



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

SPOED-LEDENVERGADERING DER L.H.V.

De spoed-Ledenvergadering van de Landelijke Huisartsen Vereniging woensdag 17 maart j.l. gehouden te Utrecht in het Jaarbeurs-Congres- en Vergadercentrum, heeft een voorlopige afronding opgeleverd van de beleidsbepaling terzake van het streven naar een nieuwe structuur voor de particuliere honorering. Deze vergadering — belegd in aansluiting op het gedeelte van de Ledenvergade-

ring van 5 februari j.l. waarin de voorzitter uitvoerige informatie had verstrekt over de stand van zaken in het overleg over de particuliere tarieven — ging in grote meerderheid akkoord met een bestuursvoorstel, te bevorderen dat een commissie van „wijze mannen” zal worden ingesteld, welke zal adviseren over de tarieven voor particuliere patiënten.

Het betreffende voorstel van het Centraal Bestuur, door voorzitter *F. N. M. Bierens* met krachtige argumenten aanbevolen en tot in details toegelicht, werd na een uitvoerige gedachtenwisseling aangenomen met 49 stemmen voor, 8 tegen en 1 blanco. Aldus besloot de vergadering het volgende:

De Ledenvergadering der L.H.V. bijeen te Utrecht op 17 maart 1971,

gehoord de verslagen van het Centraal Bestuur over de gevoerde besprekingen terzake van de particuliere tarieven in het algemeen en terzake van de pogingen om de moeilijkheden daarover in overleg met de regering naar een oplossing te leiden,

gehoord de overwegingen welke hebben geleid om te komen tot een positief advies van het Centraal Bestuur ten aanzien van een in te stellen adviescommissie van wijze mannen,

gehoord ook de taakstelling welke aan deze commissie zou dienen te worden gegeven

in aanmerking nemende dat belangrijke wijzigingen in deze taakopdracht opnieuw aan de Ledenvergadering zullen worden voorgelegd,

machtigt het Centraal Bestuur langs de uitgestippelde beleidslijn voort te gaan en met name te komen tot instelling van een dergelijke commissie,

is van mening dat de adviezen van deze commissie binnen een redelijke termijn dienen te verschijnen,

behoudt zich het recht voor zich over de rapporten en adviezen van deze commissie te zijner tijd uit te spreken,

en gaat over tot de orde van de dag.

26e JAARGANG - No. 12 - 26 MAART 1971

INHOUD

Spoed-Ledenvergadering der L.H.V.	321
Vrouwelijke arts gerehabiliteerd	322
De risico's van abortus provocatus	323
Van S-5 naar MT-10, het omslagpunt in de psychiatrie en de bedrijfsgeneeskunde ..	325
Toekomstige structuur gezondheidszorg in Nederland (XI)	327
Medische verklaringen inzake de Leerplichtwet	332
Bevolkingsonderzoek coronaire hartziekten	332
Ontwerp van wet op dierproeven	333
Van het hoofdbestuur	
Kort verslag H.B.-vergadering d.d. 6-2-'71	334
Verklaringen voor buitenlandse instellingen	335
Van het Centraal Bestuur L.S.V.	
Convocatie Ledenvergadering op 17 april a.s.	336
Jaarverslag over het jaar 1971 van de secretaris	337
Brieven aan de redactie	346
Varia	347

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

Colofon op bladzijde 348.

Blijkens nadere informatie gaat het Centraal Bestuur ervan uit dat de „wijze mannen“ zullen moeten komen tot een zwaarwegend advies over een redelijk geachte hoogte van het huisartseninkomen (inclusief de grondslagen voor aanpassing in de toekomst) en het daaruit voortvloeiend niveau van de tarieven voor particuliere patiënten, waarin begrepen adequate mogelijkheden voor sociale voorzieningen en een kostenniveau voor een adequate praktijkvoering, uitgaande van het „dagtaak“-principe.

Na afhandeling van bovengenoemd bestuursvoorstel bracht de voorzitter verslag uit over zijn bevindingen rondom de effectuering van de pensioenregeling. Daarbij bracht hij in herinnering dat onlangs een L.H.V.-delegatie was gehoord door de Bijzondere Commissie van de Tweede Kamer, belast met de wettelijke voorbereiding van de verplichte deelneming in een beroepspensioenregeling. De L.H.V.-delegatie had daarbij naar voren gebracht dat in 1966 door de toenmalige regering toezeggingen waren gedaan op het stuk van de fiscale faciliteiten, welke door de L.H.V. essentieel worden geacht voor de totstandkoming van een wettelijk geregelde pensioenvoorziening. Deze toezeggingen waaraan tot op heden niet is voldaan, maakten — zoals bekend — indertijd deel uit van de „deal“ tussen ziekenfondsen en huisartsen, waarbij de regering toen een beslissende rol heeft gespeeld. Reden van het verzoek van de L.H.V., om door de Bijzondere Commissie te worden gehoord was het feit dat de staatssecretaris van Financien in een audiëntie op 11 februari 1971 een delegatie van L.H.V. en L.S.V. had gezegd dat het rapport van de Commissie-Van Soest nog moet worden afgewacht. Realisering van de fiscale verlangens zou dan nog wel tot 1975, op zijn vroegst 1973 kunnen duren. De L.H.V. kan hiermede, gezien de aan de huisartsen gedane toezeggingen, uiteraard geen genoegen nemen. Tenslotte had de voorzitter de Commissie verzocht de tot-

Uit Medisch Contact anno 1946

Naar aanleiding van Uw schrijven moet ik U berichten, dat ik tot mijn leedwezen aan het daarin vervatte verzoek om instelling van een afzonderlijk Departement voor Volksgezondheid niet heb kunnen overgaan. Aan de belangen der Volksgezondheid zal nochtans door de thans opgetreden Regeering volle aandacht worden gewijd. De Minister President, (w.g.) L. J. M. Beel.

standkoming van de raamwet zoveel mogelijk te bespoedigen.

Nadat de voorzitter vervolgens nog eens het belang had onderstreept van een ernstige bezinning op de structuur van de gezondheidszorg in het eerste echelon, voorts na enkele mededelingen over actuele vraagstukken waarmee het C.B. zich ziet geconfronteerd (problematiek van de praktijkvoering in de grote stad, artsentekort, groepspraktijken, opleidingszaken) verzocht de voorzitter van de Commissie Ziekenfondstarieven (medisch), de heer S. van Randen, om de medewerking van de P.H.V.-secretarissen de nodige inlichtingen te verschaffen welke noodzakelijk zijn voor de effectuering van de door de Ziekenfondsraad nog goed te keuren overeenkomst die de ziekenfondsorganisaties en de L.H.V. hebben gesloten over het cytologisch onderzoek hetwelk huisartsen op medische indicatie voor rekening van de ziekenfondsen kunnen laten verrichten.

A.I.

Vrouwelijke arts gerehabiliteerd

Enige tijd geleden is een inwoner van Ooltgensplaat op basis van de toepassing van de Krankzinnigenwet en de bij die wet vereiste en ook afgegeven medische verklaring geplaatst in een psychiatrisch ziekenhuis te Bergen op Zoom. De betrokkene wist uit dit ziekenhuis te ontsnappen en contacten op te nemen met enkele persorganen, die op zijn gezag artikelen publiceerden, waarin onder meer de medica, die de geneeskundige verklaring had afgegeven, werd gediskwalificeerd en beticht van samenspanning tegen de betrokkene met diens familieleden. Deze publikaties hebben de vrouwelijke collega veel overlast bezorgd, door bewoners uit haar gebied haar alsook haar gezin en met name haar schoolgaande kinderen aangedaan.

De publikaties hebben ook geleid tot het stellen van schriftelijke vragen over deze aangelegenheid

door de Tweede-Kamerleden mevrouw Epema-Brugman en de heer Laban (beiden P.v.d.A.), waarbij zij informeerden of de Krankzinnigenwet in het onderhavige geval juiste toepassing had gevonden.

Op deze einde januari ingediende schriftelijke vragen hebben de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid Dr. R. J. H. Kruisinga en de staatssecretaris van justitie Prof. Dr. K. Wiersma op 10 maart antwoord gegeven. Zij delen daarin niet alleen mede, dat uit een onderzoek is gebleken dat te dezer zake de bepalingen van de Krankzinnigenwet volledig toepassing hebben gevonden doch tevens dat er geen enkele grond bestaat voor enige twijfel dat op het moment, waarop de medische verklaring werd afgegeven — naar aanleiding waarvan de machtiging van de Kantonrechter werd gevraagd — de in het psychiatrisch ziekenhuis opgenomen verkeerde in een toestand, als omschreven in artikel 16 van de Krankzinnigenwet.

De risico's van abortus provocatus

Door mevrouw S. M. I. Damstra-Wijmenga, arts

Gezien de huidige ontwikkeling in de benadering van de ongewenste graviditeit, waar P.v.d.A., V.V.D. en P.S.P. zich zelfs uitspreken voor een volledige abortusvrijheid, meen ik de vraag te mogen opwerpen of het mogelijk zal zijn het toenemend aantal ingrepen op medisch verantwoorde wijze uit te voeren. Onder „medisch verantwoord” meen ik te mogen verstaan: *vóór de ingreep*: een korte cheque-up van de algemene gezondheidstoestand, bloedgroepbepaling, en een beklemtoning, vooral bij nullipara, van het risico der verminderde fertiliteit; *ná de ingreep*: eventueel anti-biotica depot, minstens 24 uur onder medische supervisie (bij voorkeur één nacht opname in een kliniek); steeds pathologisch-anatomisch onderzoek van de weggenomen weefsels; voorts begeleiding door huisarts en/of psychiater en/of gynaecoloog ten aanzien van de emotionele reactie op de ingreep en vooral ten aanzien van de toekomstige anticonceptie.

Hoe heeft de situatie zich ontwikkeld in de loop der laatste paar jaren?

1. Er vormden zich een aantal zogenaamde abortusteams in verschillende plaatsen in Nederland, veelal in universitaire centra, maar ook vanuit plaatselijke huisartsengroeperingen. In deze teams werden en worden de schrijnende gevallen van alle kanten belicht. Adviseert zo'n team tenslotte tot abortus provocatus, dan is er meestal wel een gynaecoloog te vinden, die deze ingreep lege artis wil verrichten. Is naar het oordeel van het team de ingreep niet in het belang van de betrokkene, dan wordt vanzelfsprekend een begeleiding voor het uitdragen van de graviditeit geboden.

2. Vele minder urgente gevallen, die in de abortusteams geen kans hadden, gingen op eigen initiatief, of werden verwezen, naar de zogenaamde abortusklinieken in Londen. Het feit, dat de reis- en behandelingskosten een zware financiële last betekenen, voor vele minder draagkrachtigen dikwijls geen haalbare kaart (hoewel niet groter dan de kosten voor bevalling, baby-uitzet e.d.), was mede oorzaak van een gevoel van onbehagen bij velen, die frekwent met abortusaanvragen te maken kregen. Dit heeft geleid tot een toenemende liberalisatie van de indicatiestelling tot abortus provocatus, ook in sommige abortusteams, zodat nu ook in Nederland in vele minder urgente gevallen van ongewenste zwangerschap een ingreep kan worden uitgevoerd.

3. Daar er echter in diverse regionen tot dusverre nog vrijwel helemaal niet kan worden geholpen

en in andere regionen de druk van een toenemende liberalisatie van de indicatiestelling steeds toeneemt, waardoor de medewerkende artsen overbelast raken, meenden enkele progressieve groepen ook in Nederland te moeten komen tot het oprichten van abortusklinieken. Het brede publiek schijnt evenwel de noodzaak hiervan niet zo in te zien als uit de artikelen in kranten e.d. wordt gesuggereerd. Wat bijvoorbeeld te denken van een opbrengst van slechts ruim een ton na een intensieve pers-, radio-, en t.v.-campagne voor een abortuskliniek, waarnaast een andere actie, zoals bijvoorbeeld van de Landelijke Nierstichting (wie uwer las of hoorde daarover?) per collecte in één week tijds in 140 gemeenten bijna drie en een halve ton opbracht?

4. De ontwikkeling in de techniek van het aborteren stond ook niet stil. Geleidelijkaan vond de methode van de zuigcurettage ingang. Een zeer veilige methode, weinig traumatiserend, en met gering bloedverlies. Bovendien poliklinisch uitvoerbaar. Tot voor kort werd deze ingreep steeds onder narcose verricht; daardoor was er behalve het operatierisico ook nog het, zij geringe risico van de narcosedood. In recente tijd voert men deze zuigcurettage echter zeer efficiënt onder lokaal-anaesthesie uit. Hierdoor wordt het mogelijk om buiten de operatiekamer om een zuigcurettage te verrichten door iedree arts die zich de techniek hiervan en van de lokaal-anaesthesie heeft eigen gemaakt.

5. Door het toenemend aantal aanvragen, door „ongelezen” zwangerschappen als „ongewenste” te bestempelen, wordt het voor vele artsen steeds moeilijker om de druk van de aanvragen te weerstaan. In een aantal regionen krijgt de psychiatrische attitude van „ja, tenzij...” de overhand, dat wil zeggen dat meer naar een (niet-aanwezige) contra-indicatie dan naar een indicatie wordt gezocht. Nu dank zij de vereenvoudigde techniek deze ingreep poliklinisch, ja zelfs tijdens een spreekuur kan worden verricht, is er dus in zeker opzicht een mogelijkheid van acute hulpverlening geschapen, waarbij voorbij wordt gegaan aan de aspecten van een medisch verantwoorde ingreep. Om als voorbeeld een Engelse uitspraak aan te halen: „have an abortion in lunchtime.”

Welke nadelen kleven er aan deze vorm van acute hulpverlening?

1. Steeds weer is beklemtoond dat een ongewenste zwangerschap een signaal is, doorgaans een signaal van een conflictsituatie. Met het aborteren alléén is deze conflictsituatie niet opgelost. Daar-

voor is een verdere begeleiding, sociaal, psychiatrisch of anderszins noodzakelijk. Ook zal een doeltreffender anticonceptie moeten worden geadviseerd. Hoewel pil-adviezen worden meegegeven of soms aansluitend aan een abortus provocatus een spiraaltje wordt ingebracht, moet de patiënte dikwijls na het éénmalig contact met de arts die de ingreep verrichte, hiermee op eigen kracht verder. Het aantal recidief gevallen is dan ook niet te verwaarlozen. Van Oenen noemt in zijn proefschrift, dat bij een na-onderzoek 2½ jaar of later 15% der vrouwen opnieuw zwanger was; betreft hij dit na-onderzoek alleen op ongehuwd gebleven vrouwen, dan is het zelfs 23%! Ook uit eigen gegevens, hoewel nog niet statistisch bewerkt, valt een hoog recidief percentage op.

2. De medische nazorg komt in het gedrang. Is er een nabloeding, een infectie, dan aarzelt een patiënte dikwijls hiervoor tijdig de eigen huisarts in te schakelen, tenzij deze op de hoogte was van de ingreep. Enkele, aan mij bekende patiënten moesten nog vrij acuut in hospitalen worden opgenomen wegens een heftige nabloeding. Ook late „complicaties” doen zich voor. Hoe bedenkelijk is de ervaring, uit eigen praxis, van vier gevallen in een tijdsbestek van twee jaar, waarbij de zwangerschap ondanks een deskundige curettage (ingreep door vier verschillende vrouwenartsen, die achter de aanvraag stonden) bleef bestaan! Voor drie patiënten kwam deze ontdekking te laat, zodat zij de graviditeit uit moesten dragen. De vierde begon enkele weken na de ingreep opnieuw te vloeien, waarna bij een herhaalde curettage opnieuw een vrucht werd verwijderd.

3. Bij vele ambulant verrichte curettages wordt het verkregen weefsel niet pathologisch anatomisch onderzocht. Met name kan daardoor een mola-graviditeit worden gemist. Deze afwijking komt volgens diverse leerboeken voor in één op duizend graviditeiten, waarbij de kans op maligne ontaarding in chorio-epithelium 10 à 12% bedraagt. Bij scherpe curettage zal iedere gynaecoloog zonder meer het mola-weefsel herkennen, bij zuigcurettage van een jonge graviditeit niet. In de niet pathologisch-anatomisch onderzochte gevallen zal men deze afwijking dus niet tijdig onderkennen met alle gevolgen van dien.

4. Aan de risico's van Rhesus-iso immunisatie wordt bijna overal voorbij gegaan, zeker, wanneer er geen bloedgroep wordt bepaald. Dat dit risico niet denkbeeldig is leert o.a. een Hongaarse mededeling, waar zich in het Centre of Maternal Protection in een periode van twee jaar negen gevallen van haemolytische icterus bij neonati voordeden (15% van het totale aantal Rhesus-iso immunisatie gevallen in die periode). Negen ernstig beschadigde

baby's, waarvan drie overleden in utero en één postpartum aan hydrops foetalis. In deze negen gevallen kon uitsluitend een geprovoceerde of een spontaan abortus verantwoordelijk gesteld worden voor de aandoening. Ook andere Hongaarse onderzoekers hadden soortgelijke ervaringen (Lancet no. 7653 d.d. 2-5-1970, pag. 952). Het routine toedienen van anti-rhesus (D) immunoglobine aan rhesus-negatieve nullipara na abortus provocatus is nog niet realiseerbaar; wél kunnen deze patiënten er op worden gewezen dat de titerbepalingen in de eerste uit te dragen graviditeit beslist niet achterwege mogen blijven.

5. Te weinig accent wordt gelegd op de prognose van de fertiliteit na de ingreep. Op het vierde Tokyo-New York Congres constateerde Prof. Dr. Y. Watanabe: Na een abortus provocatus van een eerste graviditeit is er een verminderde vruchtbaarheid van 41%, na een abortus provocatus bij vrouwen, die minstens één voldragen graviditeit achter de rug hebben is dit percentage 33, tegenover een gemiddelde van 10% verminderde vruchtbaarheid bij een ongeselecteerde groep vrouwen, of zij nu wél of niet een abortus provocatus ondergingen. Ook zag hij een toename van het aantal extra-uterine zwangerschappen na herhaalde ingrepen. Misschien is in het kader van de bevolkingspolitiek een verminderde fertiliteit gewenst, voor het individuele echtpaar betekent de ongewilde kinderloosheid doorgaans een groot verdriet.

6. Aan de mortaliteit van de ingreep mag niet worden voorbijgegaan (Engelse cijfers: ± 1 op 3500). Hoewel deze ongeveer gelijk is aan die van een bevalling zal de reactie op een dodelijk afgelopen abortus provocatus anders zijn dan op die van een dodelijk afgelopen bevalling, vooral wanneer de abortus provocatus in het kader van de acute hulpverlening plaats vond.

De acute hulpverlening, hoewel in eerste instantie door vele betrokken partijen als de enig humane uitweg uit een conflictsituatie beoordeeld, kan niet altijd een medisch verantwoorde wijze van zwangerschapsonderbreking zijn, ook al wordt deze door een medicus verricht.

