sfeer werd zinledig. Toen tenslotte het contact zo onwezenlijk was geworden als een astraal lichaam, scheen dit een der auteurs plotseeling tot bezinning te brengen. Abrupt en recht op de man af stelde hij de ander de vraag: „Zeg jij me nou eens, wat wil jij eigenlijk?” De ander had weinig tijd nodig voor zijn antwoord. „Wat ik wil”, zei hij, „dat is vrijheid, gerechtigheid en naastenliefde”. Na een ogenblik van verbazing — of misschien van ergernis — bij zijn gesprekspartner, kwam met explosieve kracht de niet minder elementaire reactie: „Jij spreekt over niets, man; over niets heb jij het, over helemaal niets!”

Wat nu!? De woorden vrijheid en gerechtigheid kan men vinden in de vroegste documentatie van de geschiedenis. Maar zou het desondanks mogelijk zijn, dat het door de eeuwen heen om een fictie ging, om droombeelden en gedachtenschimmen? Want iemand zegt: „Het gaat over niets”. In de naam van de vrijheid en omwille van de vrijheid hebben talloze enkelingen zwaar geleden; en hun leven hebben ze ervoor prijs gegeven. „Liberté et Fraternité” brachten hele volken in beweging en continenten tot gisting. Maar een bekend auteur zegt: „Het gaat over niets!”

Wat is er eigenlijk aan de hand met onze taal; wat is de betekenis van woorden? Daar is lang en veel over nagedacht. Zoals Kant zich de vraag stelde „Was kann ich wissen?”, vroeg Wittgenstein zich af: „Wat kan ik zeggen?” Het blijkt, dat men hoegenaamd niets kan zeggen, en dat dit samenhangt met het feit dat ieder individu voortdurend verward is in een niet aflatende bestaansstrijd en in die strijd positioneel is bepaald - zijn „stellingen heeft betrokken”. Er bestaat dan ook niet zoiets als „wetenschap” of „waarheid”, waarvan de woorden de dragers zijn. „Niemand kan bij zijn geestelijke activiteit voortdurend abstraheren van zijn individuele „zelf”, dat in deze activiteit dan ook telkens penetreert met de specifieke beperkingen van individuele vitaliteit, emotionaliteit, neiging, tendentie attitude en wil. Ook in de wetenschap heeft de mensheid nog niet het stadium bereikt van de allen gemeenschappelijke geest” (noësfere van Teilhard de Chardin)⁴.

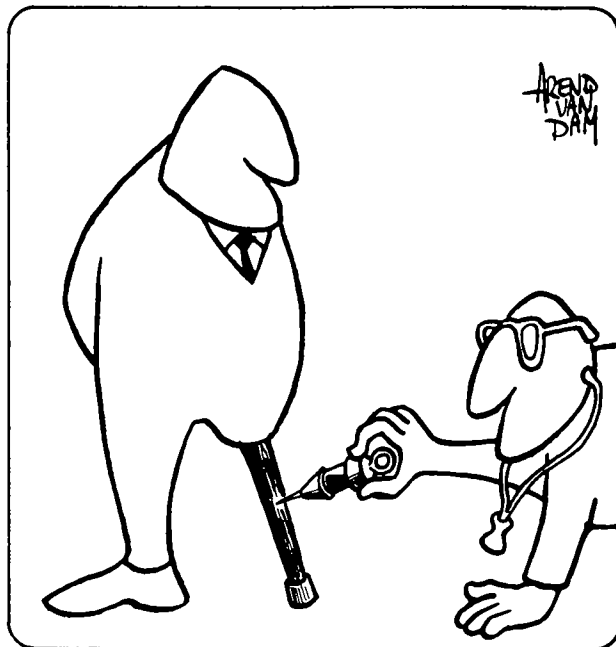
Men kan met woorden dan ook nauwelijks iets „zeggen”. Woorden zijn de wapens in onze stellingen; zij worden dan ook meer gebruikt om iets te verhullen dan om iets openbaar te maken. Wat men op het ogenblik zeggen kan, is meteen daverend irrelevant. Het zijn de „2 x 2 = 4-zaken”, die men eindeloos ingewikkeld kan maken en in duizenden variaties steeds gecompliceerder (de hedendaagse rondedans van „de wetenschap”), maar die niets kunnen bijdragen tot het slechten van scheidsmuren. Toen ik eens stelde, dat heden ten dage veel schade aan de gezondheid zijn oorzaak vond in de „armoede”, was er natuurlijk ogenblikkelijk iemand, die erop wees dat het juist de „welvaart” was, die de mensen tegenwoordig ziek maakte. Nu is er niet zoiets als „het gelijk aan zijn zijde hebben” of „het bij het rechte eind hebben”. De kwestie is eenvoudig, dat de verdediger van de „armoede”-theorie en

die van de „welvaart”-theorie een verschillende kant uit *willen*. Zij zijn doodgewoon in conflict met elkaar, in oorlog. Zij verdedigen hun stelling, hun stad, hun „polis”; ze doen „politiek”. Het is niet waar, dat wij wetenschap bedrijven, dáár waar het leven van wezenlijk belang is. Daar wordt verbitterd gevochten en daar is men noodwendig emotioneel. Emotionaliteit is dus geen zijspoor, zoals Van Gijn suggereert; het is de meest eigenlijke werkelijkheid. Iedereen is altijd weer emotioneel; ook Van Gijn heel duidelijk in zijn reactie, en hij *kán* ook niet anders! Van Gijn zal nu begrijpen, dat het geen zin heeft om te praten over „denkfouten”. Naar mijn inzicht begaat hijzelf, en niet ik, de ene zonde na de andere tegen de wetten der logica. Maar ik zal er niemand mee vervelen. Belangrijker is het, dat men de vraag zou trachten te beantwoorden: „Wat wil van Gijn eigenlijk?” In de geschetste constellatie kan men alle moed verliezen en — als Wittgenstein — tuinman worden. Ik koos voor de andere kant: „Continuons” (Sartre).

Maatschappijkritiek

Mijn artikel ging over bepaalde aspecten van discriminatie in Nederland. Dit woord prikkelt tot verzet. Het doet denken aan de kleurlingen in Zuid-Afrika en de negers in Amerika. Nu zijn wij sterk overtuigd van de menselijke boosaardigheid, maar dat geldt vooral als Het Grote Kwaad zich ver weg lijkt af te spelen, het liefst helemaal aan de andere zijde van de aardbol. Niemand moet het echter in zijn hoofd halen het verschijnsel in eigen omgeving aan te wijzen. Discriminatie is echter alles wat in de weg staat van gelijkberechtigtheid en alles wat ten eigen bate bij anderen de kans verdringt op de ontplooiing van hún leven naar hún aard. Dit nu komt ook onder ons voor, elkeen bezondigt zich eraan; men bezondigt zich er vooral aan als deelgenoot van een groep. Want de groeperingen waarvan wij deel uitmaken zijn door ons niet altijd vrijwillig gekozen. Het is zelfs omgekeerd: tot de meeste maatschappelijke verbanden behoren wij min of meer gedwongen. Behoudens een enkeling behoren wij allen tot een werkverband, om den brode! Maar gemeten aan de duizend en één bestaande persoonlijke schakeringen en behoeften, is de keuze zeer beperkt. Door overmacht gedwongen handelen wij overeenkomstig de groepsaanwijzingen van dit verband, ook overeenkomstig de discriminerende activiteiten die ervan uitgaan. Er valt niet aan te ontkomen: al levende leven wij in voorgevormde structuren en worden gevoerd naar waar wij niet zijn willen. Al levende worden wij aan het leven schuldig - ons ondanks. Wie dit doorziet, begrijpt wat ik bedoel, als ik stel: al rechtsprekende begaat de rechter het grootste onrecht; en begrijpt, dat ook de dokter, geroepen om dienaar van het leven te zijn, zich meer dan eens stelt in dienst van de krachten der destructie - zijns ondanks!

De consequenties van deze ziens- en zijnswijze zijn tweeeërlei; men zal ze bij maatschappijkritici



steeds weer aantreffen. De ene kant is, dat geen enkele aanklacht persoonlijk is bedoeld. Het menselijk tekort wordt nooit als persoonlijke schuld toegeschreven aan individuen of groepen van individuen; het wordt gelokaliseerd in de structuren, waarin wij allen vrijwel machteloos liggen verankerd. Maatschappijkritisch denken is geen personaal, maar structureel denken. Terwille van de zaak kan op deze wijze worden afgezien van stootkracht verminderende prudentie en consideratie rond personen en zaken.

Aan de andere kant kan — zonder dat heilige huisjes gevaar lopen — ongehinderd worden gewezen op die steeds weer voorkomende mensen, voor wie geen persoon of instantie in onze samenleving in het bijzonder verantwoordelijk is, en kan het besef groeien dat daarom steeds een ieder verantwoordelijk is voor elkeen en allen tezamen voor alles en allen. De maatschappijkritische arts zal geen verwijzing van de verantwoordelijkheid naar een andere instantie aanvaarden, als deze laatste op zijn beurt ook weer verwijst. Deze ook in geneeskundige kringen voorkomende gang van zaken zal ronduit als moreel laakbaar worden bestempeld. Van Gijn zal nu misschien begrijpen, dat ik met de uitspraak „met een medisch stempeltje weer de maatschappij ingeschoven” hem niet aanwijs als „schurk en leugenaar en al wat boos is”. Bedoeld wordt, dat militaire artsen — *vi coactus* — functionerend in een maatschappelijke totaliteit, mede verantwoordelijk zijn voor de gevolgen die een S-5-er maatschappelijk ondervindt.

De rusteloze Freud

Voor het grootste deel kan Van Gijn zijn moeilijkheden met het bovenstaande nu oplossen. Er is echter nog een essentiële zaak. Naar aanleiding van

de dissertatie van Abraham⁵ verschenen er in de pers berichten over verborgen verleiders in voor artsen bestemde geneesmiddelenreclame. Het „Voorlichtingscentrum farmaceutische industrie” reageerde daarop met: „De pers heeft de bevindingen van Dr. Abraham ten onrechte opgevat als een beschuldiging van onethische aanprijzing aan het adres van de geneesmiddelenindustrie.” Zulks ondanks het feit dat Dr. Abraham in zijn proefschrift met nadruk heeft verklaard, dat er naar zijn mening „geen sprake van kwade trouw” bij de industrie is”. Wat doet hier genoemd voorlichtingscentrum? Het maakt een afleidingsmanoeuvre; het trekt een rookgordijn op. Het is uiteraard duidelijk, dat men iemand niet van kwade trouw behoeft te verdenken om van mening te zijn, dat hij in feite onethisch handelt. Door de aandacht op iets anders te richten wordt geprobeerd hem af te leiden van de zaak waarom het gaat en waarover men het maar liever niet hebben wil. Dit in ons diep ingeslepen ontsnappingsmechanisme bij pijnlijke zaken vormt een der grootste hindernissen op de weg naar vooruitgang. Van Gijn bedient zich er ook van, onder andere als hij vraagt „hoe groot” de kans op afkeuring dan wel niet wordt. Als in een land waar de doodstraf nog bestaat iemands hele wezen hiertegen in opstand komt en hij wil dat deze wordt afgeschaft, moet men niet antwoorden: „Man wat wil je, er is de laatste vijf jaar niemand meer terechtgesteld”. Want het gaat niet om het aantal, maar om

de morele betekenis van het fenomeen. Ik wéét natuurlijk niet precies hoe groot die kans is (het is me nog niet gelukt een landelijk onderzoek op gang te krijgen naar keuringen). Maar dit doet er ook niets toe. De kans is „te groot”, omdat ik onder de omstandigheden van het verschijnsel „keuringen” het voor de artsengemeenschap moreel onaanvaardbaar acht, dat die kans er überhaupt is!

Tenslotte nog even: De dissenter is geen zelfgemaakte underdog. In Rusland en Griekenland gaat hij respectievelijk de psychiatrische inrichting en de gevangenis in; in Nederland wordt hij als geestelijk instabiele maatschappelijk uitgerangeerd.

Wegens de beperkte plaatsruimte moet ik hier de dialoog met Van Gijn afbreken. Wat zijn boosheid betreft, laten we bedenken hoe onbetekenend wij allemaal zijn:

*in de woestijn daar bloedde hij dood
en ach - het zand werd amper rood.*

Literatuur:

1. J. Huibregtsen. Aanstellingskeuring en ziekteverzuim. M.C. nr. 33/1969, blz. 923.
2. J. van Gijn. S-5 als kapstok. M.C. nr. 1/1971, blz. 14.
3. G. R. van Urk. S-5 als conflict. M.C. nr. 50/1970 blz. 1359.
4. G. R. van Urk. Sociale Geneeskunde. In Wetenschap en Samenleving. T. soc. Geneesk. 46 (1968) 903.
5. R. E. Abraham. Analyse van de geneesmiddelenreclame. Dissertatie Amsterdam, 1970.

Zwitsers maken front tegen „de knal”

In Zwitserland treedt sinds kort een actie-comité tegen de supersonische knal op. Het comité wil de grondwet zo laten wijzigen, dat voortaan het doorbreken van de geluidsbarrière boven Zwitsers grondgebied zal zijn verboden. Een voorstel tot grondwetswijziging mag krachtens diezelfde grondwet door de kiezers worden ingediend. Over het luchtverkeer bevat de Zwitserse grondwet alleen deze regel: „De wetgeving betreffende de luchtvaart ressorteert onder de federatie”. Het actie-comité wil daaraan toevoegen: „Supersonische vluchten zijn boven federaal grondgebied verboden.” Er is één maar: het comité houdt zijn handen af van de luchtmacht; de voorgestelde wetwijziging wordt als volgt geamendeerd: „De landsregering bepaalt in hoeverre van dit verbod (op supersonische vluchten) door militaire vliegtuigen mag worden afgeweken”. Voorzitter van het anti-knal-comité is Prof. M. Schär, directeur van het Instituut voor Sociale en Preventieve Ge-

neeskunde van de universiteit van Zürich. De Zwitserse artsenbond heeft zich officieel achter de initiatiefnemers gesteld. In de Schweizerische Ärztezeitung van 16 december 1970 is de tekst van het petitionnement met de voorgestelde grondwetswijziging ter ondertekening afgedrukt.

