



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

L.H.V.-voorzitter Bierens wil samenwerking bevorderen

F. N. M. Bierens, apotheekhoudend huisarts, is sinds januari 1971 de nieuwe voorzitter van de L.H.V. In een uitvoerig en openhartig gesprek bleek collega Bierens bereid iets over zichzelf en zijn taakopvatting te zeggen.

Na de middelbare school in zijn geboortestad 's-Gravenhage doorlopen te hebben studeerde hij medicijnen aan de Universiteit te Leiden. Door omstandigheden genoodzaakt, werkte hij tijdens zijn studie enige tijd in het bedrijfsleven. „Een bijzonder leerzame tijd, omdat

ik toen heb leren omgaan met mensen van allerlei slag”, aldus Bierens. Een typerende uitdrukking van de nieuwe voorzitter, die een goed contact met zijn medemensen op hoge prijs stelt. Dit blijkt ook uit zijn activiteiten tijdens zijn studiejaren, waarvan wij hier alleen een tweejarig praesidiaat van de interacademiale van medische studenten willen noemen. In die functie was hij betrokken bij de voorbereidingen van de medische studenten faculteiten te Nijmegen en Rotterdam. Na zijn artsexamen in 1955 bereidde collega Bierens zich met zijn vrouw, die in 1954 voor haar artsexamen slaagde, voor op het werken in een ontwikkelingsgebied. Op het laatste moment ging dit niet door; zij vestigden zich in Gemert, later — in 1958 — te Wehl in de Gelderse Achterhoek.

Kenmerkend voor collega Bierens is de goede samenwerking die hij onderhoudt met de wijkverpleging, het maatschappelijk werk, de zielszorg en de sociale dienst van de gemeente. Zijn woon- tevens praktijkhuis staat naast het wijkgebouw van het Wit-Gele Kruis. „Ik ben een absoluut voorstander van een hechte samenwerking tussen de verschillende disciplines, werkzaam in de eerste lijn voor de volksgezondheid”, zegt Bierens, „waarbij de huisarts in staat moet zijn om te kunnen delegeren”. Binnen de artsenorganisatie blies hij zijn partij goed mee: hij was voorzitter van de afdeling Oude IJssel van de K.N.M.G., voorzitter van de P.H.V. („Een P.H.V.-voorzitter moet niet tevens afgevaardigde zijn”) en werd vervolgens in 1969 lid van het Centraal Bestuur. Zijn vrouw zegt over zijn voorzitterschap: „Ik zal een jaar niet mopperen”.

„Hoe ziet u”, vragen wij de L.H.V.-voorzitter,



de taak van het Centraal Bestuur?" „Het Centraal Bestuur dient de belangen van de huisarts in zijn totaliteit te behartigen in nauwe samenwerking met het Nederlands Huisartsen Genootschap. Het N.H.G. zou de kwalificering van de huisarts moeten bepalen, de L.H.V. zou aan de realisering daarvan moeten werken. Ik zie het eigenlijk zo, dat een goede honorering een goed produkt moet opleveren. De kwaliteitsbewaking van het werk van de huisarts imponeert mij enorm. Een intercollegiale toetsing op vrijwillige basis in samenwerking met het N.H.G. zou in de toekomst gewenst zijn."

Wat vindt u dan van de nascholing?" „Nascholing is voor iedere huisarts een noodzaak, beter is eigenlijk te spreken van een continue scholing. Het zou mogelijk moeten zijn om in het kader van de huisartsenregistratie hiervoor regelingen te treffen. In Amerika worden certificaten verstrekt aan die huisartsen, die zich regelmatig nascholen. Een verplichte nascholing, waarover wel eens wordt gesproken, zou niet alleen voor huisartsen kunnen gelden, maar zou dan ook van toepassing moeten zijn voor

de leden van de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband en de Landelijke Specialisten Vereniging. In eerste instantie is dat dan ook een zaak voor het Hoofdbestuur. Hierbij zou kunnen worden overwogen of dit ook in de honorering tot uitdrukking zou moeten worden gebracht."

„Wat is uw mening over de honorering van de huisarts?" Bierens: „In de eerste plaats heb ik een groot vertrouwen in redelijk overleg, hetgeen overigens onderhandelen op het scherp van de snede niet uitsluit. De structuur van de honorering, die wel doorzichtig moet zijn, vind ik niet zo geweldig essentieel, of dit nu een abonnementssysteem, een gemengd systeem, een zuiver verrichtingssysteem dan wel een of andere vorm van een vaste salariëring is. Wel essentieel is, dat de vrije beroepsuitoefening moet zijn gewaarborgd en een goede uitoefening van huisartsgeneeskunde door het betalingssysteem wordt bevorderd en daardoor aan de patiënt ten goede komt. Dit betekent dan dat de onkostenvergoeding zoals die in het huidige systeem wordt gegeven ook in feite wordt gebruikt voor de outillage en de praktijkvoering en niet in de consumptieve sfeer terechtkomt. Overigens moeten wij de image kwijt, dat de L.H.V. er alleen is voor het geld. Rust op dit front is noodzakelijk. De voornaamste taak is het bevorderen van de huisartsgeneeskunde."

„Hoe ziet u uw taak van voorzitter?" „In ieder geval geen voorzittersbeleid, wel dient de voorzitter en met hem het Centraal Bestuur een ideëel standpunt in te nemen. Een grote opgave is, het betrekken van de periferie in het beleid. Dit vereist openheid en delegatie. Wij zullen meer moeten werken met ad hoc-commissies en de nota's niet nog eens helemaal doorkauwen in het Centraal Bestuur, slechts toetsen aan dat ideëel beleid. Ik geloof dat er in de periferie veel potentie is, die nu niet wordt benut. Ik ben mij bewust dat dit meer begeleiding van het bureau zal vergen en ik ben dan ook voorstander van een ruimere bemanning van dit bureau. Ik zou als voorzitter graag willen bevorderen dat de samenwerking tussen huisartsen onderling en tevens met andere disciplines in de gezondheidszorg zou verbeteren. Ik geloof dat mede hierdoor de leefbaarheid van het huisartsenberoep wordt vergroot."

B.

26e JAARGANG - No. 5 - 5 FEBRUARI 1970

INHOUD

L.H.V.-voorzitter Bierens wil samenwerking bevorderen	121
Wetenschappelijke verenigingen waarschuwen tegen roken	123
Dagelijks Bestuur over volkstelling	124
Tweede Kamer behandelt begroting 1971 van Sociale Zaken en Volksgezondheid ..	125
Toekomstige structuur gezondheidszorg in Nederland (IV)	129
Brieven in de Bibliotheek van de Maatschappij (V)	133
Van het hoofdbestuur:	
Richtlijnen terzake van contacten met de pers	134
Kort verslag 156ste Algemene Vergadering (II en slot)	136
De nieuwe contributieregeling	140
Personalia	142
Van het Centraal Bestuur L.H.V.:	
Stichting Financiering Groepspraktijken Huisartsen	143
Uit de afdelingen:	
Geneeskundige verzorging buitenlandse arbeiders	144
Brieven aan de redactie	145
Varia	147

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

Colofon op bladzijde 148.

WETENSCHAPPELIJKE VERENIGINGEN WAARSCHUWEN TEGEN ROKEN

De Commissie „Roken en gezondheid”, ingesteld door de Nederlandse Vereniging voor Artsen voor Longziekten en Tuberculose, heeft het volgende telegram gezonden aan de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid Dr. R. J. H. Krusinga:

„De onderstaande wetenschappelijke verenigingen hebben zich de laatste tijd diepgaand beraden over hun standpunt ten opzichte van de betekenis van het roken voor de gezondheid. Inhakend op de recente initiatieven door u ondernomen en de acties in binnen- en buitenland willen zij hun adhaesie hieraan betuigen door middel van de volgende verklaring:

„De Nederlandse vereniging van artsen voor longziekten en tuberculose, de Nederlandse vereniging voor cardiologie, de Nederlandse internistenvereniging en de Nederlandse keel-, neus- en oorheelkundige vereniging, zien met grote zorg dat in deze tijd, nu de strijd tegen de luchtverontreiniging in het middelpunt van de belangstelling staat, verreweg de gevaarlijkste vorm van luchtverontreiniging, het roken van sigaretten, waaraan de individuele mens zichzelf blootstelt, de minste aandacht krijgt.

„Er is bovendien gebleken dat het effect van atmosferische luchtverontreiniging op rokers veel ernstiger is dan op niet-rokers.

„Nu duidelijk is geworden dat roken een grote invloed heeft op sterfte, ziekte en vroege invaliditeit, betreuren zij het dat in Nederland de rookgewoonten nog niet ingrijpend zijn veranderd.

„Zij ontraden met de grootste klem het roken, vooral van sigaretten, zowel door mannen als door vrouwen op alle leeftijden. Zij ontraden, in het bijzonder de jongeren, met roken te beginnen, daar staken van het roken voor velen moeilijk is.

„Zij achten het dringend gewenst dat nu ook van overheidswege effectieve maatregelen genomen worden ter bestrijding van het voor de volksgezondheid zo schadelijke roken. Zij denken daarbij aan regelmatige propaganda op de scholen; het animeren van allen die met de jeugd te maken hebben, ouders, docenten en jeugdleiders, het goede voorbeeld te geven en uitgebreide informatie ter beschikking te stellen van de artsen.

„Reclame voor rookartikelen via de publiciteitsmedia dient achterwege te blijven.

„De ontwikkeling dient in die zin beïnvloed te worden dat het niet-roken als een positieve sociale factor wordt gezien.”

Op een door bovengenoemde commissie gehouden persconferentie, waarop mededeling werd gedaan van de verzending van dit telegram, is een uitvoerige motivering gegeven van de overwegingen

daartoe. Nu de onrustbarende stijging van de met roken geassocieerde ziekten zich onverminderd voortzet, menen wij — zo werd uiteengezet — dat het niet verantwoord is dat de wetenschappelijke artsenverenigingen nog langer zwijgen. Er is nog een ander argument om te spreken: de gegevens, die duidelijk maken dat roken niet alleen schade toebrengt aan de roker, nemen toe. Zo heeft men bij kinderen van rokende ouders tweemaal zoveel bronchitispatiënten geteld als bij kinderen van wie de ouders niet roken. Vooral doordat de jonge vrouwen in groten getale zijn gaan roken, ligt hier een groot probleem.

Steeds moeilijker wordt het leven voor hen, zo werd verder aangevoerd, die wegens bronchitis-klachten rook in het geheel niet verdragen of op medisch voorschrift rook niet mogen inademen. De atmosfeer op feestelijke bijeenkomsten, zoals recepties en verjaarspartijen, is oorzaak dat zij meer en meer in een moeilijk aanvaardbaar isolement worden teruggedrongen. Niet zelden zijn zij zelfs in eigen huis, wat hun gezondheid betreft, niet veilig voor het luchtbederf, teweeggebracht door echtgenoot en familieleden. Niet te aanvaarden is ook dat de atmosfeer op de meeste kantoren en niet weinig werkplaatsen zwaar verontreinigd is door sigarettenrook, waardoor het dikwijls onmogelijk is — in het bijzonder voor administratief personeel — werk te vinden, waar rookvrije lucht kan worden ingeademd. Niet vergeten mag worden dat de verschillende vormen van bronchitis (CARA), voorkomen bij 8% van de Nederlandse bevolking.

De totale sterfte bij de Nederlandse mannen van 50-70 jaar is tweemaal zo hoog geworden als bij de vrouwen van gelijke leeftijd. Nederland is hierdoor een land geworden, uitzonderlijk rijk aan weduwen. In 1950 was de sterfte bij de man niet meer dan een kwart hoger dan die bij de vrouw in deze leeftijdsgroep. De ontwikkeling is wel niet geheel, maar toch voor een groot deel het gevolg van roken.

Dat de sterftcijfers van de vrouw nog weinig invloed van het roken tonen, vindt zijn verklaring gedeeltelijk in de nog veel kortere duur van de rookmode bij de vrouw, gedeeltelijk in de mindere gevoeligheid van — niet-bejaarde — vrouwen voor hartinfarct, de ziekte die meer dan enig andere tot de sterfte bijdraagt.

Hoewel een exacte berekening van het aantal doden tengevolge van roken niet mogelijk is, kan men hiervan, zo werd betoogd, op goede gronden wel een schatting maken, althans bij mannen: men komt tot de conclusie dat het aantal meer dan een vijfde moet bedragen van het totaal aantal sterfgevallen bij mannen in Nederland; een getal dat een veelvoud is van het aantal doden door verkeersongevallen. In de Verenigde Staten en Engeland vond men getallen

van dezelfde orde. Het is daarom nodig dat deze feiten opnieuw met klem onder de aandacht worden gebracht zowel van het Nederlandse publiek als van de regering.

Onderzoekingen, vermeerderd met nog verschillende andere, hebben uitgewezen dat de sterfte door „verkalking” van de slagaderen, die de hartspeer van bloed voorzien, hoger is bij rokers van sigaretten dan bij niet-rokers. Deze sterfte is weer afhankelijk van het dagquantum gerookte sigaretten, van het geslacht en van de leeftijd; het daalt weer bij groepen mensen, die het roken hebben gestaakt. Mannen van 45-54 jaar hebben, wanneer zij meer dan 10 sigaretten per dag roken, een ongeveer driemaal zo hoge sterfte aan deze ziekte dan niet-rokers van dezelfde leeftijd. Bij vrouwen is deze verhouding 2 : 1. Bij het ouder worden neemt het verschil in sterfte tussen rokers en niet-rokers af voor beide geslachten. Aangezien het hartinfarct bij het ouder worden steeds vaker voorkomt neemt, ondanks het kleiner worden van de verhouding in sterfte tussen rokers en niet-rokers, de sterfte-overmaat bij de rokers, in absolute getallen uitgedrukt, toch toe.

De betrekkingen tussen roken en longkanker achtte men te bekend om deze uitvoerig te herhalen: een sterke stijging van de sterfte naarmate meer sigaretten en langduriger wordt gerookt en ook meer geïnhaleerd; een scherpe daling van de sterfte bij groepen die het roken hebben gestaakt.

Met nadruk werd tenslotte gesteld dat de stijging van ziekte, invaliditeit en sterfte bij de man in hoge mate zorgwekkend is, terwijl de cijfers bij de vrouw dezelfde tendens gaan vertonen. Geconstateerd werd dat deze verschijnselen zich in hoofdzaak voordoen bij ziekten, die onder invloed staan van roken. Het roken is zeker niet de enige oorzaak van deze toename doch er bestaat geen twijfel over dat roken hierop van grote invloed is geweest.

Tijdens de behandeling in de Tweede Kamer van de begroting 1971 van het departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid zei staatssecretaris Kruisinga over de resultaten van de voorlichting aan het publiek over de schadelijke werking van het roken onder meer het volgende:

„Gesteld kan worden, dat het gebruik van sigaretten in de afgelopen jaren, gemeten naar de toeneming van het gebruik van andere genotmiddelen, zich niet bijzonder ongunstig heeft ontwikkeld. Vanaf 1960 is er wel sprake van toeneming, maar vanaf 1965 tot en met 1969 is er nauwelijks sprake van toeneming. Er is in dit opzicht een duidelijk ander verloop in ons land dan in een aantal andere Westeuropese landen. In ons land is de toeneming van het gebruik van sigaretten ten opzichte van andere Westeuropese landen niet uitgesproken sterk. In België is van 1960 tot 1968 het gebruik per hoofd van de bevolking van 15-jarigen en ouderen gestegen van 1.570 tot 2.160. In Frankrijk bedroeg de stijging over dezelfde periode 380, namelijk van 1.320 tot 1.700. In Italië — dit is het enige Westeuropese land, waarin geen reclame voor sigaretten in de pers mag worden gemaakt; wellicht hangt dit samen met het staatsmonopolie aldaar; (in Duitsland mag bijvoorbeeld zelfs reclame via radio en televisie worden gemaakt) — is het gebruik desondanks gestegen van 1.300 tot 1.680 per hoofd van de bevolking van 15-jarigen en ouderen. In Nederland bedroeg de stijging van 1960 tot 1965 300, namelijk van 1.700 tot 2.000 sigaretten. Sindsdien is het gebruik tot 1969 ongeveer gelijk gebleven. In 1969 bedroeg het aantal 1950. In 1970 trad weer enige stijging op. Deze vormde voor mij een reden te meer, over deze problematiek en over onze voorlichtingsmethodiek een nader advies te vragen. Ik heb wel de indruk, dat de voorlichtingsactie, die sinds 1965 in ons land is gevoerd, niet zonder resultaat is gebleven.”

Dagelijks bestuur over volkstelling

Naar aanleiding van de „Open brief aan de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en aan alle Nederlandse artsen over de aanstaande volkstelling” van de collegae Prof. Dr. G. C. Heringa en P. J. M. Bauduin — gepubliceerd in Medisch Contact no 3/1971 blz 67 — heeft het Dagelijks Bestuur der Maatschappij uit zijn dinsdag 26 januari gehouden vergadering het volgende communiqué uitgegeven:

„Met betrekking tot de open brief, door Prof. Dr. G. C. Heringa c.s. gericht aan het hoofdbestuur der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst inzake vragen betreffende invaliditeit en ziekten, die bij de volkstelling worden gesteld, heeft het Dagelijks Bestuur der Maatschappij het volgende overwogen:

„Het beroepsgeheim van de arts is niet in het ge-

ding indien het gaat om het zelf invullen van vragenlijsten. Het beroepsgeheim komt eerst aan de orde indien met name geneesheer-directeuren van inrichtingen, waar patiënten worden verpleegd, gegevens met betrekking tot deze patiënten zouden moeten verstrekken. Het Dagelijks Bestuur is van oordeel dat het beroepsgeheim er primair is ten dienste van de patiënt en dat de arts, oog hebbend voor het aan de volkstelling verbonden maatschappelijke nut, zorgvuldig moet overwegen of het gerechtvaardigd is een beroep te doen op het verschoningsrecht, dat in de Volkstellingenwet is ingebouwd. Gelet op het vorenstaande acht het Dagelijks Bestuur geen termen aanwezig zonder meer gevolg te geven aan het verzoek de artsen in ons land aan te bevelen genoemde vragenlijsten niet in te vullen. Het spreekt zijn vertrouwen uit dat door de voorgestelde loskoppeling van de gegevens ten burele van het Centraal Bureau voor de Statistiek de anonimiteit zal worden gewaarborgd.”