Ik meen, dat het, gezien de huidige ontwikkeling in de abortusaanpak, noodzakelijk is te wijzen op de risico's van de ingreep; zeker, wanneer deze ad hoc zal kunnen worden gerealiseerd. Een abortus provocatus is niet zo'n onschuldige ingreep als het trekken van een kies, zoals wordt gesuggereerd door menig voorstander er van. Indien de ingreep op ruimere schaal noodzakelijk mocht zijn, dient deze met de nodige waarborgen voor het toekomstig welzijn van de patiënte omgeven te worden.

Groningen, maart 1971

Het omslagpunt in de psychiatrie en de bedrijfsgeneeskunde

Door Gerard van Urk, arts

Variaties spelend op het thema „geen woorden maar daden” besluit Grevelink¹⁾ zijn S 5-impresies met de slotakkoorden: de psychiater is onschuldig; de psychiater is niet machteloos; de S 5-kwestie is een schijnconflict. Het volgende bedoelt te laten zien, hoe wezenlijk de schijn is, en waar de kracht ligt van de psychiater.

Falende psychiatrie

„Een bijzondere plaats in de militaire geneeskunde neemt de psychiatrie in. Nog maar sinds kort toont men begrip voor de psychisch gestoorde, die vroeger een publieke vermakelijkheid was. De psychisch labiele of neurotische patiënt werd niet herkend en in vele gevallen wordt hij nog als gewoon ondeugend beschouwd. Nog in de Eerste Wereldoorlog werden vele soldaten die de situatie niet langer aan konden eenvoudig wegens desertie of lafheid gefusilleerd.” (Van der Vegt²⁾).

Het is dus mogelijk dat de geneeskunst iets niet onderkent. Dat maakt de geschiedenis wel duidelijk. Niet minder duidelijk zijn de consequenties van onjuiste interpretaties en bijbehorend verkeerd woordgebruik: het verschil tussen de uitspraak „ziekte” (neurose) en „lafheid” is dat tussen toewijding en vernietiging, tussen leven en dood. Een verschil groot genoeg om er even nadrukkelijk bij stil te staan en er ook even goed bij door te denken.

Ik heb het gebruik van de S 5-kwalificatie aangevochten; en mijn kritiek gaat daarbij nog een eindweegs verder dan de moeilijkheid die Grevelink uit de doeken doet. Want het gaat er niet *alleen* om de met een S 5 ge(brand)merkten te beschermen tegen de ongewenste maatschappelijke gevolgen van deze kwalificatie. Ik bedoelde eveneens te stellen dat bij tal van militairen de psychiater met de stabiliteitsgradueren zijn peillood in het verkeerde water werpt. Zoals „lafheid” plaats moest maken voor „ziekte”, behoort S(tabiliteit)stypering vervangen te worden door de kenschetsing MT, het M(aatschappelijk) T(ekort).

Door iemand die als gevolg van de militaire situatie tekenen van emotionele en/of sociale dysfunctie gaat vertonen, te typeren als S 5, legt de psychiater het focus van zijn aandacht bij de persoon in kwestie. Daarmee is een keuze gedaan, waarbij de vraag kan worden gesteld of deze keuze (medisch) ethisch wel juist is. Door zoveel aandacht te geven aan woedeaanvallen en huilbuien kwam de psychiater er niet meer aan toe te wijzen op de veel gewichtiger achtergrond van het stijgende aantal break-downs: volgens Lamberts³⁾ steeg het aandeel afkeuringen tijdens de dienst wegens S 5 van 26% in 1958 tot 48% in 1964. Deze achter-

grond was dat er bij een groot aantal mensen een absoluut innerlijk verzet is ontstaan tegen het leger. Men had te doen met een niet weg te cijferen bestand van wezenlijke dissenters ten opzichte van de militaire situatie. Deels is dit naar de aard en omvang miskend; deels is en wordt dit ten onrechte genegeerd. Wat het laatste betreft meen ik dat de psychiaters in zoverre niet onschuldig zijn, dat ze zich m.i. een te bescheiden rol hebben laten opdringen c.q. welgevallen. Want waar gaat het om?!

Door te spreken van „instabiliteit” wordt gesuggereerd dat het vooral gaat om een persoonlijke predispositie, om een algemene onspecifieke verhoogde kwetsbaarheid. Deze wijze van diagnostiseren maakt het probleem er één van het individu, van zijn egosterkte en zijn souplesse. Maar „deze werkwijze verdoezelt de eigenlijke problematiek” (van Gennip-Horsten⁴⁾). De eigenlijke problematiek is macro-sociaal van aard: de omstandigheid namelijk dat velen niet in militaire dienst *willen* en er toch toe *gedwongen* worden; dat men niet *wil* — met zijn hart niet en met zijn hoofd niet — en toch *moét*. Het probleem is dat men bepaalde facetten van de militaire situatie of de gehele militaire situatie moreel te laken en onaanvaardbaar acht; dat men in zijn overtuiging en wil gebroken wordt en tegen zichzelf verdeeld.

Om deze, specifiek met de militaire situatie samenhangende stress gaat het. Zeer vele militaire „instabielen” hadden voorheen geen bijzondere emotionele problemen. Het is dan ook logischer de S 5 te vervangen door MT 10, daarmee het ernstige Tekort aanduidend in de Maatschappij, als gevolg waarvan de mensen ziek worden gemaakt.

Metterdaad ziek gemaakt: Een hooggeleerd lid van de adviescommissie Wet Gewetensbezwaarden liet het vorige jaar in een ochtendblad zijn zienswijze blijken: „Erkend” konden alleen diegenen worden — vond hij — die werkelijk tegen iedere vorm van geweld waren. Niet degenen, die, zoals de laatste tijd volgens hem nogal eens voorkwam, wel de ene kant uit wilden vechten, maar niet de andere kant uit. Met andere woorden — aldus de hooggeleerde —: „deze mensen willen hun eigen vijanden uitzoeken; „maar”, zo vervolgt hij gedecideerd, „dat doet de regering wel voor ze!” (sic!). Zo ver kunnen wij dus komen! Gelukkig heeft Grevelink (1) het gezonde verstand niet verloren en constateert hij dat de militaire dienst slechts gebaat is met mee-werkers, omdat in het andere geval kogel en bom in het verkeerde kamp terecht komen. Voorzichtig voegt Grevelink eraan toe: „Mijn indruk is dat denken en doen van onze defensieleiding in die richting gaan” Te recht voorzichtig, want het is niet helemaal waar.

Nu de technische ontwikkeling op het gebied van wapens de mogelijkheid in zicht brengt uit te komen met veel minder manschappen, wordt er inderdaad gedacht aan een beroepsleger. Zolang dit niet het geval was, heeft men zich niet ontzien de integriteit van persoonlijke uiterste wilsverklaring aan te tasten door het abstraktum van de „nationale wil” te laten prevaleren.

Niet te ontkennen valt dat het hier om een moeilijk en fundamenteel probleem gaat van menselijk samenleven. Het komt me echter voor dat de psychiatrie bij deze moeilijkheid van macro-sociale aard zijn stem duidelijk had moeten laten klinken. Bijtijds had kunnen worden gewezen op het ziekmakende karakter van de benaderingswijze van de adviescommissie Wet Gewetensbezwaarden. Gesteld had kunnen worden dat aangelegenheden van agressie, geweld en dood zozeer de wortels van de persoonlijkheid raken, dat men iemand op straffe van verlies van geestelijk evenwicht geen tijgersluipgang kan laten doen als hij het niet wil; en dat men op straffe van psychiatrische gevolgen iemand niet als bijand kan laten beschouwen, die hij als vrienden ziet, zeker niet als daarbij dood en leven in het geding zijn. Een dergelijke op macro-sociale problematiek toegespitste actie lijkt een zinvoller tijdsbesteding dan zich de bescheiden rol te laten welgevalen van rubriceerder van symptomen en syndromen. Hiermee zij tevens een antwoord gegeven op het in een reactie op Trimbos⁵⁾ gemaakte verwijt van Stolk en De Vries⁶⁾ „dat het telkens weer opvalt, dat de maatschappij-kritici geen realistische, dat wil zeggen uitvoerbare alternatieven bieden”.

Want de kwestie is niet dat er geen uitvoerbare alternatieven worden geboden. De zojuist geschetste macro-sociale actie is op zichzelf wel degelijk uitvoerbaar. De uitvoerbaarheid wordt slechts begrensd door de mate waarin men bereid is de risico's te lopen die dergelijke acties met zich meebrengen als gevolg van ieders ingevoegd zijn in een maatschappelijk - structureel verband (zie mijn vorige artikel⁷⁾). Fundamentele kritiek betekent een zich „buiten de orde” der dingen stellen; wat in de bestaande maatschappelijke situatie nooit „ongewroken” blijft. Het gaat eigenlijk nooit om de uitvoerbaarheid; het gaat vrijwel steeds om de moed te handelen. En op dit punt aangekomen worden we allemaal vindingrijk in vluchtrationalisaties. Eén ervan wordt treffend onder woorden gebracht door Wilde⁸⁾: „Dun gelipte wijsheid maande tot voorzichtigheid, haalde citaten aan uit het boek van lafheid, waarvan de auteur schuil gaat onder de naam van gezond verstand.”

Bij alle waardering voor de beschouwing van Trimbos⁵⁾ zet ik daarom toch een vraagteken bij zijn verwachtingen voor de macro-sociaal georiënteerde psychiatrie van wetenschappelijk onderzoek naar „de ecologische situatie”. Werkelijke maatschappelijke en anthropologische evolutie bestaan m.i. slechts bij de gratie van het onverwachte, de sprong, de mutatie, het dissente. Gelukkig is het

daarvoor nodige groeiferment — dacht ik — ingebouwd in homo sapiens.

De geschiedenis en de literatuur vertellen erover. Grevelink¹⁾ toont met z'n geslaagde voorbeelden aan waarom het gaat. Wij zullen ze gelukkig houden: de dissenter, de rebel en de revolutionair; in wezen moeten wij de mens blijven „who sacrifices himself” (Faulkner). Want ook de wetenschap zal de dissenter niet redden:

„Wehe den Fliehenden, Welt hinaus ziehenden!
Fremde durchmessenden, Heimat vergessenden,
Mutterhaus hassenden, Freunde verlassenden
Folget kein Segen, ach - auf ihren Wegen nach!”

Ludwig Reilstab

Falende bedrijfsgeneeskunde

De bedrijfsgeneeskunde kan zich nog niet verzoenen met de idee van een noodzakelijk omslagpunt. Dit blijkt uit z'n instelling tegenover psychiatrische diagnoses. Het blijkt ondermeer ook dááruit dat het College van Advies en Bijstand voor de Bedrijfs-geneeskunde in een brief aan de minister volstond met op te merken „dat deze voor betrokkenen ongunstig uitvallende aanstellingskeuringen met haar gevolgen volgens het college een sociaal probleem opleveren” en dat het daarom de minister aanbeveelt „dit probleem op korte termijn te doen onderzoeken en naar een zo goed mogelijke oplossing daarvan te streven”. Het onaanvaardbare van begrenzing en verwijzing van de verantwoordelijkheid lijkt een moeilijk leerstuk.

In de grote werkverbanden van vandaag komen mensen bij duizenden tussen de wielen en gaan ten onder in geestelijke nood. Van hoog tot laag wordt machteloos toegezien hoe met menselijke waarden wordt rondgevoetbald; door angst weerhouden schiet niemand toe als in enkele minuten tijd levens voorgoed worden gebroken. Vergeefs roeps Weijel⁹⁾: „de mensen hebben geen leven”: de bedrijfsarts, geschrokken van de felle gloed van de vele fundamentele problemen, schermt z'n gezichtsveld af; tot hij niets anders meer ziet dan het rustige schijnsel van de „objectieve” vraagstukken van kleurentests en hoorproeven.

Literatuur:

1. J. Grevelink, S 5 als conflict, M.C. 1971, nr. 7.
2. H. M. van der Vegt, Geneeskunst en Oorlog, uit: Recent Medisch Ethisch Denken-II, De Nederlandse bibliotheek der Geneeskunde, Stafleu N.V., 1970, Leiden.
3. H. Lamberts, Een psychosociaal, anthropometrisch en arbeidsfysiologisch profiel van gewone en geestelijk niet-stabiele dienstplichtigen, Diss, Leiden 1969.
4. Th. van Gennip-Horsten, Optimale socialisering van de geestelijke gezondheidszorgers. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid. 25 (1970) 12, 556.
5. C. J. B. J. Trimbos, Perspectieven en wensen in de Sociale Psychiatrie, Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 25 (1970- 6, 248.
6. P. J. Stolk en A. P. de Visser, Pleidooi voor een medische psychiatrie, Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 26 (1971) 2, 54.
7. G. van Urk, S 5 vanuit wetenschap- en maatschappij-kritiek. M.C. 1971, nr. 4.
8. Oscar Wilde, Het portret van Dorian Gray.
9. J. A. Weijel, De mensen hebben geen leven- een psychosociale studie. Haarlem, de Erven F. Bohn, 1970.

Toekomstige structuur gezondheidszorg in Nederland (XI)

Door Dr. P. Siderius

Directeur-Generaal van de Volksgezondheid

Inleiding

Futurologen zeggen, dat er in de komende decennia op aarde meer zal veranderen dan alle veranderingen tezamen sinds het begin van de jaartelling. Voor velen onder ons klinkt dit angstaanjagend, anderen zien het als een uitdaging. Een enkele medische prognosticus neemt de uitdaging op en waagt zich in de toekomstbespiegelingen over de geneeskunst rond het jaar 2000. In het navolgende is dat bepaald niet nagestreefd. Bij planning en programmering van de voorzieningen in de gezondheidszorg moet men wel uitgaan van de huidige situatie.

Aan de hand van een drietal aspecten wordt in het navolgende getracht de huidige structuur van de gezondheidszorg te analyseren en van daaruit een aantal indicaties te geven over de toekomstige ontwikkeling.

De bereikbaarheid. In de eerste plaats dienen de voorzieningen voor patiëntenzorg zowel in functioneel en geografisch als in financieel opzicht bereikbaar te zijn voor de gehele bevolking. Functionele bereikbaarheid impliceert dat er voldoende voorzieningen zijn, zowel naar soort als naar aantal. Deze moeten geografisch zo gespreid zijn dat zij gemakkelijk voor ieder toegankelijk zijn. Voorts is een doorzichtige structuur van belang, zodat de patiënt zijn weg vindt naar de voor hem passende voorziening. Financiële bereikbaarheid betekent, dat er geen financiële beletselen voor het bereiken van de voorzieningen bestaan, zelfs niet voor de minst draagkrachtigen.

Kwaliteit. Afgezien van de bereikbaarheid van de voorziening worden wij bij voortduring geconfronteerd met het probleem van de beheersing van de kwaliteit van de dienstverlening, de apparatuur en accommodatie. Er moeten waarborgen zijn, dat deze aan bepaalde kwaliteitseisen voldoen. In een optimaal functionerende gezondheidszorg is het niet alleen van belang, dat er voldoende voorzieningen zijn die bereikbaar zijn voor allen die hulp nodig hebben, doch evenzeer dat de verleende hulp van een optimale kwaliteit is.

Preventie. De voorzieningen voor de gezondheidszorg behoren zowel wat hun aard als hun omvang betreft te zijn afgestemd op het ziektepatroon van de bevolking, dat op zijn beurt wordt bepaald door de demografische opbouw (leeftijdspyramide), doch evenzeer door de aanwezige ziekteverwekkende factoren. Beheersing van deze factoren — gezondheidsbescherming, ziektepreventie — is een primaire doelstelling, waarvan de gezondheidszorg een

noodzakelijk complement is en er bovendien ten nauwste mede is verweven. De besmettelijke ziekten hebben in dit streven steeds een centrale plaats ingenomen in het denken. Hygiëne heeft evenwel naast de preventie van microbiële besmetting een belangrijke uitbreiding gekregen in de richting van de bescherming tegen andere negatieve invloeden: materiële zoals chemische en fysische (milieu- en voedingshygiëne) of immateriële (psychohygiëne). Op dit terrein bevinden wij ons nog midden in een ontwikkeling.

Het bijgaande schema geeft een overzicht van de wettelijke regelingen op het gebied van de volksgezondheid. De genoemde wetten geven ieder voor zich, al naar gelang hun karakter, een bijdrage aan de structurering van de gezondheidszorg. Op een aantal aspecten wordt in het navolgende nader ingegaan.

Bereikbaarheid

Functioneel. Functionele bereikbaarheid impliceert de realisatie van een structuur, die het mogelijk maakt om de vraag naar dienstverlening optimaal te bevredigen. In een moderne welvaartsstaat kan de bevolking hoge eisen stellen aan die dienstverlening, hetgeen in de praktijk ook het geval blijkt te zijn. Daarbij brengt de samenleving in een steeds sneller tempo vruchten van medische en technische wetenschap voort die zo snel mogelijk moeten worden geïntegreerd in de dienstverlening. Dit is enerzijds alleen te realiseren, indien er een steeds grotere mate van differentiatie in de vormen van dienstverlening optreedt.

Voortschrijdende specialisatie brengt met zich mede, dat bij voortduring moet worden gewaakt tegen het ontstaan van particularisme en storend isolément. Een goed samenspel tussen algemene en specialistische diensten, klinische en poliklinische, de extramurale en intramurale vordert samenwerkingsverbanden. Nodeloze duplicatie, reeds verwerpelijk op financiële gronden, is onaanvaardbaar met name in een situatie waar de vraag naar dienstverlening welhaast in alle sectoren het aanbod overtreft.

Langs welke wegen moet de gewenste structuur nu worden bereikt? In het verleden is dit goeddeels overgelaten aan het vrije spel der krachten, merendeels voortkomend uit particulier initiatief. Hoezeer het resultaat in vele opzichten stellig aanvaardbaar was, thans is welhaast iedereen ervan overtuigd dat een wettelijke regeling voor de verdere ontwikkeling niet achterwege kan blijven. De unanieme aanvaarding van de Wet ziekenhuisvoorzieningen door de Tweede Kamer der Staten-Generaal moge hiervan

getuigen. De veronderstelling dat een uitbreiding van deze wet tot een Wet gezondheidsvoorzieningen een soortgelijk onthaal zal ondervinden lijkt gerechtvaardigd. De behoefte om ook in de extramurale gezondheidszorg een wettelijke planningsprocedure in het leven te roepen lijkt immers evenzeer aanwezig, terwijl een aansluiting van deze voorzieningen via een wettelijke regeling bij de intramurale zorg ook noodzakelijk is.

Een zeker dirigisme van boven af vanuit de landelijke overheid is onvermijdelijk; anderszins dient men er voor te waken, dat de regelingen in de gezondheidszorg niet al te zeer een centralistisch karakter krijgen. Vooral in deze sector is het van belang, dat de verantwoordelijkheden waar mogelijk in handen blijven van diegenen die dicht staan bij de uitvoering en daardoor bij de problematiek en de behoeften van de plaatselijke bevolking. Dit maakt inspraak waar mogelijk realiseerbaar en schept daarmee een grotere kans op een vertrouwensrelatie. Immers het goed functioneren van de gezondheidszorg is, mogelijk meer dan in enige andere sector van dienstverlening, in sterke mate mede afhankelijk van het vertrouwen van gebruiker (patiënt).