In het nummer van de 23e december zet Prof. Schär nog eens, onder het opschrift „Das haben wir nicht gewusst”, een paar weetjes over de supersonische knal op een rijtje:

- de geluidsexplosie doet zich niet alleen voor op het moment en op de plaats van het doorbreken van de geluidsbarrière, maar in een strook met een breedte van 60-120 km langs de gehele vluchtroute; een vliegtuig dat in een rechte lijn boven Zwitserland koerst, zal met zijn supersonische knal zeker een miljoen mensen last bezorgen;
- de intensiteit van de drukgolf, waar-

mee de explosie gepaard gaat, hangt af van de grootte van het toestel, de snelheid waarmee en de hoogte waarop het vliegt; burger-vliegtuigen zijn daarom gevaarlijker, omdat zij zo snel mogelijk moeten vliegen („time is money”) maar verplicht geen hoogvliegers zijn;

- zo min als de zwaartekracht kan worden opgeheven, bestaan er technische foefjes om het optreden van de supersonische knal te onder-
varen;
- de knal komt binnenshuis nog harder aan dan buiten;
- het effect van een vermeerdering van de vliegsnelheid wordt grotendeels tenietgedaan door de lange reis- en wachttijden op de grond; het zou daarom beter zijn als men zich bij zijn streven naar kortere vervoerstijden richtte op de gang van zaken beneden.

Boerhaavekursus over ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde

Van 18-20 februari zal een Boerhaavekursus plaatsvinden over „Ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde”.

De cursus beoogt een overzicht te geven van die ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde, die hebben geleid tot de formulering van specifieke doelstellingen c.q. specifieke methodieken in de huisartspraktijk en in de huisartsopleiding. Aan de orde komen onder meer de anteciperende geneeskunde, de echelon-diagnostiek, geprogrammeerde behandelingen, de interview-techniek, de tactiele benadering, de medical problem solving, de groepsgewijze samenwerking en de didactiek.

De cursus is bedoeld voor praktiserende huisartsen en met name toekomstige opleiders, die zich op het terrein van de *specifieke* huisartsgeneeskunde willen oriënteren. De poging hierbij zo volledig mogelijk te zijn, heeft geleid tot een vol en compact programma, waarbij ook van de deelnemers actieve medewerking wordt gevraagd. De cursus is mede mogelijk geworden door het voorbereidende werk van de Studiegroep Alphen van het Nederlands Huisartsen Genootschap.

Sprekers tijdens deze cursus zullen zijn: Prof. Dr. J. Bastiaans, Jelgersmakliniek, Rijksuniversiteit, Leiden; A. H. van Bolhuis, afdeling Keel-, Neus- en Oorheeskunde, Academisch Ziekenhuis, Leiden; Dr. G. J. Bremer, arts, Nieuwkoop, lector Leids Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit, Leiden; J. de Bruyne, arts, Leiden; Dr. R. S. ten Cate, arts, Wassenaar; Dr. A. Cats, lector, afdeling Reumatologie, Academisch Ziekenhuis, Leiden; Prof. Dr. M. C. Colenbrander, afdeling Oogheeskunde, Academisch Ziekenhuis Leiden; L. van Dam, internist, Academisch Ziekenhuis, Leiden; A. M. van Dongen, arts, Nieuwveen; C. van Dorp, psycholoog, Dienst Onderwijsontwikkeling, Rijksuniversiteit, Leiden; Prof. Dr. H. J. P. M. Dijkhuis, Leids Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit, Leiden; F. Elkerbout, afdeling Haematologie, Academisch Ziekenhuis, Leiden; P. K. van der Ent Braat, arts, Aarlanderveen; Prof. Dr. J. C. van Es, Utrechts Huisartsen Instituut, Rijksuniversiteit, Utrecht; Dr. J. F. L. Fontein, internist, Leiden; Dr. C. A. de Geus, arts, Waddinxveen; K. Gill, arts, Zwammerdam; Prof. Dr. J. de Graeff, afdeling Interne Geneeskunde, Academisch Ziekenhuis, Leiden; Dr. M. P. Hennink, arts, Leiderdorp; Dr. J. Hoeing, directeur-geneesheer Johannes Stichting, Nieuwveen; Prof. Dr. F. J. A. Huygen, Nijmeegs Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Katholieke Universiteit, Nijmegen; W. J. de Jong, arts, Wassenaar; Dr. K. F. Kerrebijn, kinderarts, Sophia Kinderziekenhuis, Rotterdam; S. van der Kooij, arts, Voorschoten; L. Kuenen, internist, Academisch Ziekenhuis, Leiden; Prof. Dr. E. A. Loeliger, afdeling Haematologie, Academisch Ziekenhuis, Leiden; Dr. A. J. van Meurs, arts, Den Haag; Dr. J. D.

Mulder, arts, Noordwijk aan Zee; J. I. de Neeff, arts, Didam; J. Nooter, arts, Woubrugge; Dr. A. P. Olie-mans, arts, Den Haag; Dr. F. J. G. Oostvogel, geneesheer-directeur Verpleeghuis „Het Gulden Huis”, Den Haag; R. van Spronsen, arts, Den Haag; Prof. Dr. A. Staal, afdeling Neurologie, Academisch Ziekenhuis Dijkzigt, Rotterdam; Dr. J. Stevens, Aldeburgh (Suffolk), Engeland, leider van het zogenaamde Ipswich Scheme voor opleiding tot huisarts; Dr. L. I. Swaab, lector, afdeling Verloskunde en Gynaecologie, Academisch Ziekenhuis, Leiden; Dr. J. Terpstra, interniste, diabetes-werkgroep, afdeling Stofwisselingsziekten en Endocrinologie, Academisch Ziekenhuis, Leiden; F. Veldman, fysiotherapeut, Physiotherapeutisch Instituut, Nijmegen.

Cursusleiders: Prof. Dr. H. J. P. M. Dijkhuis, Leiden; K. Gill, Zwammerdam.

Plaats: Collegezaal IV, Gorlaeus Laboratoria (Chemie Complex), Verlengde Wassenaarseweg, Leiden. Dit complex ligt op ongeveer 2 km van het station en van het viaduct Oegstgeest/Rijksweg 4. Er is ruime parkeergelegenheid. Tijdens de cursus zijn de deelnemers te bereiken onder telefoonnummer 01710-48333, toestel 4700 of 4702. Het cursusgeld bedraagt f 45,—.

Aanmeldingen vóór 8 februari 1971 bij het secretariaat van de Boerhaave Commissie voor Voortgezet Onderwijs, Academisch Ziekenhuis, Leiden. Inlichtingen eveneens aldaar, telefoon 01710-47222, toestel 2797.

Stichting voor het ongeboren kind

Opgericht is de Stichting voor het ongeboren kind. Doel van deze stichting is, te bevorderen dat het recht van de nog niet geboren menselijke vrucht op leven wordt geëerbiedigd, een doel dat men wil verwezenlijken door aantasting van het levensrecht der menselijke vrucht te bestrijden, een oplossing te zoeken voor problemen die tot deze aantasting kunnen leiden, en verder alle andere geoorloofde middelen aan te wenden. Een reëel alternatief voor abortus provocatus moet, aldus de stichting, bereikbaar zijn. Voorlopig zal men zich in hoofdzaak toelagen op verbetering van de sociale omstandigheden, die tot een verzoek om abortus aanleiding kunnen geven. Ook een intensieve begeleiding van ongewenst zwangeren — om zo de ongewenstheid in acceptatie te doen verkeren — moet er volgens de stichting, die sinds een kwartaal werkt, dringend komen. Het secretariaat van de Stichting voor het ongeboren kind, secretaris-penningmeester: Mr. M. G. J. M. Kortmann, is te bereiken via Postbus 250 te Zeist, tel. 03404-1066.

ABORTUS PROVOCATUS

Vóór begeleiding van de ongewenst zwangere

Vóór de mogelijkheid tot abortus arte provocatus in elk ziekenhuis

Tegen aparte abortusklinieken

Door Prof. Dr. A. A. Haspels en A. W. Mante, gynaecologen *

Extreme standpunten zijn eenvoudig te poneren. Absolute tegenstanders van abortus provocatus én verdedigers van abortus provocatus op elke sociale indicatie, vinden elkaar in eenvoud en rechtlijnigheid van redenering en vaak emotioneel coloriet.

Tegen *aparte* abortusklinieken zijn de volgende argumenten in te brengen:

1. De druk vanuit de maatschappij, die op alle afzijdige artsen, ziekenhuisdirecties en besturen dient te worden uitgeoefend, valt weg, indien aparte abortusklinieken worden geopend. Vele artsen zullen dan geneigd zijn verzoeken tot afbreken van de zwangerschap door te geven aan de „abortuskliniek” en zelf in een Pontius Pilatus houding hun handen „in onschuld” wassen.

2. Een aparte kliniek betekent een achteruitgang in de normale gezondheidszorg, omdat alle medische ingrepen onder de allergunstigste omstandigheden behoren te worden uitgevoerd. Dat een abortus arte provocatus geen onschuldige ingreep is tonen statistieken uit Engeland en Oost-Europa aan. De mortaliteit van de abortus arte provocatus is in Engeland ruim 2 maal zo groot (40-50 per 100.000) als van de normale partus (19 per 100.000). Op het congres van de N.V.S.H. te Amsterdam werden 27,8 en 19 per 100.000 vermeld. Uit onderzoeken uit Tsjecho-Slowakije blijkt, dat vrouwen met een abortus arte provocatus in de anamnese tijdens zwangerschap en partus significant meer complicaties hadden dan vrouwen die bevielden zonder voorafgaande abortus.

3. Van een betrouwbare indicatiestelling vooraf kan in een abortuskliniek geen sprake zijn. In een massabedrijf valt moeilijk na te gaan of de aangevoerde argumenten van de vrouw zelf zijn of haar door de omgeving zijn aangepreft. Bovendien komt van individuele benadering moeilijk iets terecht. Dat dit toch van belang is, moge onder meer blijken uit getallen, verschaft door Sir John Peel (Amsterdam 14-11-1970). In een serie van 27.000 gevallen van abortus arte provocatus in Engeland waren 8 doden te betreuren, waarvan 2 door zelfmoord gepleegd nadat de abortus was uitgevoerd.

4. Bij een abortuskliniek kan van het beschermen van het beroepsgeheim geen sprake zijn.

5. Van behoorlijke nazorg zal weinig terecht kunnen komen. Tot de noodzakelijke nazorg behoort onder andere regeling van de anticonceptie. Hoe noodzakelijk die is, laat de Utrechtse ervaring zien, met een patiënte die in Engeland was geaborteerd op de 15e mei. Op de 30e mei kwam zij de „Morning-after pill” vragen na een onbeveiligde coïtus.

6. Wanneer een abortuskliniek niet wordt erkend als een volwaardige inrichting, wordt behandeling niet opgenomen in het Ziekenfondspakket of de Ziektekostenverzekering.

7. Bij wettelijke toestemming tot oprichting van abortusklinieken zullen spoedig commercieel geleide klinieken à la Londen worden geopend, daarmee abortustoerisme uit omliggende landen bevorderend.

8. Een te gemakkelijk abortusbeleid vermindert de motivering tot anticonceptie en werkt daarmee nonchalance in de toepassing ervan in de hand.

Van de poliklinisch uitgevoerde abortus in Engeland en in Nederland zien wij herhaaldelijk complicaties. Opstijgende infecties kunnen leiden tot salpingitis en steriliteit. Onlangs zagen wij een patiënte met buikklachten en vaginaal bloedverlies. Bij onderzoek vonden wij een onthoofd foetus los in de vagina, terwijl een Lippes Loop half uit de cervix hing. Dit I.U.D. was door de behandelend arts kennelijk in aansluiting aan de abortus arte provocatus in de uterus gebracht, wat op zichzelf niet verkeerd is. Het is uiteraard wel verkeerd, dat waarschijnlijk ten gevolge van de routinematige massabehandeling niet werd opgemerkt, dat het zwangerschapsprodukt slechts ten dele was verwijderd, zodat later de resten van de vrucht tezamen met de spiraal werden uitgedreven. Het poliklinisch uitvoeren van

* Uit de Universiteitskliniek voor Verloskunde en Gynaecologie te Utrecht.

de abortus arte provocatus tot tien weken houdt ook het risico in, dat er een toevloed van patiënten met oudere zwangerschappen ontstaat en dat niet wordt opgemerkt, dat de datum van de laatste menstruatie wordt verschoven teneinde toch een abortus toegewezen te krijgen.

Wij verrichten wekelijks abortus arte provocatus na zorgvuldig onderzoek en bespreking in teamverband. Ieder ziekenhuis dient over een werkgroep van huisarts ad hoc, gynaecoloog, psychiater eventueel psycholoog en maatschappelijk werker te beschikken, waar begeleiding, van de ongewenst zwangere op psychotherapeutisch, verloskundig en sociaal maatschappelijk vlak mogelijk is. In dit verband dient te worden opgemerkt, dat in de grote meerderheid der gevallen de ongewenste zwangerschap een symptoom is van relatiestoornissen of gezinspathologie. Men biedt in zulke gevallen de vrouw in feite geen echte hulp, wanneer men alleen de „uterus leegt” en geen aandacht schenkt aan de

meerderheid der gevallen de ongewenste zwangerschap.

De hulp die de meerderheid der vrouwen, die komen met een verzoek tot afbreken van de zwangerschap behoeven ligt op het psychiatrische en maatschappelijke vlak. Het is niet goed denkbaar dat een kliniek, uitsluitend gesticht en ingericht voor het uitvoeren van abortus, aan alle gegadigden deze hulp kan bieden. Als niemand zich aan zijn verantwoordelijkheid onttrok zou iedere huisarts gemiddeld vijf aanvragen per jaar te verwerken krijgen, iedere gynaecoloog dertig tot veertig.

Een belangrijke invloed kan van deze werkgroep uitgaan ter bevordering van de preventieve houding van allen die zich wezenlijk met de medemens in nood willen bezighouden. Het is een aanfluiting voor Nederland dat velen in hun eigen omgeving niet kunnen worden geholpen en zijn aangewezen op de zowel in medische als maatschappelijke zin inadequate „hulp” van buitenlandse klinieken.