Tweede kamer behandelt begroting 1971 van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Kort verslag van de openbare begrotingsbehandeling Sociale Zaken en Volksgezondheid, in het bijzonder wat betreft het hoofdstuk Volksgezondheid.

Op dinsdag 12 en woensdag 13 januari 1971 vond de behandeling van het hoofdstuk Volksgezondheid plaats van de Rijksbegroting voor het dienstjaar 1971. Aan de openbare plenaire behandeling was geen behandeling in een Kamercommissie vooraf gegaan, terwijl anderzijds het presidium van de Kamer ernaar had gestreefd alle begrotingen vóór het eind van 1970 te behandelen. Met het oog daarop waren alle spreektijden in vergelijking met andere jaren bekort, hetwelk bijvoorbeeld tot gevolg had dat sommige sprekers bij de replieken slechts over 1 of 2 minuten spreektijd beschikten. Eén en ander bracht met zich mede, dat de Kamerleden gedwongen waren een groot aantal losse vragen op de staatssecretaris af te vuren en er weinig ruimte was voor fundamentele discussies.

De gehele behandeling maakte enigszins de indruk een omstandig vragenuur te zijn, mede ook doordat de staatssecretaris zijn betoog helemaal in die vorm had gegoten. De staatssecretaris maakte een matte en soms weinig overtuigende indruk. Bij interruptiediscussies over enkele onderwerpen maakte hij zelfs de indruk in het nauw te zijn gebracht.

Praktisch alle sprekers en in ieder geval alle partijen besteedden aandacht aan vraagstukken van milieu-hygiëne, terwijl daarnaast vooral financieringsvragen (in het kader van de A.W.B.Z.) aandacht vroegen. Wij laten nu hieronder de betogen van de Kamerleden wat meer in detail volgen.

*
**

Nadat de heer Dolman (P.v.d.A.) een aantal vragen over milieuhygiëne had gesteld en o.a. ook over de bevolkingsgroei had gesproken, kwam hij op het huisartsentekort in met name de grote steden. Onder aanhaling van Van Trommel (zie Medisch Contact nr. 49/1970) had hij drie punten van kritiek: opleiding, inrichting praktijk en de plaats van de huisarts in de gezondheidszorg als geheel.

Met betrekking tot de opleiding releveerde de spreker de problemen rond de raamplannen en alles wat daaraan vast zit en hij vroeg wanneer de regering haar standpunt zou bepalen. Wat betreft moderne praktijkorganisatie vormen huisartsen een vergeten groep, welke bovendien te weinig rust en moed voor de oprichting van groepspraktijken heeft. Hij pleitte krachtig voor ingrijpen bij de huisartsen naar Engels model: „Men kan een Gideonsbende niet eeuwig van de maatschappelijke ontwikkeling

isoleren”. Wat betreft de te verwachten Wet op de Gezondheidsvoorzieningen kwam de heer Dolman op de interne en externe democratie van de instellingen voor gezondheidszorg. Voorts sprak hij over de kennelijke niet toepasselijkheid van de loonmaatregel op artsen, waarvan hij zei, dat dit de geloofwaardigheid van het loonbeleid ondergraaft. Tenslotte pleitte hij voor een goed omlijnde eigen verantwoordelijkheid van verpleegsters, ook van leerling verpleegsters.

Mevrouw Epema-Brugman (P.v.d.A.) sprak uitvoeriger dan de heer Dolman over de problemen van milieuhygiëne. Hoever is men nu gevorderd met de uitvoeringsmaatregelen van de Wet op de Luchtverontreiniging en wanneer is de in werking treding van die gehele Wet te verwachten? In het algemeen pleitte zij voor een apart ministerie voor het Milieu-beheer. Aan de orde stelde zij nog o.a. het meetnet, het saneringsplan Rijnmond, het vervoer gevaarlijke stoffen, de Wet op de Bodemverontreiniging, de geluidshinder, de waterlozing enz. Coördinatie van dit alles acht zij dringend gewenst, met name ook op het stuk van de research.

De heer Van der Lek (P.S.P.) sprak alleen over milieuhygiëne; een boeiend betoog over de gang van zaken in het Sloe-gebied in Zeeland en over de ter visieleggingsprocedure uit de nieuwe Wet op de Luchtverontreiniging bij vestiging van bedrijven. De heer Van der Lek ging ook nader in op de samenstelling van de Raad van de Luchtverontreiniging. Voorts sprak hij uitvoerig over het bestrijdingsmiddelenbeleid.

De heer Imkamp (D'66) spitste zijn betoog over de milieuhygiëne met name toe op de motie, welke hij indiende over de voortgaande verzilting van bodem en water in Nederland door het gebruik van vele duizenden tonnen zout bij de bestrijding van weggladheid. Ook pleitte de heer Imkamp voor wijziging van de Boswet en stopzetting van het systeem van rooipremies voor fruittelers, dit alles met het oog op de bescherming van ons binnenland.

Mevrouw Veder-Smit (V.V.D.) zei met erkentelijkheid kennis te hebben genomen van de instelling van een Staatscommissie ter bestudering van het bevolkingsvraagstuk. Zij sprak voorts over de gewenste herziening van de opleiding van verplegenden en van de positie van de leerling verpleegsters in het ziekenhuis. De positie van de leerling verpleegsters is volgens haar zeer zwak; registratie en een daaraan verbonden tuchtrecht lijken haar no-

dig. Mevrouw Veder sprak; zoals zij al verschillende jaren bij de begrotingsbehandeling pleegt te doen, wederom over de nog slepende erkenning van de Mensendieck- en Cesaropleiding en over een betere opzet van de cursus voor fysiotherapeuten. Zij stond relatief uitvoerig stil bij de opleiding tot huisarts. De mogelijkheid van raamplan 1 zou volgens haar moeten worden gevolgd. Mevrouw Veder vestigde ook de aandacht op de honorering en pensioenering van huisartsen. Zij erkende dat de beroepsuitoefening moeilijk is, vooral in de grote steden, door het tekort aan huisartsen. De samenwerking in groepspraktijken zou volgens haar wel een hulpmiddel kunnen zijn, doch geen panacee voor alle kwalen. Er zouden met name geen officiële monopolies in een plaats mogen gaan optreden. In grotere steden zouden gezondheidscentra wellicht zelfs de voorkeur verdienen. Spreekster merkte voorts op dat de overheid niet kan doorgaan met stap voor stap nieuwe verstrekkingen onder de A.W.B.Z. te brengen. Eerst zouden structurele problemen (b.v. bij de Kruizen) dienen te worden opgelost. Mevr. Veder signaleerde voorts dat in het kader van de maatschappelijke gezondheidszorg nog steeds onzekerheid heerst over de kinderruitenzending, evenals over de diverse pensioenvoorzieningen, met name over die van de wijkverpleegsters. Zij toonde zich vervolgens een voorstandster, met de gehele tandheelkundige wereld, van de fluoridering en informeerde naar de stand van de onderhandelingen over de persleiding Oost-Groningen en of een opleiding voor milieu-hygiëne op academisch niveau te verwezenlijken zou zijn. Ook zij sprak tenslotte over de luchtverontreiniging, de geluidshinder, het vervoer gevaarlijke stoffen en de reinigingspolitiek.

De heer Dusarduijn (K.V.P.) sprak mede namens Prof. De Vreeze, die verhinderd was. Hij was de eerste die een aantal begrotingsposten als zodanig ter discussie stelde. Met name de posten met betrekking tot de uitgave voor ontwikkeling en kostenbewaking. Is de Centrale Raad voldoende geëquipeerd om de planning en kostenproblematiek voor de gezondheidsverzorging te overzien? Daarna vroeg de heer Dusarduijn zich af wat men nu toch aan het huisartsentekort, speciaal de vlucht uit de grote steden en uit het beroep in het algemeen, zou kunnen doen. Welke verwachtingen heeft men van de contacten met de L.H.V. hierover? Ook vroeg spreker een nadere toelichting op het toelatingsbeleid van buitenlandse artsen. Tenslotte liet de heer Dusarduijn een aantal punten de revue passeren zoals: het bevolkingsonderzoek op hart- en vaatziekten, het sigarettenverbruik, de regionalisatie terzake van het destructiebeleid, de geluidshinder, de water- en luchtverontreiniging.

De heer Tilanus (C.H.U.) ging het uitvoerigst in op punten van belang voor de arts. Het beroepsbeeld van de huisarts zou duidelijker moeten worden en een aparte opleiding is z.i. nodig. Raamplan 1 blijkt

„Het aantal vragen van kamerleden, dat betrekking heeft op de volksgezondheid, is zeer sterk toegenomen, met name van 1969 op 1970. De volksgezondheid komt steeds meer in de belangstelling. Ook de milieuhygiëne komt steeds meer in de belangstelling. Het gevolg is echter geweest dat, terwijl in 1969 het aantal vragen van kamerleden, dat betrekking had op de volksgezondheid, nog ongeveer 90 bedroeg, dit aantal in 1970 is gestegen tot circa 190. Dat is een verdubbeling in één jaar. Als die trend zich voortzet, zal mijn ambtsopvolger in 1971 worden geconfronteerd met 400 kamervragen en zal hij in 1972 800 vragen te verwerken krijgen. Dat opent grote perspectieven voor hem.”

Staatssecretaris Kruisinga tijdens de behandeling in de Tweede Kamer van de begroting 1971 van het departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

nu beter te zijn en ook de Staatscommissie heeft deze variant nu bepleit. Na 6 jaar zal een goede keuze mogelijk zijn, maar er moeten nu tijdig maatregelen worden genomen om de dit jaar klaar komende assistent-artsen op te vangen. Een goede huisartsenopleiding is een groot volksgezondheidsbelang en er is spoed geboden bij het tot stand brengen van een bevredigende registratie, financierings- en rechtspositie van deze beroepsgenoten. Hieraan vastknopend bepleitte de heer Tilanus een gedifferentieerde artsenopleiding in die zin, dat de maatschappij andersoortige artsen dan curatief werkzame vraagt. Hij dacht bijvoorbeeld aan een artsexamen in de Algemene Gezondheidszorg met minder klinische onderdelen. Twente zou hiervoor zeer geschikt zijn. Ook een speciale opleiding in de richting medische technologie zou overweging verdienen. Hiervoor komt z.i. Eindhoven in aanmerking. Over dit punt zou de Commissie Opleidingen van de Staatscommissie zich moeten buigen. Het middel van de groepspraktijk wordt volgens de heer Tilanus nog steeds als experiment aanbevolen: Wij zijn, aldus de C.H.U.-spreker, dit stadium echter reeds voorbij, wij moeten ons nu richten op wijkgezondheidscentra en niet onze energie verspillen aan experimenten rond groepspraktijken waarvan minder is te verwachten. De heer Tilanus betoogde voorts: Het rapport van de Wiardi Beckman Stichting wijst op de noodzaak van coördinatie, integratie en planning bij de gezondheidszorg. Niet gewenst is bijvoorbeeld een stichting voor ieder ziektebeeld. (Ook bijvoorbeeld wijkverpleegsters gaan zich steeds meer op bepaalde ziektebeelden concentreren). De oplossing, welke in dit rapport wordt gegeven door benoeming van de kant van de overheid van bestuursleden in alle stichtingen en instellingen van gezondheidszorg worden door de heer Tilanus uitdrukkelijk verworpen. Minister Suurhof was vroeger reeds via de Gezondheidswet en de daarin gecre-

eerde organen de goede weg gewezen. Regionale en lokale raden dienen te worden gestimuleerd. Wanneer de sociaal psychiatrische diensten onder de A.W.B.Z. zullen worden gebracht, mag dit volgens de heer Tilanus niet het opsporings- en preventiewerk op losse schroeven stellen. De overschakeling zou geleidelijk moeten gaan. Wanneer komen overigens de niet-erkende verpleeginrichtingen en bijvoorbeeld „Het Dorp” onder de A.W.B.Z.? zo vroeg de heer Tilanus.

Mej. van Leeuwen (A.R.P.) bepleitte het overwegen van sociale dienstplicht in samenhang met de opleidingen in deze sector. Ook zij ging nader in op de bevolkingspolitiek en de milieuhygiëne en sloot zich aan bij de heer Tilanus voor wat betreft zijn opmerkingen over de huisartsen. Zij drong eveneens aan op verbetering van de rechtspositie van verpleegkundigen.

De heren van Dis (S.G.P.) en *Jongeling* (G.V.P.) uitten principiële bezwaren tegen de fluoridering. De heer Jongeling informeerde naar het rapport van de Commissie Kloosterman en zei bang te zijn dat het allemaal niet meer nodig zou zijn omdat abortus provocatus reeds gemeengoed zou zijn geworden. Er was hem ter ore gekomen, dat aan bepaalde studenten in de gynaecologie die geen abortus provocatus wilden plegen, tijdens hun studie moeilijkheden in de weg zouden worden gelegd. Tenslotte betuigde hij adhesie aan het drugbeleid van de staatssecretaris en toonde hij zich wederom een tegenstander van pokkenvaccinatie.

Behalve over het bevolkingsprobleem en de sterfte wegens kanker sprak de heer *Van Dis* evenals de heren *Schuitmaker* (groep Goedhart), *Koekoek*, *Gortzak* en *Kronenburg* het uitvoerigst over de milieuhygiëne.

*
**

Alvorens de staatssecretaris op woensdagavond 13 januari aan beantwoording begon, sprak de minister nog een kort inleidend woord met betrekking tot de plaatsbepaling van de volksgezondheidszorg in het gehele sociale bestel: „Sociale zaken verhoudt zich tot volksgezondheid als welvaart tot welzijn. Welvaart kan daarbij een bron van veel kwaad en uitwassen zijn, maar ook een bron van veel goeds”, aldus de minister, die geruime tijd stil stond bij de financiering van de gezondheidszorg in het bijzonder via de A.W.B.Z. De minister is van oordeel dat deze weg een stabiele financiering waarborgt, beter dan de bekostiging uit de algemene middelen waarmede z.i. de continuïteit niet kan worden gegarandeerd.

Naar aanleiding van een opmerking van de heer Van Lier dat de overheidsbijdrage in het kader van de A.W.B.Z. achterblijft ook bij overheveling van zaken die er tot nu toe buiten vielen en er nu in worden ondergebracht, wees de minister verhoging van

die bijdrage niet bij voorbaat af. Minister Roolvink liet vervolgens de structuur van de ziektekostenverzekeringen in het algemeen, de premiereductieregeling bij de vrijwillige ziekenfondsverzekering en de premies van de ziekenfondsverzekering voor bejaarden de revue passeren.

Tenslotte ging de heer Roolvink in op de honorering van de medewerkers, naar aanleiding waarvan de heer Dolman (P.v.d.A.) een motie had ingediend. De tarieven — aldus de minister — zijn gebonden aan prijsvoorschriften en kunnen na 1 januari 1971 slechts trendmatig worden aangepast.

De staatssecretaris ging vooreerst slechts kort in op de vele tientallen gestelde vragen over de milieuhygiëne waarover nog 15 schriftelijk gestelde Kamervragen op beantwoording lagen te wachten. In dit verband wees hij er op dat een aantal volksgezondheidskwesties zo complex is dat eenvoudige beantwoording niet mogelijk is. Dit klemmt in het bijzonder in de sector milieuhygiëne.

Dr. Kruisinga onderschrijft dan dat het onwenselijk is het verstrekkingenpakket A.W.B.Z. stap voor stap uit te breiden. Eerst moeten de intra-murale voorzieningen als eerste fase worden geïncorporeerd, dan als tweede fase de semi-murale en tenslotte de extra-murale. Het interim-advies van de Centrale Raad over de financiering van de gezondheidszorg was inmiddels ter informatie naar de Kamer gezonden en er zou een adviesaanvraag aan de Ziekenfondsraad volgen. Er is intussen al een aantal beslissingen genomen tot onderbrenging van bepaalde verstrekkingen onder de A.W.B.Z. en particuliere organisaties worden ter advisering reeds bij dit erkenningenbeleid betrokken. De staatssecretaris heeft duidelijk voorkeur voor onderbrenging van de sociaal psychiatrische diensten onder de A.W.B.Z. Hij wordt echter in een tussendebat lelijk in het nauw gebracht, wanneer blijkt dat de beslissing hierover — ondanks de adviesaanvraag aan de ziekenfondsraad — al blijkt te zijn genomen. Het is daarbij geenszins de bedoeling van globale subsidiëring over te gaan op betaling per verrichting, waarvoor de heer Tilanus bevreesd was.

Nadat de tandheelkundige zorg binnen de Ziekenfondswet was besproken, wijdde de staatssecretaris uit over de doelmatigheid van de aanwending van mankracht in inrichtingen van gezondheidszorg, gezien binnen het brede kader van de te verwachten Wet gezondheidsvoorzieningen en de daarmee verbonden financiering.

De bevolkingsdichtheid en daarmee het gehele bevolkingsprobleem blijkt meer en meer een probleem van migratie binnen de E.E.G. en de geassocieerde landen te worden — Nederland heeft een immigratie-overschot van rond 30.000 — dan van geboorte-overschot nu de geboortecijfers nog steeds dalende zijn.

De commissie Kloosterman zal op relatief korte termijn een interimrapport uitbrengen. Discriminatie van gynaecologiestudenten die niet positief tegenover abortus provocatus zouden staan lijkt de

staatssecretaris hoogst ongewenst. Het lijkt hem ook niet waarschijnlijk dat dit verschijnsel zich inderdaad zou voordoen.

In het kort refereert de staatssecretaris aan de komst van een voorontwerp wet gezondheidsvoorzieningen ter latere vervanging van de Wet ziekenhuisvoorzieningen. Meer inschakeling van de Provinciale Raden voor de Volksgezondheid lijkt hem dringend gewenst mede in het licht van de mogelijkheden welke art. 50 van de Gezondheidswet biedt tot regionalisatie.