Mede om deze redenen is de planningsprocedure in de Wet op de gezondheidsvoorzieningen gedeeltelijk gedecentraliseerd en gebaseerd op een belangrijke inbreng van de provincie als bestuurlijke eenheid. Waarom de provincie? Bij de regionalisatie in de gezondheidszorg dient men uit te gaan van bevolkingseenheden die praktisch volledig „self-supporting” zijn. De praktijk leert, dat een bevolkingseenheid van 800.000-1.000.000 inwoners een zodanige eenheid vormt. De bestuurlijke eenheid die deze omvang gemiddeld het dichtst benadert, is de provincie.

Idealiter zal de centrumfunctie in zo'n regio door een ziekenhuis met een superspecialistische functie („advanced medical care”) worden ingenomen. Dit centrum zal gezien de noodzakelijke inbreng uit de medische wetenschapsbeoefening tenminste een nauwe relatie met een medische faculteit moeten onderhouden. In steeds mindere mate zal een dergelijk superspecialistisch centrum-ziekenhuis een optimaal substraat bieden voor de klinische opleiding van medische studenten. De „doorsnee-patiënt” waarmee de opgeleide medicus in contact komt, zal hier in steeds mindere mate worden aangetroffen. Het opnamebeleid van een dergelijk ziekenhuis zal zich immers, mede gezien de grote investeringen die de „advanced medical care” met zich mede brengt, moeten richten op de behoeften van de regio aan superspecialistische hulp. Zelfs de specialistenopleiding zal bij een dergelijke ontwikkeling, wil zij geheel aan het gestelde doel van een all-round opleiding beantwoorden, deels buiten het ziekenhuis met centrumfunctie moeten plaatsvinden.

Niet alleen de opleiding zal een samenspel tussen de ziekenhuizen in een regio noodzakelijk maken. Ook vanuit een oogpunt van patiëntenzorg zal dit steeds meer een vereiste worden. De Wet op de ziekenhuisvoorzieningen (te zijner tijd Wet op de ge-

zondheidsvoorzieningen) geeft hiervoor een raamwerk. De primaire doelstelling van deze en dergelijke wettelijke regelingen is: het bevorderen van het optimale gebruik van het beschikbare potentieel, zowel wat betreft materieel als mankracht. De Wet op het ambulancevervoer is op een verwant terrein eveneens een voorbeeld van een zodanige regeling: optimalisering van de beschikbare vervoerscapaciteit.

Financieel. De financiële bereikbaarheid van de voorzieningen op het gebied van de gezondheidszorg heeft in de eerste plaats gestalte gekregen door de verplichte ziekenfondsverzekering tezamen met de zogenaamde vrijwillige verzekering en de bejaardenverzekering. Door middel van deze verzekering verschafft 70% van de bevolking, en wel het minst draagkrachtige deel, zich het recht op een omvangrijk verstrekkingenpakket. Enerzijds vindt door middel van deze verzekering een risicospreiding plaats, anderzijds door middel van de wijze van premieheffing inkomensoverdracht. De ziekenfondsverzekering heeft dan ook het karakter van een sociale verzekering, gebaseerd op de solidariteitsgedachte. Over bepaalde knelpunten in de lastenverdeling, zoals de nominale premie in de vrijwillige verzekering, is een commissie in de Sociaal Economische Raad zich aan het beraden, naar aanleiding van een hierop gerichte adviesaanvraag (adviesaanvraag d.d. 8 augustus 1968, vraag 1).

Dergelijke financieringsproblemen doen zich niet of in mindere mate voor bij een volksverzekering als de A.W.B.Z., waar voor de gehele bevolking wordt uitgegaan van een procentuele premie. De A.W.B.Z. is tot stand gekomen met het doel een regeling in het leven te roepen voor risico's, die niet of moeilijk anderszins te verzekeren zijn („zware geneeskundige risico's”). Uit de impuls, die van de invoering van de A.W.B.Z. is uitgegaan op uitbreiding van de capaciteit in de meest betrokken sectoren, onder andere de zwakzinnigenzorg en het verpleegtehuis-

Maatschappij-agenda 1971

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

wezen, moge blijken dat de financiële bereikbaarheid voordien een beletsel is geweest voor de ontplooiing. De A.W.B.Z. heeft daarmede aan het gestelde doel beantwoord, door een groep van voorzieningen binnen het bereik van de gehele bevolking te brengen. Dat zich daarbij in de eerste jaren fricties voordoen tussen vraag en aanbod, doordat niet ineens aan de gecreëerde vraag kan worden voldaan, is onvermijdelijk.

Financiering van de gezondheidszorg door middel van premieheffing („gezondheidspremie”) lijkt ook voor de toekomst een aanvaardbaar systeem. Uit een oogpunt van systematiek en uniformiteit verdient het voorstel, de voorzieningen die thans nog goeddeels uit de algemene middelen via subsidies worden gefinancierd (zoals in de extramurale gezondheidszorg nog het geval is) onder te brengen in de bestaande ziektekostenverzekeringsregelingen (met name de A.W.B.Z.), ernstige overweging. Het bevorderen van deze ontwikkeling lijkt om verschillende redenen uiterst gewenst. In de eerste plaats zal het leiden tot een betere ontplooiingsmogelijkheid van de extramurale voorzieningen. Het altijd beperkte overheidsbudget legt immers een sterke rem op de ontwikkeling, waardoor het aanbod achterblijft bij de vraag. Daarbij mag worden aangenomen, dat het voorzien in de bestaande behoeften naar ambulante dienstverlening de inrichtingsbehoefte doet afnemen. De huidige situatie met goeddeels verschillende financieringssystemen laat ruimte voor een onevenwichtige groei. Overbedding is een gevaar dat in sommige sectoren dreigt: de uitspraak, dat het in Zeeuws-Vlaanderen „stil op straat is”, gezien de relatief grote beddenschaarste, moge hiervan getuigen. Beslissingsbevoegdheid dan wel advisering omtrent aard en omvang van de voorzieningen in de gezondheidszorg dient zoveel mogelijk in één hand te liggen. Verstoringen in de vraag- en aanbodverhouding kunnen tot onevenwichtige ontwikkelingen leiden en daardoor een optimale aanwending van het dienstverlenende apparaat in de weg staan. Het aanspraken- of verstrekkingensysteem van het verzekeringsstelsel voor geneeskundige verzorging heeft consequenties voor de mate waarin en de wijze waarop gebruik gemaakt wordt van het dienstverlenend apparaat. Ook hierbij zal er bij voortdurend naar moeten worden gestreefd, dat het systeem een optimaal gebruik van de middelen en diensten in de hand werkt. Ook dit vraagstuk is overigens middels een adviesaanvraag onder de aandacht gebracht van de Sociaal Economische Raad (adviesaanvraag d.d. 8 augustus 1968, vraag 2).

Een van de vragen die in de toekomst voorts ongetwijfeld aan de orde zal komen heeft betrekking op eigen bijdragen. Het huidige verzekeringsstelsel gaat ervan uit dat de verzekerde zelf geen invloed heeft op de mate waarin hij aanspraak kan maken op diensten in de gezondheidszorg. Het is de vraag, of er in de welvaartsstaat („affluent society”) niet een toestand zal ontstaan, waarin het individu steeds meer door zijn gedrag of levensgewoonten

zelf mede bepaalt in welke mate en hoe hij aanspraak zal maken op medische dienstverlening. Variaties in levensgewoonten (zoals roken, drinken en druggebruik) zijn daarvan nu reeds evidente voorbeelden. Moet de solidariteitsgedachte van het verzekeringssysteem zich ook in de toekomst blijven uitstrekken over de medische consequenties van riskante levensgewoonten? Of moet men denken aan een systeem, waar door middel van eigen bijdragen dan wel verschillen in premiehoogte hygiënisch gedrag wordt bevorderd, zulks in analogie met het principe „de vervuiler betaalt”? Een antwoord op die vraag mag dan nog niet te geven zijn, hij zal echter wel onder ogen moeten worden gezien.

Kwaliteit

De kwaliteit van de dienstverlening wordt bepaald door het niveau van de personele en materiele voorzieningen. Wat betreft de personele voorzieningen verdient zowel de kwaliteit van de opleiding als de kwantiteit de aandacht. Met andere woorden, het is niet alleen van belang dat de opleidingen van goed gehalte zijn, doch evenzeer dat een voldoende aantal werkers in de verschillende sectoren beschikbaar komt.

De verantwoordelijkheid voor de inhoud van de opleiding ligt in principe bij de minister van Onderwijs en Wetenschappen. Dat geldt met name voor het wetenschappelijk onderwijs, doch evenzeer voor het beroepsonderwijs. In deze laatste sector geschiedt de opleiding, voor zover deze een „in service” karakter heeft (verplegenden, ziekenverzorgsters, vroedvrouwen), onder verantwoordelijkheid van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, doch het streven bestaat de opleiding van de overigen (zoals fysiotherapeuten, medisch analisten, logopedisten, orthoptisten) onder te brengen bij Onderwijs. Deze verdeling is daarom gerechtvaardigd, omdat in het eerste geval een integratie met de dienstverlening het best tot stand kan worden gebracht met behulp van het betrokken ministerie, terwijl in het andere geval een integratie met andere vormen van beroepsonderwijs als belang prevaleert. Voor talloze, met name „in service”-opleidingen in de sfeer van de gezondheidszorg bestaan (nog) geen wettelijke regelingen, zoals bijvoorbeeld voor de opleiding van specialisten („postgraduate”), logopedisten, orthoptisten, mondhygiënisten, diëtisten, kraamverzorgsters. In die gevallen berust de verantwoordelijkheid voor de opleiding bij de betrokken beroepsorganisatie of bij de instelling die het onderwijs geeft.

De directe invloed die kan worden aangewend op de aantallen die in de onderscheidene beroepen worden opgeleid, is uiterst beperkt. Van enige directe invloed kan slechts sprake zijn, als het aanbod van diegenen die een opleiding wensen te volgen de opleidingscapaciteit overtreft en op grond daarvan een deel niet wordt toegelaten tot de opleiding. Formeel doet deze omstandigheid zich niet voor bij het wetenschappelijk onderwijs (artsen, tandartsen,

apothekers), doch wel bij de specialistenopleiding en bij het beroepsonderwijs. In de sectoren waar een aanzienlijk tekort bestaat, zijn dergelijke discrepanties niet of slechts tijdelijk aanvaardbaar. Daar waar het toekomstige tekort minder evident is, zal men deze toestand moeten aanvaarden, zeker indien de kwaliteit van de opleiding anders in het gedrang komt of indien, mogelijk slechts tijdelijk noodzakelijke, uitbreiding van de opleidingscapaciteit zeer aanzienlijke investeringen vordert.

Voor het overige zal men slechts invloed kunnen aanwenden op de opleidings- c.q. beroepskeuze door middel van voorlichting aan de betrokken abiturienten. Een uiterst belangrijke zaak in een periode met relatief grote jaarcohorten, zoals thans het geval is. De opleiding van nu bepaalt in belangrijke mate de kwaliteit van de dienstverlening in de gezondheidszorg voor de komende decennia! Snelle herziening van opleidingen waar nodig, alsmede een aanpassing van de opleidingscapaciteit in die sector waar de behoefte het grootst is, is op dit moment van niet te onderschatten betekenis. Daarnaast zullen opleidingsvormen, waarvan mag worden aangenomen dat zij in een behoefte voorzien, snel moeten worden ingevoerd en waar mogelijk formeel geregeld.

Aantallen en kwaliteit van de opleiding worden niet alleen bepaald door de situatie binnen Nederland. Migratie van werkers in de gezondheidszorg zal steeds meer van invloed worden. Reeds nu is dit een factor van betekenis voor de artsen. Wederzijdse erkenning van diploma's in de E.E.G. staat voor de deur, terwijl ook zonder deze regeling de invloed van artsenmigratie merkbaar wordt. In 1970 werden in Nederland 424 artsen met een buitenlands diploma toegelaten. Er is, in tegenstelling tot de periode van de vijftiger jaren, de laatste jaren een immigratie-overschot. Hoe belangrijk een wederzijdse erkenning van diploma's ook moge zijn vanuit andere gezichtspunten, vrije migratiemogelijkheden kunnen adequate manpower-planning storend compliceren. In het algemeen beweegt de migratiestroom zich in de richting van de plaatsen waar de arbeidsvoorwaarden het meest gunstig zijn. Dit zijn veelal niet de plaatsen waar de behoefte het grootst is. De samenleving die bereid en in staat is de meest aantrekkelijke arbeidsvoorwaarden aan te bieden, heeft mogelijk voordeel van een vrije migratie. Anderen ondervinden dan echter gelijktijdig de bezwaren. De huidige situatie ten aanzien van artsenmigratie in ontwikkelingslanden (emigratie-overschotten) en in Engeland (immigratie uit ontwikkelingslanden, emigratie naar de V.S., Canada, Australië) zijn hiervan reeds voorbeelden. Universele artsendiploma's zijn overigens een fictie. De wijze van beroepsuitoefening is nog zozeer afhankelijk van allerlei plaatselijke omstandigheden, dat de opgeleide eigenlijk in geografisch-pathologisch opzicht een „specialist" is, niet zonder meer geschikt om zijn beroep overal in de wereld uit te oefenen.

Wat betreft de overige aspecten van het kwaliteitsaspect in de beroepsuitoefening moet volledig-

heidshalve worden gewezen op het toezicht: het Staatstoezicht op de Volksgezondheid (Gezondheidswet), de Wet uitoefening geneeskunst, de Wet paramedische beroepen, de wettelijke regeling voor ziekenverpleging en ziekenverzorgsters, en de Medische Tuchtwet, krachten welke al naar gelang het karakter van de wet regelen worden gesteld die van invloed zijn op de kwaliteit van de dienstverlening. Daarnaast schept een aantal andere wettelijke regelingen waarborgen ten aanzien van de kwaliteit van de toegepaste produkten in de gezondheidszorg, zoals geneesmiddelen, sera en vaccins, bloed en bloedprodukten, en medische hulpmiddelen. Tenslotte draagt de Krankzinnigenwet, en in sterkere mate de in voorbereiding zijnde Wet geestelijk gestoorde, een verbijzonderend element in zich van bescherming van de patiënt, en wel de rechtsbescherming.

Preventie

Hoe belangrijk de structuur van de gezondheidszorg moge zijn voor het optimaal functioneren van de curatieve geneeskunde, een volksgezondheidsbeleid dat niet uitgaat van het primaire belang van maatregelen in de sfeer van ziektepreventie schiet uiteraard ernstig tekort. Een korte beschouwing hierover mag dan ook niet ontbreken in een verhandeling over de structuur van de gezondheidszorg.

Wat betreft de bescherming van de bevolking tegen mogelijke ziekteverwekkende factoren uit het milieu, moge in de eerste plaats worden gewezen op de regelingen in de sfeer van de milieu- en voedingshygiëne. De regelingen opgesomd in het hiervoor afgedrukte schema geven daarvan een overzicht. Hiermede wordt beoogd, gezondheidbedreigende factoren uit het milieu en de voeding te weren. Het betreft zowel microbiële als chemische en fysische invloeden, die wat betreft hun mogelijke uitwerking van materiële of van immateriële aard (zoals lawaai, hinder of stank) kunnen zijn. In een geïndustrialiseerde en geürbaniseerde samenleving wordt aan de bewaking van de kwaliteit van het milieu, van het voedingspakket en van het drinkwater hoge eisen gesteld. Door middel van vaststelling van normen met grote veiligheidsmarges ten aanzien van toelaatbare „verontreiniging" tracht men het risico van de aanwezigheid van mogelijke ziekteverwekkende factoren tot een minimum te beperken. Een aanzienlijke verdere uitbouw van maatregelen op dit terrein heeft de afgelopen jaren plaatsgehad en zal ook in de komende jaren de nodige aandacht vragen.

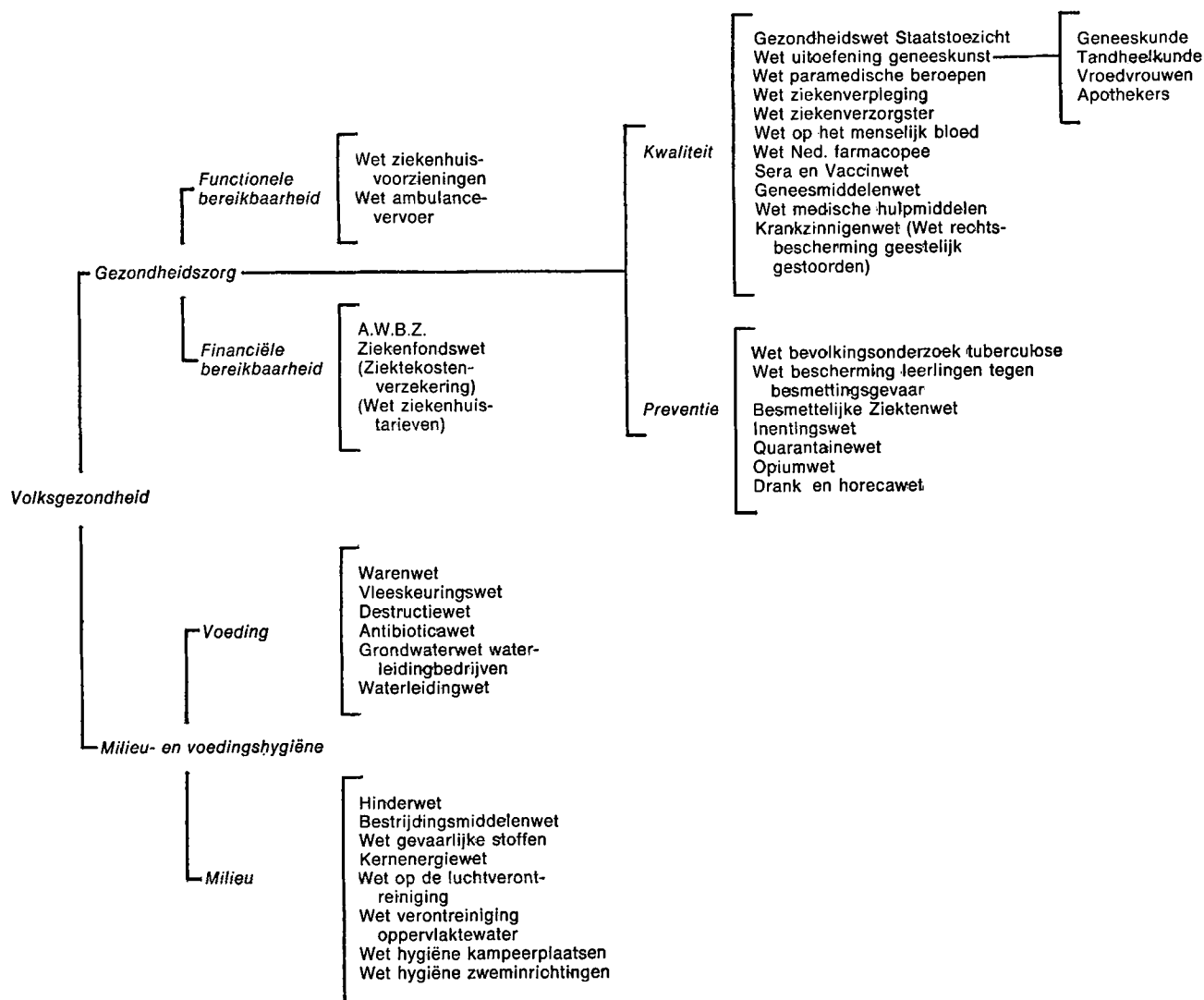
Daarnaast beoogt een aantal andere regelingen aanwezige ziekteverwekkende factoren in het milieu te beheersen dan wel terug te dringen en het aantal personen dat wordt blootgesteld aan deze invloeden te beperken. De wettelijke regelingen op dit gebied zijn in het schema aangeduid onder het hoofd „preventie". Deze regelingen hebben nog goeddeels betrekking op infectieziekten, zij het dat de Opiumwet en de Drank- en Horecawet beogen het drug- en alcoholgebruik als potentiële, de gezondheid be-

dreigende factoren te beheersen. Ook in deze sector zal een uitbreiding van de activiteit noodzakelijk zijn.