Rapport Royal College of Physicians

SIGARETTEN ROKEN „LOTERIJ DES DOODS”

Volgens een onlangs gepubliceerd rapport van het Royal College of Physicians richt de sigaret een slachting aan, die te vergelijken is met die van tyfus-cholera- en t.b.c.-epidemieën vroeger. Het rapport vermeldt, dat in 1968 in Engeland 27.500 mannen en vrouwen in de leeftijd van 35-64 jaar aan longkanker zijn overleden. Het lijdt volgens de samenstellers geen enkele twijfel meer, dat er een rechtstreeks verband bestaat tussen longkanker en sigaretten-roken, een overtuiging die met enig extra-bewijs wordt gestaafd. Rekent men de chronische bronchitis en de hartziekten — waaraan roken minstens zijdelings debet kan zijn — mee, dan is de sigaret in Engeland schuldig aan 100.000 doden per jaar. Van elke vijf zware rokers lopen er twee de kans voor hun 65e te sterven aan longkanker, bronchitis of hartziekten, tegen een op de vijf niet-rokers. Bij mannen veroorzaakt roken 90% van alle sterfgevallen door longkanker, bij vrouwen 40%; 25% van de mannelijke sterfte door coronair-trombose en 20% van de vrouwensterfte is te wijten aan het roken. Het is niet waar, dat er meer longkanker zou worden veroorzaakt door de luchtvervuiling dan door het roken. Tenzij men radicaal breekt met de rookgevoonte, zullen er omstreeks 1980 rond de 50.000 mensen per jaar sterven aan longkanker; zou iedereen nu nog met roken ophouden, dan zouden het er maar 5.000 jaarlijks zijn.

De regering zou hierbij kunnen helpen, aldus het rapport, door sigaretten zwaarder te belasten dan andere rookwaren. Scherpe kritiek wordt uitgeoefend op het feit dat de regering te laks is om veel

te doen voor de anti-rookcampagne en een tweeslachtige houding aanneemt, omdat de tabaksaccijns op het ogenblik te hard nodig is om de schatkist te spekken. Per jaar incasseert de Britse regering 1,2 miljoen pond aan accijns op sigaretten: een vijfde van de opbrengst van de inkomstenbelasting. Maar, zeggen de samenstellers van het rapport, tegenover dit enorme bedrag aan tabaksaccijns staat een jaarlijks verlies aan arbeidsdagen van 38 miljoen vanwege door het roken veroorzaakte ziekte; constant worden verder 8.500 ziekenhuisbedden door zieke rokers ingenomen.

Het liefst zouden de Britse artsen het roken helemaal uitbannen, aangezien zelfs matig roken nog 10.000 doden jaarlijks betekent. Als tussenoplossing beveelt het college sigarettenrokers aan over te gaan op sigaar of pijp, mits zij bij het roken daarvan niet inhaleren. Elke roker die een pakje sigaretten koopt, neemt in feite een lot in een loterij met de dood als inzet, aldus het rapport.

Aangedrongen wordt op het nemen van de volgende maatregelen: 1. het aanbrengen van een waarschuwing tegen het roken op alle sigarettenpakjes; 2. het invoeren van een algeheel reclameverbod voor sigaretten (voor de televisie is dit verbod al van kracht); 3. het beperken van het roken op voor iedereen toegankelijke plaatsen; 4. het nog verder beperken van het roken tijdens het werk; 5. het verwijderen van sigarettenautomaten van punten, die ook voor kinderen toegankelijk zijn; 6. het stellen van een scherpe limiet aan het nicotine- en teergehalte van sigaretten.

Toekomstige structuur gezondheidszorg in Nederland (III)

Sociale zekerheid en gezondheidszorg

door Mr. H. van Brussel, algemeen secretaris
Verbond van Nederlandse Ondernemingen

Wie denkt over een nieuwe opzet van de verzekeringen op het gebied van de geneeskundige verzorging, doet er goed aan zich te realiseren wat de bezwaren zijn die aan de huidige opzet kleven. In de discussies over dit vraagstuk wordt door sommigen wel eens de indruk gewekt, dat zij een collectivisering van de gezondheidszorg vooral nastreven als doel op zichzelf en niet zozeer omdat het huidige systeem niet goed zou werken. Dit neemt echter niet weg, dat ook naar mijn mening tegen de huidige structuur wel degelijk reële bezwaren kunnen worden aangevoerd. Voor sommige groeperingen van de bevolking zijn de lasten van de geneeskundige verzorging onaanvaardbaar hoog. Ook heb ik er wel begrip voor, dat het ziekenfonds met zijn wat betuttelend verzorgingssysteem in stijgende mate onlustgevoelens oproept. Vooropgesteld moet evenwel worden dat, ondanks de bezwaren die van veel kanten tegen de huidige opzet worden aangevoerd, de gezondheidszorg in ons land op een zeer hoog niveau staat. Wie gaat sleutelen aan structuren, dient zich daarom in de eerste plaats af te vragen wat daarvan de consequenties kunnen zijn voor de kwaliteit van de geneeskundige verzorging.

Bezwaren tegen het bestaande stelsel

De bezwaren tegen het bestaande stelsel van geneeskundige verzekeringen zijn, zoals gezegd, vooral ook van financiële aard. Daarbij gaat het niet om de totale omvang van de lasten, noch om de forse jaarlijkse stijging daarvan. Die staan immers voor het overgrote deel los van welke verzekeringsstructuur dan ook, aangezien zij worden veroorzaakt door de progressie van de medische wetenschap, stijging van loon-, bouw- en andere kosten, veroudering van de bevolking en door een marktmechanisme dat er toe leidt dat bij stijging van de welvaart een groter deel van het inkomen aan geneeskundige verzorging wordt besteed. Wel inherent aan het huidige systeem is een onbevredigende verdeling van de lasten, welke leidt tot een zeer hoge premiedruk voor minderdraagkrachtige bejaarden en niet-loontrekkenden. Dit zou echter nog wel op te lossen zijn, zonder daarvoor het huidige verzekeringsstelsel helemaal overhoop te moeten halen. Van werkgeverskant zijn daartoe suggesties gedaan in het SER-advies van 1969 inzake maatregelen ten behoeve van minder draagkrachtigen. Deze suggesties komen er

in hoofdzaak op neer, dat zowel de verplichte als de vrijwillige ziekenfondsverzekering de „eigen” bejaarden verzekerd houdt. Zowel voor de ex-loontrekkende bejaarden als voor de vrijwillig verzekerden zou dit een aanmerkelijke verlichting van premielasten betekenen.

Tegen de huidige wijze van lastenverdeling zijn echter nog meer bedenkingen aan te voeren. Zo ben ik van mening, dat in de huidige verplichte ziekenfondsverzekering een te grote mate van solidariteit (in het sociale verzekeringsjargon een ander woord voor: inkomens-herverdeling) wordt geleverd van ongehuwden en gezinnen zonder kinderen. Dit is uiteraard een rechtstreeks gevolg van het systeem van de verplichte ziekenfondsverzekering met zijn „gezinspremie”, waardoor een vrijgezel precies evenveel betaalt als een gezin met zeven kinderen. Door de verschillende premiestelling kan ook de overgang van het ziekenfonds naar de particuliere verzekering wel eens moeilijkheden opleveren. Naarmate men meer kinderen heeft, zal men dan meer premie moeten gaan betalen, terwijl het daarentegen voor vrijgezellen en kinderloze echtparen goedkoper wordt. Op zich zelf vind ik dat geen ongezonde zaak.

De weerstand tegen de huidige structuur berust echter niet uitsluitend op overwegingen van financiële aard, maar keert zich ook — en vooral de vakbeweging doet dat — tegen het onderscheid tussen particuliere patiënten en ziekenfondspatiënten, ook al is men gaarne bereid tevens te erkennen, dat dit onderscheid niet tot uiting komt in de medische behandeling. Ook bij de verzekerden zelf is een zeker onbehagen merkbaar. Naar mijn mening is dit vooral te wijten aan de huidige opzet van de ziekenfondsverzekering, die met zijn verstrekkingen in natura en het daaruit voortvloeiend verzorgend karakter niet meer beantwoordt aan de eisen welke door een zich emanciperende bevolking worden gesteld. Ik heb dan ook het vermoeden, dat dit de verklaring is voor het feit dat een relatief hoog percentage van de ziekenfondsverzekerden zegt voorstander te zijn van een algehele volksverzekering.

Tenslotte kan men nog als bezwaar tegen de huidige structuur aanvoeren, dat deze ingewikkeld is. Naast elkaar bestaan thans drie ziekenfondsverzekeringen: een volksverzekering tegen bijzondere ziektekosten, publiekrechtelijke ziektekostenregelingen en particuliere ziektekostenverzekeringen. Er

doen zich daarbij allerlei grensproblemen voor, vooral bij de afbakening van de verschillende kringen van verzekerden en van het verstrekkingenpakket van ziekenfonds en A.W.B.Z.

Gedachten over een nieuwe opzet

Ik hoop noch vermoed dat de lezer van mij een kant en klare blauwdruk zal verwachten voor een nieuwe opzet van de geneeskundige verzekeringen, welke aan alle hierboven gesignaleerde bezwaren tegemoet komt. Mede omdat de gedachtenwisseling over dit onderwerp nog volop aan de gang is — onder andere in de zogenaamde Structuur-commissie van de SER — zal ik mij beperken tot het in enkele globale lijnen aangeven van de richting waarin een oplossing naar mijn mening zou moeten worden gezocht. Deels zijn dit nog slechts voorlopige gedachten, waarbij ik gaarne voorop wil stellen dat het alerminst een eenvoudige zaak is om een beter systeem te vinden dan het huidige. Tot die conclusie komen zelfs diegenen, die aanvankelijk in de optimistische veronderstelling verkeerden dat door de invoering van een algehele volksverzekering alle problemen in één klap zouden verdwijnen.

Een ernstige moeilijkheid is bijvoorbeeld dat, welk systeem men ook kiest, het gemiddelde werknemersgezin dat nu onder de verplichte ziekenfondsverzekering valt, eerder méér dan minder premie zal moeten gaan betalen. Wanneer men immers de bejaarden en kleine zelfstandigen minder wil laten betalen, en eventueel ook de horizontale solidariteit wil afzwakken, dan moet het geld daarvoor ergens vandaan komen. Weliswaar leidt de invoering van een volksverzekering tot een wettelijk geregelde inkomenshervreiding ten gunste van de financieel zwakkeren, doch dat effect wordt goeddeels weer teniet gedaan door het verdwijnen van de niet geregelde en ongecontroleerde subsidie welke thans door de particuliere verzekering aan de ziekenfondsverzekering wordt verstrekt. Ook het steeds verder ophogen van premiegrenzen biedt, zoals berekeningen inmiddels hebben uitgewezen, nauwelijks financieel voordeel: het aantal lieden dat daardoor over een groter deel van het inkomen premie moet gaan betalen, blijkt zo gering dat dit nauwelijks zoden aan de dijk zet.

Grotere overheidsbijdrage

Deels op grond van theoretische overwegingen, deels om zeer praktische redenen, ben ik van mening dat bij een nieuwe opzet in ieder geval een belangrijk grotere bijdrage van de overheid behoort. De verantwoordelijkheid op het terrein van de gezondheidszorg is naar mijn smaak een tweeledige: naast de verantwoordelijkheid van ieder individu voor zijn eigen geneeskundige verzorging staat de verantwoordelijkheid van de overheid voor de volksgezondheid in het algemeen. Deze dubbele verantwoordelijkheid behoort in de financiering tot uiting te komen, hetgeen het tevens minder noodza-

kelijk maakt een scherpe grens te trekken tussen curatieve en preventieve geneeskunde en tussen intra- en extramurale zorg. Mijn opvatting over een vergroting van de overheidsbijdrage wordt, dacht ik, door het gehele bedrijfsleven gedeeld. Bij het ontwerpen van A.W.B.Z. is aanvankelijk door minister Veldkamp de toezegging gedaan, dat deze nieuwe wet geheel uit overheidsmiddelen zou worden gefinancierd. Deze toezegging is door zijn opvolger, minister Roolvink, ingetrokken; de A.W.B.Z. wordt thans voor bijna twee-derde uit premie-opbrengsten gefinancierd en het overheidsaandeel daalt nog voortdurend. Tegen deze gang van zaken heeft de Stichting van de Arbeid zich destijds in een adres aan de Tweede Kamer verzet. Er is trouwens ook nog een meer praktische reden, waarom ik pleit voor een grotere financiële deelname van de overheid. In landen waar de gezondheidszorg geheel en al overheidstaak is, ziet men niet zelden dat deze zorg in het gedrang komt omdat aan andere overheidsstaken voorrang wordt gegeven. In ons land daarentegen vindt wel eens te weinig afweging plaats van de gezondheidszorg tegenover andere collectieve bestedingen. Ik dacht, dat ook in dit opzicht het juiste midden zou kunnen worden gevonden door meer evenwicht te brengen tussen overheidsbijdrage en premie-opbrengsten.

Grotere mate van collectieve financiering

Het lijkt mij noodzakelijk, dat in een nieuwe opzet een belangrijk groter deel van de totale kosten van de geneeskundige verzorging dan thans via de A.W.B.Z.-premie het geval is, zal worden gedekt door de heffing over de gehele bevolking van een procentuele premie tot aan de premiegrens, zoals die geldt voor volksverzekeringen. Een belangrijk deel van de lasten wordt aldus door alle burgers tezamen naar draagkracht opgebracht, opdat een optimale geneeskundige verzorging voor ieder mogelijk is, zonder dat hij zich daarvoor in al te zware financiële zorgen behoeft te steken. Daarnaast zou naar mijn mening van iedereen ook een individueel te betalen nominale premie moeten worden gevraagd, enerzijds omdat anders het beroep op de solidariteit wel erg groot wordt en anderzijds om de verzekerden een stuk individuele verantwoordelijkheid te doen beleven.