Sprekend over de (huis)artsenopleiding deelt de staatssecretaris mede dat het interimrapport van de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening over de „raamplannen“, — een rapport waarop werd gewacht alvorens verdere stappen te nemen — inmiddels is uitgebracht (zie Medisch Contact nr. 4 van 5 februari 1971). Dit interimrapport kiest voor raamplan 1. Dr. Kruisinga heeft wederom contact opgenomen met de minister van Onderwijs en Wetenschappen over deze zaak, een eerste persoonlijke bespreking zou op zeer korte termijn plaatsvinden.

De staatssecretaris verklaart dan, dat er door de overheid contact is opgenomen met de L.H.V. ter verbetering van de relatie met de huisartsen. Groepspraktijken worden niet als zodanig gesubsidieerd, er wordt jaarlijks een bijdrage geleverd als vergoeding van evaluatiewerkzaamheden in een aantal experimentele groepspraktijken. Voorts is er om advies gevraagd bij de Ziekenfondsraad over de groepspraktijken. De begrotingspost, „bijdragen in de kosten van ontwikkelingswerk op het gebied van de volksgezondheid en herstructureringsbijdragen ter bevordering van wijk- en regionale gezondheidszorg“, zal hiervoor dit jaar worden aangewend. Het aantal toegelaten buitenlandse artsen (424) is volgens de staatssecretaris verheugend, maar ter bestrijding van het huisartsentekort van geen belang omdat het bijna allemaal artsen zijn die in ziekenhuizen gaan werken.

In het huidige opleidingssysteem voor verpleegsters krijgt de leerlinge een praktijkopleiding waarbinnen de verantwoordelijkheid langzaam meegroeit met de ervaring. Dit is een normale situatie. Het systeem voldoet over het algemeen wel maar het gevaar bestaat dat te zware taken worden opgelegd. De algehele begeleiding, aan leerling-verpleegsters gegeven, is niet altijd toereikend. Ook bij artsen geldt echter: éénmaal doet men een operatie voor het eerst. Geheel uit te sluiten zijn de risico's uiteindelijk nooit. Er is een commissie aan het werk die de gehele reorganisatie van de opleiding van verplegenden onder ogen ziet.

Mevrouw Veder en mejuffrouw Van Leeuwen zijn met deze beantwoording niet tevreden en stellen het probleem van de status van de leerling verpleegsters opnieuw aan de orde. Kan men hen niet de

echte hoedanigheid van leerling toekennen? De staatssecretaris antwoordt daarop dat dit ook in internationaal verband aan de orde moet komen en dat een vaste commissie van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid hierover om advies zal worden gevraagd. De salariëring is niet zozeer het knelpunt: deze is de laatste jaren verbeterd. Het verpleegstersbestand neemt dan ook, in absolute getallen, toe.

Uitvoerig gaat ook de staatssecretaris in op de vele kwesties van milieubeheer, een complex vraagstuk dat een langdurig debat uitlokt. In de tweede termijn tonen de heren *Dolman* en *Van Lier* (beiden P.v.d.A.) zich nog steeds ontevreden over respectievelijk de ontwikkeling van de artsenhonoraria en de lastenverdeling bij de A.W.B.Z. De eerder vermelde motie-Dolman over de bevrozing van de inkomens van artsen wordt zowel door de minister als door mevrouw Veder (V.V.D.) bestreden. De laatste acht de motie onbezonnen omdat toch de honoraria binnen het ziekenfondsbestel door de Ziekenfondsraad uiterst minitueus worden bezien en een beïnvloeding van de inkomens als geheel haar uit den boze lijkt.

Mevrouw Veder volhardt er verder in dat de status van de verpleegster reeds nu beter moet worden afgebakend en dat samen met de Nationale Ziekenhuisraad hiervoor richtlijnen moeten worden opgesteld, ook al zouden deze wellicht slechts een voorlopig karakter kunnen hebben. De pensioenvoorziening voor de artsen moet volgens mevrouw Veder nu toch eindelijk van de grond worden geholpen en de eigen verantwoordelijkheid van de staatssecretaris ten opzichte van de verwezenlijking van raamplan 1 moet hem een krachtige houding doen aannemen in het overleg met O en W. Voeling houden met K.N.M.G. en L.H.V. is volgens spreekster als steeds geboden.

*
**

In de vroege morgenuren van 14 januari 1971 wordt de zeer langdurige zitting van de Kamer over Sociale Zaken en Volksgezondheid door de voorzittende Freule, Jkvr. Mr. Wittewaai van Stoetwegen met enige moeite gesloten. De geluidsinstallatie was inmiddels ontregeld en de gemoederen waren nog steeds verhit.

Het werkelijk nuttig rendement van dit soort marathonzittingen lijkt ons overigens gering. De inbreng van de kant van de regering blijft toch over het algemeen weinigzeggend en slechts enkele kamerleden en andere personen zijn zo vasthoudend dat zij alles van begin tot het eind volgen. Hieronder bevond zich

Mr. B. S.

Utrecht, 14 januari 1971

Toekomstige structuur gezondheidszorg in Nederland (IV)

Door F. Schrijver, verzekeringsgeneeskundige

De financiering

De kosten van de Nederlandse gezondheidszorg stijgen snel, - zéér snel! Zij groeien sneller dan die van elke andere groep van levensbehoeften. Jaarlijks moet een groter deel van het gezinsbudget worden afgezonderd om de noodzakelijke uitgaven voor de gezondheid te kunnen voldoen. De oorzaken van deze snelle stijging zijn al menigmaal opgesomd. Het zijn onder meer:

De toenemende mogelijkheden van de medische techniek.

De hoge loonkosten van dit arbeidsintensieve bedrijf.

De zware rentelast van de noodzakelijke nieuwbouw.

De snelle toename en de vergrijzing van de bevolking. Wie door de medische wetenschap behouden blijft, komt automatisch in hogere leeftijdsklassen, waar hij een duurder ziekterisico gaat betekenen.

Het systeem van de gezondheidszorg zelf. Nog altijd doet de gedachte opgeld, dat zuinigheid op dit terrein een gevaar zou zijn en men propageert dat elk klein ongemak en iedere onbetekenende ongerustheid aanspraak geeft op grondig onderzoek door hooggekwalficeerde deskundigen.

Het is duidelijk, dat we op deze manier niet onbegrensd door kunnen gaan! G. W. de Wit tekende in het Financiële Dagblad van 15 januari 1970 een leerzame curve, die aangeeft waar we terecht zullen

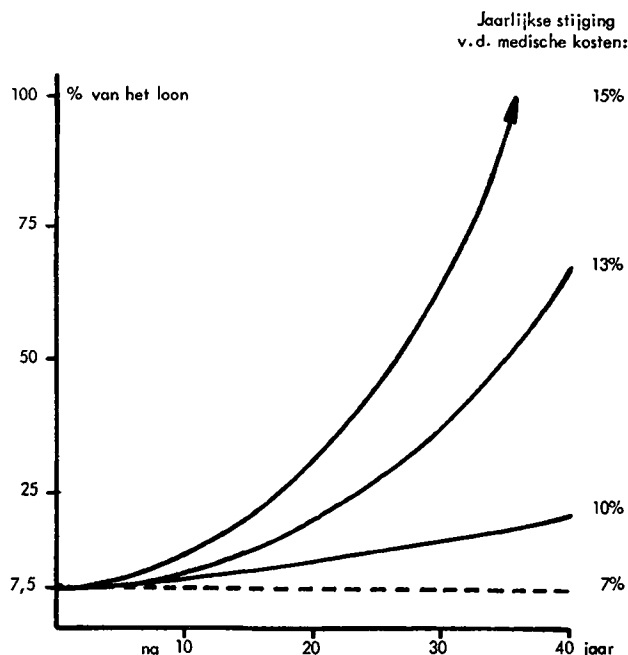
komen wanneer de index van het Bruto Nationaal Product jaarlijks met 7% stijgt maar de index van de gezondheidskosten met 13 tot 15%, zoals dat al jaren bij ons het geval is.

In de periode tussen 1958 en 1974 (prognose van de Ziekenfondsraad) blijkt de werkelijkheid precies de voorspelling van de bovenstaande theoretische curve te hebben gevolgd. Dat moet ons binnen 40 jaar — dus binnen één generatie — voeren tot onmogelijke toestanden. Dan zullen we blootsvoets in de plassen moeten lopen omdat we geen schoenen meer kunnen betalen, nadat we de ziekenfondspremie hebben voldaan. Vóór we tot zulke absurde situaties komen zullen er ingrijpende maatregelen moeten worden genomen.

Over de gehele linie en bij alle betrokkenen zal een nieuw kostenbesef en een gevoel van verantwoordelijkheid moeten groeien, dat nu nog geheel ontbreekt. Wij zullen voorlopig geen afstand willen doen van het theoretische recht van ieder mens op de best mogelijke gezondheidszorg. Dat recht hebben wij al te lang als een axioma aanvaard om er zonder meer van te kunnen afzien. Men kan echter wel streven naar een structuur, die er, met volle medewerking van *alle* betrokkenen, in slaagt om in elk geval iedere overbodige uitgave te ontgaan. Het voorkómen van alle inefficiency en het vermijden van elke verspilling kan de kostenstijging afremmen, zonder aan de kwaliteit van de geboden hulp afbreuk te doen. Daarvoor zullen echter zeer ingrijpende veranderingen nodig zijn. In de eerste plaats bij het ziekenfondswezen, waar het stelsel van de verstrekkingen in natura elk kostenbewustzijn uitschakelt. Maar ook bij de ziektekostenverzekering, waar de kostprijsvergoeding de verantwoordelijkheid verplaatst van de dokter en van de patiënt naar de verzekeraar, die zich alleen kan veiligstellen door onophoudelijke verhoging van de benodigde premie.

Als wij elke verspilling willen voorkomen en bij iedere handeling van de patiënt verantwoordelijkheidsbesef en zelfbeperking verlangen, kunnen wij niet volstaan met opvoeding, overreding en voorlichting alleen. Dan zijn hardere maatregelen onvermijdelijk! Dan moet *ieder mens*, bij ieder beroep dat hij op de gezondheidszorg wil doen, verplicht worden rekening te houden met een duidelijk en direct, persoonlijk, *financieel eigen belang*. Werkelijk bewust overleg van iedereen, bij het inroepen en gebruikmaken van medische zorg, kan men alleen verkrijgen door een — niet te laag gesteld — eigen risico. *De toekomstige gezondheidszorg zal een eigen risico moeten kennen of zij zal zichzelf onmogelijk maken!*

Men heeft van het eigen risico gezegd dat het ge-



vaarlijk zou zijn, omdat het er toe zou voeren dat te laat noodzakelijke hulp wordt ingeroepen. Toch laat men talrijke particuliere patiënten jaar en dag het — toch waarlijk niet geringe — eigen risico van de onverzekerde doktersrekening dragen, en vraagt zich blijkbaar niet af, waarom zij niet te gronde gaan door te laat ingeroepen hulp. Men heeft ook gesteld dat een eigen risico geen nut zou afwerpen, omdat er nauwelijks onnodige hulp van de artsen zou worden verlangd. Toch klaagt iedere huisarts over het vele werk dat hij moet doen, dat eigenlijk zijner onwaardig is en dat even goed of beter door minder gekwalificeerde krachten zou kunnen gebeuren. Toch heeft onder meer *Verboom* een enorm verschil gevonden tussen de medische consumptie van de ziekenfondsverzekerde en van de particuliere patiënt. Dat medische hulp wordt ingeroepen zonder enige redelijke achtergrond, komt maar uiterst zelden voor; maar heel veel vragen, die men de dokter voorlegt, zou men met enige goede wil en enig verantwoordelijkheidsgevoel best zelf hebben kunnen oplossen. Maar dan moet de structuur van de medische verzorging alle mensen er toe brengen met bewust overleg vooraf en met verantwoordelijkheidsbesef te werk te gaan wanneer men hulp gaat inroepen. Onze huidige structuur kent echter niets van dit alles. Mede daardoor ontstaat de snelle kostenstijging en mede daar vandaan komt het gevoel, dat een ingrijpende structuurwijziging dringend nodig is.

Wil men een eigen risico in de gezondheidszorg invoeren, dan moet men dat doen in een zodanige vorm en tot een zodanige hoogte, dat de gevolgen aanvaardbaar, onschadelijk en effectief zijn. Aan deze eisen voldoet niet het eigen risico dat de lasten van het innen van de bijbetalingen wil afwentelen op één enkele vorm van medische zorg. Daarbij zal men proberen de bezwaarde verstrekking te ontwijken en zo mogelijk te vervangen door een andere, onbelaste geneeswijze. De volle last van het eigen risico zal uitsluitend drukken op de patiënt, die (veel van) het belaste hulpmiddel nodig heeft. Ook een procentueel eigen risico „aan de top” levert niet het gewenste resultaat. Als van bepaalde kosten slechts 70 of 80% wordt vergoed, zal voor de patiënten die nu juist deze vorm van hulp nodig hebben het eigen risico kunnen oplopen tot onaantvaardbaar hoge bedragen, terwijl de overigen vrijblijven. Alleen *één eigen risico „aan de voet”*, drukkend op *alle vormen van medische hulp* — waar het maar doelmatig zijn kan —, gelimiteerd tot een *maximum-bedrag per jaar en per gezin*, dat voor iedereen aanvaardbaar is, voldoet aan de criteria die we hierboven hebben genoemd.

Om de gedachten te bepalen zou men voor de minder-draagkrachtigen kunnen denken aan een eigen risico in de orde van grootte van f 60,— per gezin en per jaar. De personen die wat meer kunnen (of willen) missen, kunnen dan worden belast met een eigen risico van bijvoorbeeld f 200,— per gezin of desgewenst ook meer, waardoor dan tevens een adequate vermindering van de te betalen

verzekeringspremie kan worden bereikt. De alleenstaanden zouden bijvoorbeeld voor de helft van deze bedragen kunnen worden aangeslagen. Het eigen risico moet natuurlijk van jaar tot jaar aan de dalende waarde van het geld worden aangepast. Van de kosten van de hulp van huisarts, apotheker, ambulante specialist en vroedvrouw worden die voor de eerste verrichtingen in het kalenderjaar niet door de verzekering vergoed, totdat het bedrag van het zelfgekozen eigen risico is bereikt. Al het meerdere wordt daarna door de verzekering ten volle gedragen. Méér dan het zelfbepaalde bedrag kan men dus voor de gezondheid van zichzelf en van zijn gezin niet kwijt zijn; de prijs die voor de medische hulp wordt gedeclareerd, zal nochtans aan de verzekerde volledig bekend zijn en de kosten, verbonden aan het inroepen van medische zorg, zullen in het gezinsbudget weer een reële rol gaan spelen. Hier treden niet de nadelen op die men van andere vormen van eigen risico kan verwachten. Hier geen ondraaglijke belasting van chronisch zieken; hier geen vlucht naar de niet met eigen risico belaste vormen van medische hulp; hier niet de gedachte: „Ik kan voor twee kwartjes naar de dokter gaan”; hier niet het verzoek aan de specialist: „Dokter, wilt u dit recept voorschrijven, want als de huisdokter het doet, moet ik het zelf betalen”.

Niettemin ontveinzen wij ons niet, dat ook dit systeem van een eigen risico „aan de voet” geweldige consequenties meebrengt en dat het niet in een enkele handomdraai kan worden ingevoerd. In de eerste plaats laat een structuur met een risico aan de voet zich niet verenigen met enigerlei abonnementshonorarium of met een maandkaartenstelsel. Elke verrichting zal afzonderlijk geboekt en gespecificeerd aan de patiënt moeten worden gedeclareerd. Alleen op die manier kan de verzekeraar of het ziekenfonds vaststellen of het eigen risico wordt overschreden. Dat betekent een sterke verhoging van de administratieve belasting bij de artsen, vooral bij de huisartsen. Men kan daar tegenover stellen, dat bijna alle landen om ons heen het restitutiestelsel (meestal gecombineerd met een vorm van eigen risico) kennen en dat de artsen het aldaar zonder morren aanvaarden. In dit verband is van belang wat *Van Mansvelt* bij zijn beschouwing over twee mogelijke oplossingen van het financieringsprobleem opmerkte: „Waarbij het belang der gezondheidszorg mijns inziens met zich brengt, dat men deze niet al te gauw op grond van administratieve problemen ter zijde legt” (rede op de ledenvergadering L.S.V. d.d. 25-4-1970, M.C. nr. 20/1970, blz. 517). Men kan ook aanvoeren dat het eigen risico de huisarts waarschijnlijk zal ontlasten van een deel — en wel het minst interessante deel — van zijn werk. Bovendien zal de arts niet langer de risicodragers zijn van de groeiende consumptie. In de plaats van de (overigens comfortabele) vaste maandelijkse overschrijving van het abonnementshonorarium treedt de voldoening, dat een zware dag met vele griepvisites ook een duidelijke extra-beloning oplevert. Wellicht zullen lust- en onlustgevoelens ongeveer tegen el-

kaar opwegen! De administratieve belasting bij de ziekenfondsen en verzekeringsinstellingen weegt minder zwaar dan men op het eerste gezicht zou verwachten. Men moge bedenken, dat honderdduizenden kleine rekeningen voor bedragen beneden het eigen risico nimmer zullen worden ingediend.