Algemeen bevolkingsonderzoek, thans nog gedeels beperkt tot de opsporing van tuberculose, zal uitbreiding ondergaan. Hierbij ware in eerste aanleg te denken aan hart- en vaatziekten, cervixcarcinoom en phenylketonurie, althans voor groepen „at risk”. Het ligt voorts in het voornemen de besmettelijke ziektenwet een wijziging te doen ondergaan, zodat bepaalde onderdelen van die wet ook kunnen worden toegepast voor andere dan besmettelijke ziekten, in gevallen waar zulks op grond van het nemen van preventieve maatregelen gewenst is (preventieve ziektebestrijding). Tenslotte is continue registrering

van het morbiteits- en mortaliteitspatroon van de bevolking een onmisbare schakel in de planning van de voorzieningen noodzakelijk op het gebied van de volksgezondheid. Dit geldt niet alleen voor de planning in de gezondheidszorg doch evenzeer voor voorzieningen in de preventieve sfeer en voor maatregelen op het gebied van milieu- en voedingshygiëne.

Een efficiënt volksgezondheidsbeleid is slechts denkbaar bij een geïntegreerd en gecoördineerd optreden op de genoemde deelgebieden. Voorwaar een uitdaging voor degenen, die mede richting zullen geven aan het toekomstige volksgezondheidsbeleid, temeer daar het welzijn van de bevolking hiervan in zo belangrijke mate afhankelijk is.



Medische verklaringen inzake de Leerplichtwet

Ter overweging hebben de staatssecretaris van Onderwijs en Wetenschappen en de ministers van Landbouw en Visserij en van Sociale Zaken en Volksgezondheid aan de Tweede Kamer aangeboden een ontwerp van wet tot wijziging van de Leerplichtwet 1969 en van de Arbeidswet 1919, zomede van enkele andere wetten.

Betreffende de Leerplichtwet wordt in overweging gegeven aan artikel 3 een derde lid toe te voegen. luidende als volgt:

„3. De inschrijving als leerling van een school kan voor het laatste leerjaar, bedoeld als in het eerste lid onder a of b, door de in artikel 2 bedoelde personen worden vervangen door een inschrijving als leerling van een onderwijsinstituut overeenkomstig paragraaf 2 a indien:

a. uit een verklaring van een door burgemeester en wethouders van de gemeente, waar de minderjarige in het bevolkingsregister is opgenomen, aangewezen arts — niet zijnde de behandelende arts — en een door hen aangewezen academisch gevormde of daarmede door Onze minister gelijkgestelde pedagoog of psycholoog blijkt, dat zij de minderjarige niet geschikt achten het volledig dagonderwijs langer te volgen, of

b. de minderjarige het voorlaatste jaar van zijn leerplicht nog op een school voor gewoon lager onderwijs heeft doorgebracht en hij binnen redelijke afstand geen individueel technisch onderwijs, individueel huishoud- of nijverheidsonderwijs of landbouwonderwijs met eenvoudig leerplan kan volgen

Voorts wordt in overweging gegeven artikel 7 als volgt te lezen:

„Een beroep op vrijstelling op grond van artikel 5 onder a kan slechts worden gedaan, indien bij de kennisgeving een verklaring van een door burgemeester en wethouders van de gemeente, waar de minderjarige in het bevolkingsregister is opgenomen, aangewezen arts — niet zijnde behandelende arts — of van een door hen aangewezen academisch gevormde of daarmede door Onze minister gelijkgestelde pedagoog of psycholoog is overgelegd, waaruit blijkt, dat deze de minderjarige niet geschikt achten om tot een school onderscheidenlijk een onderwijsinstituut te worden toegelaten. Deze verklaring mag niet ouder zijn dan drie maanden.”

In de Memorie van Toelichting leest men met betrekking tot de in overweging gegeven wijziging van artikel 7 het volgende:

„Wijziging van artikel 7 werd verzocht door de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevoor-

dering der Geneeskunst, die er — naar de mening van de eerste ondergetekende (de staatssecretaris O. en W. - red.) — terecht op wees, dat enerzijds door het huidige artikel 7 de vertrouwensband tussen de ouders van het kind, waarvoor een beroep op vrijstelling van de leerplicht wordt gedaan, en de behandelende arts kan worden geschaad, en dat anderzijds de vigerende tekst de artsen in conflict brengt met hun beroepsgeheim. De voorgestelde nieuwe tekst verschilt voor wat betreft de medische aspecten niet van het ontworpen derde lid, onder a, van artikel 3. De toevoeging in de artikelen 3, derde lid, en 7 van de woorden: „of daarmede door Onze minister gelijkgestelde” duidt op het voornemen van de eerste ondergetekende, de bezitters van de middelbare akte pedagogiek B voor de toepassing van genoemde bepalingen gelijk te stellen met de academisch gevormde pedagoog.

Het verdient aanbeveling dat de gemeenten voor de afgifte van deze verklaringen artsen, psychologen en pedagogen aanwijzen met een specifieke deskundigheid, zoals met name zij bezitten, die verbonden zijn aan een schoolartsdienst, schooladviesdienst of medisch-opvoedkundig bureau.”

Bevolkingsonderzoek coronaire hartziekten

Er bestaat op het ogenblik van velerlei zijden aan- drang om door middel van bevolkinsonderzoek te komen tot een vroegtijdige opsporing en een daarop aansluitende behandeling van personen die een ver- hoogde kans hebben op het krijgen van een hartin- farct. Voorgenomen of reeds in uitvoering zijnde on- derzoekingen op dit terrein — hoe zeer op zichzelf ook toe te juichen — ontberen veelal nog de nood- zakelijke wetenschappelijke grondslag. Hoewel het zeker mogelijk is om bepaalde groepen met ver- hoogd risico te onderkennen, beschikt de genees- kunde nog niet over betrouwbare diagnostische methoden om ten aanzien van het individu naderend onheil wat betreft het hartinfarct te signaleren. Bo- vendien blijkt de onderlinge vergelijkbaarheid van de verschillende onderzoeken onmogelijk, doordat niet van gestandaardiseerde meetmethoden en uni- forme registratie gebruik wordt gemaakt.

De staatssecretaris van Sociale Zaken en Volks- gezondheid heeft medio 1970 de departementale werkgroep Preventief Epidemiologisch Onderzoek ingesteld ter bestudering van het gehele terrein van het bevolkingsonderzoek. Deze werkgroep heeft met het oog op de op steeds meer plaatsen in het land ontwikkelende initiatieven met name ten aan-

zien van het bevolkingsonderzoek op hart- en vaatziekten, onlangs een interimadvies uitgebracht, dat speciaal aan dit onderdeel is gewijd. Dit interimadvies werd de Tweede Kamer dezer dagen aangeboden.

In dit advies signaleert de werkgroep enerzijds een ongewenste ontwikkeling op dit gebied, anderzijds ook enkele waardevolle initiatieven. In afwachting van een wettelijke regeling heeft de staatssecretaris het besluit genomen overeenkomstig het advies van de werkgroep, op dit gebied regulerend op te treden. Dr. Kruisinga heeft besloten:

a. In samenwerking met de Gezondheidsorganisatie T.N.O. in te spelen op een bestaand onderzoek van enkele bedrijfsgeneeskundige diensten teneinde dit onderzoek mede dienstbaar te maken aan het beleid voor de volksgezondheid. Deze bedrijfsgeneeskundige diensten maken deel uit van de COPIH (Commissie Opsporing Ischaemische Hartziekten) die is gaan fungeren als commissie van de

Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde. Deze commissie heeft het initiatief genomen tot het verrichten van gericht onderzoek binnen de aangesloten bedrijven op ischaemische hartziekten.

b. Steun te verlenen aan een proefonderzoek, waarbij enkele consultatiebureaus voor de bestrijding van tuberculose worden uitgekozen teneinde de uitvoerbaarheid van preventief epidemiologisch onderzoek op coronaire hartziekten door deze bureaus te toetsen. Concrete voorstellen te dien aanzien worden thans uitgewerkt door een werkgroep.

c. Aan de vele andere initiatiefnemers op dit gebied te verzoeken, zich ter wille van een goede coördinatie, gestandaardiseerde onderzoekstechnieken, uniforme rapportage enz. vrijwillig te conformeren aan de richtlijnen die door het Geneeskundig Staatstoezicht op de Volksgezondheid voor dit doel zullen worden ontworpen.

Ontwerp van wet op dierproeven

Verschenen is het voorlopig verslag van de vaste commissie voor de Volksgezondheid der Tweede Kamer op het ontwerp van wet op de dierproeven (M.C. no 12/1970 bladz. 277). Blijkens dit verslag spraken vele leden hun waardering uit over het feit, dat de staatssecretaris een wettelijke regeling voor het verrichten van dierproeven op korte termijn wil verwezenlijken. Zij onderschreven nadrukkelijk de opvatting van de staatssecretaris, dat dierproeven een noodzakelijk kwaad zijn en dat er alle aanleiding is ze niet toe te passen indien zij kunnen worden vervangen door het gebruik van weefsel- en celcultures. Zij vroegen zich af of de wet het gebruik van vervangende methoden wel voldoende zal stimuleren en er toe zal bijdragen het aantal dierproeven zoveel mogelijk te beperken. Zij zagen enkele ontsnappingsclausules in het wetsontwerp en de vraag kwam op welke „gewichtige andere belangen” er kunnen zijn, die de mogelijkheid tot onthefing, in het wetsontwerp geopend, wenselijk zouden doen zijn.

Voorts wenste men meer exacte informatie: hoeveel inrichtingen zijn er in ons land waar dierproeven worden genomen? Valt bij benadering te zeggen welk percentage daarvan vermoedelijk voor een vergunning krachtens het wetsontwerp in aanmerking komt?

Hoewel het wetsontwerp zich beperkt tot proefdieren en „menselijke proefdieren” dus buiten de werking van deze wet vallen, vroeg een aantal leden zich niettemin af hoe tegenwoordig de mens er te-

gen wordt beschermd dat hij als proefdier wordt gebruikt door farmaceutische industrieën en door medici. Zijn hieromtrent regels gesteld, vragen deze leden en, zo dat niet het geval is, vindt de bewindsman dat dan niet wenselijk? De hierbedoelde leden vroegen zich af of het publiek in feite wel weet wat er gebeurt bij dierproeven. Naar hun mening komt een deel van de dikwijls emotionele kritiek op dierproeven voort uit onbekendheid. Acht de bewindsman het niet noodzakelijk dat de sfeer van geheimzinnigheid rondom dierproeven wordt doorbroken en dat meer openheid in deze komt en zou niet een deel van de weerstanden tegen dierproeven kunnen worden overwonnen indien duidelijk werd waarom en hoe dierproeven worden verricht?

Bij sommige leden bestond het bezwaar dat de controle op de naleving van de wet bij het Staatstoezicht op de Volksgezondheid gaat berusten. Zij zouden graag willen vernemen of de regering bereid is voor de controle een onafhankelijke dienst met een eigen inspectie in te stellen onder uiteindelijke verantwoordelijkheid van de minister, daar allerlei rijksinstellingen zelf vivisectie bedrijven — aldus deze leden — zodat voornoemd staatstoezicht niet als onpartijdig kan worden beschouwd. De hier aan het woord zijnde leden achtten vooral van belang dat er met het oog op de vervangingsmethoden (cel- en weefselcultuur) een leerstoel voor vivisectievrije geneeskunde in het leven wordt geroepen, bij welke leerstoel huns inziens dan tevens de homeopathische geneeskunde zou kunnen worden ondergebracht.

Kort verslag H.B.-vergadering d.d. 6-2-1971

Kort verslag van de vergadering van het hoofdbestuur op zaterdag 6 februari 1971, gehouden in het gebouw van de Maatschappij, Lomanlaan 103 te Utrecht.

Voorzitter: Prof. Dr. Th. Vossenaar.

De voorzitter opent om 13.30 uur de vergadering.

Het beroepsgeheim bij patiëntenregistratie. Door een delegatie van de Stichting Medische Registratie wordt uiteengezet dat het gaat om datalinkage, dit is de mogelijkheid om op zo kort mogelijke termijn gegevens te verkrijgen omtrent patiënten die in een zodanige toestand verkeren dat zij zelf geen informatie kunnen verstrekken. Bekend is alleen de identiteit en deze identiteit zou op een centraal punt gekoppeld moeten worden aan gegevens omtrent vroeger doorgemaakte ziektes, operaties enz. Het hoofdbestuur verleent de Stichting Medische Registratie toestemming om dit project verder uit te werken. In een later stadium zal een ontwerp in het hoofdbestuur gebracht worden. Van Maatschappijzijde zal deze problematiek worden voorgelegd aan de Stuurgroep Medische Ethiek met het verzoek haar visie op de eraan verbonden medisch-ethische problemen te willen geven.

Wijziging en uitbreiding van keuken en kantine. Besloten wordt de adviezen der maatschappelijke verenigingen hieromtrent af te wachten.

Lidmaatschap van commissies en vertegenwoordigingen der Maatschappij te vervullen door het hoofdbestuur en het secretariaat. Het hoofdbestuur gaat met het voorstel akkoord.

Aanwijzing Maatschappij-vertegenwoordigers. Naar de vergadering van de British Medical Association te Leicester: Dr. R. Vermeer; naar de vergadering van de World Medical Association te Ottawa: Prof. Dr. Th. Vossenaar en J. Diepersloot; in de Commissie Huisartsenregistratie: als voorzitter Dr. A. E. Leuftink en Dr. J. Hage; in de Stichting het Nederlands Huisartsen Instituut: als adviseur L. Th. G. Rozeman en als plaatsvervanger Dr. H. Roelink.

Wijziging verkiezingsprocedures. De ter tafel gebrachte voorstellen ten aanzien van de verkiezing van afgevaardigden voor de Algemene Vergadering en ten aanzien van de districtsraad zullen nog nader worden uitgewerkt en daarna worden opgenomen in de beschrijvingsbrief voor de Algemene Vergadering van 24 april 1971.

De secties. Destijds zijn de secties opgericht met als doel het hoofdbestuur beter te doen functioneren. Uit een uitvoerige discussie over het al of niet voortbestaan der secties komt nu naar voren, dat men deze vervangen wenst te zien door een andere opstelling. Daarbij gaan de gedachten in de richting van ad hoc- en enkele permanente commissies. Een en ander zal op secretariaatsniveau nader worden uitgewerkt, waarbij tevens een nota inzake het functioneren van de Maatschappij in de overwegingen zal worden betrokken.

Algemene Vergadering. Naar aanleiding van een nog te voeren overleg over een binnengekomen voorstel inzake de verkiezingsprocedures zal punt VII van de beschrijvingsbrief nog worden geredigeerd. Voor wat betreft het symposium inzake „Volksverzekering” gaat men, na een vrij uitvoerige discussie akkoord met het besloten karakter hiervan, teneinde een en ander meer het karakter van een studieconferentie te geven.

Geneeskundige Verklaringen. Behoudens enkele opmerkingen gaat het hoofdbestuur akkoord met de 14e lijst van aanvullingen en wijzigingen van het Besluit en Rapport inzake Geneeskundige Verklaringen.

Bureau voor Waarneming en Vestiging. Het hoofdbestuur gaat akkoord met de voordracht van de collegae W. Vegelin en Dr. J. H. Aarts ter vervulling van de vacatures. Het definitieve besluit inzake de benoeming wordt genomen in de Algemene Vergadering d.d. 24 april 1971.

Interimrapport van de Commissie Intercollegiale Toetsing. Het interimrapport zal naar de maatschappelijke verenigingen worden gezonden met het verzoek het in categorale commissies te doen bezien. Daarbij zal verzocht worden om op zo kort mogelijke termijn met een advies te komen.

De Volkstelling. Inzake de volkstelling wordt besloten contact op te nemen met de minister van Economische Zaken, waarbij van Maatschappijzijde zal worden gesteld dat men het grote belang van de in te zamelen gegevens onderschrijft doch dat, gezien de bestaande onrust, moet worden betwijfeld of betrouwbare cijfers zullen worden verkregen. In verband hiermede is een uitstel van enige maanden wellicht aan te bevelen teneinde te trachten betere waarborgen inzake de geheimhouding der gegevens in te bouwen. Daarbij kunnen Maatschappij-suggesties in dezen naar voren worden gebracht.

Mededelingen. De voorzitter van de Maatschappij

deelt mede, dat er een contact heeft plaatsgevonden met kristische artsen. Van de zijde der kritische artsen werd medegedeeld, dat zij een congres in mei zullen houden over de structuur der gezondheidszorg.

Tijdens een hearing van de Vaste Kamercommissie bestaat er gelegenheid om het standpunt van de Maatschappij inzake de geestelijke volksgezondheid naar voren te brengen.

Op 3 februari 1971 vond er een gesprek plaats met de minister van Onderwijs en Wetenschappen en de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid inzake de nascholing. Voorgesteld werd om het Interuniversitair Instituut voor Voortgezet Wetenschappelijk Geneeskundig Onderwijs in het gebouw van onze Maatschappij te vestigen. Het hoofdbestuur gaat hier gaarne mee akkoord.

Voorts wordt medegedeeld, dat er een schrijven ontvangen is van het I.O.G. inzake de erkenning als opleider van nieuwbenoemde hoogleraren. Inmiddels is hierover contact opgenomen met het Centraal College.

De vertegenwoordigster van het I.O.G. maakt melding van een groeiend contact tussen I.O.G. en medische studenten.

De voorzitter van de Landelijke Huisartsen Vereniging doet enige mededelingen over de op 1 februari 1971 gehouden persconferentie inzake de pensioenvoorziening en een eventuele discriminatie van ziekenfondspatiënten ten opzichte van particuliere patiënten.