Wat tenslotte het veelomstreden „eigen risico” betreft: de discussies hierover worden vaak erg emotioneel gevoerd. Een eigen risico-regeling treft men in nagenoeg alle landen aan in de ziektekostenverzekering en ook bij ons in de ziekenfondsverzekering en — in beperkte mate — de A.W.B.Z. Zeker wanneer men in een nieuwe opzet zou willen afstapen van het ziekenfondssysteem met zijn verstrekkingen in natura, kan een eigen risico niet worden gemist. De vraag of er een eigen risico door de verzekerden moet worden gedragen, kan dan ook naar mijn mening nauwelijks een punt van discussie zijn, wel de wijze waarop en de omvang ervan. Zo moet een keuze worden gemaakt tussen een eigen bijdra-

ge per verstrekking of een zogenaamd eigen risico aan de voet, waarbij alle gemaakte kosten slechts worden vergoed voor zover ze een bepaald bedrag per jaar te boven gaan. Wel moet worden erkend dat een eigen risico relatief zwaar drukt op de minst draagkrachtigen, zodat het vooral voor deze categorie niet te groot mag zijn.

Resumerend zouden derhalve de totale kosten van de geneeskundige verzorging in ons land moeten worden bestreden uit a) de algemene middelen, b) een collectieve gezondheidspremie, c) een individuele nominale premie en d) de eigen bijdragen.

Geen verstrekking in natura maar vergoeding van kosten

Uit het voorgaande is al wel gebleken, dat ik er zeker geen voorstander van ben de ziekenfondsverzekering met zijn verstrekkingen in natura uit te bouwen tot een volksverzekering. Het ziet er ook niet naar uit, dat de uitvoeringsorganen van een dergelijke verzekering de verleners van de geneeskundige verzorging bereid zal vinden de daartoe benodigde overeenkomsten af te sluiten. Maar zelfs als dit wel het geval zou zijn, betekent zulks alleen maar een continuering van de moeilijkheden op dit stuk die nu al volop aanwezig zijn. Het is trouwens voor mij een onbewezen feit, dat het afsluiten van dergelijke overeenkomsten een prijsdrukkend effect heeft. Het systeem leidt bovendien tot problemen zoals die zich vooral op het gebied van de tandheelkundige verzorging voordoen: ondanks de overeenstemming tussen de organisaties, worden op sommige plaatsen niet voldoende individuele tandartsen bereid gevonden met de ziekenfondsen te contracteren om de verzekerden de hulp waarop zij rechtens aanspraak kunnen maken, metterdaad te waarborgen. Het ernstigste bezwaar vind ik nog wel, dat dit systeem een onzuiver element brengt in de verhouding patiënt-arts. Het meest zuiver zou deze verhouding wellicht zijn indien er vanuit het gezichtspunt van de arts bezien uitsluitend particuliere patiënten zouden zijn. Dit nu wordt mogelijk, indien de huidige ziekenfondsverzekering en A.W.B.Z. worden vervangen door een ziektekostenverzekering, door een verzekering dus die de gemaakte kosten geheel of gedeeltelijk restitueert aan de verzekerde. In vrijwel alle westeuropese landen kent men deze structuur.

Aangezien in deze gedachtengang een honoreringsovereenkomst voor de arts ontbreekt, stelt deze zelfstandig zijn honorarium vast. Hij is dan vrij om bijvoorbeeld voor een ingewikkelde verrichting meer te berekenen dan voor een eenvoudige handeling. Daar met de draagkracht reeds rekening is gehouden bij de premievaststelling, ligt het voor de hand dat de arts deze bij zijn tariefstelling buiten beschouwing zal laten. De onzichtbare en oncontroleerbare subsidie van de ene categorie patiënten aan een andere, zoals deze zich thans voordoet tussen particulieren en ziekenfondspatiënten, zal daar-

mede zijn verdwenen. Bij een restitutiesysteem doen zich overigens twee mogelijkheden voor. In de eerste plaats zou men kunnen bepalen, dat de patiënt — behoudens bijvoorbeeld een eigen risico aan de voet — alle werkelijk gemaakte kosten krijgt vergoed. Voor de verleners van de geneeskundige zorg wordt dan echter de verleiding wel groot om de tarieven wetende dat deze integraal door de verzekering worden vergoed, aan de hoge kant vast te stellen. Een bepaalde vorm van toezicht, bijvoorbeeld door de overheid, lijkt dan wel onontbeerlijk. Een andere mogelijkheid biedt het systeem zoals dat in Zweden wordt gehanteerd, waarbij de patiënt per verrichting een bepaald vast bedrag krijgt vergoed. Rekent de arts méér, dan moet de patiënt dat meerdere uit eigen zak betalen. Gebleken is evenwel, dat de vaststelling van dergelijke maximale vergoedingen, eventueel na overleg met organisaties van artsen enzovoort, een sterk normerende werking heeft op de honorariumstelling.

Naar mijn mening is bij een restitutiesysteem weinig plaats voor een abonnementshonorering, zoals die thans in de ziekenfondsverzekering voor huisartsen geldt. De verzekering gaat immers bij een dergelijke opzet geheel buiten de arts om. De arts heeft wel met de patiënt maar niet met diens verzekering van doen. Het is mij gebleken, dat nogal wat artsen moeite hebben met een dergelijke gedachtengang. Ik geloof echter, dat de artsen op dit punt een duidelijke keuze zullen moeten doen tussen enerzijds de vrije beroepsbeoefening met alle vrij- en verantwoordelijkheden van dien en anderzijds de grotere zekerheid van het werknemerschap (c.q. ambtenarendom). Het lijkt mij op den duur niet te verdedigen, dat men de voordelen van beide posities claimt.

De verzekeringsinstellingen

Indien op het gebied van de geneeskundige zorg de verzekeringen met verstrekkingen in natura zouden komen te vervallen, terwijl daarvoor in de plaats een restitutieverzekering zou worden ingesteld, dan heeft dat vrij ingrijpende consequenties voor de taak van de ziekenfondsen. Deze zouden dan in hoofdzaak de functie van ziektekostenverzekeraar gaan vervullen. Het lijkt een aantrekkelijke gedachte de particuliere ziektekostenverzekeraars in het nieuwe bestel een zodanige plaats te geven, dat een gezonde concurrentie tussen fondsen en particuliere verzekeraars mogelijk is. Dit kan alleen indien beide vrij zijn de nominale premie vast te stellen. Wij zijn er als Nederlanders van overtuigd, dat op alle terreinen van het maatschappelijk leven concurrentie de beste waarborgen biedt voor een zo goed mogelijk functioneren, terwijl daarentegen monopolieposities het gevaar inhouden van slechte kwaliteit, onvoldoende service en hoge prijzen. Waarom zou het op het gebied van de ziektekostenverzekeringen anders zijn?

Kort verslag 156ste Algemene Vergadering (I)

Kort verslag van het verhandelde in de 156ste algemene vergadering van de Maatschappij, gehouden op zaterdag 12 september 1970 te Utrecht.

I. Opening van de Algemene Vergadering te 13.30 uur.

De voorzitter, Dr. L. van der Drift, opent de vergadering met een woord van welkom aan allen.

Diepersloot (secretaris-generaal) vermeldt hierna de namen dergenen, die na 17 april 1970 door overlijden de Maatschappij zijn ontvallen.

De voorzitter wijdt nog enige extra woorden aan de overleden collegae Droogleever Fortuyn en Van Erp Taalman Kip. Op 18 juli overleed in de leeftijd van 99 jaar Dr. H. J. W. Droogleever Fortuyn, die vanaf 1923 tot 1937 de eerste secretaris-penningmeester van de Maatschappij in volle ambtelijke dienst was. In deze functie heeft hij een belangrijke bijdrage geleverd tot het ontstaan van het secretariaat, zoals dlt thans werkt. Ook na zijn pensionering bleef hij actief op het gebied van de belangen van de Maatschappij; van zijn hand verschenen o.a. publikaties over medisch-ethische vraagstukken.

Op 25 juli overleed op 72-jarige leeftijd Dr. Van Erp Taalman Kip, die in de Maatschappij een bijzonder actieve en belangrijke rol heeft gespeeld, waarbij hij onder meer het hoofdbestuur diende van 1947 tot 1950, in welke periode hij twee jaar voorzitter van de Maatschappij was. Op meesterlijke wijze heeft hij leiding gegeven aan het eeuwfeest. Collega Van Erp Taalman Kip, die in 1967 tot erelid van de Maatschappij werd benoemd, heeft de belangen van de artsen en van de geneeskunst in zijn werkzame leven op vele fronten gediend.

(Alle aanwezigen nemen enige ogenblikken stilte in acht.)

II. Opnemen van de namen der districtsafgevaardigden en der afdelingsvertegenwoordigers.

De opneming geschiedt door inschrijving bij het secretariaat.

III. Benoeming van een commissie van redactie van het verhandelde ter algemene vergadering.

Tot lid dezer commissie, waarvan de voorzitter en de secretaris-generaal q.q. deel uitmaken, wordt benoemd L. Provó Kluit (XIX).

IV. Inleiding van de voorzitter.

(Zie voor deze inleiding Medisch Contact no. 38/1970, blz. 996.)

Op voorstel van het hoofdbestuur besluit de Algemene Vergadering met toepassing van artikel 405c, lid 2, van het huishoudelijk reglement, de agendapunten V.a, V.b, VII. D, VIII. A en VIII. E die niet of niet volledig ten min-

ste twee maanden voor deze Algemene Vergadering konden worden gepubliceerd, in behandeling te nemen.

V. Verkiezingen.

Als leden van het stembureau worden aangewezen de heren Mr. B. Schultsz, J. Vermeijden (I) en A. Blok (II).

a. Tot leden van het hoofdbestuur worden gekozen: Dr. J. L. A. Boelen, Gouda; L. Th. G. Rozeman, Sittard; Dr. H. W. A. Sanders, Helmond; Meijuffrouw E. Smit, Amstelveen en Dr. Y. van der Wielen, Voorburg.

b. Tot leden van de Raad van Beroep worden gekozen: Dr. D. J. Hartman, Velp; Dr. H. Navis, Arnhem; Dr. Jos. L. H. Specken, Eindhoven; F. H. Veldhuijzen van Zanten, Gouda; Prof. Mr. A. L. Melai, Leiden.

Tot plaatsvervangende leden van de Raad van Beroep worden gekozen: Ph. J. Hoedemaker, Leeuwarden; Dr. R. B. Spanjaard, Amsterdam; Dr. J. D. Bom, 's-Gravenhage; Mr. J. C. Coebergh, 's-Gravenhage.

c. Tot leden van het bestuur van Medisch Contact worden gekozen Dr. J. A. Stoop, Utrecht en J. H. van Meurs, Beverwijk.

d. Tot lid van het bestuur van de Stichting het Ondersteuningsfonds wordt herkozen E. M. van Schaik, Apeldoorn.

e. Tot lid van de commissie van uitvoering voor de steunregeling van oorlogsslachtoffers wordt gekozen G. Dekker, Overveen.

De voorzitter wenst mejuffrouw Smit geluk met haar benoeming tot lid van het hoofdbestuur en spreekt zijn vreugde erover uit, dat binnenkort weer een vrouwelijke collega in het hoofdbestuur aanwezig zal zijn. Een collega, vader van zes zonen, zei toen zijn zevende kind een dochter bleek te zijn, dat zij de zeden in het gezin zou verzachten, reden waarom spreker de aanwezigheid van mejuffrouw Smit, wier kwaliteiten haar volledig in staat zullen stellen haar functie in het hoofdbestuur waar te maken, zeer op prijs stelt.

Ook de andere in het hoofdbestuur gekozen collegae wenst spreker van harte geluk met hun benoeming. Zij zullen, omdat zij niet in persoon op de vergadering aanwezig zijn, schriftelijk van hun benoeming in kennis worden gesteld.

Vervolgens richt hij zich met een bijzonder woord van dank tot de van het hoofdbestuur scheidende collegae Nauta en Jansen. Collega Nauta oud-voorzitter is bereid geweest de tussentijdse vakature, ontstaan door het plotseling overlijden van collega Fluitman, te vervullen tot dat daarin kon worden voorzien.

Collega Jansen is als hoofdbestuurslid aangebleven om te voorzien in de vakature, ontstaan door het om gezondheidsredenen moeten aftreden van collega Steinz. Ook collega Jansen heeft, aansluitend aan het einde van zijn reglementaire periode als lid van het hoofdbestuur,

dit lidmaatschap willen continueren tot het moment, waarop in deze vakature kon worden voorzien. Beide collegae hebben na een zesjarige zittingsperiode nog veel van hun tijd, aandacht en energie aan de Maatschappij willen besteden, waarvoor hun veel dank is verschuldigd, daar de Maatschappij hiervan in grote mate heeft geprofiteerd.

Voorts dankt spreker Prof. Den Haan en Prof. De Lange, die per 31 december als bestuursleden van M.C. zullen aftreden, voor het vele belangrijke werk, door hen in deze functie verricht. Mede door hun activiteit mag M.C. zich thans in een grote bloei verheugen.

Tot slot wenst spreker alle andere gekozenen geluk met hun benoeming en dankt hij de leden van het stembureau voor de door hen verrichte arbeid.

VI. *Behandeling van het jaarverslag der Maatschappij over het jaar 1969.*

(zie M.C. 1970/28)

Het jaarverslag wordt *goedgekeurd*.

De *voorzitter* brengt dank aan collega Dekker, onder wiens leiding dit jaarverslag nog is samengesteld, en aan de staf voor de daarbij verleende medewerking.

VIIa. *Behandeling van het jaarverslag over het jaar 1969 van de Raad van Beroep.*

(zie M.C. 1970/28)

Het jaarverslag wordt *goedgekeurd*.

De *voorzitter* dankt de secretaris van de Raad van Beroep voor de door hem verrichte werkzaamheden.

VIIb. *Behandeling van het jaarverslag over het jaar 1969 van het bestuur van Medisch Contact.*

(zie M.C. 1970/28)

Het jaarverslag wordt *goedgekeurd*.

De *voorzitter* dankt de leden van het bestuur van M.C. voor de door hen verrichte werkzaamheden.