Een volgende consequentie van de invoering van een eigen risico „aan de voet” is dat daarna *alle verzekerde pakketten*, zowel in het ziekenfondswezen als bij de ziektekostenverzekering, althans voor zover daarop een eigen risico drukt, geheel *aan elkaar gelijk* zullen moeten zijn. Men kan immers van de verzekerde met een beperkt pakket niet hetzelfde eigen risico vragen als van degene die al het mogelijke heeft verzekerd. Voor elk pakket zou derhalve een verschillend eigen risico moeten gelden, hetgeen qua uitvoering niet wenselijk is. Men bereikt hiermee het belangrijke nevenvoordeel, dat de verzekering tegen ziektekosten in Nederland eindelijk meer uniform en daardoor voor de ondeskundige meer begrijpelijk wordt. Dat is wel zeer wenselijk in een land, dat drie verschillende ziekenfondsverzekeringen kent, uitgevoerd door bijna honderd ziekenfondsen; daarnaast drie ambtenarenverzekeringen en meer dan honderd particuliere ziektekostenassuradeuren, die allen enigszins van elkaar afwijkende verzekeringsvoorwaarden hanteren, met daardoor moeilijk met elkaar vergelijkbare premies.

Een gevolg van de invoering van het restitutiesysteem zal zijn, dat er in de laagste (basis-)klasse geen verschil meer behoeft te bestaan tussen de tarieven voor de minder-draagkrachtige (ziekenfonds-)verzekerden en die voor de particuliere patiënten. Ieder mens loopt — statistisch gezien — dezelfde kans, dat hij tijdens zijn leven behoefte zal krijgen aan een bepaalde vorm van medische hulpverlening. Het zou dus logisch zijn, dat ieder voor die hulpverlening ook hetzelfde bedrag moet betalen. Het historisch gegroeide Nederlandse systeem — waarin de „zeer bescheiden” ziekenfondshonoraria (*Van Mansvelt*) mogelijk gemaakt worden door de drie- en meervoudige declaraties, die aan particuliere patiënten worden opgelegd — mist in onze tijd van groeiende, algemene welvaart iedere sociale noodzaak. Deze „subsidie” aan het ziekenfondswezen uit de opbrengst van de particuliere praktijk moet in onze tijd niet meer nodig zijn, omdat zij een veel te zware last legt op de particuliere zieke ofwel op zijn verzekeraar.

Alleen bij de minder belangrijke onderdelen van de ziekenverpleging kan men aanvaarden dat de verzekerde een extra-offer brengt voor meer comfort en meer privacy. Het is dan verantwoord, dat ook de arts voor de klasse-behandeling een hoger bedrag in rekening brengt. Door in de laagste klasse van het ziekenhuis en bij alle poliklinische verrichtingen slechts één tarief te hanteren kunnen de artsen met één slag een einde maken aan elke insinuatie van „discriminatie van ziekenfondsverzekerden”. Dat werkelijke discriminatie van enige betekenis in de huidige gezondheidszorg nog steeds zou voorkomen is niet met zekerheid aangetoond. *L. de*

Graaf, die hierover een inleiding moest houden, heeft na ijverig speuren nog slechts één naambordje kunnen vinden, waarop vermeld stond: „Spreekuur voor ziekenfondsleden van 8-9, particulieren volgens afspraak” (bij een tandarts). De overige discriminaties, waarover *De Graaf* sprak liggen in het subjectieve vlak en niets toont aan, dat hieruit een minder goede behandeling van de ziekenfondsverzekerden resulteerde. Onuitroeibaar blijft echter de suggestie, dat de particuliere patiënt meer belangstelling, meer vriendelijkheid en meer werkzame medicijnen krijgt dan de verzekerde van het ziekenfonds. Die suggestie doet afbreuk aan het vertrouwen in de arts en in zijn werk en schaadt daardoor ernstig het effect van elke therapie. Vele bestuurders van vakorganisaties nemen die discriminatie zo ernstig, dat ze zelfs voor belangrijke financiële offers niet uit de weg willen gaan om de laatste sporen daarvan te laten verdwijnen. Welnu, door de invoering van een gelijke vergoeding per verrichting voor iedereen, zonder aanzien des persoons, zou aan het gevoel te worden gediscrimineerd elke grond ontvallen.

Natuurlijk kan een zo ingrijpende verschuiving van de thans gebruikelijke tariefstelling niet in éénmaal worden gerealiseerd. Er bestaan op het punt van het „naar elkaar toegroeien” van de tarieven voor ziekenfondsverzekerden en particuliere patiënten al zeer reële toezeggingen, die echter nog zonder veel overtuiging worden uitgevoerd. Als men hierin met meer doortastendheid volgens een duidelijk programma te werk zou gaan, zou althans deze verbetering in de structuur van de gezondheidszorg binnen enkele jaren kunnen worden verwezenlijkt.

De hoogte van de tarieven, die aan de patiënten in de laagste klasse in rekening mogen worden gebracht, behoren — evenals dit voor alle andere eerste levensbehoeften gebeurt — ook in de gezondheidszorg te worden bepaald door het ministerie van Economische Zaken. De minister van Economische Zaken zal de „spelregels” moeten opstellen, die de hele, moeilijke kwestie van de honoraria van specialisten en huisartsen duidelijk en bevredigend regelen. Die spelregels kunnen voldoende „speelruimte” laten om aan iedere bona fide medewerker het gevoel te geven dat zijn bijzondere deskundigheid of zijn extra-inspanning een adequate beloning vindt, maar misbruik moet onmogelijk worden gemaakt. De huidige toestand, waarbij de ministeries van Sociale Zaken en van Financiën en ook nog de Ziekenfondsraad zich met de honoraria van de artsen bemoeien, maakt de hele kwestie alleen maar minder overzichtelijk. De totale kosten van de gezondheidszorg spelen in toenemende mate een belangrijke rol in de economie van ons land. Het gaat niet aan, alleen de ziekenfondshonoraria stringent te regelen en verder de inkomensvorming van de artsen uit de particuliere praktijk maar aan het toeval over te laten. Ook de premie van de particuliere verzekering, waaruit thans 60-70% van de artsenhonoraria worden betaald, vormt een belangrijk onderdeel van de bestedingen van het Nederlandse volk.

Ontwerpt men één regeling voor het gehele vraagstuk, dan wil dat nog niet zeggen dat alle vrijheid in het bepalen van een redelijk honorarium aan banden moet worden gelegd. Het kostenbesef van de patiënt, dat door een verstandige regeling van het eigen risico wordt gestimuleerd, kan een nuttige bijdrage leveren om excessen te vermijden. Daarnaast kan een belangrijke mate van vrijheid in de tariefstelling behouden blijven.

Hierin ligt juist een kenmerkend verschil met een Nationale Gezondheidszorg, die van andere zijde wordt aanbevolen en die er op neerkomt dat alle Nederlanders zonder onderscheid, via een volksverzekering, onder het ziekenfondswezen worden gebracht. Van vrijheid in het zelf bepalen van aard en prijs van het medisch handelen gaat binnen een ziekenfondsbestel noodzakelijkerwijs veel verloren. Dat drukt nog te meer, wanneer de compensatie wegvalt die tot nog toe uit de particuliere praktijk kon aanvullen, waar de „bescheiden” ziekenfondshonoraria tekort schoten. Van verschillende zijden wordt tegenwoordig de volksverzekering op tafel gelegd als een aanvaardbaar panacee voor alle financiële moeilijkheden die de gezondheidszorg ons heden ten dage voorlegt. Ik heb vaak de indruk, dat hier het woord van Goethe opgeld doet: „Denn wo Begriffe fehlen, da stellt zu rechter Zeit ein Wort sich ein...” Wat men met het woord „volksverzekering” precies bedoelt is allerminst duidelijk.

Volksverzekeringen zijn alle gebonden aan het premieplafond van de A.O.W., dat voor 1971 op f 18.800,— ligt. De fiscus zou in de totale onmogelijkheid zijn voor een nieuwe volksverzekering een ander plafond te hanteren, eenvoudig omdat daarvoor de gegevens ontbreken en het verzamelen van die gegevens vele miljoenen zou kosten. Wil men nu alle kosten van de gezondheidszorg naar draagkracht laten betalen door één procentuele belasting op het inkomen, op dezelfde manier als dit voor de A.O.W. en de A.W.B.Z. nu al gebeurt, dan wordt de solidariteit hopeloos overtrokken. De cijfers voor 1971 zijn nog niet bekend, maar op basis van ramingen over 1970 kan men berekenen, dat de gezondheidszorg die aan alle Nederlanders het volledige pakket van de ziekenfondsverzekering garandeert (inclusief de A.W.B.Z.) ongeveer 6.000 miljoen gulden zou hebben gekost. De overheid betaalde voor de A.W.B.Z. in deze kosten ongeveer 700 miljoen bij. Om de benodigde gelden geheel uit een algemene procentuele heffing bijeen te brengen, zou een premie van meer dan 10% nodig zijn. Dat betekent, dat een alleenstaande met een inkomen van bijvoorbeeld f 18.000,— aan zijn gezondheid een premie van ruim f 1.800,— zou moeten besteden. Als men met een premieplafond van f 15.500,— zou gaan werken, zoals dat in de huidige verplichte verzekering gebeurt, dan wordt het vereiste bedrag voor de alleenstaande natuurlijk nog veel hoger; op het ogenblik kost zijn particuliere verzekeringspremie hem niet meer dan plusminus f 650,—. Nu kan men hierop natuurlijk antwoorden, dat men de bijdrage uit de openbare middelen best wat kan verhogen.

Wie zo redeneert verliest uit het oog, dat Nederland in E.E.G.-verband al lang voorbij het punt is gekomen waar men de directe belastingen nog ad libitum kan verhogen. Bijdragen van de overheid kunnen uit de indirecte belastingen komen en drukken dan direct op de bestedingen, ofwel de overheid moet andere noodzakelijke uitgaven schrappen om geld vrij te maken voor een hogere bijdrage aan de volksgezondheid. Een totale volksverzekering op het terrein van de volksgezondheid zal moeilijk aannemelijk kunnen worden gemaakt.

Het is te verwachten, dat de Structuurcommissie van de S.E.R. uiteindelijk met een gemengd stelsel voor den dag zal moeten komen, waarbij een deel van de financiering uit een procentuele heffing op het inkomen en een ander deel uit een nominale premie zal bestaan, zodat ook de gezinssamenstelling invloed heeft op de totale premielast die de kostwinner moet dragen. In een dergelijk gemengd stelsel zullen de hoofdpunten, die in het voorafgaande betoog werden aangewezen, namelijk het eigen risico, het uniforme pakket en de gelijke tarieven voor de laagste klasse nuttige functies kunnen vervullen.

Uit Medisch Contact anno 1946

Zoo is dan toch nog mijn voorspelling werkelijkheid geworden, en dat nog wel na de bevrijding. Op heden, den 7en Jan. 1946 — men noteere dit in de medische annalen — vervoegde zich op mijn spreekuur patient A. (fonslid natuurlijk), met het verzoek, een briefje te mogen ontvangen ter verkrijging van... closetpapier! Ja, het is waar, zoover is het dan nu met ons artsen gekomen. Voorspeld heb ik het, tijdens het bewind van den Duitschen tyran, maar dat deze voorspelling nu nog werkelijkheid zou worden, na onze bevrijding, dat is toch wel een zeer droevig verschijnsel. Homo bureaucratius zit op den troon en decreteert naar welgevallen, wellust en onverstand.

„Loester eens dokter, ik heb last van takken, of aambeien zoo gezegd, en nu moet ik zacht closetpapier hebben, maar dat kan ik niet krijgen zonder briefje van den dokter”.

„Ja, hoor eens vriend, dat gaat nu toch werkelijk te ver; dat loopt beslist de spuigaten uit. Ik ben geen contrôlebeambte, ook geen privaatsbeambte, evenmin controleerend privaatsbeambte. Zeg dat maar aan je leverancier”.

„Ja, maar, dan krijg ik het niet”.

„Dan pas je maar de Indische waterfleschmethode toe en anders laat je je takken maar aan den leverancier zien. Groote kans, dat de man er ineens genoeg van krijgt, en dat je met een extra rol naar huis kunt gaan”.

Is het niet om uit je vol te springen en te emigreren? Zijn wij daarvoor arts geworden, om ons voor f 3,— per jaar per fonslid te laten treiteren met briefjes voor dit en voor dat, ja zelfs voor closetpapier? Met dat al zitten wij nog steeds midden in de briefjasmisère, en van een algemeene publicatie in alle bladen en aan alle openbare instanties, valt nog niets te bespeuren. Wordt het niet ten hoogste tijd, dat dit gebeurt?”

Brieven in de Bibliotheek van de Maatschappij (V)

Een brief van Wouter van Doeveren aan Peter Camper

Van de vele brieven in onze bibliotheek van Wouter van Doeveren aan verschillende binnen- en buitenlandse geleerden volgt hier de tekst van een dezer brieven aan Petrus Camper. Het adres luidt:

Monsieur
Monsr. Camper
Professeur en medicine
trés célèbre etc. etc.
en Groningue

En de tekst: Clarissime Campere!

Indien ik wat bijzonders te melden hadde gehad, zoude ik lang UwEdHg Brief hebben beantwoord: veelheid van Bezigheeden heeft ook tot het uitstel gecontribueerd. Thans moet ik, schoon kortelijk, UwEd. nieuwsgierigheid voldoen met te melden, dat onze Universiteit op gisteren de inkoop gedaan heeft van 't Cabinet van wijlen den Hr. B. S. Albinus voor de somme van f 6.300,—. Zoo dat wij het genoeg hebben, dat die collectie, tot een wezentlijk ornament dezer Academie, in deze stad zal blijven: waar, en hoe, dezelve geplaatst zal worden, zal de tijd leeren. De prijs is verre beneeden de verwagting van het publicq, hetwelk er veel te groote opinie en verwagting van hadde, ik ben verzekerd, indien 't bij stukken was verkogt geworden, dat er ten minsten wel 1000 daalders minder van gekomen zouden zijn. De Boeken zijn in 't algemeen zeer duur verkogt: Dr. Hunter hadde, onder anderen, zwaare commissien gegeven: ik hebbe, denk ik, met UwEdHg veelmaals moeten kampen: nogthans is't mij gelukt een curieus gebonden Exemplaar van de *Histoire Naturelle*, Parijsche Ed., voor f 96,— te koopen: de *Hipp. van Charterius* is voor f 140,—; de *Hortus Malabar* met de origineele teekeningen voor f 365,—; de *Aldrovandus* voor f 121,— verkogt etc. Dat Prof. A. van Roijen goed gevonden heeft, dit jaar geen Collegium practicq te houden, zal UwEd.Hgel. bekend zijn: hierdoor zijn mijne collegien zeer frequent. Ik houde het Practicq, waarbij 's Maandags en Donderdags een casuale; Vrijdags en Zaturdags een collegie *De principio vitali sano et morbo*; en om de 14 dagen een Disput. Collegie, waarin omtrent 25 Deff. en Opp. behalven de Auditores ingeteekend zijn. De overige omstandigheden schikken zig ook naar genoegen: Zoo dat ik reden hebbe van content te zijn, in welk genoegen ik vertrouwe dat UwEdHg wel zal willen deelen; en deeze is de reeden, dat ik het melde; zullende het mij altoos zeer aangenaam zijn van UwEdHg en de Uwen aangenaame nouvelles te moogen verneemen. Voor den Brief aan den Hr. Gesscher, dien ik door Dr. Ledeboer wel en tijdig hebbe ontvangen zegge ik UwEdHg dank. Verheugd ben ik, dat ik geen beoor-

deelaar van Orthodoxie of 't Contrarie zijn moet: dat werk zoude mij zoo wel niet ter hand staan als een anatomisch mes; hoe staat UwEd daar mede? Particulier nieuws weet ik hier niets, ook belet de kortheid des tijds mij meer te melden, dus verzoeken te excuseeren, dat ik na onze... verzekering aan UwEdHg en Mevrouw, in haast verblijf

WelEdele Hooggeleerde Heer en Vriend!
UwEdHgel. D. W. en gehoorzame Dienaar

Leiden d. 19 Oct. 1771

W. van Doeveren

In deze brief wordt door Van Doeveren bericht over de aankoop door de Leidse Universiteit van het kabinet van Bernard Siegfried Albinus voor f 6.300,— en ook worden prijzen vermeld van enige boeken, eveneens afkomstig van Albinus, die het jaar tevoren was overleden.

In de 17de en 18de eeuw was het in de mode een verzameling aan te leggen van planten en dieren, ook exotische, en van gesteenten, de naturalienkabinetten. Een beroemde verzameling was die van Frederik Ruijsch, die deze in 1717 verkocht aan Czaar Peter van Rusland voor f 30.000

De boeken van Albinus brachten voor die tijd hoge prijzen op.

Verder doet Van Doeveren in deze brief enige mededelingen over zijn colleges.

Walther van Doeveren is in 1730 te Philippine in Zeeuwsch-Vlaanderen geboren. Hij studeerde van 1747 tot 1753 onder B.S. en F.B. Albinus, Gaubius van Roijen en Winter in Leiden en promoveerde aldaar in oktober 1753, na enige tijd in Parijs gestudeerd te hebben, op een „Dissertatio de vermibus intestinalibus hominum, praecipue de taenia”, die in het Frans en Duits werd vertaald. Na 4 maanden praktijk te hebben gedaan in Leiden werd hij in 1754 tot Prof. Med. Anat. Chir. et Art. Obst. in Groningen benoemd. Daar bleef hij 17 jaar tot hij in 1771 tot hoogleraar in Leiden werd benoemd. Slechts 12 jaar bleef hij professor in Leiden, daar hij in 1783, na jarenlang lijden aan jicht stierf.

Van Doeveren was een uitstekende leermeester, verder een goede patholoog-anatoom, zijn verzameling anatomische praeparaten werd door de universiteit gekocht en door Sandifort beschreven, ook een baanbrekend gynaecoloog, hij schreef „*Primae lineae de cognoscendis mulierum morbis*”. Van stadhouder, prins Willem V was hij de arts.

De biografische gegevens van Petrus Camper zijn reeds vermeld bij de brieven II en IV.