De voorzitter van de Landelijke Specialisten Vereniging deelt mede dat de Commissie Ziekenhuisstaven in verzwaaarde vorm met een nieuwe opdracht is gestart. De eerste opdracht zal zijn het opstellen van een pre-advies inzake het rapport van de N.Z.R. over fouten en ongevallen in ziekenhuizen en te trachten een aantal pertinente vragen te formuleren waarmee de staven kunnen worden benaderd, in de hoop dat in het najaar een studiedag over dit onderwerp kan worden gehouden in het kader van het 25-jarig bestaan der Landelijke Specialisten Vereniging. Daarnaast zal op langere termijn een onderzoek worden ingesteld naar de wijze waarop de gegevens van de centrale medische registratie in de meest bruikbare vorm kunnen worden gepresenteerd. Verder wordt nog de verhouding directie/staf in het ziekenhuis bezien en tenslotte is er een groep, die zich gaat verdiepen in de regionalisatie.

De voorzitter van de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband deelt mede dat er op 9 februari 1971 een gesprek zal plaatsvinden met het hoofdbestuur van de Landelijke Vereniging van Assistent Geneeskundigen inzake salarissen en arbeidstijden.

De vertegenwoordiger van de Algemeen Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde deelt mede, dat binnenkort een nummer van het Nederlands Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde gewijd zal worden aan „Mens, milieu en communicatie”.

Te 18.30 uur sluit de voorzitter de vergadering.

Verklaringen voor buitenlandse instellingen

Herhaaldelijk krijgt de Commissie inzake Geneeskundige Verklaringen door een arts de vraag voorgelegd, hoe hij moet handelen, wanneer hem door een buitenlandse instelling wordt verzocht een verklaring af te geven over een door hem behandelde buitenlandse patiënt. Vaak betreft dit toeristen (en de vragen komen dan ook vooral uit onze badplaatsen), maar het kan natuurlijk ook om andere personen gaan, die hier tijdelijk verblijven. De verzoeken zijn voornamelijk afkomstig van verzekeringsinstellingen; meestal gaat het dan om verzekering van ziektekosten, soms van ziekengeld, een enkele keer betreft het een levensverzekering (opgave van doodsoorzaak!).

Gezien de frequentie van deze vragen meent de Commissie goed te doen hierover in Medisch Contact iets te publiceren.

Zoals bekend, is het systeem van de „scheiding van behandeling en controle” een specifiek Nederlandse zaak. In het buitenland kent men deze werkwijze niet of nauwelijks. Het ligt dus voor de hand, dat een buitenlandse instelling er geen enkel begrip voor kan opbrengen, wanneer zij een in haar ogen volstrekt normale verklaring van de behandelende arts vraagt en wanneer dan de Nederlandse arts (op grond van de slechts in Nederland gangbare regels) weigert deze verklaring af te geven. Ook een interventie door onze Commissie (de „bestrijding bij de bron”!) heeft in deze gevallen geen enkele zin; dit zou trouwens, bij zoveel duizenden instellingen, ook een praktische onmogelijkheid zijn.

Het resultaat van de weigering blijkt echter herhaaldelijk te zijn, dat de betrokken patiënt de dupe wordt, doordat hij de hem toekomende uitkering of vergoeding niet ontvangt.

Op grond van dit alles adviseert de Commissie de artsen om — in afwijking van de voor ons eigen land geldende regels — *over buitenlandse patiënten ten behoeve van buitenlandse instellingen de gevraagde verklaringen wel af te geven.*

Met nadruk moet er echter op worden gewezen, dat dit uitsluitend geldt, wanneer *zowel de patiënt als de instelling* uit het buitenland afkomstig is. Het is derhalve uitdrukkelijk niet van toepassing, wanneer het gaat om Nederlandse verzekerden bij een (in Nederland werkzame) buitenlandse verzekeringsmaatschappij; wanneer zo'n maatschappij op de Nederlandse markt wil opereren, zal zij zich uiteraard aan de hier geldende regels moeten conformeren. Het geldt evenmin voor Nederlandse werknemers bij buitenlandse werkgevers (o.a. de grensgangers; zie daarvoor punt B-2 van het „groene boekje”). En vanzelfsprekend geldt het ook niet, wanneer een Nederlandse instelling een verklaring vraagt over een buitenlandse patiënt.

Zwolle, 13 maart 1971

Namens de Commissie inzake
Geneeskundige Verklaringen,
A. E. Denekamp, voorzitter

Convocatie ledenvergadering der L.S.V. op 17 april a.s.

Convocatie voor de eerste gewone ledenvergadering der L.S.V. in het jaar 1971, te houden op zaterdag 17 april des morgens te 10.30 uur in het Jaarbeurs-Congres en vergadercentrum te Utrecht (tel. 030 — 914914).

AGENDA

1. Opening. treden van het bestuurslid, G. A. M. Hunfeld, chirurg te Bloemendaal *).
 2. Inleiding door de voorzitter.
 3. Goedkeuring notulen tweede gewone ledenvergadering der L.S.V. dd. 24 oktober 1970.
 4. Jaarverslag over 1970 van de secretaris.
 5. Jaarverslag over 1970 van de penningmeester.
 6. Accountantsrapport en verslag Commissie Geldmiddelen over het beheer der geldmiddelen.
 7. Décharge van de penningmeester.
 8. Verkiezing voor de navolgende vacatures in het Centraal Bestuur:
 - a. vacatures, ontstaan door het aftreden volgens rooster van de bestuursleden:
J. Th. Groenewegen, dermatoloog te Heerlen,
G. Groenewoud, internist te 's Gravenhage,
Dr. L. H. Th. S. Kortbeek, zenuwarts te Eindhoven,
Dr. D. Wolvius, internist te Utrecht.
 - b. vacature, ontstaan door het tussentijds af-
 9. Medelingen van de voorzitter van de onderhandelingscommissie der L.S.V.
 - LUNCHPAUZE
 10. Bespreking van een tweetal door de Commissie Oudedagsvoorziening Specialististen aan het Centraal Bestuur uitgebrachte nota's:
 - a. inzake de bestemming van de reeds gereserveerde ziekenfondsgelden;
 - b. inzake de back-service.
 - N.B. Ter vergadering zal door de Commissie en haar deskundigen, te weten *Drs. H. H. J. Bunschooten*, actuaire en *Mr. P. Clausing* een mondelinge toelichting op de bedoelde stukken worden gegeven.
 11. Rondvraag.
 12. Sluiting.
- Namens het Centraal Bestuur der
Landelijke Specialististen Vereniging
Dr. J. P. M. Lelkens, secretaris

*) Er wordt op gewezen dat ingevolge art. 14 sub 2 van het huishoudelijk reglement ook kandidaten kunnen worden voorgedragen door de districtsvergadering of door tenminste 20 leden der vereniging.

Jaarverslag over het jaar 1970

van de secretaris der L.S.V.

Inleiding

Communicatie en informatie binnen onze vereniging heeft de laatste jaren bij voortduring de aandacht van het Centraal Bestuur gehad, hetgeen resulteerde in het instituut van een vergadering met de districtsvoorzitters, voorafgaand aan iedere ledenvergadering; een steeds hechter contact met de wetenschappelijke verenigingen, dat onder meer in de periodieke bijeenkomsten van het Centraal Bestuur met vertegenwoordigers van deze — weliswaar anderssoortige, maar daarom niet minder belangrijke — specialistenkernen tot uiting komt; en de intensiever voorlichting vanuit het Centraal Bestuur naar zowel afgevaardigden (ten aanzien van de ledenvergadering) als de individuele leden (met name ten aanzien van de oudedagsvoorziening).

In de verslagperiode heeft daarnaast in dit verband een andere specialistenkern bijzondere aandacht gehad, te weten de ziekenhuisstaf. Had het Centraal Bestuur van oudsher reeds intensieve bemoeienis met het tot ontwikkeling brengen van de samenwerking in stafverband, in het afgelopen jaar heeft een reeds enige tijd sluimerende gedachte om ook deze belangrijke ledengroeperingen met name in de aan de besluitvorming voorafgaande opinievorming nauwer te betrekken, vaster vorm gekregen. Aangezien het Centraal Bestuur tot dantoe het ontbreken van een dergelijk contact als de „missing link” in het kader van zijn streven naar verbetering van de informatie en communicatie had beschouwd, lijkt het alleszins aangewezen om deze rapportage met dit onderwerp aan te vangen.

De samenwerking in stafverband

De wens van het Centraal Bestuur om de staven in zijn opinievorming te betrekken, gaat er duidelijk van uit, dat op het ogenblik ten aanzien van de in algemene ziekenhuizen werkzame specialisten gesproken kan worden van een in een medische staf geordende samenwerking. Dit uitgangspunt is mede daarom verantwoord, omdat de L.S.V. zich sinds jaar en dag beijverd heeft om een dergelijke samenwerking te propageren, ja zelfs om die in zekere zin te institutionaliseren, zoals uit het door onze vereniging uitgegeven (en in wezen reeds van 1961 daterend) stafreglement blijkt. Dit wil echter geenszins zeggen, dat het Centraal Bestuur zijn taak in dit opzicht voltooid acht. Met name de verdere ontwikkeling van het stafwerk is een zaak, die ons aller interesse heeft, hetgeen ook wel blijkt uit het feit, dat een Commissie Ziekenhuisstaven als de zgn. vaste commissies van het Centraal Bestuur is geïnstalleerd. Het is de bedoeling, dat deze commissie — zoals ook uit haar samenstelling en opdracht blijkt

— in belangrijke mate op de door de vroegere zgn. adviescommissie opgedane ervaringen zal voortbouwen.

Dat ook van de zijde der staven een nauwer contact met het Centraal Bestuur enerzijds en een verdere bestudering van haar taken, alsmede de wijze waarop deze het best vervuld kunnen worden anderzijds op prijs wordt gesteld, bleek overduidelijk uit de belangstelling welke voor de op 17 januari 1970 gehouden studie-dag bestond.

Tijdens deze dag werden inleidingen* gehouden door de voorzitter, Mr. A. C. Kraayenbrink en Dr. G. Ph. Vogel, onder-voorzitter van het bestuur van de Stichting Medische Registratie, terwijl tevens een van de Commissie van Advies voor Ziekenhuisstaven en het Centraal Bestuur stammende notitie getiteld „Bespiegelingen rondom de functionering van de Medische Staf” ter discussie lag. Uit de geanimeerde discussie viel zonder meer af te leiden, dat zowel de voortzetting van de traditionele lijn der bestudering als ook een meer direct contact tussen staven en Centraal Bestuur, — in dit verband werd de gedachte van speciale correspondenten per staf geopperd — ook door staven als zinvol werd gevonden.

Dat bij de staven in toenemende mate belangstelling voor de aan stafvorming inhaerente ziekenhuisproblematiek bestaat, bleek ook uit de deelname aan de op 11 april 1970 gezamenlijk met de Nationale Ziekenhuisraad georganiseerde studie-dag, welke als thema „Ziekenhuis-management en Specialististen” had gekregen. Over dit onderwerp werd een inleiding gehouden door Prof. Dr. B. C. J. Lievegoed, onder meer gewoon hoogleraar aan de Technische Hogeschool te Twente, terwijl Dr. L. M. J. Groot, economisch directeur van het St. Laurentius Ziekenhuis te Roermond, en Dr. J. van Mansvelt, zenuwarts te Haarlem als co-referenten fungeerden**.

De structuur der ziektekostenverzekeringen

Veel aandacht heeft het Centraal Bestuur in de verslagperiode ook besteed aan de discussies die waren losgewoeld door de uit 1968 daterende ministeriële advies-aanvraag aan de S.E.R. over de toekomstige structuur der ziektekostenverzekeringen.

* Deze inleidingen zijn gepubliceerd in Medisch Contact en wel resp. in 1970 - 5, pagina 105 e.v.; 1970 - 6, pagina 129 e.v.; 1970 - 27, pagina 725 e.v.

** Deze inleiding en de beide co-referaten alsmede een samenvatting der discussie zijn eveneens opgenomen in Medisch Contact en wel in de nummers 1970 - 24, pagina 649 e.v.; 1970 - 25, pagina 675 e.v.; 1970 - 26, 701 e.v.

Met name de voorzitter heeft zich in dit opzicht niet onbetuigd gelaten. Van onze zijde is daarbij bij herhaling gepoogd om deze advies-aanvraag tot zijn juiste proporties terug te brengen, zoals het volgende citaat uit een der inleidingen van collega van Mansvelt nog eens ten overvloede illustreert: „De vraag die aan de orde is berust op een advies-aanvraag van de minister en staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, welke verzoekt om wegen aan te geven waarlangs een billijker lastenverdeling tot stand kan worden gebracht en waarlangs een meer doelmatig gebruik van beschikbare middelen en mankracht kan worden verkregen. Niet aan de orde behoort te zijn de vraag of men op politieke overwegingen een volksverzekering verkieslijker vindt dan het huidige systeem.

Wat het tweede deel van de adviesaanvraag naar een doelmatiger gebruik van beschikbare middelen en mankracht betreft, kan worden opgemerkt dat vergelijking met het buitenland in ieder geval lijkt te leren dat er door de gemiddelde Nederlandse specialist bijzonder lange werkdagen worden gemaakt, waarbij de vraag onbeantwoord blijft of dit doelmatig in het algemeen is. Het is in ieder geval tegen de achtergrond van de beschikbare mankracht wel de enige mogelijkheid om de steeds toenemende vraag het hoofd te bieden zolang de lang verbeide geboortegolf nog geen soelaas biedt op het terrein van de vele specialismen waar een duidelijk tekort aan deze man- of vrouwkracht bestaat, en een zekere mate van roofofbouw wordt gepleegd op het aanwezige bestand van specialisten.”

Aangezien ook de L.S.V. erkent, dat de kosten voor noodzakelijke geneeskundige verzorging voor sommige bevolkingsgroepen in het huidige systeem een te zware belasting kunnen vormen, spreekt het welhaast vanzelf, dat onzerzijds wordt meegedacht hoe ten aanzien van deze knelpunten (waarbij wij met name denken aan de vrijwillige ziekenfonds-verzekering en de bejaardenverzekering) soulaas zou kunnen worden geboden. Naar onze mening dient derhalve deze advies-aanvraag, die duidelijk met betrekking tot de in de huidige financiering bestaande knelpunten gesteld is, ook in dit licht beantwoord te worden. Daarbij mag nimmer uit het oog worden verloren, dat met het huidige systeem aan de Nederlandse bevolking een medische verzorging geboden wordt, die in vergelijking met de ons omringende landen alleszins de toets der kritiek kan doorstaan. Dit pleit er ons inziens eens te meer voor om binnen de huidige constellatie naar een oplossing van de bestaande knelpunten in de financiering te zoeken.*

De Wet Ziekenhuisvoorzieningen

In het afgelopen jaar vond in de volksvertegenwoordiging de behandeling plaats van de Wet Zie-

kenhuisvoorzieningen. Zoals bekend ging het hier om een mede naar aanleiding van de reacties op het ontwerp van de Wet Ziekenhuisbouw, „omgebouwde” wet. De naam van de nieuwe wet illustreert reeds dat de werkingssfeer van het oorspronkelijke wetsontwerp, dat tot de bouw van ziekenhuizen beperkt bleef, aanzienlijk uitgebreid is.

Vanzelfsprekend was door deze uitbreiding der werkingssfeer de belangstelling van de L.S.V. alleen nog maar toegenomen. Dit heeft er dan ook toe geleid, dat door een vertegenwoordiging van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst een hearing bij de betreffende Vaste Kamercommissie werd aangevraagd. Bij die gelegenheid is onzerzijds onder meer het volgende naar voren gebracht: „Juist het feit, dat naar ons inzicht tot nog toe nog geen objectieve maatstaven bekend zijn waaraan de behoefte aan bepaalde ziekenhuisvoorzieningen c.q. de uitbreiding van bestaande ziekenhuisvoorzieningen kunnen worden getoetst, heeft bij ons ernstige twijfel doen rijzen of de uitbreiding van de oorspronkelijke Wet Ziekenhuisbouw tot de huidige Wet Ziekenhuisvoorzieningen een daad van wijs beleid is te achten.

Daar komt bij dat de huidige versnelde ontwikkelingen op maatschappelijk en medisch-technisch gebied het extra moeilijk maken objectieve normen op te stellen voor een behoefte-bepaling op basis waarvan een vijfjarenplanning zou moeten geschieden, zowel met betrekking tot ziekenhuizen als van verschillende andere inrichtingen die onder de werkingssfeer van de wet vallen. Dat wij een hearing bij uw commissie hebben aangevraagd is vooral geweest om u van onze zorgen omtrent de hierboven geschetste problematiek deelgenoot te kunnen maken.

Uiteraard is de Maatschappij, in geval het huidige wetsontwerp tot wet wordt verheven, bereid en acht zij het ook noodzakelijk de bij haar aanwezige deskundigheid in te brengen op alle gebieden waar zulks bij de uitvoering van deze wet wordt vereist. Zij meent dat deze deskundigheid met name ingebracht kan worden door middel van een duidelijke vertegenwoordiging van de Maatschappij in het Centraal College voor de Ziekenhuisvoorzieningen.”

Het was verheugend te kunnen constateren, dat onze zorgen en twijfels bij de Vaste Kamercommissie niet zonder weerklink zijn gebleven. De Wet is inmiddels wel een feit geworden, maar niet dan nadat in het wetsontwerp enige niet onbelangrijke amendementen waren verwerkt. Deze gang van zaken geeft ons het vertrouwen, dat de door ons tevens gesignaleerde wenselijkheid van een duidelijke vertegenwoordiging van Maatschappij-zijde in het College ook zal worden gehonoreerd.

Contacten met de Ziekenhuisorganisaties

Geconstateerd kan worden, dat de contacten met deze organisaties de laatste jaren steeds frequenter zijn geworden. Dit is eensdeels ongetwijfeld te danken aan het feit dat de Nationale Ziekenhuisraad tot

* Zie hiervoor onder meer de inleidingen van de voorzitter, gepubliceerd in Medisch Contact 1970 - 20 en 1970 - 44.

stand is gekomen; daarnaast kan echter een toemende bereidheid tot samenwerking en overleg gesignaleerd worden. De beide voorzitters van de vroegere „zuilen”, de heren Bolkestein en De Vreeze, zijn ongetwijfeld in belangrijke mate „debet” aan deze zo belangrijke ontwikkeling, en hen past dan ook onzerzijds een speciaal woord van waardering. Het periodieke *informele voorzittersoverleg* tussen N.Z.R. en L.S.V. is immers in niet geringe mate dankzij hun respectievelijke inbreng tot een geslaagd instituut geworden.

In diverse *gezamenlijke studie-commissies* wordt op het ogenblik hard gewerkt, onder meer aan een gemeenschappelijk model-contract met daarop aansluitend stafreglement. Terwijl ook over punten, waarbij een gemeenschappelijke noemer moeilijker te vinden valt als bijvoorbeeld de praktijkoverdracht in positieve zin wordt gestudeerd.

Ook is het bijzonder verheugend, dat nu ieder moment het *Algemeen Scheidsgerecht voor het Nederlands Ziekenhuiswezen* voor het voetlicht zal treden. Het is in dit verband vrijwel overbodig te vermelden, maar zekerheidshalve geschiedt dit toch, dat de Maatschappij met dit instituut en haar reglement haar instemming heeft kunnen betuigen en daarin uit dien hoofde met 10 specialisten-leden zal participeren.