VIIc. *Behandeling van het jaarverslag over het jaar 1969 van de commissie voor het bureau voor waarneming en vestiging.*

(zie M.C. 1970/28)

Kaiser (V) vraagt of het Bureau reeds contact heeft opgenomen met de stichtingen „Officium Nobile” over de toenemende aanvragen van jonge collegae inzake vestiging.

De *voorzitter* antwoordt, dat een commissie contact onderhoudt tussen het secretariaat, het hoofdbestuur en verschillende vertegenwoordigers van de stichtingen „Officium Nobile” die in een overkoepelende organisatie samenwerken.

Van der Bel (IX) merkt op, dat vaak blijkt, dat een arts, die ziek wordt, op eigen initiatief en via eigen contacten tracht in de behoefte aan waarneming te voorzien, daar nog altijd de indruk bestaat, dat het bureau voor waarneming en vestiging niet aan de vraag kan voldoen. Is het niet mogelijk via de secretarissen der districten en afdelingen beter te worden geïnformeerd over het aantal

artsen, dat bereid is waar te nemen? Er zou b.v. kunnen worden opgegeven welke kinderen van de leden medicijnen studeren en of dezen, wanneer zij zijn afgestudeerd, bereid zijn, waar te nemen. Naar verluidt is het aantal medici dat in actieve militaire dienst wordt opgeroepen kleiner dan het aantal personen, dat daarvoor in aanmerking komt. Kunnen de jonge artsen onder hen in tijden van schaarste niet voor waarneming worden ingezet?

De *voorzitter* antwoordt, dat het hoofdbestuur zich zal beraden over de vraag, op welke wijze met de gedane suggesties rekening kan worden gehouden ten einde het urgente vraagstuk van de waarneming, vooral in gevallen van ziekte, zo goed mogelijk op te lossen. Wat het laatste door coll. Van der Bel genoemde punt betreft, meent spreker, dat dit grote moeilijkheden met zich zou brengen, daar dit een werkdwang inhoudt en het zeer te betwijfelen is, of men zover zou willen gaan.

Het jaarverslag wordt *goedgekeurd*.

De *voorzitter* dankt de commissie voor haar zeer belangrijke diensten.

VIIId. *Behandeling van het jaarverslag over het jaar 1969 van de commissie voor de geldmiddelen.*

(zie M.C. 1970/28 en 1970/30)

Het jaarverslag wordt *goedgekeurd*.

De *voorzitter* dankt de commissie voor de belangrijke diensten, de Maatschappij bewezen.

VIIe. *Behandeling van het jaarverslag over het jaar 1969 van het bestuur van de Stichting het ondersteuningsfonds.*

(zie M.C. 1970/28)

Het jaarverslag wordt *goedgekeurd*.

De *voorzitter* dankt het bestuur voor de door hem bewezen belangrijke diensten.

VIIIf. *Behandeling van het jaarverslag over het jaar 1969 van de commissie van uitvoering voor de steunregeling aan oorlogsslachtoffers.*

(zie M.C. 1970/28)

Het jaarverslag wordt *goedgekeurd*.

De *voorzitter* dankt de opstellers van dit verslag en de commissie voor de belangrijke door haar verleende diensten.

VIII. *Financiële stukken.*

(zie M.C. 1970/30)

A. Van Medisch Contact.

1. De rekening en verantwoording van het geldelijk beheer over het jaar 1969.

De rekening en verantwoording wordt *goedgekeurd*.

2. De begroting voor het jaar 1971.

De begroting wordt zonder bespreking aangenomen en

de penningmeester van M.C. wordt voor het geldelijk beheer over het jaar 1969 gedechargeerd.

De voorzitter dankt de penningmeester.

B. Van de Stichting het ondersteuningsfonds voor behoeftige geneeskundigen en voor behoeftige weduwen en wezen van geneeskundigen.

De voorzitter verleent collega Berkhout, voorzitter van het bestuur van deze stichting, die gaarne het woord wenst, voordat de balans wordt besproken, het woord.

Berkhout zegt, dat het bestuur bij de jaarlijkse bespreking met toenemende moeilijkheden inzake het vaststellen van de normen wordt geconfronteerd. Deze vergadering biedt het bestuur gelegenheid, nader te worden geïnformeerd omtrent de denkbeelden, die bij de leden over deze materie leven, daar dezen de bedragen moeten opbrengen om een uitkering aan betrokkenen te kunnen doen. Door intensief contact met de correspondenten zijn in de afgelopen jaren reeds belangrijke inlichtingen verkregen. Van vele zijden is te kennen gegeven, dat de uitkeringen pover zijn en is gevraagd, waarom geen royaler standpunt kan worden ingenomen. Sedert de oorlog is de norm voornamelijk bepaald door jaarlijks de geldontwaarding te elimineren. In 1960 werd de norm op f 3.600,— vastgesteld; in 1970 is zij op f 8.100,— vastgesteld. Niet-tegenstaande deze verhoging kan men voor dit bedrag niet meer aanschaffen dan voor het bedrag, dat in 1960 werd uitgekeerd. De huidige ontwikkeling in de grote maatschappij zal tot andere opvattingen moeten leiden; de tijden van Charitas (leniging van de ergste nood) zijn voorbij en de tijd tendeert nu naar het recht op een redelijk bestaan voor een ieder, waaronder begrepen het ruimer kunnen deelnemen aan het leven. Men denke aan vakantie, het onderhouden van contacten met de buitenwereld, televisie enz. In het algemeen gaat het om het recht op een deel van de welvaart, waarbij het vasthouden aan de historische norm van behoeftigheid een duidelijke tegenstelling veroorzaakt. Het bestuur is echter aan het statutaire criterium van behoeftigheid gebonden. Bij het zoeken naar mogelijkheden, enige verlichting te brengen zijn de laatste jaren enige vorderingen gemaakt. Er is rekening gehouden met de hogere huren en voorts is men doende ook de ziektekostenverzekering als apart element bij de begroting te betrekken. In zijn begrotingsvoorstel heeft het bestuur ook gerekend met het vastgestelde minimumloon. De kosten vormen ook in dit geval een belangrijke factor. De uitkeringen uit het ondersteuningsfonds zijn praktisch alleen aanvullend. Bijna iedereen beschikt over een klein restant eigen inkomen, doch de huidige sociale overheidsvoorzieningen vormen de hoofdbron (A.O.W., A.W.W. en Algemene Bijstandswet). Met een bescheiden bijdrage uit het ondersteuningsfonds komt men tot aanvulling van de norm. Er wordt wel eens gezegd, dat de prognose op een spoedige vermindering van het aantal ondersteunden duidt, doch het bestuur meent, dat die vermindering nog wel enige tijd op zich zal laten wachten, daar de ervaring leert, dat steeds nieuwe gevallen aan de orde komen.

Regelmatig worden gevallen waargenomen, waarin de dekking van het risico van invaliditeit of sterfte onvoldoende is. Er dient voor te worden gewaakt, dat het bestaan van het ondersteuningsfonds niet tot een verwaarlozing van de noodzakelijke, tijdige en adequate dekking van de risico's leidt.

Wat de schatting van de consequenties van hogere uitkeringen betreft, dient te worden gewezen op de techniek

van de ondersteuning. Behalve het geven van een hogere aanvulling, stijgt ook de norm, waardoor de kring dergenen, die onder de nieuwe norm vallen, zich zal uitbreiden. Die niet te benaderen uitbreiding is een moeilijk punt bij nog op te stellen begrotingen.

In de loop van de naoorlogse jaren is de bijdrage niet sterk veranderd. Van 1950 tot 1960 is een bijdrage van f 18,— gevraagd; daarna daalde de bijdrage tot f 8,— in 1965. Dit onvoorzichtige optimisme heeft tot een aanzienlijke schuld aan de Maatschappij geleid. Met het voorstel de bijdrage tot f 20,— te verhogen komt men praktisch op het oude niveau van na de oorlog, terwijl het nu bovendien nog nieuwe guldens betreft. Vinden de gevers de gedachte, dat het begrip „behoefstig” iets ruimer mag worden geïnterpreteerd, juist? Hierbij valt te denken aan de simpele dingen des levens: het niet moeten afschaffen van telefoon, het niet behoeven te weigeren van extraatjes voor de kinderen, reisgeld voor bezoek aan familie e.d. Aan die kleinigheden bestaat een bijzondere behoefte en daarom vraagt het bestuur naast goedkeuring van de begroting ook een royelere toepassing van het begrip „behoefstig”. Dit zou betekenen een langzamer inlopen van de schuld aan de Maatschappij; het bestuur vraagt nu deze uitspraak, daar het de ondersteunden niet nog een jaar op enige verlichting wil laten wachten.

(applaus)

De voorzitter wijst erop, dat een concreet voorstel in dezen niet mogelijk was, daar de financiële gevolgen van deze ruimere interpretatie nog niet geheel zijn te overzien. Het volgend jaar zal uit de financiële resultaten wel blijken, in hoeverre een verhoging van de grondslag voor de bijdrage nodig is. Uit het applaus van de Algemene Vergadering leidt spreker af, dat men ermede akkoord gaat, dat het bestuur een ruimere interpretatie van het begrip „behoefstig” zal toepassen.

De Maatschappij heeft er nooit moeite mee gehad, degenen die steun nodig hadden, ook steun te verlenen en ook nu heeft zij er opnieuw blij van gegeven, dat zij, niet te oud is om mee te gaan met hetgeen in deze tijd een eis van modern sociaal beleid is.

1. De balans per 31 december 1969.

De balans wordt zonder bespreking goedgekeurd.

2. De rekening over het jaar 1969.

De rekening wordt zonder bespreking goedgekeurd.

3a. De begroting voor het jaar 1971.

De begroting wordt zonder bespreking goedgekeurd.

3b. Voorstel de grondslag voor de bijdrage voor het jaar 1971 te verhogen van f 16,— tot f 20,—.

Het voorstel wordt met algemene stemmen aangenomen.

De voorzitter wenst de Stichting ondersteuningsfonds van harte succes bij haar werkzaamheden en hoopt, dat zij een wijs gebruik zal maken van het haar gegeven mandaat.

4. Voorstel de penningmeester van de Stichting ondersteuningsfonds voor het geldelijk beheer over het jaar 1969 te dechargeren.

Het voorstel wordt aangenomen.

De voorzitter spreekt zijn verheugenis erover uit, dat de huidige penningmeester zijn functie nog enige tijd wil blijven vervullen, al is hij niet meer reglementair namens de Maatschappij lid van het stichtingsbestuur (applaus).

C Van het fonds tot steun aan oorlogsslachtoffers.

1. De balans per 31 december 1969.

2. De rekening en verantwoording van het geldelijk beheer over het jaar 1969.

De balans en de rekening en verantwoording worden achtereenvolgens zonder bespreking goedgekeurd.

3. Voorstel de penningmeester van het fonds tot steun aan oorlogsslachtoffers voor het geldelijk beheer over het jaar 1969 te dechargeren.

Het voorstel wordt zonder bespreking aangenomen.

De voorzitter dankt de penningmeester voor de vele werkzaamheden, die deze ten bate van de steunbehoevenden heeft verricht.

D Van de Maatschappij.

1. De balans per 31 december 1969.

2. De rekening en verantwoording van het geldelijk beheer over het jaar 1969.

De balans en de rekening en verantwoording worden achtereenvolgens zonder bespreking goedgekeurd.

3. De begroting voor het jaar 1971.

a. Bespreking van de begroting.

Kaiser (V) vraagt, of het onder VI. Erkenning en registratie van medische specialisten en Sociaal Geneeskundigen vermelde bedrag van f 165.000,— inclusief of exclusief overheidsbijdragen is.

Met betrekking tot VII. Commissies vraagt hij, waarom voor de kadercursus voor 1970 f 10.000,— was begroot en voor 1971 f 6.000,—.

De voorzitter antwoordt op de eerste vraag, dat het genoemde bedrag de bijdrage van de Maatschappij betreft en dat de overheid de andere helft bijpast.

Wat de tweede vraag betreft, heeft het hoofdbestuur na een discussie over het werk van de kadercursuscommissie besloten, zich te bezinnen op de vraag, of in dezen op dezelfde weg moet worden voortgegaan dan wel of op grond van de opgedane ervaringen een andere procedure dient te worden gevolgd. Hierop vooruitlopende, is hiervoor een kleiner bedrag begroot dan tot dusverre gebruikelijk.

Dekker zegt, dat de bijdrage, die door de maatschappelijke verenigingen elk jaar ten behoeve van de kadercursus wordt verstrekt, is verhoogd, reden waarom dit bedrag voor de Maatschappij kon worden verlaagd. Het totale bedrag is gelijkgebleven.

b. Voorstel de grondslag voor de contributie voor het jaar 1971 te verhogen van f 74,— tot f 80,—.

Het voorstel wordt aangenomen.

c. Voorstel de begroting goed te keuren.

Het voorstel wordt aangenomen.

De voorzitter vestigt de aandacht op het punt uit het jaarverslag van de Maatschappij, luidende:

„Voorts is de aandacht gericht op de Stichting Artsen Naar Ontwikkelingslanden. Besloten werd de bijdrage aan deze stichting te verhogen. Dit punt zal opnieuw aan de orde worden gesteld in de Algemene Vergadering van september 1970.”

De bijdrage is verleden jaar met f 5.000,— verhoogd. Moet dat dit jaar weer geschieden? Het hoofdbestuur heeft geen termen aanwezig geacht, hieromtrent een voorstel aan de Algemene Vergadering te doen.

Rijperda Wierdsma (XIV) merkt op, dat in de samenleving zeer veel belangrijke en nuttige doelen zijn, waarvoor ieder gaarne een bijdrage wil geven. Men dient zich hier echter af te vragen, wat tot de taak van de Maatschappij behoort. Destijds heeft spreker erin berust, dat een bijdrage aan de SANO werd verleend, maar het ligt niet op de weg van de Maatschappij hierin verder te gaan. Hij adviseert het hoofdbestuur het bij de gevoterde bijdrage te laten.