Dr. J. A. van Dongen

Richtlijnen terzake van contacten met de pers

In verband met velerlei perspublicaties over medische aangelegenheden is ons menigmaal en de laatste tijd opnieuw de vraag voorgelegd hoe de arts het best kan reageren wanneer hij door een journalist wordt benaderd. Een gedetailleerde handleiding te dezer zake is moeilijk te geven, omdat naast zakelijke overwegingen daarbij vooreerst persoonlijke elementen in het spel komen. Want de wijze van reageren zal mede afhankelijk zijn van de manier, waarop de journalist zich bij zijn informator introduceert — het tijdstip waarop, of dit min of meer hoffelijk dan wel indringend of overrompend geschiedt — en hoe men dan individueel op de door de journalist gevolgde methodiek reageert. Hier is persoonlijke geaardheid en zijn vormen van attitude van de zijde van de journalist in het geding, die het onmogelijk maken voor deze voor de informator meestal onverwachte contacten met de pers een etiquette neer te schrijven.

Zou men dan evenwel toch willen pogen enkele algemene, zakelijke richtlijnen te geven, dan is te stellen dat de aangezochte informator zich vooreerst er rekenschap van zal moeten geven, door dit ook duidelijk tegenover de hem benaderende journalist te stellen, of hij à titre personnel dan wel als representant-woordvoerder voor een bepaalde groepering om inlichtingen wordt verzocht. In het laatste geval stelle men zichzelf de vraag of men in die kwaliteit hiërarchisch de aangewezen persoon is om de journalist te woord te staan. Het is denkbaar dat men de journalist dan moet verwijzen naar een collega, die terzake van het onderwerp, waarover inlichtingen worden gevraagd, een meer gerede persoon is om namens een groepering de inlichtingen — zo mogelijk — te verstrekken. Acht men zich niet de representant-woordvoerder, maar is intussen reeds duidelijk dat het journalistieke vragen betreft, waarop uit hoofde van beroepsethiek niet behoort te worden geantwoord, dan kan men kenbaar maken dat het geen nut heeft de journalist naar de collega te verwijzen, die eerder als woordvoerder in aanmerking zou komen. Overigens sluit dat niet uit dat de journalist dan zelf nog wel zal trachten andere wegen te vinden, waarlangs hij de door hem gewenste informaties tracht te verkrijgen.

Doch nu dan ingaande op de mogelijkheid van een gesprek — en daarbij uitgaande van de principiële bereidheid in medische kringen de journalist terwille te zijn — schromen wij toch niet richtlijnen dienaangaande duidelijk en openhartig te formuleren. De journalistiek is tegenwoordig „hard”, wat is er tegen zich zo nodig daar ook „hard” tegenover te stellen? Wij wagen het er op zulks te doen in de volgende richtlijnen:

1e Het verdient aanbeveling geen vragen te beantwoorden, die op de praktijk — praktijkvoering, patiënten — betrekking hebben. Wanneer de journalist poogt, nadat hem is verklaard dat over deze zaken geen mededelingen kunnen en mogen worden gedaan, langs omwegen toch enig antwoord te krijgen op zijn vragen, doet men verstandig duidelijk te maken dat voortzetting van het gesprek weinig zinvol is. De soms wel door journalisten toegepaste methodiek dat de aangeroepene, indien hij de vragen niet concreet wil beantwoorden, dan aansprakelijk er voor is wanneer een bericht onjuist in de krant komt, kan men reciproceren met te zeggen dat men voor deze journalistieke methode de eigen ethiek niet prijs geeft.

2e Wanneer men aanleiding vindt de journalist te woord te staan kan het nuttig zijn tevoren vast te leggen op welke wijze deze de door de opgeroepene te geven informaties denkt te verwerken: om met meer deskundigheid een bericht of beschouwing samen te stellen, dan wel dat hij voornemens is in zijn bericht of beschouwing de opgeroepene met name als zijn informator te noemen of — vorm van interview — hem sprekende in te voeren. Naar gelang de journalist daarop van antwoord dient kan men hetzij met de door hem te kiezen vorm instemmen, hetzij zelf de vorm bepalen, waarvan toepassing voorwaarde is om als zijn informator te willen optreden.

3e Gelet op de ervaringen, die in sommige gevallen met (radio) journalisten is opgedaan, te weten dat zij vanaf het ogenblik dat de telefonische verbinding met de opgeroepene tot stand komt, een geluidsband aanzetten, is het bepaald niet onredelijk dat de opgeroepene de vraag stelt of de aanvrager het gesprek op de band opneemt. Wordt daarop bevestigend geantwoord, dan kan men of weigeren een gesprek te voeren, of er mee instemmen onder beding dat de band uitsluitend mag worden gebruikt voor persoonlijk gebruik door de journalist (bij de uitwerking van de verkregen gegevens), men kan ook een ogenblik geduld vragen om zelf een band aan te zetten. Ook dan verzuime men niet eerst vast te stellen dat met het vastleggen op de band van het gesprek uitsluitend voor persoonlijk gebruik door de journalist wordt ingestemd en voorts onder welke voorwaarde — anoniem, als „woordvoerder” e.d. — men bereid is de informaties te verstrekken.

4e Betwijfelt men of men een van de zijde van de pers (publiciteitsmedia in het algemeen) gevraagde

medewerking zal of kan verlenen — het geven van informatie, het verlenen van interviews, het deelnemen aan radio- of televisieuitzendingen — dan vragen men bedenktijd om op de uitnodiging te reageren teneinde zich tussentijds over het al dan niet verlenen van de gevraagde medewerking telefonisch met de Maatschappij te verstaan (arts- of jurist-secretarissen, dan wel journalistieke adviseur).

5e Bij gesprekken met journalisten — dit geldt vooral voor het in persoon gevoerde onderhoud (interview) en in het bijzonder bij medewerking aan televisieuitzendingen, waarbij de onervarene aan spanningen over het welslagen van zijn publiekelijke optreden onderhevig kan zijn — geve men zich rekenschap van de gestelde vragen om die, wanneer zij tendentiekus worden gesteld — hetgeen veel voorkomt — eerst te analyseren en tot een objectieve vorm te herleiden, om daarna op de aldus gecorrigeerde vraag het antwoord te geven.

6e Van belang is bij het in de spreekkamer of woonkamer afgenomen interview, waarbij gaandeweg een ongedwongen gespreksfeer ontstaat, zijn woorden zorgvuldig te blijven kiezen en zich niet tot een bijvoorbeeld populaire formulering te laten verleiden, die in de toon van het gesprek geen dissonant is maar welke formulering zwart op wit gedrukt en tussen aanhalingstekens geplaatst, bij de lezer een geheel ander effect teweeg kan brengen. De journalist is geneigd de „markante” uitspraken in zijn weergave van het gesprek naar voren te brengen.

7e Voor een te verlenen interview aan de schrijvende pers geldt overigens dat men de voorwaarde kan stellen eerst inzage te krijgen van het geschrevene met recht daarop correcties te kunnen aanbrengen. De goede journalist zal het, zeker wanneer het medisch-technische onderwerpen betreft, alleen maar op prijs stellen dat hij op die wijze voor fouten kan worden behoed. Ten aanzien van de representanten van sommige weekbladen geldt dat men verstandig doet wat betreft het voorleggen van het geschrevene en het tijdstip van drukken een tijdschema vast te leggen. Het is enkele malen voorgekomen dat een uitgewerkt interview aan de geïnterviewde ter inzage werd verstrekt op een tijdstip, dat dit interview reeds ter perse was.

ADRESWIJZIGINGEN

kunnen om technische redenen niet spoor-slags worden gerealiseerd. Men verzakere zich toezending van Medisch Contact op een nieuw adres door van adreswijziging ten minste vier weken tevoren opgave te doen aan de administratie.

Uitgaven Ledencongres 's-Gravenhage 1970

Na het in oktober 1970 te 's-Gravenhage gehouden Ledencongres is van verscheidene kanten gevraagd naar de teksten van de leiders van de oecumenische kerkdienst Prof. Dr. H. Berkhof te Oegstgeest en Prof. mag. Dr. E. Schillebeeckx o.p. te Nijmegen. Deze teksten zijn op stencil beschikbaar en kunnen door belangstellenden worden aangevraagd bij de secretaresse van Medisch Contact, Lomanlaan 103, Utrecht.

Binnenkort verschijnt een stereo langspeelplaat met een speelduur van 2 maal 20 minuten, waarop een groot gedeelte van het programma van de feestavond van zaterdag 3 oktober 1970 is opgenomen. De „Ooievaarcantate”, uitgevoerd door het Haagsch Artsenorkest en Koor, staat op één kant van de plaat, op de andere kant staan het pianoconcert van Arányi en een selectie uit het cabaret.

Men kan deze plaat bestellen door storting van f 10,— op de Amro Bank, Wassenaarseweg, 's-Gravenhage rekeningnummer 473642700 of door storting op postgironummer 8560 ten name van de penningmeester van de afdeling 's-Gravenhage en Omstreken Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. De plaat wordt dan spoedig na het verschijnen in maart 1971 toegezonden.

8e Meent men zelf initiatief te moeten nemen voor een ontmoeting met de pers — individueel, vanuit organisatorisch standpunt — dan kan het niet onwenselijk zijn terzake van een dergelijk voornemen zich met de adviseurs der Maatschappij te verstaan hetzij met betrekking tot vragen in hoeverre het realiseren van een dergelijk voornemen zinvol is te achten dan wel betreffende de daarbij te volgen procedure.

Overigens — dit zij met nadruk aan het bovenstaande toegevoegd — strekken deze globale richtlijnen er geenszins toe een ten principale afwijzende houding tegenover de pers te wekken. Er is in het algemeen veel voor te zeggen de pers ter wille te zijn in die gevallen, waarin men dit verantwoord of nuttig acht. Dat zal er toe leiden dat men de basis, waarop men eventueel medewerking verieent, op vriendelijke, niettemin zakelijke wijze met de journalist tevoren vastlegt.

J. J. van Mechelen
Journalistiek adviseur

Kort verslag 156ste Algemene Vergadering (II en slot)

(Voor deel I zie M.C. nr. 4/1971, bladzijde 110 e.v.)

X. De jaarvergadering der Maatschappij.

De voorzitter zegt, dat ingevolge artikel 404 H.R. de Algemene Vergadering vóór 15 september de jaarstukken moet behandelen. De Algemene Vergaderingen zullen in 1971 in april en in oktober worden gehouden. Het hoofdbestuur stelt voor, in de Algemene Vergadering van oktober de jaarstukken te behandelen. Gebleken is, dat twee Algemene Vergaderingen in één jaar als regel voldoende zijn om de aanwezige stof te behandelen. Het is beter om, wanneer onderwerpen aan de orde zijn, die een bijzondere behandeling nodig maken, daartoe een buitengewone Algemene Vergadering bijeen te roepen. Met het oog op een evenwichtige verdeling der werkzaamheden en met een blik op de kalender is besloten, de vergaderdata voorlopig te fixeren op 24 april en op 30 oktober 1971, hetgeen meebrengt, dat niet kan worden voldaan aan de in het H.R. omschreven plicht de jaarstukken vóór 15 september te behandelen.

Rijpperda Wierdsma (XIV) vraagt, of het de bedoeling is, dat bij voorbaat dispensatie wordt gevraagd.

De voorzitter antwoordt bevestigend.

Rijpperda Wierdsma (XIV) meent, dat het hoofdbestuur dit beter direct had kunnen schrijven.

De voorzitter constateert vervolgens, dat de Algemene Vergadering zich met het door het hoofdbestuur voorgestelde kan verenigen. Voorts stelt hij voor, thans eerst punt XII van de agenda in behandeling te nemen.

Daartoe wordt besloten.

XII. Mededelingen van het hoofdbestuur.

De voorzitter zegt, dat uit de gehouden enquête inzake de invoering van de nieuwe contributieregeling is gebleken, dat het mogelijk is de datum van ingang op 1 januari 1971 te stellen. Het hoofdbestuur heeft besloten de invoering per die datum te doen geschieden; vanaf die datum zal tevens volgens een in een vorige vergadering aanvaarde regeling worden gehandeld. De in het rapport van de commissie contributieregeling genoemde tabel, volgens welke de klassen zullen worden ingedeeld, zal wat de bedragen betreft worden aangepast aan de „loon-index". Deze bedragen zullen naar boven of naar beneden op f 500,— worden afgerond.

De ledenlijst voor 1970 kon niet tijdig gereedkomen. In 1971 zal zo spoedig mogelijk een nieuwe ledenlijst worden uitgegeven. Daar het jaar 1970 reeds ver is gevorderd, leek het het hoofdbestuur niet wenselijk aan het einde van dit jaar een nieuwe lijst uit te geven.

Het plan bestaat op zaterdag 19 december te 10 uur in het Jaarbeursgebouw een symposium over kindermis-handeling te houden. Oorspronkelijk was 19 december

gereserveerd voor een Algemene Vergadering. Naar het zich laat aanzien, zullen vóór die datum geen onderwerpen aan de orde komen, die het nodig maken een Algemene Vergadering bijeen te roepen. Het hoofdbestuur meent de daarvoor uitgetrokken dag te mogen en te moeten gebruiken voor bespreking van een onderwerp dat thans in het centrum van de belangstelling staat. Tijdens dit symposium kunnen mededelingen worden gedaan over de vorderingen die zijn gemaakt om te komen tot een zo goed mogelijke regeling van dit zeer moeilijke vraagstuk. Eerst zullen inleidingen worden gehouden en daarna zal een forumdiscussie plaatsvinden. Mocht het nodig zijn, toch een Algemene Vergadering bijeen te roepen, dan zal deze kunnen worden gehouden op vrijdag 18 december te 19.00 uur. Het ziet er nu echter niet naar uit, dat dit noodzakelijk zal zijn.

Wat het vraagstuk van het personeelsbeleid aangaat, heeft het hoofdbestuur het rapport van de daartoe ingestelde commissie aanvaard, hetgeen inhoudt, dat voor het volledige personeel in dienst van de Maatschappij, dus eveneens voor het personeel van de Maatschappelijke verenigingen en van Medisch Contact, een uniform bestel van arbeidsvoorwaarden zal gelden, aangepast aan moderne inzichten. Dit heeft betrekking op het salarisbeleid, op de pensioenregeling en de inschaling etc.. Het hoofdbestuur hoopt hiermede een basis voor een bevredigend personeelsbeleid te hebben gelegd, waardoor tussen de verschillende onderdelen van de Maatschappij in dezen geen discrepanties zullen blijven bestaan of ontstaan. Momenteel vindt de uitwerking van dit personeelsbeleid plaats en het ligt in de bedoeling, het met terugwerkende kracht op 1 januari 1970 te doen ingaan. De uitvoering van de maatregelen zal waarschijnlijk grotere bedragen eisen dan die, welke in de post „salarissen en pensioenregelingen" zijn voorzien. Gezien in het licht van de huidige omstandigheden is zulk een beleid noodzakelijk en alleszins gemotiveerd.

Spreekster constateert vervolgens, dat niemand over dit punt het woord verlangt en dat hiermede dit punt is afgehandeld.

De vergadering wordt hierna voor enige tijd geschorst en daarna hervat.

XI. Korte inleidingen over: a. de medische wetgeving; b. praktijkwaarneming.

De voorzitter; vestigt de aandacht erop, dat de stukken, die de afgevaardigden zijn toegezonden en die betrekking hebben op de werkzaamheden van de Staatscommissie tot herziening van de Wet op de uitoefening van de geneeskunst, een zeer vertrouwelijk karakter hebben. Hij vraagt de afgevaardigden door de wijze waarop zij met deze stukken omgaan er blijk van te geven, dat zij hebben begrepen wat dit betekent.

Hierna houdt Mr. W. B. van der Mijn een inleiding over de medische wetgeving.

(zie M.C. 1970/39, blz. 1019)

De voorzitter dankt Mr. Van der Mijn voor diens voortreffelijke inleiding over dit uitermate belangrijke onderwerp. Hij stelt vervolgens de vergadering in de gelegenheid met Mr. Van der Mijn van gedachten te wisselen.

Kaiser (V) constateert, dat Mr. Van der Mijn hoopt en verwacht dat in de toekomst tussen overheid en beroepsorganisaties uitvoerig zal worden overlegd om de uitoefening van het medisch beroep optimaal te regelen. Misschien is het een domme vraag, maar zal dit de artsen niet voeren tot de tot nu toe steeds afgewezen p.b.o., daar zij alleen daardoor meer zeggenschap zouden krijgen?

Van der Mijn (secretaris van de Maatschappij) antwoordt, dat publiekrechtelijke ordening kan geschieden door het stellen van regelen door de centrale overheid, die in de wet worden vastgelegd, of door de beroepsgenoten, aan wie de overheid de bevoegdheid geeft verordeningen te maken. Voor het bedrijfsleven heeft men het nodig geacht daartoe de mogelijkheid te openen. Daarvan is in de jaren vijftig veel en in de jaren daarna slechts weinig gebruik gemaakt.

Wanneer de Maatschappij een p.b.o. wordt, zou zij de bevoegdheid krijgen in de mate waarin de wetgever deze aan haar wil toevertrouwen, verordeningen te maken, waarbij alle praktiserende artsen in het land zouden worden betrokken. Daarbij gaat het dan voornamelijk om regelingen betreffende de wijze van beroepsuitoefening, gepaard gaande met tuchtrechtelijke sancties, die in wezen niet zoveel verschillen van de mogelijkheden, die de Maatschappij, een privaatrechtelijke organisatie met een hoge organisatiegraad, al heeft.

De Maatschappij kan beter de weg blijven bewandelen, die tot dusverre is gevolgd. De wetgever moet niet meer regelen dan strikt nodig is en dan hetgeen, waarmede het algemeen belang is gediend. Het moet aan de privaatrechtelijke organisaties worden overgelaten op basis van vrijwilligheid de regelingen te treffen, die de groep zelf gunstig acht. Het lijkt spreker niet nodig die regelingen te ondersteunen met een publiekrechtelijke bevoegdheid.

Rijperda Wierdsma (XIV) vraagt, of men bij de moeizaam veroverde toestemming van de overheid om wettelijk vast te leggen, hetgeen in de Maatschappij op het gebied van de specialistenregistratie is opgebouwd, wel of niet te doen heeft met een stukje p.b.o.