Met het *Nationaal Ziekenhuisinstituut* vindt op Maatschappij-niveau een uiterst plezierig driemaandelijks contact plaats. Van Maatschappijzijde nemen naast onze voorzitter en directeur, ook de voorzitter der L.A.D. en een delegatie van het Centraal College aan dit overleg deel. Dit instituut heeft zich onder de bezielende leiding van collega Burkens in heel korte tijd een belangrijke plaats in ons gezondheidsbestel verworven. Het spreekt vanzelf, dat veel van de studies die vanuit deze instelling worden ondernomen onze belangstelling verdienen. In dit verband mag dan ook niet onvermeld blijven, dat in het kader van het overleg met het N.Z.I. bij herhaling gebleken is, dat men ook van die zijde van mening is dat men in vele gevallen een „specialistische” inbreng niet zal kunnen ontberen en daartoe op de L.S.V. een beroep zal doen.

In dit kader mag niet onvermeld blijven, dat het Centraal Bestuur en het bestuur van het *Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven* overeengekomen zijn, dat voortaan op directie niveau een soortgelijk periodiek informatief contact als nu reeds met N.Z.R. en N.Z.I. bestaat, zal plaatsvinden. Eveneens een verheugende ontwikkeling omdat de praktijk ons bij herhaling geleerd heeft, dat de werkterreinen van C.O.Z. en L.S.V. diverse raakvlakken hebben, hetgeen op zijn minst een wederzijdse informatie gewoon tot een noodzaak maakt.

De *Stichting Medische Registratie* valt enigszins buiten dit kader, tenslotte gaat het hier om een instelling, die van begin af aan als een typische joint

venture is opgezet. Van de andere kant is dit instituut een goed voorbeeld van geslaagde samenwerking tussen de ziekenhuisorganisaties en de L.S.V. en last but not least de Geneeskundige Vereniging tot bevordering van het Ziekenhuiswezen (de organisatie der medisch directeuren). Daarom wordt hier dan ook vermeld dat deze gemeenschappelijke spruit groeit als kool, doordat zij zich in de belangstelling van een steeds toenemend aantal ziekenhuizen en derzelver medische staven mag verheugen. Dit legt echter wel de Stichting Medische Registratie en het Centraal Bestuur de verplichting op een stevige interesse aan de dag te leggen voor de vraag hoe die toenemende stroom van informatie op zo efficiënt mogelijke wijze aan de medische staven (c.q. de individuele specialisten) ten goede kan komen. Hier ligt in de ogen van het Centraal Bestuur een belangrijke problematiek, die door de Commissie Ziekenhuisstaven in de nabije toekomst bestudeerd zal moeten worden.

Ziekenfonds-aangelegenheden

In het verslag van mijn voorganger werd reeds aangekondigd, dat de zgn. *loongrens* en derzelver aanpassing weer eens in het geding was. Aangezien bij die gelegenheid ook vrij omstandig ingegaan is op de historie op dit punt kan hier volstaan worden met de vermelding, dat de Maatschappij — daarbij gesteund door de andere medewerkersorganisaties — zowel in de Ziekenfondsraad als bij het parlement haar ernstige bedenkingen tegen de voorgenomen optrekking heeft laten horen, maar daarbij — helaas — onvoldoende steun heeft gekregen.

Een absolute nederlaag is een en ander echter niet geworden, omdat: a. de ernstige bezwaren der medewerkersorganisaties er toe hebben geleid, dat deze verhoging als een incidentele zal worden beschouwd, hetgeen inhoudt, dat het zgn. dubbelcriterium in tegenstelling tot de bedoeling der initiatiefnemers als aanpassingsmechanisme zal blijven functioneren; b. althans in materiële zin aan de specialisten compensatie werd geboden, doordat op grond van deze extra-optrekking der loongrens de ziekenfondstarieven per 1-1-1971 extra werden verhoogd.

Met de Ziekenfondsorganisaties werd ook in het afgelopen jaar weer op zakelijke, maar daarom beslist niet onplezierige, wijze onderhandeld. In concreto valt over de resultaten van de *tariefsonderhandelingen* op te merken dat:

a) Op 1-1-1970 alle tarieven met 9,9% werden verhoogd. Dit percentage kon worden bereikt doordat de L.S.V. er in slaagde aannemelijk te maken, dat, behalve de gebruikelijke trendmatige verhoging op grond van de economische ontwikkeling in het afgelopen jaar en de prognoses te dezen voor het komende jaar, ook een extra-verhoging in de kostensfeer (met name ten aanzien van de post „rente geïnvesteerd vermogen”) op zijn plaats was.

b) De sinds 1-1-1968 overeengekomen percentage-regeling ten bate van een collectieve oudedagsvoorziening voor medische specialisten werd gecontinueerd. (Zoals bekend, gaat het hier om een geclausuleerde reservering, die naast de op grond van het Tarievenboek bij de Ziekenfondsen te declareren honoraria plaatsvindt bij de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten.)

c) Wederom een niet onbelangrijk aantal zgn. „technische aanpassingen” van het ziekenfondstarief plaats vond. In dit verband kunnen met name worden genoemd:

een herziening van de honorering der haemodialyse-behandeling;

een herziening van bestaande tariefonderdelen, welke voornamelijk op specifiek chirurgisch terrein liggen, alsmede een aanvulling met nieuwe nummers, waar dit op grond van de medische ontwikkelingen door de chirurgen geïndiceerd leek;

een zelfstandige herziening en aanvulling van voor de anaesthesist bestemde tariefonderdelen, terwijl daarnaast het voor de chirurgen bereikte uiteraard ook voor de anaesthesisten tot nieuwe casu quo gewijzigde honoraria heeft geleid;

een aanvulling op de lijst van diagnostische verichtingen, die niet alleen boven tarief IV, maar ook naast een verrichting genoemd in tarief III gedeclareerd kunnen worden (onder andere mediastinoscopie en leverbiopsie);

het opnemen van een speciaal voor cardiologen en internisten steeds belangrijker wordend onderzoek als de fietsergometrie als zelfstandige verrichting in tarief III;

een verhoging van de kostenvergoeding bij de röntgendiagnostiek met 15%.

Een punt van bespreking met de ziekenfondsorganisaties vormde verder de vraag (en vormt) in hoeverre ten aanzien van de door de Centraal Medisch Pharmaceutische Commissie uitgegeven „Regeling en Klapper” tot een contractuele regeling kan worden gekomen. Duidelijk werd daarbij, dat bij de ziekenfondsorganisaties niet de bedoeling voorzit om de arts te beknotten in het voor hem van wezenlijk belang zijnde beginsel van de vrijheid van receptuur, maar wel dat het in hun ogen mogelijk moet zijn om in het geval van een duidelijke miskenning van de aan de Regeling en Klapper ten grondslag liggende wetenschappelijke argumentatie, om dan een tussen Ziekenfondsen en medewerkers overeengekomen procedure in werking te laten treden.

Ook deze problematiek heeft aan het Centraal Bestuur, maar vooral ook aan het Hoofdbestuur, de nodige hoofdbrekens bezorgd, niet in het minst omdat met name de Ziekenfondsraad zich in het afgelopen jaar met deze problematiek veelvuldig heeft beziggehouden.

Een en ander heeft uiteindelijk het Hoofdbestuur doen besluiten, dat een contractuele regeling ten aanzien van de „Regeling en Klapper” op zich niet verwerpelijk hoeft te zijn, mits daarbij niet van een

„zich verbinden aan” dit document, maar eerder van een „zich richten naar” sprake zou zijn. Een standpunt, dat door het Centraal Bestuur gaarne wordt onderschreven en dat dan ook de leidraad bij de huidige besprekingen vormt.

De richtlijnen particuliere honoraria

Het vaak moeizame werk van wetenschappelijke verenigingen en Centraal Bestuur om voor de Nederlandse specialisten tot landelijke richtlijnen te komen is in het afgelopen jaar tot een afsluiting gekomen. Aan het begin van het jaar moest aan deze problematiek nog een extra-ledenvergadering worden gewijd, maar de daar genomen besluiten * hebben er toe geleid, dat — zeker in vergelijking met het vorige jaar — de rest van dit jaar een betrekkelijke rust op dit front heeft geheerst.

Hoe belangrijk het monnikenwerk van L.S.V. en wetenschappelijke verenigingen wel is geweest, bleek nog eens op 3 juni 1970. Op die datum werd nl. door de minister van Economische Zaken de „Prijzenbeschikking Medische hulp aan particulieren” afgekondigd. De minister meende hiertoe gemotiveerd te zijn, omdat er enerzijds een algemene prijzenstop bestond en hij anderzijds van mening was dat „het aan de specialisten mogelijk moest worden gemaakt in de particuliere praktijk de hieronder nader omschreven richtlijnen toe te passen”. Het werk van wetenschappelijke verenigingen en L.S.V. werd met andere woorden gelegaliseerd.

Deze intentie van de minister kwam duidelijk naar voren uit de contacten die later in het jaar met Economische Zaken plaatsvonden over een aanpassing van het algemene niveau der richtlijnen aan de algemene inkomensontwikkeling. Deze contacten hebben er, zoals bekend, in geresulteerd, dat aan het eind van het jaar een verhoging met 8% werd mogelijk gemaakt.

De Landelijke Beoordelingscommissie, tot wier instelling reeds in oktober 1969 in principe besloten was, werd dit jaar officieel geïnstalleerd. In dit college hebben zitting genomen de collegae: Dr. J. D. Bom, chirurg te 's-Gravenhage; A. C. Regensburg, zenuwarts te Rotterdam en Dr. P. J. A. van Voorst Vader, longarts te Eindhoven. Deze drie specialisten vormen de zgn. vaste kern der commissie, welke in voorkomende gevallen aangevuld kan worden met daartoe door de wetenschappelijke verenigingen aangewezen deskundigen. Het Centraal Bestuur is de genoemde drie collegae bijzonder erkentelijk, dat zij het op hen gedane beroep zo spontaan hebben willen honoreren. De taak van dit college ligt vooral in de bemiddelende sfeer en is daarom zeker niet gemakkelijker dan die van de districtsraad. Het Centraal Bestuur hoopt, dat dit door ons zelf gecre-

* Zie Medisch Contact 1970 - 8, pagina 170 en 1970 - 9, pagina 202 en pagina 218.

eerd orgaan een in aller ogen (zowel die der patiënt en ziektekostenverzekeraar als die der specialisten) nuttige functie zal blijken te vervullen.

De oudedagsvoorziening

De *Raamwet*, de kaderwet op grond waarvan een collectieve oudedagsvoorziening voor de specialisten (als groepering van zelfstandigen) wettelijk mogelijk moet worden, berust op het ogenblik bij een bijzondere, speciaal daartoe ingestelde, Kamercommissie. Deze commissie heeft in maart van het vorig jaar een voorlopig verslag het licht doen zien, waarin in het algemeen tot uiting werd gebracht, dat het uiteindelijke resultaat van wat met het wetsontwerp wordt beoogd, in hoge mate afhankelijk zal zijn van het fiscale regiem. In dit verband werd door de Kamercommissie ook naar de over dit onderwerp door de S.E.R. reeds gemaakte kanttekeningen verwezen. Het is enerzijds verheugend, dat het belang van een adequate „fiscale begeleiding” (zonder dewelke in de ogen van de Kamercommissie de *Raamwet* wel eens „een lege huls” zou kunnen blijven) van zo'n gezaghebbende zijde werd onderkend en onderstreept is, maar anderzijds hier moet direct aan worden toegevoegd dat toen later in het jaar de *Memorie van Antwoord* van de minister verscheen het antwoord op dit punt rondweg teleurstellend was. De leden van onze vereniging kunnen er zich echter van verzekerd achten, dat van de zijde van het Centraal Bestuur en het bestuur der Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten bij herhaling ter bestemde plaats op het aambeeld van een adequate fiscale begeleiding van het wetsontwerp is en bij voortduring zal worden, gehamerd. Door het hierboven gememoreerde voorlopig verslag* is ons in ieder geval een stevig hart onder de riem gestoken.

In het werk van de *Commissie Oudedagsvoorziening Specialisten* (de C.O.S.) kon weer een fase worden afgesloten doordat in de ledenvergadering van 25 april een concept-statutenwijziging der P.M.S. en een concept-pensioenreglement konden worden behandeld. De discussie die over deze concepten plaats vond, maakte duidelijk dat het werk van de C.O.S. — zoals het Centraal Bestuur dat trouwens ook van die commissie gewend is — grondig en doordacht was geweest. Het is nu immers zonder meer mogelijk om, althans ten aanzien van de coming-service, een definitief reglement ter tafel te leggen.

Aangezien naar verwachting de ontbrekende stukken uit de legpuzzel, te weten de backservice en de bestemming van de gereserveerde ziekenfondsgelden, in de voorjaarsvergadering van 1971 aan de orde zullen komen, is daarmee de achterstand die wij op onze zusterorganisatie, de Landelijke Huisartsen Vereniging, in dit opzicht hadden bijna ingelopen. Dit betekent, dat wij zeer binnen-

kort tezamen met de huisartsen tegenover regering en parlement kunnen stellen, dat onze beroepspensioenregelingen klaar liggen en slechts op de inwerkingtreding van de wet op de verplichte deelneming in een beroepspensioenregeling (zoals de *Raamwet* officieel heet)* wachten om te worden geëffectueerd.

Een zaak die zowel het Centraal Bestuur als de C.O.S. zorgen baart, is de vraag hoe de specialisten op optimale wijze over de bedoeling en uitwerking van een eventuele beroepspensioenregeling kunnen worden ingelicht. Weliswaar is in het verleden middels brieven aan de leden, publikaties in *Medisch Contact* en de brochure „Op weg naar een oudedagsvoorziening voor specialisten” getracht zoveel mogelijk informatie te geven, maar het blijft voor onze beide colleges zeer de vraag of daarmee deze complexe materie op voldoende duidelijke wijze voor het voetlicht is gebracht.

Aangezien het Centraal Bestuur van mening is dat over een eventuele beroepspensioenregeling, juist ook gezien haar wettelijk verplichte karakter, eigenlijk geen onduidelijkheid mag bestaan, is aan dit vraagstuk in het afgelopen jaar veel aandacht besteed. Allereerst is door de C.O.S. nog eens getracht voor de afgevaardigden zo'n voorlichtend document te leveren. Aangezien echter bij de discussie in de ledenvergadering bleek, dat ook dit stuk nog niet aan de gestelde verwachtingen voldeed, is mede na daaromtrent ingewonnen deskundig advies op het ogenblik onder meer aan een ervaren en terzake kundig journalist opdracht gegeven een nieuwe brochure op te stellen.

Aan dit voorlichtend document wordt op het ogenblik in nauwe samenwerking met de C.O.S. gewerkt en het ligt in de bedoeling, dat wanneer door de ledenvergadering ook ten aanzien van de hierboven gememoreerde resterende punten uit de pensioenregeling principe-besluiten zijn genomen tot een afronding van dit werk te komen. Het Centraal Bestuur heeft daarmee goede hoop gekregen, dat in dit najaar een nieuwe en up to date brochure aan de specialisten ter hand zal kunnen worden gesteld.

Ook voor 1970 werd de als overgangsregeling ten behoeve van weduwen en wezen via de L.S.V. getroffen *risico-regeling* krachtens besluit van de ledenvergadering gecontinueerd. De voor dit doel bestemde extra-contributie was vastgesteld op f 455,—, waardoor aan weduwen en wezen van in 1969 overleden specialisten** uitkeringen konden worden gedaan, die navenant hoger lagen dan de op grond van de in 1969 geldende extra-contributie gedane uitkeringen. Eind 1970 ontvingen 47 weduwen en 70 wezen uitkeringen krachtens deze overgangsregeling. De aard van de regeling (standaardpremie, maar ieder betaalt ter dekking van *zijn* risico, waardoor de uitkeringen afhankelijk zijn van

* Uiteraard met adequate fiscale begeleiding (zie hierboven).

** Uiteraard slechts voorzover het deelnemers aan deze regeling betrof.

* Zie *Medisch Contact* 1970 - 14, pagina 323 e.v.

de leeftijd bij overlijden) leidt er toe, dat over het algemeen slechts bescheiden pensioenbedragen tot uitkering komen. Hoewel dit in het algemeen zo moge zijn, blijken zij niettemin in de praktijk vaak een essentiële aanvulling van de anderszins door de overleden specialist getroffen voorzieningen te vormen.

De uitvoering van deze regeling is zoals bekend ondergebracht bij *het Pensioenfonds Medische Specialisten*. Ook in 1970 slaagde dit fonds er mede door een zorgvuldig beheer in om de in 1968 en 1969 ingegane pensioenen te verhogen, waardoor voor de betreffende weduwen en wezen althans een inflatie-bescherming over deze uitkeringen te bieden was. Het Centraal Bestuur wil er ten overvloede nog eens aan herinneren, dat het hier weliswaar om reglementair verplichte verhogingen gaat, maar het ziet toch in dergelijke aanpassingen een illustratie van de mogelijkheden die ons Pensioenfonds met name ook straks bij de uitvoering van de collectieve oudedagsvoorziening in zich bergt.

Op deze plaats werden de laatste jaren nog verdere mededelingen over het Pensioenfonds gedaan, zoals ten aanzien van het beheer en administratie van de gelden, die sinds 1 januari 1968 door de ziekenfondsen aan het Fonds werden overgemaakt. Aangezien echter ons Pensioenfonds inmiddels tot de publikatie in *Medische Contact* van eigen jaarverslagen ** is overgegaan en bovendien reeds twee jaarafrekeningen de specialisten hebben bereikt, kan nu volstaan worden met het uitspreken van een bijzonder vertrouwen onzerzijds in het beleid zoals dat door het Stichtingsbestuur, te weten de collegae Gründemann, Van Giffen en Swijgman, de laatste jaren is gevoerd.

Onderwijsaangelegenheden

Van oudsher heeft de medische specialist een actieve rol gespeeld bij de *opleiding van leerling-verplegenden*. Hij deed dit over het algemeen met enthousiasme. De laatste jaren zijn hier echter niet onaanzienlijke problemen gerezen en het is onmiskenbaar, dat de huidige situatie tot een groeiend gevoel van onbehagen bij de medische staven aanleiding geeft. Dit kwam onder meer naar voren in een brief, die de medische staf van het Bronovo-ziekenhuis over deze problematiek aan het Centraal bestuur richtte. Op verzoek van deze staf heeft het Centraal Bestuur dit schrijven, voorzien van enige kanttekeningen zijnerzijds daarop aan alle staven doorgezonden. De reacties, die daarop alom uit den lande inmiddels zijn binnengekomen (en nog binnenkomen) hebben het Centraal Bestuur in zijn voornemen gesterkt om in de nabije toekomst nog eens uitge-

breider op deze materie in te gaan, bijvoorbeeld in de vorm van een studie-dag.

Een nevenprobleem bij dit alles is ongetwijfeld, dat de animo van de specialist niet versterkt wordt door de vergoeding die vele ziekenhuizen op grond van het advies der N.Z.R. voor de lessen aan verplegenden aan de medische specialisten menen te moeten geven. Het Centraal Bestuur blijft van mening, dat het te dezen van ziekenhuiszijde uitgegeven advies op een volslagen verkeerde basis berust en het zal niet nalaten om dit bij herhaling ter bestemder plaatse te berde te brengen.