Mevrouw Hissink (I) zegt, dat verleden jaar is gesuggerend, een symbolisch bedrag van f 30.000,— beschikbaar te stellen. Het symbolische gebaar dient te worden gehandhaafd en het bedrag dient zelfs te worden verhoogd als gebaar tegenover vele collegae, die aan dit werk deelnemen. Het gaat om artsen in dienstverband en als voorzitter van de afdeling Amsterdam van de L.A.D. is zij hiervoor misschien bijzonder allergisch. Wordt dit symbolische bedrag verhoogd, dan duidt dit erop, dat de Maatschappij met de hierbij betrokken collegae meeleeft. Rekent men het bedrag per hoofd om, dan blijkt het niet om een bedrag te gaan, waardoor men iets van zijn welvaart en welzijn moet inboeten.

De voorzitter verklaart, dat ook het hoofdbestuur uiteraard grote sympathie heeft voor het werk van de SANO. Het heeft zich echter afgevraagd, of het tot de taak van de Maatschappij als organisatie behoort van de contributies een belangrijk deel af te zonderen om activiteiten, die niet rechtstreeks op het werkterrein van de Maatschappij liggen, te steunen of van de grond te helpen. Het hoofdbestuur is van mening, dat de Maatschappij wel een taak heeft om de organisatie van de SANO van de grond te helpen door haar een zodanige bijdrage te geven, dat deze kan worden beschouwd als een ontwikkelingspremie, maar het meent niet, dat de Maatschappij als organisatie een groot deel van de contributies mag afzonderen om daarmee dit werk op een andere wijze dan die, welke de organisatorische arbeid mogelijk maakt, te steunen. Door de voorzitter van de Maatschappij, gesteund door de voorzitters van de maatschappelijke verenigingen, is aan alle leden een brief gezonden, waarin zij worden opgewekt uit eigen middelen een bijdrage aan de SANO te verstrekken. Het resultaat van dit schrijven is, dat tot 3 september jl. f 86.105,— is binnengekomen. Voorgesteld was aan de Stichting een bedrag af te staan, dat neerkomt op de gemiddelde vergoeding, die men voor 1 dag waarneming ontvangt. Per contribuant is dus een bedrag van f 92,48 ontvangen.

Spreker wekt de aanwezige leden op om, als zij dit nog niet hebben gedaan, een bijdrage te geven en er in de districten op te wijzen, dat de artsen door zelf een bedrag aan de SANO over te maken kunnen voldoen aan hun gewetensplicht om naar vermogen bij te dragen aan ontwikkelingshulp, vooral op medisch terrein, aan onderontwikkelde landen.

Gezien de financiële positie van de Maatschappij, acht

het hoofdbestuur het niet op zijn weg te liggen, voorstellen te doen inzake het verhogen van de bijdrage.

Dekker zegt, dat het bestuur van de SANO dankbaar is voor de bijdragen, die het van verschillende leden van de Maatschappij heeft ontvangen. Een betrekkelijk gering aantal leden heeft gevolg gegeven aan het verzoek, persoonlijk een bijdrage te sturen. Z.i. dient de Maatschappij op de verleden jaar in deze ingeslagen weg voort te gaan en moet zij niet alleen met woorden, maar ook met bijdragen haar sympathie jegens de SANO laten blijken. In Afrika heeft spreker kunnen constateren, dat een aantal collegae daar onder zeer moeilijke omstandigheden maar toch met veel animo werkt. De Nederlandse artsen staan er hoog aangeschreven en voor de daar werkzame collegae zou het moedgevend zijn, als de Maatschappij de SANO met een bijdrage, minstens gelijk aan die van verleden jaar, steunde.

De voorzitter verzoekt de vergadering zich uit te spreken over de vraag, of ook dit jaar het bedrag van f 15.000,— dat op de begroting staat als bijdrage aan de SANO tot f 20.000,— moet worden verhoogd. Het totale bedrag, beschikbaar voor hulp aan de SANO en Leprostichting, zou daardoor worden verhoogd tot f 35.000,—

Rijpperda Wierdsma (XIV) is het geheel eens met de opvatting van het hoofdbestuur. Door mevrouw Hissink is over een symbolische bijdrage gesproken. In een symbolische bijdrage zit iets kwalitatiefs en niet iets kwantitatiefs; derhalve dient de bijdrage niet te worden verhoogd en symbolisch te blijven.

Mevrouw Hissink vindt het woord „symbolisch” in dit verband nogal pijnlijk en meent, dat men ook zou kunnen volstaan met het geven van een gulden. Dat zou inderdaad een symbolische bijdrage zijn. Wanneer deze bijdrage wordt verhoogd, behoeft de categorale groep artsen hiervoor zeker geen veer te laten. De Maatschappij dient iets te doen, wat de betrokkenen echt aanspreekt.

De voorzitter herhaalt, dat het voor de SANO beschikbare bedrag moet worden gezien als een bijdrage in de organisatiekosten. Dit is echter een bedrag dat op geen enkele wijze in verhouding staat tot het bedrag, dat nodig is om de collegae overzee daadwerkelijk te steunen. Om die steun te verlenen, is een organisatie nodig en daarom is gekozen voor het bekende bedrag. Het geld, dat daarboven nog wordt ontvangen, is volledig beschikbaar om de collegae overzee daadwerkelijk te steunen.

Thans wenst spreker het voorstel, de bijdrage van de Maatschappij voor 1970 aan de SANO met f 5.000,— te verhogen in stemming te brengen.

Het voorstel wordt aangenomen.

De voorzitter constateert, dat 22 afgevaardigden voor en 13 afgevaardigden tegen hebben gestemd, terwijl 1 afgevaardigde blanco heeft gestemd.

E. De gecombineerde balans der Maatschappij.

De gecombineerde balans wordt zonder bespreking aangenomen.

F. Voorstel het verslag van de commissie voor de geldmiddelen goed te keuren.

Rijpperda Wierdsma (XIV) wijst erop, dat in het verslag o.m. staat: „Men proeve daartoe de balans”. Hij is allerm minst afkerig van proeven, maar hem is het nooit gelukt een balans te proeven. Daar hem bekend is, dat in de commissie voor de geldmiddelen het gevoel voor taal en stijl welig tiert, maakt hij bezwaar tegen het woord „proeven” in deze context.

Kingma Boltjes (secretaris commissie geldmiddelen) wenst, aan dit woord vast te houden daar dit verslag o.a. door Denekamp, een van de „stellers” van de Maatschappij, is gezien en deze het woord „proeve” niet heeft geschrapt.

De voorzitter zegt toe, dat in overleg met de redactie van MC zal worden nagegaan, wat hier stijlkundig juist is.

Rijpperda Wierdsma (XIV) gaat hiermede akkoord.

Het jaarverslag wordt goedgekeurd.

G. Voorstel de secretaris-penningmeester, c.q. de secretaris-generaal der Maatschappij voor het geldelijk beheer over het jaar 1969 te dechargeren.

De voorzitter vestigt er de aandacht op, dat de verantwoordelijkheid voor het financiële beheer over 1969 nog geheel bij collega Dekker lag, die dit beheer met collega Diepersloot heeft besproken. Samen hebben zij overeenstemming bereikt over de voorstellen, die heden aan de orde zijn gekomen.

Het voorstel wordt aangenomen.

De voorzitter stelt vast, dat collega Dekker de Algemene Vergadering voor het laatst in deze functie bijwoont. Hiermede is een einde gekomen aan een lange periode, waarin hij zich heeft onderscheiden door de wijze waarop hij de penningen van de Maatschappij beheerde. Uit het applaus is duidelijk geworden, welke waardering de aanwezigen hiervoor koesteren, waarbij het hoofdbestuur zich wederom gaarne aansluit. Het wenst collega Dekker het beste in zijn verdere leven.

IX. De bibliothecaris en plaatsvervangend bibliothecaris der Maatschappij

De voorzitter zegt, dat het hoofdbestuur voorstelt, Dr. J. A. van Dongen, arts te Amsterdam, opnieuw te benoemen tot bibliothecaris der Maatschappij en H. de Vos, arts te Amsterdam, opnieuw te benoemen tot plaatsvervangend bibliothecaris, beiden voor een zittingsperiode van 5 jaar, ingaande 1 januari 1971 (art 850 lid 1 H.R.).

Het voorstel wordt zonder bespreking met algemene stemmen aangenomen.

(wordt vervolgd)

Verkiezingen leden van het Centraal Bestuur

Geen nieuwe voordrachten zijn ten burele der vereniging ingediend, zodat voor de twee vacatures welke in het Centraal Bestuur bestaan, de kandidaten, die in Medisch Contact nr. 1/1971 worden genoemd, de enige blijven. Dit zijn (in alfabetische volgorde):

W. A. M. Koch jr., arts te Geldrop;
G. A. Mijer, arts te Niekerk-Oldekerk;
W. P. J. M. Pierrot, arts te Vinkeveen.

De verkiezing vindt plaats op de ledenvergadering van 5 februari 1971 a.s. in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum. Voor de agenda van deze vergadering verwijzen wij naar M.C. nr. 1, d.d. 8 januari 1971.

Utrecht, 22 januari 1971

F. A. van Spanje, arts,
secretaris

Kort verslag bestuursvergadering

Kort verslag van de vergadering van het Centraal Bestuur der Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband, gehouden op 6 november 1970 in het gebouw der K.N.M.G., Lomanlaan 103 te Utrecht.

Aanwezig: H. Voorzanger, voorzitter, W. C. de Boer, ondervoorzitter, Dr. C. K. J. Kaaijk, secretaris, J. H. van Dalen, penningmeester, J. J. R. Buirma, Dr. E. van Leer, E. van Luyt, Dr. F. A. Nelemans, Prof. Dr. W. Storm van Leeuwen, K. Visser, E. van de Weg, Dr. S. G. van der Meulen, medisch adviseur, Mr. J. J. Witteveen, directeur bureau, alsmede de adviserende leden J. C. Mann, namens de L.S.V., Th. J. Weterman, namens de L.H.V., Prof. Dr. L. Burema, namens de A.N.V.S.G., Dr. J. A. Dallmeijer, namens het H.B., W. G. M. Teunissen, namens de L.V.A.G. en B. Meier, notulist.

Afwezig: (m.k.) Dr. B. van Dijk.

Het door de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (N.V.A.B.) collectief ingebrachte bezwaar tegen de registratie van haar leden bij de Centrale van Hogere Ambtenaren (C.H.A.) en de Nederlandse Centrale van Hoger Personeel (N.C.H.P.) wordt door het centraal bestuur valide geacht; besloten wordt zulks aan het bestuur

van de N.V.A.B. en het hoofdbestuur van de K.N.M.G. mede te delen, waarbij zal worden gewezen op het feit, dat uitsluitend individueel ingediende verzoeken om van registratie te worden vrijgesteld ontvankelijk zullen zijn, terwijl inwilliging van een dergelijk verzoek geen consequenties met betrekking tot de hoogte van de contributie voor de L.A.D. zal hebben.

De ondervoorzitter van het Centraal Bestuur doet verslag van een door hem bijgewoonde audiëntie op het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, bij welke gelegenheid hij met kracht aandacht heeft gevraagd voor de pensioenproblematiek van artsen, werkzaam bij door de overheid gesubsidiëerde instellingen.

Van de zijde van de Landelijke Vereniging van Assistent-Geneskundigen (L.V.A.G.) wordt bericht, dat deze vereniging een referendum zal houden onder haar leden over arbeidsvoorwaarden en arbeidshygiëne van assistent-geneeskundigen in opleiding tot specialist.

De vraag is gerezen, wat de overheid zou kunnen doen, indien dienstplichtige artsen zouden weigeren van de bevoegdheid, hun gegeven krachtens het artsexamen, gebruik te maken. Daar hier een vraag van bevoegdheid als essentieel moet worden beschouwd besluit het centraal bestuur de mening van het hoofdbestuur van de K.N.M.G. af te wachten.

Er zal een werkgroep in C.H.A.-verband zich bezig gaan houden met de problematiek rond de Universitair Medische Centra. In deze werkgroep zal de L.A.D. samenwerken met de Vereniging van Academics bij het Wetenschappelijk Onderwijs (V.A.W.O.); de L.A.D.-vertegenwoordiging in deze commissie zal mede worden gevormd door een lid van de Vereniging van Medisch Wetenschappelijk Onderzoekers (V.M.W.O.), zijnde de in dit verband relevante categorale vereniging binnen de L.A.D.

Een advies van de salaris- en pensioencommissie inzake de honorering van wachtdiensten door niet-G.G. en G.D.-artsen wordt ter nadere overweging teruggewezen naar deze commissie.

De gedachte wordt geopperd om periodiek een ledenbrief van het centraal bestuur aan de leden van de L.A.D. te doen uitgaan, hetgeen de communicatie tussen bestuur en achterban ten goede zal kunnen komen.

Het Centraal Bestuur neemt afscheid van de vertegenwoordiger van de Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde (A.N.V.S.G.), Prof. Dr. L. Burema; het Centraal Bestuur ziet hem node vertrekken.

Te ruim 23.00 uur wordt de vergadering gesloten.

Rotterdam en Omstreken

Medische problemen rondom buitenlandse arbeiders

De afdeling Rotterdam en Omstreken van de K.N.M.G. en het Rotterdams Medisch Gezelschap hebben op 16 december 1970 een gezamenlijke ledenvergadering gewijd aan de medische problemen rondom de buitenlandse arbeiders. Sprekers op deze avond waren: *Dr. H. A. de Boer*, hoofd van de Arbeidsmedische afdeling van het Directoraat-Generaal voor de Arbeidsvoorziening te Leidschendam; *A. M. Arling*, adj. directeur van de Stichting Hulp aan Buitenlandse Werknemers te Rotterdam; *K. F. Gunning*, huisarts te Rotterdam; *Dr. H. Smitskamp*, internist, directeur van het Havenziekenhuis te Rotterdam.

De conclusies, waartoe de vergadering na de inleidingen en een levendige discussie kwam, luiden:

1. In de huidige situatie zijn de Nederlandse huisartsen door de taalbarrière en de voortdurende migratie van de buitenlandse arbeiders niet in staat deze grote groep buitenlanders (23.000 alleen al in het Rijnmondgebied) adequaat te behandelen.