Van der Mijn antwoordt, dat men zou kunnen zeggen, dat de regeling, die de Maatschappij met de specialistenregistratie heeft getroffen, een kwasi-publiekrechtelijke regeling was. Er is een regeling, die een maatschappelijke erkenning heeft verkregen van een dermate grote betekenis, dat iedereen, die niet aan die regeling is onderworpen, niet die maatschappelijke voordelen ervan kan genieten. De door de Maatschappij getroffen regeling heeft in concreto tot consequentie, dat iedere in het register ingeschrevene als specialist wordt erkend in het maatschappelijk organisatiepatroon. Hij wordt ook door de ziekenfondsen en de ziektekostenverzekeraars als zodanig gehonoreerd. Die grote maatschappelijke betekenis heeft ertoe geleid, dat men, ongeacht het feit, dat men wel of niet lid is van de Maatschappij, deze regeling op iedereen, die aan de vereiste deskundigheid voldoet, van toepassing moet verklaren. De Maatschappij heeft de taak op zich genomen, die de overheid op zich had kunnen nemen door iedereen die aan de deskundigheidseisen heeft voldaan, op een bepaalde wijze te honoreren. De

overheid heeft dit niet gedaan; de Maatschappij heeft die behoefte gevoeld en de nu geldende regeling kan worden beschouwd als een kwasi-publiekrechtelijke regeling. Een dergelijke belangrijke regeling moet in een nieuwe, moderne wet worden ondersteund. Er is een strijdvaardig geweest, of de nieuwe regeling in de moderne wet moet worden overgenomen namelijk omdat de zaak van zodanige importantie is, dat de overheid, met een brief van dankbetuiging jegens de Maatschappij, die het voorwerk heeft gedaan, het voortaan zelf moet gaan doen (een echte wettelijke regeling) of dat zou kunnen worden volstaan met iets, wat in een moderne wet op zijn minst zal moeten plaatsvinden: een wettelijke ondersteuning, een wettelijke basis voor de bestaande structuur. Hierover zijn vele nota's gewisseld en hierover bleken niet dezelfde visies te bestaan. De Staatscommissie heeft echter een zo grote waardering voor het op dit gebied door de Maatschappij verrichte werk en zij beseft zozeer, dat alleen door de inspanning van velen op basis van vrijwilligheid de regeling zo gunstig functioneert — in feite hebben de specialisten door onderlinge afspraken hun werk ten opzichte van de huisartsen afgebakend, terwijl de wet, die een type arts kent, die alles mag, daarover niets bepaalt — dat zij heeft besloten niet verder te gaan dan een ondersteuning van de bestaande structuur. In de wettekst zal dit erop neerkomen, dat wanneer een privaatrechtelijke organisatie het verlangen heeft om regelingen te treffen voor groepen van geneeskundigen, de overheid dit kan goedvinden. De Maatschappij krijgt dan ook die bevoegdheid. In de wet komt dus in feite de basis van wat nu in het Maatschappijreglement is geregeld, met handhaving van het privaatrechtelijke karakter van de colleges, die er nu zijn.

De voorzitter dankt de heer Van der Mijn en geeft het woord aan Dr. Roelink, directeur van het bureau voor waarneming en vestiging, die een inleiding zal houden over de praktijkwaarneming.

Hierna houdt Dr. H. Roelink (secr. K.N.M.G.) een inleiding getiteld „Waarneming door en bereikbaarheid voor praktiserende artsen”, welke inleiding in extenso in M.C. 1970/40, blz. 1065 e.v. en M.C. 1970/41 blz. 1101 e.v. is opgenomen.

De voorzitter zegt, dat collega Roelink zeer veel moeite heeft gedaan om de nodige gegevens te verzamelen, hetgeen niet eenvoudig was. Diverse rappels moesten uitgaan. Het is mogelijk, dat de publikatie in M.C., waarin de resultaten van de enquête zullen worden verwerkt en van commentaar voorzien, aanleiding zal geven tot een nadere discussie en tot het treffen van bepaalde maatregelen.

XIII. Rondvraag.

Mevrouw Hissink (I) heeft het onaangenaam gevonden, dat zij heeft moeten stemmen op „invisible men”.

Voorts vestigt zij de aandacht op de passage in het jaarverslag-1969, waarin staat, dat de artsen meer dan ooit aandacht zullen moeten besteden aan de grote beleidsproblemen en hun mening aan de bestuurders kenbaar zullen moeten maken. Onlangs is de Sportnota-1970 door de Nederlandse Sportfederatie gepresenteerd en naar aanleiding hiervan vraagt spreekster zich af, of lichaam en geest door velen niet worden verwaarloosd. In Nederland is een tekort van 3000 gymnastieklokalen. Bij de keuring voor militaire dienst wordt 32% van de jongens afgekeurd. 21% van de mannen verricht zittend werk en het ziekteverzuim neemt toe. Is het niet zinnig

om adequaat op deze duidelijke signalen te reageren? Kunnen de Nederlandse artsen niet een grotere activiteit ontplooiën wat betreft een nationaal sportbeleid? Door de artsen zal veel meer moeten worden gedaan aan de milieuhygiëne en vooral ook aan de psycho-hygiëne. Het is ergerlijk hoezeer vele artsen nonchalant aan deze zaken, die aller welzijn betreffen, voorbijgaan.

De voorzitter vindt dit zeer behartenswaardige woorden. Het is van belang, dat het hoofdbestuur en de Maatschappij als geheel — het geldt in bijzondere mate voor alle leden — aandacht aan dit uitermate belangrijke vraagstuk van de gezondheidszorg besteden. Het hoofdbestuur bezint zich op de mogelijkheden om met de middelen, die daartoe kunnen worden gemobiliseerd, in dezen een actievare rol te spelen. Ter zake is echter niet alleen voor de Maatschappij een taak weggelegd. Er wordt gezocht naar wegen om de algemene verantwoordelijkheid, die ook de Maatschappij draagt ten aanzien van de gezondheidszorg, te zamen met anderen tot gelding te brengen.

Mol (IX) zegt, dat de vergadering gebruik heeft gemaakt van het grootste recht, dat de democratie kent, n.l. te stemmen. Hij heeft zich echter nauwer betrokken gevoeld bij de verkiezingen, die zich in Chili hebben afgespeeld, daar hij wist wat de heren Alessandri, Tomic en Allende achter hun namen verborgen c.q. in hun schild voerden. Ook voor de vervulling van vakatures in het bestuur van de amateurtoneelvereniging van Etten-Leur zou hij bewust en gericht kunnen kiezen. In het onderhavige geval ging het echter om het hoogste college van de Maatschappij. Spreker heeft het gevoel, het bestuur slechts mede in stand te hebben gehouden door één van de zes kandidaten domweg niet te noemen. Daardoor heeft hij eraan medegeholpen het proces van de bestuurscoöptatie volledig tot rijping te laten komen. Van de zes kandidaten kent spreker er slechts één en hij weet hoe deze denkt over artsenpensioenen. Dat is ook alles. Hij weet niet, hoe deze arts en de vijf anderen staan tegenover de abortus- en de euthanasiekwestie, de nieuwe medische wetgeving, de wet-ziekenhuisvoorzieningen, de socialisatie van de gezondheidszorg, de opleiding en nascholing, de W.M.A. en over het medisch ontwikkelingswerk in het algemeen en SANO in het bijzonder. Men behoort veel meer te weten, wanneer men zijn stem brengt. Misschien zal men pas de volgende week in M.C. foto's van de nieuwe bestuurders aantreffen en zal men kunnen kennisnemen van een eenvoudig curriculum vitae van degenen, op wie de vergadering thans heeft gestemd. Zij zullen het echter zijn, die namens de Maatschappij over deze belangrijke zaken in de hoogste regionen hun meningen zullen verkondigen. Vermoedelijk is spreker niet de enige onder de afgevaardigden, die moeite had met zijn stemgeving. Er is gestemd over twee leden van het bestuur van M.C. Hoe denken zij over de plaats van M.C. binnen de Maatschappij? Uit 13.752 leden werden enige namen ter stemming voorgehouden, maar nadere bijzonderheden over de personen en hun visie ontbraken. De vergadering heeft vandaag gestemd, maar niet gekozen; zij heeft in blind vertrouwen de voorstellen van het hoofdbestuur gesanctioneerd. Wil men blijven spreken van een levende Maatschappij, dan zal deze procedure gewijzigd moeten worden. De kandidaten zouden in het vervolg vóór de verkiezing „als kandidaat” in M.C. dienen te worden besproken en deskundig geïnterviewd.

Vervolgens vestigt spreker de aandacht op het feit, dat de vergadering dit jaar weer een post van f 15.000,— heeft goedgekeurd ten behoeve van het W.M.A.-congres,

hoewel zij niet weet, waarom dit bedrag niet f 5.000,— of f 50.000,— zou moeten zijn. Dit over twee jaar te houden congres zal vele malen de inspanning vereisen, die de jaarlijkse Maatschappijcongressen vergen, zowel van bestuur en secretariaat, als van de voorzitter in het jaar 1972. Heeft men zich gerealiseerd, dat de voorzitter voor 1972 thans reeds in het hoofdbestuursmidden aanwezig is? Hem zullen zware eisen worden gesteld in verband met vele representatieve taken en hij zal als gastheer van een wereldcongres niet van polyglottische kwaliteiten gespeend mogen zijn. Zit de opvolger van de opvolger van de huidige voorzitter al in de hoge hoed? Waar en wanneer precies zal dit congres plaatsvinden? Is reeds een voorbereidingscommissie ingesteld en zo ja, hoever is zij gevorderd met haar werkzaamheden? Welke zijn de plannen en wanneer zullen de Algemene Vergadering uitvoerige plannen worden voorgelegd?

De voorzitter dankt Mol voor zijn positieve betrokkenheid bij de gang van zaken. Hij kan niet zeggen, waarom ditmaal niet een curriculum vitae van de bestuurskandidaten is gepubliceerd. In zekere zin heeft de vergadering gestemd en niet gekozen. Ook voor het hoofdbestuur is het een telkens terugkerend probleem, hoe te komen tot een werkelijke verkiezing. Vooralsnog heeft het de in het reglement voorgeschreven weg bewandeld en heeft het op de daartoe geëigende wijze opgeroepen tot het stellen van kandidaten. Er is geen sprake van coöptatie. Mocht die er zijn, dan vindt zij plaats in de districten, maar zeker niet in de kring van het hoofdbestuur.

Inzake het in 1972 te houden W.M.A.-congres heeft het hoofdbestuur reeds vele stappen ondernomen ter voorbereiding daarvan. Een reeds ingestelde commissie van voorbereiding is in Oslo geweest om in de praktijk waar te nemen, hoe het op zo'n congres toegaat en wat daarvoor nodig is.

Wat betreft de vraag wie het congres van de W.M.A. zal voorzitten, merkt spreker op, dat het niet obligaats is, dat deze persoon per se voorzitter van de Maatschappij is. Het congres zal in Amsterdam worden gehouden en met de overheid en met andere instanties is ter zake contact opgenomen. Een gedetailleerd programma voor dit congres is nog niet gereed.

Hart (VI) is zich ervan bewust een netelig probleem aan de orde te stellen, als hij aandacht vraagt voor het probleem van de Regeling en Klapper. Volgens het jaarverslag van L.H.V. staat dit probleem het sluiten van een overeenkomst met de ziekenfondsen in de weg. Welk standpunt neemt het hoofdbestuur in dezen in? Naar verluidt, zal het standpunt van het hoofdbestuur ernstige consequenties hebben voor de overeenkomst, die eventueel tussen de ziekenfondsen en de L.H.V. zal worden gesloten. Kunnen de afgevaardigden hierover worden gehoord? Te vrezen valt, dat deze zaak anders buiten de afgevaardigden om wordt behandeld.

De voorzitter wil over dit probleem, een heet hangijzer, geen ver in de historie teruggaande beschouwing houden. Het hoofdbestuur heeft uitgesproken, dat het in beginsel niet onethisch is in een contract met de ziekenfondsen een bepaling op te nemen betreffende het voorschrijven van medicijnen. Deze uitspraak is in dier voege begrensd, dat bepaalde waarborgen moeten zijn geschapen. De vrijheid van voorschrijven naar het inzicht van de arts wordt gewaarborgd met de intentie, dat de Regeling en Klapper wordt gebruikt als een richtlijn voor het verantwoord voorschrijven. Het hoofdbestuur en de voorzitters van de Maatschappelijke verenigingen hebben een

brief doen uitgaan aan de leden met het verzoek de Regeling en Klapper als een zwaarwegend advies bij het voorschrijven van medicamenten te beschouwen. Het hoofdbestuur heeft nadrukkelijk uitgesproken, dat de bepaling inzake het voorschrijven van medicamenten niet zover mag gaan, dat dit zou neerkomen op een binding aan de Regeling en Klapper. Het is aan de beslissingsvrijheid van L.H.V. en L.S.V. overgelaten met de ziekenfondsen binnen het gegeven raam tot bepaalde regelingen te komen.

Kuypers (XI) merkt op, dat de secretaris van zijn district heeft verzocht om een bijdrage in de financiering van de nascholing van huisartsen, die ieder jaar in Limburg geschiedt. Deze bijdrage is geweigerd. Welke richtlijnen gelden om voor financiering van de nascholing in aanmerking te komen?

De *voorzitter* antwoordt, dat op initiatief en met medewerking van de L.H.V. en het Nederlands Huisartsen Genootschap, de Stichting financiering nascholing huisartsen is tot stand gekomen, waaraan op bestuursniveau door de Maatschappij wordt medegewerkt. Het is de bedoeling, dat deze stichting met een voorlopig karakter zal opgaan in de in oprichting zijnde stichting voortgezet medisch onderwijs, waarin de Maatschappij, de overheid, de medische faculteiten en eventuele andere belangstellenden zullen participeren om de nascholing van artsen in al haar facetten mogelijk te maken. Spreker weet niet, welke precies de richtlijnen zijn volgens welke de voorlopige stichting subsidie verleent voor de nascholing.

Dallmeijer (HB) zegt, dat het doel van de nieuwe stichting is de organisatie van de nascholing van de grond te brengen ter bereiking van een structuur, waarbinnen het mogelijk is, alle artsen nascholing te geven. In principe zullen de kosten van deze nascholing door de na te scholen artsen moeten worden betaald.

Vermeer (HB) die namens de Maatschappij zitting heeft in het bestuur van de stichting, wijst erop, dat de voorlopige stichting zich nu bezighoudt met de organisatie en de dingen, die nodig zijn om de nascholing zelf te stimuleren en te coördineren. Wanneer lokaal onvoorzien bepaalde tekorten ontstaan, doordat b.v. een redelijke begroting door het uitvallen van een groot aantal deelnemers overschreden wordt, probeert de stichting zoveel mogelijk — het beschikbare fonds is niet groot — daaraan tegemoet te komen. Het gaat niet alleen om de verdeling van de bedragen, die in hoofdzaak door de L.H.V. worden gevoteerd, ook komen allerlei beleidskwesties ter sprake. Men is nog steeds zoekende naar een bevredigende regeling voor dit geheel. Behalve spreker hebben in het bestuur ook zitting drie vertegenwoordigers van de L.H.V. en drie van het N.H.G. De vertegenwoordigers van de faculteiten, voor wie een plaats is opengehouden, zijn nog steeds niet komen opdagen.

Kugel (VI) vraagt, hoe het staat met de voorbereiding en de uitvoering van de raamwet.

De *voorzitter* antwoordt, dat de betreffende kamercommissie gereed is met haar antwoord en dat de zaak thans bij de regering aanhangig is. Het is nodig, dat zij wordt opgepord. Er bestond enige tijd de indruk dat de bezwaren bij de staatssecretaris van financiën niet meer zo zwaar wogen, maar hiervan is tot nu toe noch in het wetsontwerp noch in de Memorie van Toelichting iets terug te vinden. Er is enige hoop, als deze althans niet door de nieuwe loongolf, die over het land komt, wordt

weggespoeld, wanneer de regering tot een herschikking van de prioriteiten zou moeten komen.

Gaulhofer (II) wijst erop, dat tijdens het 24ste congres van de W.M.A. door een Engelse afgevaardigde is voorgesteld, het roken tijdens medische bijeenkomsten achterwege te laten. Spreker stelt de Algemene Vergadering voor, het roken in de vergaderingen vóór de pauze achterwege te laten.

De *voorzitter* vindt dit, zeker als longarts, een zeer sympathiek voorstel. Iedere arts zou er voldoende van overtuigd moeten zijn, dat het beter is het roken achterwege te laten. Meer bewijzen, dat het schadelijk is, zijn niet nodig. Wanneer men zelf deze schadelijkheid aanvaardt, dient men zich ervan bewust te zijn, dat men anderen eveneens schade berokkent, wanneer men rook uitblaast in een vertrek, waarin men niet alleen is. Roken is de ernstigste vorm van luchtverontreiniging. Spreker wil geen uitspraak uitlokken over de vraag, hoe de vergadering over het voorstel denkt, tenzij zij door het noemen van deze mogelijkheid zodanig is overweldigd, dat zij het meteen in behandeling wenst te nemen.

Kampman (XX) is nog niet geheel bevredigd door de uiteenzetting van de voorzitter over de Regeling en Klapper, doordat deze heeft gesteld, dat het hoofdbestuur niet een keiharde binding aan de Regeling en Klapper voorstaat, maar deze als een zwaarwichtig advies beschouwt. Zo is het nu al. Voor spreker is een en ander nog niet duidelijk en gehoord de uitlatingen van de zijde van de ziekenfondsen, is het die heren in ieder geval niet duidelijk. Deze zaak is bij de komende onderhandelingen voor de L.H.V. moeilijk. Zij heeft een uitspraak van haar ledenvergadering gevraagd en zij heeft te horen gekregen, dat er geen contractuele binding aan de Regeling en Klapper mag zijn. Het centraal bestuur van de L.S.V. heeft zich reeds uitgesproken voor een contractuele binding, terwijl de ledenvergadering daarover nog niet is gehoord. Tot nu toe is de uitspraak van het hoofdbestuur niet duidelijk geweest. Zou het niet juist zijn om ter ondersteuning van het standpunt van het hoofdbestuur de mening van de ledenvergadering te vragen?