Het Centraal Bestuur heeft met veel interesse de gang van zaken rondom de zgn. *affiliatie* gevolgd en het was middels onder meer de persoon van de voorzitter in de zgn. Affiliatie Adviescommissie ook actief bij de meningsvorming betrokken. Het Centraal Bestuur heeft ook daarom ook met enige voldoening van het rapport van deze commissie kennis genomen, omdat het zich duidelijk beperkt heeft tot het aangeven van een raam, waarbinnen zich deze voor Nederland nieuwe vorm van samenwerking tussen academische en niet-academische ziekenhuizen enerzijds en faculteiten en medische staven van de algemene ziekenhuizen anderzijds kan aanpassen aan locale wensen en mogelijkheden.

Hiermede wordt de affiliatie een reële kans van slagen geboden, hetgeen in onze ogen ook daarom zo belangrijk is, omdat door de affiliatie bijvoorbeeld een integratie tussen academische en niet-universitaire centra ten aanzien van speurwerk en regionalisatie-projectie kan worden bevorderd. Dit laatste is vooral ook van belang, omdat de positie van de academische ziekenhuizen in het kader van de nieuwe Wet Ziekenhuisvoorzieningen allermint duidelijk is, terwijl zij toch een evidente (maar daarom nog geen overheersende) rol bij vele vormen van regionalisatie zullen moeten spelen.

Diversen

Onder dit motto wordt hieronder bij wijze van afsluiting een kleine greep gedaan uit de veelheid van onderwerpen, die verder in de verslagperiode de aandacht van het Centraal Bestuur hebben gehad.

Een eventuele *afsplitsing der polikliniekkosten* uit de ziekenfondshonorering van ziekenhuisspecialisten houdt nog steeds het Centraal Bestuur bezig. Een nadere evaluatie van de in augustus 1969 gehouden enquête had geleerd, dat de variatie in de vigerende vergoedingsregelingen enerzijds en hetgeen daarvoor van ziekenhuiszijde geboden wordt anderzijds, zo groot is, dat een nadere vraagstelling nu aan de wetenschappelijke verenigingen geïndiceerd was. Ook deze peiling leverde als voornaamste conclusie een bevestiging van deze spreiding op. Het Centraal Bestuur heeft daarom aan de ledenvergadering in oktober het voorstel gedaan om met de ziekenhuizen en ziekenfondsen ten aanzien van één specialisme eens een eerste verkenning te doen van wat eventueel tot de mogelijkheden zou

* Zie *Medisch Contact* 1970-48, pagina 1308 en 1310, terwijl bovendien nog eens herinnerd moge worden aan de officiële rubriek van M.C., waarin regelmatig mededelingen en verslagen van de P.M.S. zijn opgenomen.

behoren. De ledenvergadering kon zich met deze gedachte verenigen en als gevolg daarvan hebben deze besprekingen inmiddels een aanvang genomen, waarbij conform de suggestie van het Centraal Bestuur het gesprek zich voorlopig beperkt tot het specialisme chirurgie.

Met ingang van 1 januari 1970 is een nieuwe loot aan de stam der Bedrijfspensioenfondsenwet ontsproten, te weten het *Pensioenfonds voor de Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke Belangen* (P.G.G.M.) Aangezien hier en daar in den lande de vraag gerezen was of dit Pensioenfonds ook een taak en functie heeft voor de in algemene ziekenhuizen werkzame specialisten, heeft eerst de voorzitter in zijn inleiding* op de ledenvergadering van 25 april op deze vraag een antwoord gegeven en heeft vervolgens een gesprek met een delegatie van het bestuur der P.G.G.M. plaats gevonden. Daarbij kwam duidelijk naar voren, dat slechts die specialisten aan dit pensioenfonds kunnen deelnemen, die met een bij het fonds aangesloten ziekenhuis een arbeidsovereenkomst volgens burgerlijk recht hebben.

De Europese Unie van Specialisten (U.E.M.S.) Het Hoofdbestuur der U.E.M.S. kwam in 1970 tweemaal bijeen, te weten in Parijs op 24 en 25 april en in Brugge op 23 en 24 oktober. Duidelijk werd op deze vergaderingen, dat een nieuwe fase in het bestaan van deze vereniging is ingeluid, nu de E.E.G.-richtlijnen voor de vrije circulatie van artsen vrijwel vaste vorm hebben gekregen.

Het standpunt van het Centraal Bestuur blijft, dat men zich van nu af aan op een nauwere coördinatie en op den duur zelfs harmonisatie van de verschillende opleidingen zou moeten concentreren, maar met name de Belgen bleken hier andere gedachten over te hebben. Dit laatste resulteerde onder meer in een niet aflatende stroom van enquête-formulieren over de meest uiteenlopende onderwerpen naar de verschillende mono-specialistische comité's. Het Centraal Bestuur heeft echter goede hoop, dat in de eerstvolgende vergadering van het bestuur der U.E.M.S. een meerderheid voor het Nederlandse standpunt zal kunnen worden gevonden, waarmee de taak van de U.E.M.S. weer tot haar juiste proporties zal zijn teruggebracht.

De L.S.V. werd in de U.E.M.S. vertegenwoordigd door: Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen, cardioloog te Utrecht, H. van Giffen, longarts te Zwolle, Dr. L. P. H. J. de Vink, gynaecoloog te Amsterdam en Mr. A. C. Kraayenbrink.

Van de zijde van het *Hoofdbestuur* bereikten ons ook dit jaar weer diverse *adviesaanvragen*. In dit verband kunnen onder meer worden genoemd: de ontwerp-wet Ziekenhuisvoorzieningen, de instelling van een Bureau Buitenland der Maatschappij, het Rapport Huisarts in Universitair Dienstverband en het Rapport van de Commissie Ziekenfondspraktijk Academische Functionarissen.

Het ledenregister

Het aantal leden der L.S.V. was op 31 december 1970: 3.702, terwijl dit ultimo 1969 3.645 bedroeg. Deze geringe toeneming wordt veroorzaakt door het feit, dat een reeds lang bestaande administratieve achterstand dit jaar werd recht getrokken. In feite konden 206 nieuwe leden worden ingeschreven (vorig jaar 168), terwijl in de verslagperiode een werkelijk ledenverlies van 99 specialisten optrad.

Het Centraal Bestuur

Aan het eind der verslagperiode was het Centraal Bestuur als volgt samengesteld:

Dr. R. M. Versteegh, k.n.o.-arts, Utrecht, voorzitter.

Dr. C. H. J. Stockmann, chirurg, Rotterdam, onder-voorzitter.

Dr. J. P. M. Lelkens, anesthesist, Spekholzerheide, secretaris.

G. Groenewoud, internist, 's-Gravenhage, penningmeester.

Dr. S. J. Detmar, orthopeed, Leeuwarden.

Dr. H. F. W. Dubois, oogarts, Apeldoorn.

Dr. C. H. van Erk, anesthesist, Bussum.

J. Th. Groenewegen, dermatoloog, Heerlen.

A. M. Gründemann, chirurg, Amsterdam.

Dr. L. H. Th. S. Kortbeek, zenuwarts, Eindhoven.

J. C. Mann, radioloog, Arnhem.

Prof. Dr. F. L. Meijler, cardioloog, Utrecht.

S. Sluis, chirurg, Arnhem.

W. Wesseldijk, dermatoloog, IJmuiden.

Dr. D. Wolvius, internist, Utrecht.

In de ledenvergadering van 25 april werden de collegae Gründemann en Mann, die volgens rooster aan de beurt van aftreden waren maar zich herkiesbaar hadden gesteld, in hun bestuursfunctie gecontinueerd. Tevens werd in deze vergadering voorzien in de vacatures, ontstaan door het overlijden van collega Levy van Vinninghe en het tussentijds aftreden van collegae Dr. J. Th. Planten en Prof. Dr. J. ten Doesschate. In deze vacatures werd ter vergadering voorzien door de benoeming van respectievelijk Dr. D. Wolvius, internist te Utrecht, Dr. S. J. Detmar, orthopedisch chirurg te Leeuwarden en Prof. Dr. F. L. Meijler, cardioloog te Utrecht.

Aangezien in het vorig verslag reeds passende woorden aan het overlijden van collega Levy van Vinninghe zijn gewijd, rust op mij nu de aangename plicht de dank van het Centraal Bestuur tegenover de beide afgetreden bestuursleden te vertolken. Het Centraal Bestuur denkt daarbij met name aan collega Planten. Deze heeft op de hem eigen wijze, zowel als gewoon lid als in de hoedanigheid van ondervoorzitter, steeds een bijzonder inspirerende bijdrage in het werk van het Centraal Bestuur gegeven. Het Centraal Bestuur heeft hem dan ook slechts zeer node de stem van zijn geweten laten volgen.

In de ledenvergadering van 24 oktober werd collega Versteegh, k.n.o.-arts te Utrecht definitief ver-

* Zie Medisch Contact 1970 - 20, pagina 521 en 522.

kozen tot voorzitter der vereniging. Collega Van Mansvelt, die vanaf 1968 met zoveel élan de voorzittershamer had gehanteerd, had nl. inmiddels een functie als medisch directeur van zijn ziekenhuis aanvaard en was daardoor niet meer ter beschikking. Het spreekt vanzelf, dat het Centraal Bestuur het vertrek van deze dynamische voorzitter als een groot verlies heeft ervaren. Onder zijn leiding zijn vele projecten in gang gezet, waarvan zijn opvolger nu de vruchten zal kunnen plukken.

Het Centraal Bestuur kwam in de verslagperiode 13 maal bijeen. Daarnaast werd ter voorbereiding van de ledenvergadering 3 maal met de districtsvoorzitters en 2 maal met vertegenwoordigers der wetenschappelijke verenigingen vergaderd.

Aan de vergaderingen van het Centraal Bestuur nam ook weer het gebruikelijke college adviseurs deel, dat dit jaar bestond uit:

Dr. F. H. J. Kortenhorst, Delft en Dr. A. E. Leufink, Hoog-Keppel (plaatsvervanger) namens het hoofdbestuur.

J. J. R. Buirma, Apeldoorn en K. Visser, Assen (plaatsvervanger) namens de L.A.D.

J. P. M. Trouw, Den Helder en J. Helfrich, Oldehove (plaatsvervanger) namens de L.H.V.

Dr. L. P. H. J. de Vink, Amsterdam namens de Specialisten Registratie Commissie.

In het hoofdbestuur der Maatschappij werd het Centraal Bestuur vertegenwoordigd door de collegae Van Mansvelt en Versteegh, terwijl schrijver dezes als plaatsvervangend vertegenwoordiger der L.S.V. in het hoofdbestuur fungeerde. Collega Van Mansvelt maakte in zijn hoedanigheid van voorzitter der L.S.V. bovendien deel uit van het Dagelijks Bestuur der Maatschappij.

Als adviserend lid van het Centraal Bestuur der L.A.D. trad namens de L.S.V. collega Mann op; de plaats van adviserend lid van het Centraal Bestuur der L.H.V. werd ingenomen door collega Wesseldijk.

Over de problemen, die in de Ziekenfondsraad en in de Centrale Raad voor de Volksgezondheid aan de orde waren, werd het Centraal Bestuur steeds nauwgezet geïnformeerd door respectievelijk de collegae Hunfeld en Groenewoud, die de functie van lid van het Centraal Bestuur met die van lid van een dezer colleges combineerden.

Het Dagelijks Specialisten Bestuur

In dit college hadden ultimo 1970 zitting:

Dr. R. M. Versteegh, voorzitter.

Dr. C. H. J. Stockmann, onder-voorzitter.

Dr. J. P. M. Lelkens, secretaris.

G. Groenewoud, penningmeester.

Dr. H. F. W. Dubois.

A. M. Gründemann.

Het Dagelijks Specialisten Bestuur kwam dit jaar 20 maal bijeen, waarbij tweemaal een delegatie van het bestuur van de Kontaktcommissie der Landelij-

ke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars (de K.L.O.Z.) ontvangen werd.

De ledenvergaderingen

In 1970 vonden 3 ledenvergaderingen plaats en wel op 7 februari, 25 april en 24 oktober. Plaats van samenkomst was steeds Utrecht. Voor de op deze vergaderingen behandelde onderwerpen moge naar het meer beschrijvende gedeelte van dit verslag, alsmede naar de daaromtrent in Medisch Contact gepubliceerde verslagen worden verwezen.

Vaste Commissies

De Onderhandelingscommissie. In deze het ziekenfondstarief „bewakende” commissie hadden zitting: Dr. H. F. W. Dubois (als voorzitter); Dr. C. H. van Erk; J. C. Mann; S. Sluis en Mr. A. C. Kraayenbrink; Mr. H. J. Overbeek fungeerde als secretaris. Van Drs. J. IJlst, economisch medewerker van ons bureau, heeft de commissie veel deskundige steun ondervonden.

Met de ziekenfondsorganisaties werd ditmaal „slechts” 5 maal vergaderd. Daarnaast kwamen de leden van de Onderhandelingscommissie echter geregeld voor onderling overleg bijeen en hadden diverse vergaderingen met beroepsbelangencommissies van wetenschappelijke verenigingen plaats. In voorkomende gevallen werd bovendien aan leden desgevraagd advies verstrekt over toepassing van het ziekenfondstarief.

De Permanente Tarievencommissie. Dit is een voornamelijk uit medici bestaande sub-commissie van de Onderhandelingscommissie Ziekenfondsen/L.S.V., die onder leiding staat van collega J. Fokkema, oud-medisch adviseur van de Ziekenfondsraad. Voor de L.S.V. hadden in de verslagperiode in deze commissie zitting: Dr. H. F. W. Dubois, J. C. Mann en Mr. H. J. Overbeek. Al naar gelang de aan de orde komende onderwerpen wordt deze delegatie ad hoc bijgestaan door een of meer deskundigen (i.c. leden van de beroepsbelangencommissie van de wetenschappelijke vereniging van het betrokken specialisme).

Het werk van de commissie komt uit verschillende bronnen. De grote projecten zijn de herzienings- en aanpassingsvoorstellen van de L.S.V., die door van de Onderhandelingscommissie Ziekenfondsen/L.S.V. voor beoordeling op hun technische merites aan de Permanente Tarieven Commissie worden voorgelegd. Daarnaast worden incidentele verlangens, die voortkomen uit het werk van de Technische Subcommissie (zie hieronder) en die bestaan bij diverse specialismen of bij de medisch adviseurs van de ziekenfondsen, behandeld.

De Commissie ex Artikel 5. Deze commissie, die is ingesteld op grond van art. 5 van de inleidende bepalingen van het „Tarievenboek voor de honorer- ing van specialistische hulp door ziekenfondsen”, behandelt gerezen moeilijkheden en vraagpunten

ten aanzien van de toepassing van de verschillende ziekenfondstarieven. In de commissie, die eveneens onder voorzitterschap van collega Fokkema staat, hebben zitting leden van de Onderhandelingscommissie Ziekenfondsen/L.S.V. Voor de L.S.V. waren dat dit jaar: Dr. H. F. W. Dubois, S. Sluis, J. H. Lichtenbelt en Mr. A. C. Kraayenbrink.

De Technische Subcommissie. Zoals de naam reeds aangeeft, is dit weer een vrijwel alleen uit medici bestaande subcommissie van de Commissie ex art. 5. In deze commissie wordt de L.S.V. vertegenwoordigd door Dr. H. Heyster, gynaecoloog; J. H. Lichtenbelt, chirurg; Dr. W. Algie, chirurg en Mr. H. J. Overbeek; allen woonachtig te Utrecht. Een speciaal woord van dank jegens deze drie collegae, die dit werk met zoveel animo en deskundigheid doen, mag op deze plaats niet ontbreken. Dit geldt wel zeer in het speciaal voor collegae Heyster en Lichtenbelt, zonder wie deze commissie langzamerhand welhaast niet meer denkbaar zou zijn.

De Commissie Oudedagsvoorziening Specialisten (C.O.S.). Het werk van deze commissie behoeft nauwelijks introductie meer. Bovendien is in het voorgaande onder het hoofd „Oudedagsvoorziening” hierover reeds het een en ander vermeld. In de C.O.S. hadden ultimo 1970 zitting: A. M. Gründemann, chirurg, Amsterdam, voorzitter; J. Th. Groenewegen, dermatoloog, Heerlen; C. J. van der Kamp, anaesthesist, Vlaardingen; J. Ph. Staal, k.n.o.-arts, Arnhem; Dr. P. J. A. van Voorst Vader, longarts, Eindhoven; Drs. P. Brandes, secretaris-econoom der Maatschappij, Utrecht; Drs. H. H. J. Bunschoten, actuaris-deskundige, Amstelveen; Mr. P. Clausing, wetenschappelijk medewerker van het juridisch instituut der G.U. te Amsterdam; Drs. S. Duursma, directeur O. L. M. A., Utrecht; Dr. C. H. van Erk, namens de Onderhandelingscommissie L.S.V., Bussum; J. Helfrich, namens het Centraal Bestuur der L.H.V., Oldehove; Mr. H. J. Overbeek, medewerker van het bureau der L.S.V., secretaris.

De Commissie Ziekenhuisstaven. Zoals vermeld kreeg deze commissie een iets gewijzigde samenstelling en daarmee ook een aangepaste taakopdracht. In de commissie hebben momenteel zitting: H. van Giffen, longarts, Zwolle, voorzitter; J. H. Begeer, assistent-geneeskundige, Groningen; Dr. J. C. J. Burkens, internist, Arnhem; Dr. S. J. Detmar, orthopedisch chirurg, Leeuwarden; Dr. J. M. Greep, chirurg, Amsterdam; Dr. J. Th. Grond, chirurg, Deventer; P. A. de Groot, directeur Nationaal Ziekenhuisinstituut, 's-Gravenhage; Dr. J. G. de Jong, bacterioloog, Rotterdam; Dr. E. J. van Kampen, klinisch

chemicus, Groningen; Dr. L. H. Th. S. Kortbeek, zenuwarts, Eindhoven; M. F. Korver, internist, Mepel; Dr. F. C. Kuipers, patholoog-anatoom, Enschede; Dr. J. B. Lips, internist, 's-Hertogenbosch; Dr. D. van de Most van Spijk, zenuwarts, Utrecht; Mr. H. J. Overbeek, medewerker bureau L.S.V. secretaris.

Namens het Centraal Bestuur moge hier nog eens een speciaal dankwoord worden gericht tot de collegae Pompen, Rethmeier en Urlings, die zich gedurende vele jaren voor de bevordering van het stafwerk hebben ingezet, maar die, mede gezien de nieuwe conceptie der commissie, meenden dat een gunstig moment voor een afwisseling van de wacht was bereikt.