2. Ter verbetering van de medische behandeling van buitenlandse arbeiders werden de volgende voorstellen gedaan:

a. Oprichting van sociaal-medische centra voor buitenlandse arbeiders, waar deze naast voorzieningen op sociaal gebied (restaurant in eigen stijl, ontmoetingsmogelijkheid, maatschappelijk werk) ook medische behandeling op huisarts-niveau kunnen ontvangen, te geven door buitenlandse artsen of door Nederlandse artsen met tolkenhulp.

b. Aantrekking van artsen uit de landen van herkomst van de buitenlandse arbeiders.

c. Uitreiking van een ziektenboekje (vergelijkbaar met de schippersboekjes), zodat de buitenlandse arbeider zijn ziektegeschiedenis steeds bij zich draagt. De uitreiking zou kunnen geschieden op het Consultatiebureau voor de tuberculosebestrijding, dat elke buitenlandse arbeider passeert. Collega Van Geuns, directeur van het Rotterdamse Consultatiebureau verklaarde zich ten volle bereid aan een dergelijke procedure medewerking te verlenen.

d. Verder werd voorgesteld om een inlichtingenblad hieraan toe te voegen met een uiteenzetting van de organisatie van de medische verzorging in hun tijdelijke woonplaats.

e. Honorering volgens het A.N.O.Z.-systeem. Dit systeem past beter bij de mobiliteit van de buitenlandse arbeiders dan inschrijving bij plaatselijke ziekenfondsen op naam van een bepaalde huisarts.

De besturen van de Afdeling Rotterdam en Omstreken van de K.N.M.G. en het Rotterdams Medisch

Gezelschap hebben het hoofdbestuur van de Maatschappij in kennis gesteld van deze conclusies en dit bestuur verzocht stappen te ondernemen ter verwezenlijking van de gedane voorstellen.

Utrecht en Omstreken

Zeister praktizerende artsenkring bezorgd over volkshuisvesting

Een twintigtal Zeister artsen heeft zich met ondervolgend schrijven gericht tot de gemeenteraad van Zeist:

„Met het oog op de behandeling door uw college van de begroting-1971 van de Gemeente Zeist, welke binnenkort zal plaatsvinden, willen ondergetekenden, leden van de Zeister praktizerende artsenkring, er hiermede bij u op aandringen bijzondere aandacht te besteden aan de bestaande problematiek rondom de volkshuisvesting in deze gemeente.

„Als zelfstandige beoefenaren van het medisch beroep worden ondergetekenden bij herhaling geconfronteerd met de samenhang tussen medische en/of psychische insufficiëntie en ontoereikende huisvesting. De problemen van lichamelijk en/of mentaal dysfunctioneren, welke zijn terug te voeren tot huisvestingsmoeilijkheden, zijn het schrijnendst voor de minst draagkrachtigen van de Zeister bevolking, in welke kring zich deze problemen ook het frequentst voordoen.

„Het is de stellige overtuiging van ondergetekenden, dat in vele gevallen de ontoereikendheid van de huisvesting schadelijke invloed uitoefent op de gezondheid van de betrokkenen. Als beoefenaren van de medische discipline zijn zij noch individueel noch in vereniging bij machte het hier gesignaleerde vraagstuk zelfstandig tot een oplossing te brengen. Zij moeten daartoe een beroep doen op de instanties die de volkshuisvesting regelen en het woningbouwbeleid bepalen.

„Daarom wenden zij zich hiermede tot uw Raad en tot ieder van u afzonderlijk met het dringende beroep — mede in het belang van de volksgezondheid — al hetgeen in uw vermogen ligt aan te wenden de woningnood, waar deze het grootst is, te lenigen.

„Ofschoon ondergetekenden erkentelijk zijn voor alle energie waarmee uw college zich tot dusver heeft ingezet voor de volkshuisvesting, voorts waardering hebben voor de inmiddels bereikte resultaten, zouden zij er niettemin met klem bij u op willen aandringen, om met name te bevorderen, dat op de kortst mogelijke termijn voor de dringendste gevallen (desnoods tijdelijke) voorzieningen worden getroffen. Zij achten het bovendien met het oog op de bevordering van de volksgezondheidszorg noodzakelijk, dat terzake van het woningbouwbeleid voorrang zal worden verleend aan de bouw van dat type woningen, waaraan in de kring der minst draagkrachtigen de grootste behoefte bestaat.”

Voordrachten

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

Alkmaar en Omstreken: Prof. Dr. P. J. Zuidema, onderwerp: „Filariainfecties in Nederland”.

Alphen en Omstreken: A. R. Hitijahubessy, A. H. van Bolhuis en A. H. Drost, onderwerp: „Afwijkingen van spraak en stem”.

Amerfoort en Omstreken: Prof. Dr. R. H. Cormane, onderwerp: „De huid als wegwijzer naar interne aandoeningen”.

Amsterdam: Dr. M. Wabeke, onderwerp: „Vroege diagnostiek en vaccinatie bij rode hond”.

Apeldoorn en Omstreken: Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen, cardioloog, onderwerp: „Moderne opvattingen en daaruit voortvloeiende maatregelen in de strijd tegen atherosclerose, in het bijzonder coronair sclerose”.

Arnhem en Omstreken: M. Oosterlee, psychiater, onderwerp: „Psychiatrische dagbehandeling”.

Assen en Omstreken: Prof. Dr. H. O. Nieweg, hoogleraar voor haematologie, onderwerp: „Nieuwe ontwikkelingen in de haematologie”.

Bergen op Zoom, Roosendaal en Omstreken: Dr. F. J. Wibaut, onderwerp: „Anticonceptie”.

Eindhoven en Omstreken: Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid, onderwerpen: „Organisatie van het wetenschappelijk verkeersveiligheidsonderzoek”; „Crash onderzoek”; „Preventie van verkeersongevallen”.

Emmeloord en Omstreken: H. M. van Beest en A. Groenewoud, onderwerp: „Nieuwe ontwikkelingen in verloskunde en gynaecologie”. P. Smit, onderwerp: „Diagnostiek van afwijkingen aan het kniegewricht”.

's-Gravenhage en Omstreken: Medische Staf van het Juliana Kinderziekenhuis, onderwerp: „Slokdarmpathologie op de kinderteeltijd”.

Groningen en Omstreken: L. A. Hartman, cardioloog, onderwerp: „Hartrevalidatie”.

Haarlem en Omstreken: Dr. P. F. Wiesenhaan, onderwerp: „Foetografie”; Dr. W. Steensma, onderwerp: „De Radio Medische Dienst voor de scheepvaart”.

Helmond en Omstreken: Prof. Dr. F. Duijfjes, orthopeed, onderwerp: „Rugklachten”.

Hunsingo-Fivelingo-Westerkwartier: Prof. Dr. H. Doorenbos, onderwerp: „Spot diagnosis in endocrinologie”.

Meppel en omstreken: Discussie over de abortus-problematiek in ons werkgebied. Inleiders: Dr. C. P. Sporken en Dr. B. W. Ketting.

Midden Limburg: Dr. J. Hage, plastisch chirurg

onderwerp: „De plastische chirurgie in het algemeen”.

Nijmegen en Omstreken: Prof. Dr. I. Kazem, onderwerp: „Organvisualization with isotopes”.

Oostelijk Groningen: Prof. Dr. K. J. van Deen en W. Verdenius, onderwerp: „De nieuwe opleiding tot huisarts en de opleidershuisartsen”.

Oostelijk Groningen: Dr. R. C. Hoekstra, zenuwarts, onderwerp: „De catathyme crisis ofwel een duistere legende”.

Oude Yssel: Dr. H. J. Furstner, patholoog-anatoom, onderwerp: „Vroegtijdige herkenning van het cervixcarcinoom door cytologische diagnostiek”.

Rotterdam en Omstreken: O. de Boer, onderwerp: „Wat speelt er in het Hoofdbestuur”; B. Kranenburg, onderwerp: „Voor de Plaatselijke Huisartsen Vereniging”; Dr. J. Hazewinkel, onderwerp: „Voor de Vereniging Rotterdamse Medische Specialisten”; E. L. van Smaalen, onderwerp: „Over de districtsraad”; H. N. Hart, onderwerp: „Als afgevaardigde ter algemene ledenvergadering”; Dr. H. D. van der Meer, onderwerp: „Over de Raad Volksgezondheid Rotterdam”.

Tiel: Prof. Dr. J. Swierenga, longarts, onderwerp: „Moderne opvattingen betreffende diagnostiek en behandeling van asthma bronchiale”.

Utrecht: Prof. Dr. J. Swierenga, onderwerp: „Enkele beschouwingen betreffende de moderne diagnostiek van pleura-aandoeningen”; Dr. H. J. Gelissen, onderwerp: „Chirurgische behandeling van enkele pleura-aandoeningen”; Dr. C. D. Laros, onderwerp: „Invloed van pleura-aandoeningen op de longfunctie”; Prof. Dr. T. Vossenaar, onderwerp: „Belang van de histologie bij aandoeningen van de pleura”.

Vecht en Omstreken: J. van der Noordaa, bacterioloog, onderwerp: „Tumovirussen”.

Walcheren: Dr. K. Biersteker, onderwerp: „Milieuverontreiniging in medisch perspectief”.

Woerden en Omstreken: A. Burgers, onderwerp: „De vrije natuur met haar dieren”.

Zuid-Limburg: J. J. M. Michels, onderwerp: „Stervensbegeleiding”.

Zuid-Vlaanderen O.D.I.: Dr. J. Tesink, onderwerp: „Luchtverontreiniging en gevolgen voor mens, dier en plant”.

Zutphen: Dr. W. S. Cost, internist, onderwerp: „Biochemie en pathologie van de bijnierschors”.

Zutphen: Dr. C. P. Sporken, onderwerp: „Vernieuwde inzichten in fundamenteel ethische vraagstukken”.

Zwolle en Omstreken: Dr. E. W. Kuijpers, laboratorium-arts, onderwerp: „Nieuwe ontwikkelingen in de laboratorium-diagnostiek”.

Zwolle en Omstreken: J. M. E. van Zandvoort, zenuwarts, onderwerp: „Enkele onwetenschappelijke bespiegelingen over een oud en actueel probleem”.

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

TENDENTIEUS RAPPORT (II)

Op mijn pennevrucht „Tendentieus Rapport” (M.C. nr. 44/1970, blz. 1185) kwamen twee reacties. Een kort verweer van de kant van de door mij — inzake haar abortus rapport — aangevallen commissie van de afdeling Psychiatrie (M.C. nr. 47/1970, blz. 1277), en een uitvoeriger reactie van collega Schiethart, uitmondend in een aantal aan mij gerichte vragen (M.C. nr. 50/1970, blz. 1369).

Ter (her)oriëntatie:

Met argumenten stelde ik, dat de commissie door een zogenoemde „ja-tenzij”- tegenover een zogenoemde „nee, tenzij”-houding te plaatsen meer tendentiekus dan wetenschappelijk te werk was gegaan, te meer daar het geven van wetenschappelijke informatie over pathologische achtergronden achterwege bleef. Zo werd in het rapport geen onderscheid gemaakt tussen ongehuwd en gehuwd zwangeren. Over de pathologie van de eerste groep is zeer veel bekend; iets daarvan werd weergegeven in mijn bijdrage. Over de eventuele pathologie van de tweede groep moet het wetenschappelijk onderzoek nog op gang komen. Tenslotte werd gepleit voor het oprichten van officiële (dat wil zeggen door de afdelingen te benoemen) abortuscommissies, daar verwacht mag worden dat deze meer het vertrouwen van artsen en ziekenhuisdirecties zullen krijgen dan commissies die zichzelf creëerden. De commissies mogen niet met een „korte indruk” volstaan, maar terwille van de psychische belangen van de betrokkene(n) zelf, heeft (hebben) deze recht op met name een uitvoerig psychiatrisch onderzoek, door zenuwartsen die wat de ongehuiden betreft zich intensief hebben verdiept in de opvattingen hieromtrent. In dit kader werd, wil men bij ziekenfondsverzekeren een behoorlijk onderzoek kunnen doen, gepleit voor een naar behoren door het ziekenfonds gehonoreerd worden van de commissieleden.

Antwoord aan de commissie:

In haar antwoord stelt de commissie dat zij de indeling in ja-tenzij/nee-tenzij „niet uit de vrije hand geschapen, maar aangetroffen heeft”. Dit lijkt mij zelfbedrog. Wat de commissie heeft

aangetroffen was een aantal (uiteraard subjectieve) levensbeschouwelijke houdingen ten aanzien van de medische abortus, zoals die bij mensen, en dus ook bij de medicus als mens, te constateren vallen. Wat de commissie heeft geschapen, was het bedenken van de namen „ja, tenzij” en „nee, tenzij” voor bepaalde van deze houdingen. Van deze benoeming ging een bepaalde tendens, een suggestieve werking uit.

Uiteraard is mijn bezwaar niet, dat het rapport een inventarisatie van levensbeschouwelijke opvattingen probeerde te geven; wel, dat de commissie a) (vanaf de eerste pagina) een keus maakte uit deze subjectieve, niet-wetenschappelijke opvattingen, en vooral b) dat zij vervolgens naliel hierop volgend tot het geven van wetenschappelijk-psychiatrische informatie over te gaan (voor zover het de ongehuwd zwangere betreft), respectievelijk op te roepen tot studie naar persoonlijkheidsstructuur en interactie binnen huwelijk en gezin (voor zover het gehuwd zwangeren betreft). Ter illustratie enkele citaten uit hun rapport: „Zou het abortusprobleem inderdaad een overwegend of uitsluitend psychiatrisch probleem zijn, dan zou moeilijk kunnen worden betwist dat het een medisch probleem is” (blz. 1). „maar is het in wezen wel een medisch probleem?” (blz. 3). „In feite gaat het om een maatschappelijk probleem” (blz. 4). „De psychiater is van zijn kant gewoonlijk evenmin in staat een duidelijk ziektekundig motief aan te geven” (blz. 7). „Niet langer dient centraal te staan de tegenstelling arts = deskundige tegenover gravida = leek” (blz. 27). Kortom: De commissie doet alsof er niets of niets van belang door een psychiater in deze kan worden gezegd. Het is geen psychiatrisch, maar een maatschappelijk probleem en de psychiater is evenzeer leek als de de zwangere. Men reikte elke psychiater hiermee een geweldig brevet van psychiatrisch onvermogen in deze uit. Mijn vraag is: Waarom deed men dit? Wist men dan werkelijk niets af van de achtergrondproblematiek die tot het ongehuwd zwanger worden voert? Dan zou lezing van het boekje uit de Sex Libris-Serie anno 1968 van collega R. Swelheim-de Boer: „Ongehuwd Moederschap” zin hebben. Het is een uitgave van de toch niet van conservatisme te verdenken N.V.S.H. Al hadden de commissieleden dan persoonlijk wellicht niet allemaal jarenlange praktische ervaring op het terrein van de ongehuwde moederzorg, dat had hen toch niet mogen verhinderen, alvorens een dergelijk belangrijk rapport te schrijven, de literatuur hierover te le-

zen. En als men die wel kent, dan rijst de vraag waarom in de literatuurlijst van het rapport geen enkele publikatie over de ongehuwde moederproblematiek werd opgenomen.