De *voorzitter* zegt, dat dit punt bij de onderhandelingen door de ziekenfondsen op een zodanige wijze naar voren is gebracht, dat de indruk is gewekt, dat het opnemen van de Regeling en Klapper in het contract als een conditio sine qua non werd beschouwd. In het periodieke contact met de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid heeft het hoofdbestuur deze kwestie aangesneden en heeft het erop gewezen, dat, als dit punt zo naar voren werd gebracht, het vraagstuk verkeerd werd aangepakt en dat daardoor een onwerkbaar situatie zou worden geschapen. Ook heeft het gezegd, dat dit de zaak nodeloos op de spits drijft en dat de kwestie niet belangrijk genoeg is om daardoor het totstandkomen van een contract tussen L.H.V. en ziekenfondsen te frustreren, terwijl zij ook niet opweegt tegen de vele belangen, gemeind met het sluiten van het contract, vooral bij het voortgaan van de gezondheidszorg in het land. Op advies van de staatssecretaris is deze kwestie gezet op de lijst van punten, die in de eerstvolgende audiëntie met de minister naar voren zullen worden gebracht. De minister heeft nog geen datum voor deze audiëntie kunnen noemen.

Rijpperda Wierdsma (XIV) wenst zich aan te sluiten bij de woorden van herdenking van het overleden erelid Van

Erp Taalman Kip. Het is juist om vanuit deze vergadering, in wier werkzaamheden hij zulk een groot aandeel heeft gehad, een stem van herdenking te laten horen. Voor de Maatschappij had Van Erp Taalman Kip een warmkloppend hart. Degenen, die hem als afgevaardigde hebben leren kennen, weten, dat hij in de Algemene Vergadering een bezielende invloed uitoefende. Men zou in dezen een vergelijking kunnen maken met de mening van Churchill over het Lagerhuis.

Spreeker heeft geconstateerd, dat de voorzitter nogal „driftig” is, hetgeen men niet zou denken, gezien de uitgebalanceerde wijze, waarop deze vergadering is geleid. De drift van de voorzitter heeft in de vorige Algemene Vergadering ertoe geleid, dat niemand gelegenheid kreeg hem te danken voor zijn leiding. Deze drift kwam vanmiddag ook tot uiting in de herhaalde mededeling, dat het met het oog op de tijd beter was etc. . . , terwijl het helemaal niet laat was. Waarschijnlijk wilde de voorzitter een record vestigen in het vroeg beëindigen van een Al-

gemene Vergadering. Deze vergadering is uitstekend verlopen en het is spreker bekend, hoeveel moeite de voorzitter en anderen hieraan hebben besteed. Daarom stelt hij er prijs op het hoofdbestuur en het secretariaat hiervoor te danken. Hij hoopt, dat nog vele malen zal kunnen worden vergaderd in een dergelijke plezierige sfeer als in deze zaal heerst. De omgeving is ideaal, de luidsprekerinstallatie is goed en de besprekingen zijn niet telkens door mededelingen van buitenaf gestoord.

De voorzitter dankt voor deze vriendelijke woorden en het doet hem genoegen, dat deze vergadering aan alle aspiraties blijkt te hebben beantwoord.

Op 26 september a.s. zal de afscheidsreceptie van collega De Jager plaatsvinden. Op 2 en 3 oktober is het congres van de Maatschappij in Den Haag. Tot slot wenst spreker allen een voorspoedige thuisreis en sluit hij de vergadering.

De nieuwe contributieregeling

I. *Inleiding.* Nu het hoofdbestuur in zijn vergadering van 5 september 1970 heeft besloten de nieuwe contributieregeling toch met ingang van 1 januari 1971 in te voeren is het wellicht nuttig de belangrijkste punten van deze nieuwe regeling nog eens weer te geven.

Het rapport van de in januari 1962 ingestelde commissie contributie-regeling is in extenso gepubliceerd in M.C. nr. 5/1969. De over dit rapport in de Algemene Vergadering van 19 april 1969 gevoerde discussie is te vinden in M.C. nr. 37/1969, blz. 1049. Degenen, die zich uitgebreider willen oriënteren over deze nieuwe regeling, mogen worden verwezen naar de genoemde nummers.

Het principiële uitgangspunt van de commissie wordt als volgt beschreven: „Het lidmaatschap van de Maatschappij is een ideële zaak, daar deze Maatschappij zich bezig houdt met de bevordering van de geneeskunst. Dit betekent een veel wijder arbeidsterrein dan de behartiging van de directe maatschappelijke belangen van haar leden, zoals die tot uitdrukking komt in het sluiten van contracten met ziekenfondsen of het bedingen van betere arbeidsvoorwaarden voor haar leden, werkzaam in dienstverband.

„De voortgaande zorg voor goede intercollegiale verhoudingen, de verdediging van de vrijheid in de relatie arts-patiënt, de medewerking aan de gezondheidszorg door adviezen met betrekking tot de wetgeving in deze sector en zovele andere zaken, hebben er toe bijgedragen in Nederland een klimaat te doen ontstaan, waarin de beoefening van de geneeskunst in de ruimste zin zich gunstig heeft kunnen ontwikkelen.

„Deze algemene taak van de Maatschappij komt

ten goede aan alle artsen in Nederland, ook de niet-leden profiteren ervan. De commissie is van mening dat er geen groep van artsen binnen de Maatschappij is, die met recht kan stellen, dat de Maatschappij voor hen veel minder doet dan voor andere groepen, zodat zij op grond daarvan minder zouden behoeven bij te dragen tot de financiële middelen, die de Maatschappij het werken mogelijk moeten maken.

„Bovendien heeft deze eenheid, belichaamd in de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, zeer bevruchtend gewerkt op de arbeid en de onderlinge samenwerking van de maatschappelijke verenigingen.”

II. *Uitgangspunten der nieuwe regeling*

- a. Handhaving van enigerlei vorm van getrapte contributie.
- b. Maatstaf voor de berekening van de contributie is alleen het zuiver (belastbaar) inkomen uit geneeskundige arbeid.
- c. Geen invloed van persoonlijke omstandigheden.
- d. Het laatst bekende sub. b genoemde inkomen is maatgevend voor de berekening.

Het hoofdbestuur heeft deze uitgangspunten onderschreven door in de vergadering van 3 september 1966 te stellen: „dat het lidmaatschap van de K.N.M.G. bedoeld is voor die geneeskundigen, die het belang van de K.N.M.G. beseffen en uit dien hoofde bereid zijn het voor hen geldende contributiebedrag te betalen, eventueel met een enkele uit-

zondering voor „gevallen van kennelijke onbillijkheid”.

III. *Getrapte contributie*

- a. Er wordt van uitgegaan dat alle leden de normale contributie betalen.
- b. Rekening wordt echter gehouden met de hoogte van het inkomen der leden.
- c. Daartoe zijn vijf klassen opgesteld — A tot en met E — waarbij in klasse E de normale contributie wordt betaald. Voor de klassen A tot en met D wordt een reductie toegepast van respectievelijk 1/8, 1/4, 1/2 en 3/4 van de normale contributie.
- d. Een lid, dat meent voor reductie in aanmerking te komen, doet daartoe een aanvraag bij de secretaris-generaal der K.N.M.G. Deze laatste kan betrokkene vragen aan te tonen waarop de aanvraag tot reductie is gebaseerd.
- e. Voor 1971 gelden de volgende grenswaardebedragen van het zuiver inkomen uit geneeskundige arbeid voor de indeling in een bepaalde klasse:

klasse A f —,— tot f 6.000,00
klasse B f 6.000,00 tot f 18.500,00
klasse C f 18.500,00 tot f 30.500,00
klasse D f 30.500,00 tot f 43.000,00
klasse E f 43.000,00 en hoger

- f. De grenswaardebedragen worden jaarlijks aangepast met behulp van de indexcijfers inzake regelingslonen afgerond op f 500,— naar boven of beneden.

IV. *Zuiver inkomen uit geneeskundige arbeid*

a. Onder „Inkomen uit geneeskundige arbeid” wordt verstaan het inkomen uit arbeid welke men als geneeskundige verricht, hetzij in de uitoefening van de geneeskunst als zelfstandig beroep, hetzij in de uitoefening van een functie waartoe men is benoemd in verband met het feit dat men geneeskundige is.

b. Het „Inkomen uit geneeskundige arbeid” kan worden vastgesteld aan de hand van het aangiftebiljet voor de Inkomstenbelasting. Dit is n.l. zodanig ingericht dat hieruit de zuivere winst uit bedrijf en beroep en het netto-belastbaar salaris duidelijk apart blijken.

V. *Geen invloed van persoonlijke omstandigheden.* In de nieuwe regeling wordt geen rekening meer gehouden met persoonlijke omstandigheden, zoals aantal kinderen, alimentatie-verplichtingen, onderhoud van behoeftige familieleden enz. Ook de

INTERNATIONALE AUTO EMBLEMEN

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

uitgaven voor pensioenpremies of premies voor levensverzekeringen, al of niet met lijfrenteclausule, komen niet voor aftrek in aanmerking.

In deze opvatting staat de Maatschappij niet alleen. Vele organisaties, waaronder ook die van verschillende andere categorieën van vrije beroepsbeoefenaren, gaan van dit principe uit. Immers, de belastingwetgeving houdt in belangrijke mate rekening met persoonlijke verplichtingen en financiële draagkracht.

Natuurlijk blijft altijd de mogelijkheid bestaan om in bijzondere financiële omstandigheden contact op te nemen met de afdelingspenningmeester of de secretaris-generaal, teneinde in gezamenlijk overleg tot een oplossing van de contributie-betaling te komen.

VI. *Laatst bekende zuiver inkomen is maatgevend*

a. Het laatst bekende zuiver inkomen uit geneeskundige arbeid is te vinden in het laatst ingezonden aangiftebiljet voor de Inkomstenbelasting.

b. Ook indien men zowel inkomen uit vrije beroepsuitoefening als uit dienstverband heeft zijn de betreffende bedragen op eenvoudige wijze uit het laatste aangiftebiljet te halen, aangezien daaruit zuivere winst uit bedrijf of beroep en het netto belastbaar salaris duidelijk apart blijken. De som van deze beide bedragen is maatgevend voor de contributiehoogte.

c. In tegenstelling tot persoonlijke verplichtingen, die niet voor aftrek in aanmerking komen, kunnen afschrijvingen op goodwillwaarde van de praktijk en op het in de praktijk geïnvesteerde vermogen wel in mindering worden gebracht, aangezien het hier om beroepsonkosten gaat.

Omgekeerd behoort de netto-overdrachtswinst bij verkoop van de praktijk ook tot het inkomen uit geneeskundige arbeid te worden gerekend.

d. Aflossing van schuld betekent een wijze van kapitaalvorming en is derhalve niet van invloed op het inkomen uit geneeskundige arbeid. De renten die men over deze schulden betaalt zijn wel als beroepsonkosten te beschouwen en kunnen dus wel

CONTRIBUTIE

KLASSE	KNMG	Onderst. fonds	LHV	LSV	LAD	KNMG* + O.F. + LHV	KNMG + O.F. + LSV	KNMG** + O.F. + LAD
E f 43.000 en hoger	200,—	50,—	496,—	200,—	97,50	746,—	450,—	347,50
D ^(3/4) f 30.500 - f 43.000	150,—	37,50	372,—	150,—	81,25	559,50	337,50	268,75
C ^(1/2) f 18.500 - f 30.500	100,—	25,—	248,—	100,—	65,—	373,—	225,—	190,—
B ^(1/4) f 6.000 - f 18.500	50,—	12,50	124,—	50,—	48,75	186,50	112,50	111,25
A ^(1/8) tot f 6.000	25,—	6,25	62,—	25,—	48,75	93,25	56,25	80,—

* Apotheekhoudende huisartsen betalen bovendien nog een bijdrage ad f 196,— aan de Apotheekcommissie.

** Assistent-geneeskundigen betalen voor 1971 maximaal f 25,— voor hun contributie aan de KNMG, LAD en afdeling. In 1972 komt hierin een wijziging in de zin van aanpassing aan de nieuwe regeling.

van het inkomen uit geneeskundige arbeid worden afgetrokken.

e. Van het in vrije beroepsuitoefening verworven netto-inkomen uit geneeskundige arbeid dient 10% te worden afgetrokken als compensatie voor het werkgeversaandeel in de pensioenpremie van in dienstverband werkzame artsen.

Deze regeling komt te vervallen zodra de premies voor de in bewerking zijnde wettelijke beroepspensioenregeling als beroepsonkosten in mindering mogen worden gebracht op het inkomen uit het beroep.

VII. *Lidmaatschap van twee maatschappelijke verenigingen.* Besprekingen zijn nog gaande om tot een vereenvoudigde regeling te komen. Vooralsnog blijft de oude regeling van kracht. Dit betekent dat de contributie-hoogte voor elk van de beide maatschappelijke verenigingen ook afgeleid wordt uit de opgave op het aangiftebiljet voor de Inkomstenbelasting, waarop — zoals onder punt 6b reeds vermeld — de bedragen van het netto-salaris en die van de zuivere winst uit het beroep afzonderlijk vermeld staan. Aan de hand van deze beide bedragen kan men voor elke maatschappelijke vereniging apart opgeven in welke klasse men thuis hoort.

De som van de beide contributie-bedragen mag nooit meer bedragen dan de maximum-contributie van de vereniging met de hoogste contributie.

VIII. *Artsen-echtparen.* Artsen-echtparen waarvan beide partners inkomen uit geneeskundige arbeid genieten betalen tezamen ten hoogste $1\frac{1}{2}$ x de maximum contributie van de K.N.M.G. Dezelfde gedragslijn wordt gevolgd met betrekking tot de contributie aan de maatschappelijke verenigingen indien beiden lid zijn van dezelfde maatschappelijke vereniging. Zijn de partners lid van ongelijknamige maatschappelijke verenigingen dan wordt gehandeld als in punt 7 vermeld, met dien verstande dat nooit meer betaald wordt dan $1\frac{1}{2}$ x de maximum

contributie van de vereniging met de hoogste contributie.

IX. *Schema van de contributieveffingen.* Teneinde een indruk te geven van de contributies die in 1971 geheven zullen worden zie boven een overzicht waarin de contributie-bedragen vermeld staan zoals die in de verschillende klassen voor K.N.M.G., Ondersteuningsfonds en maatschappelijke verenigingen voor 1971 gelden. In de laatste kolommen is het totaalbedrag opgegeven dat men uiteindelijk betaalt afhankelijk van de maatschappelijke vereniging waarvan men lid is. Al deze totaalbedragen zijn exclusief de contributies die men lokaal verschuldigd is.

MC

PERSONALIA

Nieuwe leden:

H. W. M. Anten, Apollolaan 126, Heerlen
Mevr. E. J. Anten-Kools, Apollolaan 126, Heerlen
Mevr. J. Brester-Zimmerman, Bankstraat 30, Amersfoort
W. N. Th. M. B. Gielen, de Ripsstraat 16, Goirle
W. J. M. Gökemeijer, Vinkenhofstr. 210, Venlo
H. D. Gransbergen, Bovenover 83, A'dam
P. I. T. Ho, Rapenburg 52, Leiden
H. J. Knap, Pelléas-pad 36, Amersfoort
P. P. M. J. Knegt, Hooigracht 36, Leiden
E. J. Krul, Rapenburg 52, Leiden
G. V. A. van der Meer, Kastanjelaan 35, Arnhem
L. T. Oei, Fred. Hendriklaan 23, Oegstgeest
W. Samson, J. Haydnlaan 18, Leiden
J. J. G. H. van Schoot, Oude Goorse weg 73, Diepenheim
Mevr. H. J. M. Schreinemachers-v.d. Vliet, Mortelweg 48, Teteringen
R. Slotema Jr., Laan van Ouderzorg 169, Leiderdorp
A. J. N. M. Vermeulen, Zorgvlietstraat 257, Breda

Overleden:

J. Collet, Paulus Potterplein 7, Maassluis
E. J. E. Frohn, Prinsengracht 512, Amsterdam
Dr. L. E. Hoolboom, Nassaukade 109, Amsterdam-W.

Stichting Financiering Groepspraktijken Huisartsen

Op 22 december 1970 is door het Centraal Bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging opgericht de Stichting Financiering Groepspraktijken Huisartsen.

De Stichting heeft ten doel

1) Het verlenen van financiële steun aan huisartsen, die een groepspraktijk vestigen of uitoefenen;

2) Het bemiddelen bij financiering van groepspraktijken;

een en ander met in acht neming van de richtlijnen, die daaromtrent door het Centraal Bestuur der L.H.V. worden vastgesteld. De Stichting tracht dit doel te bereiken door het bijeenbrengen en beheren van geldmiddelen, nodig voor het uitoefenen van haar taak.

Achtergronden

Het Centraal Bestuur werd geconfronteerd met de problematiek rond de financiering van groepspraktijken.

Deze problematiek was van tweeërlei aard:

1e bleek in het experimentele stadium een vorm van subsidiëring voor de tot stand koming van groepspraktijken vrijwel een *conditio sine qua non*, en

2e ontstonden plaatselijke regelingen tussen geldgevers en huisartsen, die afweken van het landelijk gebruikelijke en waarvan de gewenstheid discutabel was.

Toen bovendien bleek dat de centrale Overheid geen subsidiemogelijkheden meer had t.b.v. groepspraktijken, doch het verlangen om tot het samenwerken in groepspraktijkverband te komen steeds meer werd gehoord, heeft het Centraal Bestuur gemeend, bovenbedoelde stichting te moeten oprichten om aldus te trachten de regeling van de financiering op landelijk en centraal niveau te realiseren, waarbij de Nederlandse huisartsen via hun belangenvereniging voldoende duidelijk zeggenschap zouden krijgen.