Het Bureau

In de samenstelling van het bureau is in het afgelopen jaar in beginsel geen wijziging gekomen. Zij het dat wij op administratief niveau door voortdurende personeelsswisselingen wel met enige moeilijkheden te kampen hebben gehad. Mede in verband hiermee is het mij een behoefte om tegenover onze vertrouwde secretaresse mej. G. Enzerink en haar steun en toeverlaat mej. M. van den Berg, namens het Centraal Bestuur bijzondere dank te brengen voor de souplesse waarmee zij dit inconvenient hebben weten op te vangen waardoor werd voorkomen dat het werk van het Centraal Bestuur in feite van deze problemen nadelige gevolgen ondervond. Daardoor kon immers worden bereikt dat het Centraal Bestuur in feite van deze problemen geen weerslag heeft ondervonden.

De directeur van het bureau, Mr. A. C. Kraayenbrink, werd, evenals het vorig jaar, weer bijgestaan door een economisch- en een juridisch stafmedewerker, in casu de heren Drs. J. IJlst en Mr. H. J. Overbeek.

Slotopmerking

Hoewel de omvang van dit verslag de lezer wellicht het tegendeel zou doen vermoeden, is bepaald niet naar volledigheid gestreefd. Dit geldt zowel ten aanzien van de onderwerpen als de daarover weergegeven meningen, in dubbel opzicht is met een greep volstaan. Aan zo'n selectie kleeft gauw de smet van willekeur van een toevallige secretaris en ik kan daarom slechts hopen, dat met het bovenstaande wordt geïllustreerd dat de L.S.V. enerzijds een bestendige gedragslijn heeft, maar anderzijds haar activiteiten ook op de actualiteit afstemt.

Namens het Centraal Bestuur der
Landelijke Specialisten Vereniging,
Dr. J. P. M. Leikens, secretaris

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

GEEN ARTSEN-REDDINGSP LICHT! BIJ RHESUS-BABIES!

Natuurlijk versta ik — als arts, als mens, als jurist — het wanhopige gevoel van machteloosheid, als men wordt geconfronteerd met het rhesus-baby-drama bij een wisseltransfusie op geloofs- en gewetensgronden weigerend Jehova's getuigen-echtpaar, (zie Medisch Contact nr. 7 van 19 februari 1971, bladzijde 197-198). Zo hebben eeuwenlang artsen zich gevoeld als bij verzuimde dwarsligging een Rooms-katholiek echtpaar op geloofs- en gewetensgronden embryotomie weigerde. Dat drama was zo mogelijk nog ernstiger, omdat als gevolg van die weigering moeder en kind te gronde gingen. Tegenover dat drama zou men thans nog machtelozer staan, omdat het Nederlandse recht geen enkele operatieduldingsverplichting kent. Zelfs geen verplichte bloedmonsterneming of vaccinatie!

Ook kan ik er wel inkomen, dat artsen en juristen, oppervlakkig — d.w.z. niet doordringend tot de kern — bezien „kinderredding” zwaarderwegend achten dan „beroepsgeheim-handhaving”. En dan voor de arts een „conflict van rechtsplechten” (collisio officiorum) construeren .. dat niet bestaat! Heel simpel, omdat „kinderredding” voor de arts van een Jehova's getuigen-echtpaar (die wisseltransfusie weigert) helemaal geen rechtsplecht is. Net zo min als vroeger bij verzuimde dwarsligging moederredding (door embryotomie) „rechtsplecht” was. Die moeder had het recht die ingreep te weigeren. Pa en Ma Jehova's getuigen hebben het recht die wisseltransfusie te weigeren. Natuurlijk treed ik niet in de gronden voor die weigering omdat religieuze gronden nooit rationele, maar irrationele gronden zijn. Wie tot de kern daarvan wil doordringen leze „Das Heilige” (Über das Irrationale in der Idee des Göttlichen und sein Verhältnis zum Rationalen.)

Waar ik niet kan inkomen is, dat de arts zijn taak en plaats als dienstverlener krachtens overeenkomst zo volledig kan miskennen, dat hij niet alleen het recht, maar zelfs de plicht meent te hebben officier van justitie en kinderrecht te verzoeken in te grijpen en meest letterlijk met de sterke

arm de baby uit de armen van de verworfelde moeder los te scheuren! Een dergelijk machtsmisbruik acht ik dermate ernstig het vertrouwen in arts en artsenstand ondermijnend, dat daarbij de beroepsgeheimschending in het niet valt. In het midden gelaten zij of bij nader inzien officier van justitie en kinderrecht, respectievelijk de Nederlandse wetgever, de gevraagde ernstige inbreuk op de conscientievrijheid zullen sanctioneren of zelfs maar tolereren. Respectievelijk welke rechtsmiddelen ter beschikking van het echtpaar zullen blijken te staan om de executie van de kinderontelgeningsbeschikking op te schorten, respectievelijk te voorkomen.

Uiteraard zouden — eenmaal op hun hoede — Jehova's getuigen-echtparen voortaan bloedmonsterneming voor rhesus-antagonisme-onderzoek, ziekenhuisopname voor bevalling, enz. weigeren en aan vroedvrouwenhulp boven artsenhulp de voorkeur geven; om te zwijgen over „onderduik-mogelijkheden”, Jehova's-getuigen-artsen en Jehova's getuigen vroedvrouwen. De gewezen weg is voor de gewetensvolle arts onbegaanbaar; hij loopt trouwens onherroepelijk dood. Erger: de vertrouwensondermijnende invloed, die van de suggestie alleen al uitgaat zal zwaarder blijken te wegen dan een paar kinderlevens per jaar.

Men geve zich trouwens eens reenschap van enkele verwickelingen en perspectieven, die ik zou willen noemen. Daar is om te beginnen de vraag waar de grens van de „ingrijpingsbevoegdheid” van de justitie zou moeten liggen? Wel beschouwd — ik verplaats mij nu in de gedachtenwereld van de voorstanders — zou die ingrijpingsbevoegdheid toch in elk geval beperkt moeten blijven tot die gevallen van wat ik maar met de oude term „icterus neonatorum” wil aanduiden, waarin bij nalaten van wisseltransfusie dodelijke afloop en van wisseltransfusie redding met aan zekerheid grenzende mate van waarschijnlijkheid is te verwachten. Aangezien er tussen de specifieke deskundigen op dit gebied (wie zijn dat?) verschil van mening over die beide „waarschijnlijkheden” zal blijken te bestaan, zal men niet aan de inschakeling van een „wisseltransfusie-indicatie- en -contraindicatieteam” ontkomen. En als men eenstemmigheid zou eisen de Amerikaanse jury-misère op zijn hals halen. Om over de mogelijkheid van hoger beroep tegen 's rechters beslissing te zwijgen.

De abortusindicatiemisère er nu maar buiten latend, wil ik toch niet verzuimen te stipuleren, dat men: a. de „transfusie-arts” niet met de be-

slissing mag belasten; b. de „transfusie-arts” niet het recht mag ontzeggen de ingreep te weigeren.

Ik weet niet hoe hoog het sterftecijfer is bij de wisselbloedtransfusie bij rhesus-babies, maar ik twijfel er geen ogenblik aan dat Jehova's getuigen-ouders het overlijden van het kind na wisseltransfusie zullen wijten aan het goddeloze overheidsingrijpen, respectievelijk aan de transfusie-arts. Wie wil weten waarheen deze onheilzame weg tot overheidsingrijpen bij babylevensgevaar leidt, bestudere eens het vraagstuk van de spina-bifida-sluiting bij myelomeningocele. Speciaal de gevallen, waarin vaststaat, dat sluiting — ofschoon levensreddend — de bestaande verlamming van de onderste ledematen niet kan wegnemen (rolstoellevens), noch incontinentia alvi et urinae. Wil men soms ook tot levensredding, gepaard gaande met levenslange waterhoofd-drainage, dwingen? Wie nog niet kopschuw is herleze Van den Berg's aangrijpende schildering van wat het „leven” van de aldus „geredden” voor „zin” heeft.

Misschien zal er iemand komen aandragen met het bekende aan „overtreding betreffende hulpbehoevenden” gewijde art. 450 Wetboek van Strafrecht, luidende: „Hij die getuige is van het ogenblikkelijk levensgevaar waarin een ander verkeert, nalat dat deen die hulp te verlenen of te verschaffen, die hij hem zonder gevaar voor zich zelve of anderen redelijkerwijs te kunnen duchten, verlenen of verschaffen kan, wordt indien de dood van den hulpbehoevende volgt gestraft met ..”. Daargelaten of bij een rhesus-baby wel sprake is van „ogenblikkelijk levensgevaar” in de zin waarvoor het artikel is geschreven, kan de arts nu eenmaal tegen de wil van de ouders geen wisselbloedtransfusie verstrekken. De „sterke arm alarmeren” kan zeker in de zin van art. 450 niet gelden als hulpverlening of hulpverschaffing.

Knegsel, 5 maart 1971

Dr. Mr. Dr. W. Schuurmans
Stekhoven

DE 5-DAAGSE PILKUR ANTWOORD AAN BANGMA

Het is plezierig, dat juist collega P. Bangma, die zich recent opgesteld heeft als instructeur op het gebied van de anticonceptie, heeft willen reageren (M.C. 9/1971, blz. 261) op mijn brief aan de redactie in M.C. no. 5/1971, blz. 145. Hij is één van de weinigen, die zich op dit gebied zeer actief betonen door en in de eigen huisartsenpraktijk en daarbuiten anticonceptievoorlich-

ting te geven aan belanghebbenden en artsen beiden.

Juist als collega Bangma binnenkort in het kader van één van onze beroepsorganisatie nieuwe richtlijnen zal aangeven om tot een betere voorlichting en grotere vaardigheid te komen helpt hij nu mee om enkele voorwaarden voor een eigentijdse gezondheidszorg tot garanties te laten uitgroeien. Kennis omtrent de geboortebepaling is door de K.N.M.G., het N.H.G. en de L.H.V. stellig op tal van manieren verbreidt. Voor de noodzakelijke continuering hiervan zullen zij zeker zorgen. Kunde, vaardigheid in de verschillende anticonceptionele technieken ten behoeve van onze cliënten is tot nu een „buitenparlementaire” aangelegenheid geweest.

De vroegere N.V.S.H. komt de eer toe een groepje artsen praktisch te hebben gevormd voor dit onderdeel van ons werk. Hopelijk wordt ook deze uitdaging herkend door de Instituten (!) en personen die zich met onze nascholing bezighouden. Een derde voorwaarde om bijvoorbeeld „de pil toe” voor alle belangstellenden bereikbaar te maken is beïnvloeding (inderdaad) van de houding van vele op dit punt niet hulpvaardige artsen. Deze taak zou men ook kunnen omschrijven als het geven van voor-artsen-niet-vrijblijvende-voorlichting. Het woord respect voor de weigering tot hulpverlening van een collega is taalkundig niet juist. Het type arts zoals collega Bangma dat — met respect terecht — omschrijft, is overigens beslist imaginair.

Je leert elkaar aardig kennen, wat dit ene aspect van ons werk betreft, via de bureaus van de huidige Dr. J. Rutgers Stichting. Het is de taak van ons artsen om, in organisatorisch verband, op het niveau van Hoofdbesturen (en Universiteiten), dat van de Afdelingen van de K.N.M.G. en eventueel dat van kleinere lokale samenwerkingsgroepen de pers te informeren over zaken die voor iedere Nederlander van belang kunnen zijn. Een toekomstige(?) nascholingsfunctionaris-op Afdelingsniveau, een collega die belangrijke ontwikkelingen in ons medisch doen en laten signaleert en doorgeeft naar alle artsen uit zijn rayon, dient ook een adequaat informatief contact met de plaatselijke dagbladers te onderhouden. De consument van de gezondheidszorg dient evenzeer door ons, liefst als leden van de K.N.M.G., te worden voorgelicht als de producent. Duidelijk dient dan ook te worden aangegeven, waar iemand aan wie in eerste instantie bijvoorbeeld de pil-toe wordt geweigerd, deze wel kan verkrijgen.

Deze „alternatieve” arts moet liefst wel in het eerste echelon gevonden kunnen worden. Wanneer dit intercollegiale (?) problemen geeft, zijn tal van gynecologen in ons land wel bereid een recept-met-voorlichting af te geven. En waar ook dat niet zou lukken, wil zeker — uit het derde echelon — een bureau-arts van de Dr. J. Rutgers Stichting hulp verlenen. Wanneer onze beroepsverenigingen werkelijk actief zijn op de vier aangestipte terreinen en zowel de artsen als de actuele en potentiële patiënten weten wat wel en wat niet bereikbaar is in de gezondheidszorg van het ogenblik dan pas kan men gaan spreken van vrije artsenkeuze en vrije patiëntenkeuze. En eerst dan kan men gaan spreken van enige garantie dat de vrouw, die de-pil-toe nodig denkt te hebben, deze tijdig in haar bezit heeft.

Wormerveer, 6 maart 1971

J. M. Paauw, huisarts

MC

VARIA

De Stichting Interconfessioneel Ziekenhuis (Rooms-Katholiek en Protestant-Christelijk) te Apeldoorn heeft met ingang van 1 januari 1971 de exploitatie overgenomen van het Liduina Ziekenhuis aldaar. Bijgevolg is de intern reeds lang bestaande interconfessionele structuur van dit ziekenhuis thans ook extern verwezenlijkt. In afwachting van het gereedkomen van de bouw aan de rand van Apeldoorn van een groot nieuw interconfessioneel ziekenhuis van voornoemde stichting — waarvoor op grond van een uitgeschreven prijsvraag de naam „Lucas ziekenhuis” werd gekozen — zal het interconfessionele Liduina Ziekenhuis aan de Arnhemseweg te Apeldoorn op de nieuwe basis in gebruik blijven tot dat tijdstip. Daarmee zal naar verwachting nog een drietal jaren gemoeid kunnen zijn.

¶

In het geheel van het beleid met betrekking tot de bestrijding van hart- en vaatziekten heeft de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Dr. R. J. H. Kruisinga voor 1971 een subsidie van f 150.000,— toegekend aan het Binnenziekenhuis in Eindhoven voor drie projecten die een verbetering beogen van de doelmatigheid van de verplegende taak. Het gaat om taken die verband houden met een meer efficiënte behandeling en verpleging van de patiënt door een rationalisatie van

de waarneming en de verwerking van diens gegevens in de z.g. post-operatieve „intensive care afdeling”, waar patiënten na zeer ernstige operaties de noodzakelijke optimale verpleging verkrijgen mede met behulp van allerlei elektronische apparatuur. De projecten in het Binnenziekenhuis omvatten: a. Een vereenvoudiging van de administratieve taak van de verpleegster of verpleger door een mechanische registratie van de meetgegevens inzake temperatuur, hartfrequentie, vocht- en bloedtoevoer enz.; b. Een vereenvoudiging van de registratie van de vloeistofbalans met behulp van nieuwe apparatuur; c. Mechanisering van de thans zeer tijdrovende bepaling van de bloedgaswaarde, zodat de resultaten daarvan sneller verwerkt kunnen worden. Al deze onderzoekprojecten staan onder leiding van de hartschirurg Dr. P. J. van der Schaar.

¶

Het Algemeen Dagblad van 10 maart i.l. publiceerde een vraaggesprek met Dr. H. J. van Aalderen, lector in de huisartsgeneeskunde aan de Vrije Universiteit te Amsterdam. Aanleiding tot dit gesprek over het beroepsgeheim van de arts was het voorval in Engeland, waarbij de huisarts de ouders van een zestienjarig meisje op de hoogte stelde van het gebruik door hun dochter van de pil, haar verstrekt door een medisch adviesbureau. Nadat Dr. Van Aalderen in dit gesprek op daartoe hem gestelde vragen heeft geantwoord dat hij zich geen geval kon voorstellen, waarin hij zich gerechtigd zou achten zonder toestemming van een minderjarige de ouders van een minderjarige in te lichten over zaken, waarvoor de minderjarige zich tot hem als arts heeft gewend — „het medisch geheim is van een zo hoge orde dat een huisarts het nooit mag schenden tenzij er zeer hoge waarden van algemeen maatschappelijk belang in het geding zijn” — werd als volgende vraag gesteld: „Heeft de Nederlandse patiënt de zekerheid dat iedere Nederlandse arts het medisch geheim zo onschendbaar acht?” Het antwoord van Dr. Van Aalderen was blijkens de tekst van het interview: „Heel eerlijk gezegd: Ik twijfel daar wel eens aan in de laatste tijd. Het is mij opgevallen dat hier in Amsterdam steeds meer jonge mensen zich tot de medici van het Jeugd Advies Centrum wenden met hun problemen omdat zij al dan niet terecht geen vertrouwen meer hebben in hun huisarts”. Na deze uitspraak volgde de vraag: „Wordt het dan niet tijd dat de Nederlandse huisartsen als

groep een duidelijke uitspraak doen over hun opvatting van het medisch geheim?", op welke vraag Dr. Van Aalderen heeft geantwoord: „Ja, ik dacht dat het hoog tijd wordt dat hierover een zeer duidelijke uitspraak komt. Dat kan natuurlijk via een proces, maar beter acht ik het als de Nederlandse artsen spontaan met een verklaring komen. Het zou zeer ernstig zijn als onzekerheid over de waarde van het medisch geheim de arts van zijn patiënt zou vervreemden".



Het Regionaal Bureau van de Wereldgezondheidsorganisatie te Kopenhagen deelt mee, dat aan Nederland een studieburs ter beschikking is gesteld voor deelneming aan de in Brussel te houden „Cursus over de fysiologische methoden van het bepalen (schatten) van de arbeidscapaciteit van hartpatiënten". Deze cursus zal worden gegeven van 18 oktober tot 5 november 1971. De kandidaat dient ervaring te hebben in de interne geneeskunde, elementaire kennis te bezitten van de fysio-therapie en bereid moeten zijn te werken op het gebied van de rehabilitatie van hartpatiënten. Aangezien de cursus uitsluitend in het Frans wordt gegeven is de volledige beheersing van deze taal een absolute voorwaarde. Degenen die inlichtingen wensen dan wel voor een beurs in aanmerking wensen te komen dienen zich vóór 2 april a.s. schriftelijk te wenden tot de Directeur-Generaal voor Internationale Zaken, ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Zeestraat 73, Den Haag.



Het Internationaal Centrum voor het Kind te Parijs organiseert dit najaar een cursus „Toegepaste genetica bij de sociale pediatrie", waarvoor het een beurs ter beschikking stelt. De cursus is bedoeld voor kinderartsen en voor artsen van de volksgezondheid met verantwoording voor de formatie van artsen — en gezondheidspersoneel, of in de richting van de gezondheidsdiensten voor het kind. Gegadigden dienen een goede kennis van de Franse taal te bezitten. De cursus duurt van 13 september tot 3 oktober 1971. Degenen die nadere inlichtingen wensen dan wel voor een beurs in aanmerking wensen te komen, dienen zich vóór 15 april a.s. schriftelijk te wenden tot: de Directeur-Generaal voor Internationale Zaken, ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Zeestraat 73 — Den Haag.

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

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

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

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

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

Oplage: 16.850 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 Specialististen Vereniging - Centraal College - Specialisten Registratie Commissie - College voor Sociale Geneeskunde - Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie - Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (O.L.M.A.):

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

Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen:

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

Raad van Beroep:

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

* * *

Bureau voor waarneming en vestiging:

van 9 tot 16.30 uur Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411:

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

Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfondsen Artsen:

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-887021