De vraag die ik in deze kolommen rechtstreeks aan de commissie wil stellen, luidt derhalve: Waarom ont-hield zij aan haar (intussen zeer talrijke) lezers de aanwezige wetenschappelijke informatie en bleef zij steken in een keuze uit subjectieve (onwetenschappelijke) levensbeschouwelijke houdingen?

Antwoord aan collega Schiethart:

1. In mijn artikel heb ik geprobeerd te verwoorden, dat wie niet als leek maar (vanuit een abortuscommissie) als deskundige een oordeel moet vellen omtrent een verzoek tot medische abortus, dit zo maximaal als maar mogelijk is wetenschappelijk, en zo minimaal als maar mogelijk is vanuit zijn subjectieve eigen levensovertuiging dient te doen. Dit terzijde stellen van de eigen levensovertuiging is voor ieder die dit ernstig probeert, een uiterst zware opgave. Collega Schiethart stelt: „Het is de vraag of de arts niet (onbewust, afhankelijk van zijn instelling) zoekt naar motieven die hem in staat kunnen stellen de vraag af te wijzen”. Dat is juist. Elke afwijzer moet zich dit per geval zeer indringend afvragen. Maar elke toewijzer dient dit eveneens per geval zeer indringend te doen, met de vraag of er onbewust bij hem geen motief aanwezig is om tegen de vigerende norm in te gaan.

2. Volgens de rapport-commissie bestaan er geen deskundigen. Daarom is het ook onzin dat zij een „ja-tenzij”-houding propageert, want als er geen deskundigen zijn is er helemaal geen tenzij, want voor een tenzij zijn contra-indicaties nodig waarover men wat deskundigs kan zeggen. Volgens mij zijn er wel deskundigen, al zijn het er helaas nog niet al te veel. Maar ze moeten er wel komen, zowel terwille van de geestelijke gezondheid van de vragende als ter wille van de geestelijke volksgezondheid. Naast psychiatrisch deskundigen dienen in een commissie (die uitsluitend uit deskundigen of aspirant deskundigen dient te bestaan) ook andersoortige deskundigen aanwezig te zijn. Ik denk hierbij aan de huisarts, de maatschappelijk werker, de socioloog. Met elkaar dienen zij tot een „diagnose” van de verzoekende vrouw en haar milieu te komen, om daarna zo pragmatisch als maar mogelijk is tot een beslissing te komen.

3. Collega Schiethart denkt ten onrechte, dat die beslissing bij mij altijd een afwijzing zal inhouden. Dat is

geenszins het geval. In de meeste gevallen adviseerde ik tot nu toe in positieve zin, maar dat kan wanneer er meer gevallen komen in de trant van: „Nu wilden we net voor het eerst naar de wintersport gaan en daarom willen we beslist geen baby” straks mogelijk anders liggen. Er zijn geen percentages te noemen. Het hangt per geval van de feiten af.

4. Wat zijn rechtstreekse vragen betreft: De eerste luidt, of ik het met hem eens ben dat een vrouw die ongewenst zwanger is potentieel in een crisis-situatie verkeert. Dat geldt mijns inziens zeker niet voor elke vrouw die ongewenst zwanger is. Als ik geen nieuwe fiets wens, bevind ik mij nog niet potentieel in een crisis-situatie, althans dat is niet per definitie het geval. De tweede vraag luidt, of de symptomatische behandeling van het aborteren als zodanig voldoende is. Mijn antwoord: Nee, er zal veel meer nazorg, opvang en dergelijke moeten zijn dan tot nu toe van uit de abortuscommissies werd gegeven. Daarom pleitte ik voor inschakeling van de bureaus voor ongehuwde moederzorg, die over een nazorgapparaat beschikken. De derde vraag stelt, dat een groot aantal verzoeken geschiedt op in hoofdzaak sociale motieven, dan wel als gevolg van het falen van de gebruikte anticonceptie. Is in die gevallen, vraagt collega Schlethart, een uitgebreid psychiatrisch onderzoek niet gecontra-indiceerd? Mijn antwoord: als zodanig kan het falen van de gebruikte anti-conceptie moeilijk als een reden tot aborteren gelden. Ook hier zal men, zoals collega Schiethart terecht zegt, draagkracht tegenover draaglast moeten afwegen. Dit geldt mijns inziens zelfs dan, wanneer de medische voorlichting onvoldoende respectievelijk onjuist is geweest. De arts dient dan niet, mede vanuit zijn schuldgevoel hierover (een subjectieve benadering en dus fout!), tot abortus te besluiten. Inderdaad zijn sommige sociale situaties zodanig maar zeker mag dit niet als een vuistregel gelden dat een belasting met een uitgebreid psychiatrisch onderzoek gecontra-indiceerd kan zijn. Maar dat komt dan meestal, omdat al snel duidelijk is dat de psychische draagkracht dit niet gedooft. Tenslotte de vierde vraag, die naar de noodzaak van een onderzoek naar de motieven die de arts brengen tot het al dan niet inwilligen van een verzoek tot abortus: in het bovenstaande werd daar reeds op geantwoord.

Amstelveen, 1 januari 1971

E. C. D. van Gils, Zenuwarts

In het kader van zijn onderzoekprogramma met betrekking tot het druggebruik zal het Farmacologisch Laboratorium van de Nijmeegse universiteit een farmaco-kinetisch onderzoek van henneproducten verrichten. De benodigde fondsen zijn door Sociale Zaken en Volksgezondheid beschikbaar gesteld. Het onderzoek zal zich richten op de snelheid van resorptie, de verdeling en de eliminatie van farmaca en vergiften bij de mens. De vrijkomende gegevens zijn van groot belang voor het verkrijgen van inzicht in de werkingsduur en de accumulatie van werkzame producten en metabolieten in het menselijk lichaam. Het Wilhelmina Gasthuis van de Gemeente Universiteit van Amsterdam verschaft het biologisch materiaal; dit materiaal betreft mensen die hulp vragen aan de Jellinek-kliniek en het medisch consultatiebureau voor alcoholisme in de hoofdstad.

Verschenen is de brochure „Milieuhygiëne in Nederland”. Het boekje werd geschreven door Prof. W. F. J. M. Krul, adviseur voor gezondheidstechnische aangelegenheden van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Het is een bewerking van de eveneens van zijn hand zijnde Engelstalige uitgave „Environmental Health in the Netherlands” (1968) en de Duitsstalige uitgave „Umwelthygiene in den Niederlanden” (1970), die werden uitgebracht ter voorlichting van buitenlandse bezoekers. Gezien de steeds toenemende belangstelling voor de milieuhygiëne werd ook een Nederlandse uitgave noodzakelijk geacht. De 60 bladzijden tellende brochure, die niet meer wil zijn dan een algemene oriëntering op dit terrein, is verkrijgbaar bij de Staatsuitgeverij, Christoffel Plantijnstraat, Den Haag. Het werkje kost een rijksdaalder.

Bij zijn afscheid wegens pensionering als directeur-geneesheer van het Academisch Ziekenhuis Leiden (zie M.C. nr. 2/1970, bladzijde 49) is de heer M. W. Jongsma, arts, benoemd tot ridder in de Orde van de Nederlandse Leeuw. De onderscheiding werd hem uitgereikt door de president-curator van de Leidse universiteit, Prof. Dr. P. Muntendam, tijdens een op 14 januari gehouden receptie in de aula van het ziekenhuis. In een

toespraak zei Prof. Muntendam onder meer, dat de door de heer Jongsma beklede functie tot de allerzwaarste op het terrein van de sociale geneeskunde behoort, maar dat de heer Jongsma toch nog talrijke nevenfuncties heeft weten te vervullen.

Twee Haagse ziekenhuizen, de diaconesseninrichting Bronovo met 350 bedden en het protestants-christelijke Nebo-ziekenhuis met 180 bedden hebben aldus een bericht in Het Vaderland, in beginsel besloten een fusie aan te gaan. In een tijdperk van drie tot vijf jaar wil men komen tot uitbreiding van Bronovo, op het terrein van dat ziekenhuis, om tot één groot protestants ziekenhuis van 500 tot 600 bedden te komen. Het huidige Nebo-ziekenhuis, dat nu een twintigtal jaren bestaat, zal dan als verpleeghuis voor chronisch zieken worden ingericht. De medische staven van beide ziekenhuizen zullen worden samengevoegd. Het ligt in de bedoeling om tot één bestuur en één vereniging voor dat nieuwe ziekenhuis over te gaan. Het ligt tevens in de bedoeling één groot verloskundig centrum te stichten op het terrein van Bronovo, waarheen de Emmakliniek zal verhuizen. Het zou vooralsnog niet in het voornemen liggen om de door het Nebo-ziekenhuis overgenomen gynaecologisch-obstetrische kliniek Frankenslag die onlangs geheel is gemoderniseerd ook te doen verhuizen.

„Vlaamse achterstand in wetenschapsbeleid”, zet periodiek, maandblad van het Vlaams Geneesheren Verbond, december 1970, boven een berichtje in de rubriek Parlementair nieuws. Op 3 december 1968 sprak minister Lefèvre van Wetenschapsbeleid van „onevenwicht in de verdeling der kredieten tussen Franstalige en Nederlandstalige vorsers. Het probleem bestaat hierin dat slechts 30% van alle kredieten die door de fondsen worden verdeeld Nederlandstalige vorsers ten goede komen”. Op 10 juni 1969 noemde minister Vermeylen, minister van Nationale Opvoeding, een verhouding van 58:42 voor wat betreft de (541) beurzen, verstrekt uit het Nationaal Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek. Een dergelijke kentering neemt de minister ook waar bij de research-instellingen die ressorteren onder zijn departement; daar telt men 52% Franstalige tegenover 48% Nederlandstalige wetenschappers. De 152 door het Fonds voor collectief fundamenteel onderzoek gesubsidieerde studieprojecten

ten worden voor 59% uitgevoerd door Franstalige groepen, voor 41% door Nederlandstalige. „Dit alles wijst erop, dat de verhouding 70/30 voorbijgestreefd is en dat men geleidelijk naar een volkomen evenwicht gaat”, aldus de heer Vermeylen tijdens de beantwoording van een mondelinge vraag uit de Belgische Senaat, 2 juli 1969(!)

¶

Het landelijk congres van het C.O.C., de Nederlandse vereniging van homofielen, heeft zich blijkens persberichten achter het beleidsplan van het hoofdbestuur gesteld, dat beoogt het C.O.C. om te buigen van een exclusieve vereniging ter belangenbehartiging naar een emancipatiebeweging. Het bestuur, dat bij de verdediging van zijn plan grote tegenstand ondervond (sommigen waren bang dat de vereniging een bepaalde politieke image zou krijgen), zei ervan overtuigd te zijn dat een beweging voor de emancipatie van de homofielen uiterst noodzakelijk is.

¶

Volgens de Algemene Nederlandse Invalidenbond worden omstreeks 100.000 invaliden door de overheid voor gemiddeld f42,— per week benadeeld. Over een verbetering van de positie van deze zogenaamde oud-invaliden heeft de bond in de eerste week van januari een rapport uitgebracht. De groep oud-invaliden omvat die mensen, die uitsluitend op grond van het feit dat zij vóór 1 juli 1967 al invalide waren niet in aanmerking komen voor de normale uitkering krachtens de Wet op de arbeidsongeschiktheid. In plaats van deze uitkering, groot 80% van het laatst genoten salaris, ontvangen zij een geldelijke prestatie op grond van de Interimwet invaliditeitsrentetrekking (I.W.I.-regeling), neerkomend op 80% van het minimumloon van een ongeschoold arbeider. De bond streeft ernaar, de uitkeringen voor oud-invaliden gelijk te laten trekken met die voor de andere invaliden. Dat zou een bedrag vergen van rond 200 miljoen gulden, een bedrag dat zou kunnen worden goedge maakt door een verhoging van de W.A.O.-premie met 0,5%. De A.N.B.I. zegt haar rapport juist nu in de openbaarheid te hebben gebracht, omdat waarschijnlijk in februari een wetsvoorstel van minister Roolvink van Sociale Zaken en Volksgezondheid ter behandeling aan de Tweede Kamer zal worden voorgelegd, waarin de minister voorstelt de uitkering aan oud-invaliden met f 600,— per jaar op te trekken.

MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

Bestuur: Dr. J. Degenaar, Epe, voorzitter; B. Q. A. Enneking, Breda, vice-voorzitter; Dr. J. A. Stoop, J. M. Kemperstraat 5, Utrecht, secretaris; G. A. C. Bosch, Amsterdam, penningmeester; J. H. van Meurs, Beverwijk.

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

Uitgever: Uitgeversmij. Kruyt N.V., Groot Hertoginnelaan 28, Bussum, telefoon 02159-32259*, postgiro 142554.

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

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

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

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

Oplage: 16.690 exemplaren.

Druk: Verweij Mijdsrecht.

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-885411
Postgiro K.N.M.G.: 58083

Bureau voor waarneming en vestiging:

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

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

Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen:

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

Raad van Beroep:

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

* * *

Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfondsen Artsen:

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-887021