N.H.G./L.H.V. Commissie Groepspraktijken

Inmiddels is tot een samenwerking met de N.H.G. gekomen middels een N.H.G./L.H.V. commissie, die de respectievelijke besturen adviseert ter zake van de groepspraktijken. Het is duidelijk dat dit adviescollege ook in het werk van de Stichting in be-

langrijke mate gekend zal dienen te worden. Het Centraal Bestuur heeft daarom besloten, dat zijn beleid ten aanzien van de richtlijnen zal worden gevoerd gehoord de N.H.G./L.H.V.-commissie.

Bestuur van de Stichting

De bestuursleden van deze stichting zullen benoemd en ontslagen worden door het Centraal Bestuur. Omdat deze Stichting een uitvoerend apparaat zal zijn, zal alleen de voorzitter van het Bestuur bij voorkeur een huisarts zijn.

Het Bestuur kan zich laten adviseren door deskundigen op juridisch en financieel terrein.

De financierings-bemiddeling

Deze zal in tweede instantie middels deze Stichting kunnen gebeuren, en speelt in het huidige experimentele stadium slechts een rol voor zover er een subsidie-karakter verscholen ligt in de financiering (extra lage rente e.d.).

Bedoeling

Naast de boven geschetste achtergronden is tevens de bedoeling van de uitgestippelde gang van zaken dat die organisaties, welke bereid zijn om mee te werken aan het tot stand brengen van bovengenoemde experimenten op het gebied van groepspraktijken (al dan niet in wijkgezondheidscentra), de mogelijkheid hebben om dit centraal te realiseren. Huisartsen, die inmiddels contacten met financiers hebben, kunnen deze via de Stichting laten lopen om op die wijze de zekerheid te hebben dat zij meewerken aan een behoorlijk landelijk beleid, hetgeen mede zal kunnen worden bepaald door evaluering of rapportage van het werk in groepspraktijken hetgeen een voorwaarde van subsidie door de Stichting zou kunnen zijn. De Landelijke Huisartsen Vereniging heeft voor het werk van deze Stichting in haar begroting een bedrag van f 50.000,— gevoerd, hetgeen blijkens de toelichting op de begroting niet is bedoeld ter subsidiëring van groepspraktijken, maar om een eerste aanzet te geven voor de interne structuur van de Stichting.

Het eerste en voorlopige bestuur van de Stichting is samengesteld uit de collegae: G. A. Sekhuis, voorzitter; C. van der Marel, secretaris-penningmeester; J. A. J. van Poppel, lid.

Utrecht, 28 januari 1971

F. A. van Spanje,
secretaris

Geneeskundige verzorging buitenlandse arbeiders

Uitgaande van een vergadering d.d. 25-9-1970 in het Groot-Ziekengasthuis te 's Hertogenbosch, bijeengeroepen door de staven van de Bossche Ziekenhuizen teneinde de medische verzorging der gastarbeiders te verbeteren, is via het bestuur van de Afdeling van de Landelijke Huisartsen Vereniging een commissie ad hoc ingesteld die als taak kreeg de vraag te beantwoorden hoe in de concrete situatie de medische verzorging der gastarbeiders op adequate en haalbare wijze zou kunnen worden gerealiseerd.

De commissie werd samengesteld uit huisartsen en bedrijfsartsen. Geconstateerd werd dat het belangrijkste probleem het communicatieprobleem is waarbij enerzijds het taalverschil, anderzijds het verschil in „mentaliteit“ een rol spelen. Het blijkt dat deze problemen sterk in 's Hertogenbosch zijn geconcentreerd zodat de commissie heeft gemeend zich vooral op verbetering der Bossche situatie te moeten richten. Kwantitatief betreft het hier een groep van ca. 1000 gastarbeiders die tijdelijk hier werken en verdeeld zijn in ca. 300 Marokkanen, ca. 350 Spanjaarden, ca. 160 Turken, ca. 100 Joegoslaven en ca. 30 Italianen. Uitbreiding in de naaste toekomst tot ca. 1500 gastarbeiders valt te verwachten. Niet betrokken in onze overwegingen zijn die buitenlanders die langer hier verblijven, eventueel zijn gehuwd en duidelijk in de bevolking zijn geïntegreerd.

Als oplossing ziet de commissie verbetering der communicatie door enerzijds beperking van het aantal artsen dat zich met de buitenlandse werknemers bezighoudt en eventueel verdeling over de artsen per nationaliteit waardoor de betreffende arts meer gelegenheid krijgt zich in taal en mentaliteit van de betreffende groep te verdiepen, anderzijds door tussenschakeling van een functionaris uit de betrokken groep buitenlandse werknemers tussen arts en patiënt.

Praktisch beveelt de commissie de volgende stappen aan:

1e. Wijziging in de verdeling over de huisartsen in 's Hertogenbosch in die zin dat ca. 8-9 huisartsen zich bereid verklaren een groep gastarbeiders van één nationaliteit te behandelen (bij een maximum van 100-150 gastarbeiders per huisarts zijn benodigd 1 huisarts voor de Italianen, 3 voor de Marokkanen, 3 voor de Spanjaarden, 1 voor de Joegoslaven en 1-2 voor de Turken). De commissie is zich ervan bewust dat hiermee de altijd gepropageerde vrije artsenkeuze wordt beperkt, doch ziet de voordelen voor de buitenlanders als een duidelijk groter goed.

2e. Hiermee samenhangend verdient het aanbeveling te komen tot afspraken met een aantal spe-

cialisten die bereid zijn de zorg voor de buitenlandse werknemers op zich te nemen, waarbij zo mogelijk ook een verdeling naar nationaliteit dient te worden nagestreefd.

3e. Instelling van vaste spreekuurtijden voor de gastarbeiders waarbij ook alleen dan de aanwezigheid van een tussenpersoon mogelijk is.

4e. Voor wat betreft de tussenpersoon denkt de commissie aan de mogelijkheid van het aantrekken van verpleegsters of verplegers uit het land van herkomst van de gastarbeider, die bovendien Nederlands, Frans, Duits, of Engels dienen te spreken. Hiervan zouden er momenteel maximaal 7, optimaal 5 moeten zijn afhankelijk van de grootte der groepen. Als taak zou deze functionaris krijgen:

a. begeleiding van de patiënten op de vaste spreekuren van huisarts en specialist;

b. idem bij acute ziekten of bij ongevallen, die onmiddellijk ingrijpen noodzakelijk maken (anamnese!);

c. voorbereiding van eventuele huisbezoeken (anamnese opnemen);

d. gezondheidsvoorlichting in het algemeen en wegwijs maken van de gastarbeiders in het geheel van gezondheidszorg en sociale wetgeving (contacten met verzekeringsgeneeskundigen);

e. eventueel het houden van een eigen spreekuur op de grotere bedrijven.

Om deze laatstgenoemde structuur te kunnen effectueren denkt de commissie aan het in leven roepen van een stichting waarin vertegenwoordigers worden opgenomen van de Afdeling van de Maatschappij voor Geneeskunst, van het bedrijfsleven, van de Inspectie Volksgezondheid, van de Ziekenfondsen, van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst, van de Bedrijfsgezondheidsdienst 's Hertogenbosch en eventueel het Maatschappelijk werk. Financiering zou naar het oordeel der commissie dienen te geschieden uit:

- een bijdrage van het bedrijf per werknemer;
- een bijdrage van het ziekenfonds per werknemer;
- subsidie door de overheid.

Wat betreft dit laatste ware te overwegen bij de minister voor Sociale Zaken en Volksgezondheid een subsidie voor dit speciale doel aan te vragen.

De commissie is zich ervan bewust dat bovenstaand schema niet in zijn geheel op korte termijn is te realiseren, doch gezien de ernst van het probleem wil zij toch op snelle aanpak aandringen. Hierbij zijn uiteraard punt 1e, 2e, en 3e onmiddellijk te realiseren.

's-Hertogenbosch, 15 december 1970

Namens de commissie ad hoc:
W. G. Blik, huisarts

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

DE 5-DAAGSE PILKUR

Ook de boeiende kentheoretische streekroman van Rudolf Steiner c.s. (zie M.C. nr. 48/1970, blz. 1285) lost het anticonceptie-probleem van vandaag niet op. Nog minder betekent dit interessante, maar tijdgebonden zeer persoonlijke stukje denken, voor de vrouw die E.H.B.O. verlangt vanwege het haar overkomen ongeval in het seksuele verkeer. Heeft Steiner zich ooit verdiept in de bedreiging die de menselijke vruchtbaarheid vormt voor het welzijn van het individu, de gezinnen en alle volken op deze aarde? Had Steiner kunnen bedenken, wat onder meer W. L. Brugsma (Haagse Post) waarneemt?: „De aarde is een ruimteschip, waarin gebrek is aan o.a. plaats, energie, niet te vernieuwen grondstoffen, water en voedsel”.

De grondwet en het recht op leven van de ongeborene zijn boeiende zaken. Onschuldig is het gesprek hierover alleen dan, wanneer het ons niet belet, een actieve houding ten aanzien van de conceptie-preventie aan te nemen. Dat wij tot de overlevenden behoren, wil niet zeggen dat wij niet meer in oorlog zijn. Integendeel, de springvloed van aanwezig en wordende mensenmassa's is onderweg. Wie nu het gevecht van man tegen man schuwt, wordt straks weggevaagd door de overmacht. Doden uit zelfverdediging is in ons hoekje van de wereld gelukkig bijna nooit nodig. Dat zal snel anders worden, ook gezien de wereldbevolkingssituatie. Wij zijn, door de omstandigheden gedwongen, begonnen zwangerschappen af te breken met onder andere hormonen, het spiraalje of de curette. Er is geen weg terug.

Misschien kunnen we de huidige stellingen wel behouden en erger voorkomen. Verantwoordelijk zijn daarvoor ook de K.N.M.G. en haar afdelingen. Nog niet ieder lid van het hoofdbestuur van de K.N.M.G. en zeker niet alle bestuursleden van de afdelingen, hebben zich waargemaakt op het terrein van de (genees) kunst van de geboortebeperving. Zoals ik tien jaar geleden voor vele vrouwen van buiten mijn praktijk „de pil” moest voorschrijven, herhaalt de geschiedenis zich nu met de „pil toe”-kuur. Het minste, dat ik als huisarts, ongeveer 10 jaar lid

van de K.N.M.G., het N.H.G. en de L.H.V., mag vragen is dat de verantwoordelijke bestuursleden nu voorzieningen treffen, dat elke vrouw in Nederland die een recept wenst voor de „pil toe”, dit ook uiterlijk „the morning after” in haar bezit heeft. Persoonlijk ben ik, strikt medisch gezien, niet voor een automaat waaruit de pilkuur, in een anti-emetische coating, door ieder naar eigen goeddunken betrokken kan worden. Onze beroepsorganisaties, wier taak het mede is een continue, integrale welzijnszorg (voor de overlevenden) te bevorderen, dient dan wel garant te staan voor het enige alternatief. Laten zij verhoeden — thans en op dit punt — dat de vrouw het slachtoffer wordt van de „overtuiging” van haar huisarts. Conclusie: De „pil post coitum” biedt een mogelijkheid, de nog bestaande problemen omtrent de techniek van het afbreken van een zwangerschap, te vermindere-
ren.

Huisartsen en belanghebbenden dienen hiertoe optimaal voorgelicht te worden. Geen vrouw behoort volledig afhankelijk te zijn — op het moment, dat zij in nood verkeert — van één arts, die toevallig Plaatsbekleder is van de Persoonlijke Continue Integrale Gezondheidszorg. Hoeveel huisartsen zal het bekend zijn, dat (vgl. Haspels), de „pil toe” volgens de oude prescriptie niet afdoende blijkt? Men schrijft binnen 36 uur p.c. aan de vrouw die niet zwanger wenst te worden 3 à 5 mg. lynoral per dag voor (afhankelijk van het lichaamsgewicht), gedurende vijf achtereenvolgende dagen. Schrijft men liever stilhoestrol voor, dan geeft men hiervan 30 à 50 mg. per dag, eveneens gedurende 5 dagen.

Wormerveer, 6 december 1970

J. M. Paauw, huisarts

TO BE OR NOT TO BE

Ofschoon het citaat uit „Leven in meervoud” van Prof. Dr. J. H. van den Berg door mij anders word gewaardeerd dan door collega S. Macrander (zie M.C. nr. 1/1971, blz. 3) is het mij wel duidelijk geworden, dat hij zich zelf rekent tot de ulceratoren oftewel intelligente bijzonderen. Waar hij echter de crisis in de geneeskunde en in het bijzonder de huisartsgeneeskunde signaleert, komt hij als intelligente bijzondere niet tot een ook maar enigszins relevante analyse van deze crisis. Als ik collega Macrander goed heb begrepen, zijn de moeilijkheden, waarmee de gezondheidszorg thans kampt, opgelost indien de artsen hun eigen za-

ken kunnen regelen, ongehinderd door welk controlesysteem dan ook. Dit betreft dan zowel de praktijkvoering als de geldelijke compensatie, die zij voor hun werk ontvangen. De vrije positie van de arts garandeert via het vrije marktmechanisme een toeloop van capabelen naar het huisartsenberoep, waardoor het tekort aan mankracht en de malaise in de huisartsgeneeskunde zal verdwijnen.

Het advies van collega Macrander front te maken tegen allen, die de alleenheerschappij van de arts in de zorg voor de volksgezondheid bedreigen, zal mijns inziens even funest blijken te zijn voor de volksgezondheid als voor de arts zelf. Om niet slechts te blijven steken in verontwaardiging over een dergelijke hoogmoedige, autocratische en mijns inziens ook rancuneuze opstelling in de maatschappij, zou ik er op willen wijzen, dat slechts een gevoel van menselijke solidariteit de angstdroom van de ulcerocratie kan voorkomen. Afgezien van deze algemene houding, is het bovendien ook niet logisch het primaatschap over de gezondheidszorg op te eisen nu er blijkbaar tijdens dit primaatschap, weliswaar in de ogen van collega Macrander door derden gehinderd, iets mis aan het gaan is. De malaise in de huisartsgeneeskunde is reeds jaren aan de gang, maar noch de huisartsen, noch de K.N.M.G. hebben kunnen anticiperen op de steeds dreigender wordende moeilijkheden. Het zou wel eens zo kunnen zijn, dat de problemen, die in de snel veranderende maatschappij zijn ontstaan, het vermogen van de arts te boven gaan.

Collega Macrander gaat, zoals vele anderen, gebukt onder zijn steeds toenemend aantal patiënten met onbegrijpbare niet organische klachten, waar hij veelal machteloos tegenover staat. Het werk neemt toe en als stank voor dank moet hij zich nog verdere tegen de publieke opinie, ziekenfondsen en regering voorwaar een frustrerende en beklagenswaardige situatie. Dat het met de citerioren, de weinig getalenteerde gewonen ook niet zo goed gaat, kan collega Macrander dagelijks op zijn spreekuur ervaren en hij gaat er onder gebukt.

Ofschoon in de laatste afleveringen van dit tijdschrift reeds het een en ander is geschreven over het volksgezondheidsprobleem kan ik het niet nalaten collega Macrander er op te wijzen, dat de crisis in de geneeskunde niet los staat van een algemene crisis in onze cultuur. Terwijl wij als werkers in de volksgezondheid dit dagelijks kunnen zien en horen, verwonder ik mij er steeds over dat er nog

zo weinig bewustwording onder de artsen ontstaat. De artsen behoren dan ook niet tot de meest progressieve groepering van onze samenleving. Indien wij als artsen enig aandeel willen hebben in een ontwikkeling van onze samenleving naar een wereld van mensen gelukkig ongelijke maar wel solidaire mensen, dan betekent dit bezinning op onze taak in de volksgezondheid, iets wat door sommigen politiseren wordt genoemd. Ofschoon een behoudend standpunt eveneens een politiek standpunt is, hoop ik dat de Nederlandse artsen nog eens zullen inzien dat een volledige democratisering van de gezondheidszorg een kwestie van „To be or not to be” is, voor zowel de patiënt als de arts. Artsen, vertegenwoordigers van de z.g. maatschappijwetenschappen en paramedische beroepen zoals verpleegsters, verplegers en sociaal werkers en niet in het minst de patiënten zelf, zullen moeten samenwerken als gelijkberechtigten in een organisatievorm, die wel tot een of andere vorm van nationale gezondheidszorg zal moeten leiden. Al deze „gezondheidswerkers” — het onderscheid ultriorien en citeriorien zal dan verdwijnen — zullen zich tevens prioriteiten moeten stellen, waarbij in het algemeen een bevordering van de extramurale gezondheidszorg ten opzichte van de ziekenhuisgeneeskunde en het zuiver wetenschappelijk onderzoek noodzakelijk is. Dat dit ook een politieke zaak is, zal iedereen duidelijk zijn, aangezien de gelden in Den Haag worden verdeeld.

Rotterdam, 14 januari 1971

J. C. M. van der Vijver, internist

HET HONORARIUM

Nog steeds wordt er gesproken over de veel te hoge inkomens van onder meer vele medische specialisten, en dat niet alleen door de goegemeente. Ook blijkt deze zaak menig arts dwars te zitten, zoals bijvoorbeeld zenuwarts Grevelink, die in het Handelsblad NRC van 2 november 1970 aanbod om met onze Volksvertegenwoordiging te overleggen hoe hieraan een eind zou kunnen worden gemaakt. Psychiater Foudraïne zegt, dat de meeste psychiaters zo'n 60 mille schoon per jaar overhouden (Trouw 21 november 1970). A. Sauer zette al eerder vraagtekens (M.C. nrs. 14 en 23/1970).

Dr. J. van Mansvelt, de pas afgetreden voorzitter der L.S.V. geeft evenals F. W. A. van Asbeck (M.C. nr. 18/1970) geen blijk van onvrede met de bestaande situatie en verklaart in zijn afscheidsrede van 24 oktober 1970 (M.C. nr. 44/1970), dat de Landelijke

Specialisten Vereniging niet voelt voor een totale volksverzekering tegen ziektekosten. Bovendien dreigt hij de medewerking van de L.S.V. aan de ziekenfondsen te staken, indien de verhoging van de loongrens zal worden doorgezet zonder aanpassing der honorering. Dit schijnt succes te hebben, de ziekenfondsen verklaren zich bereid de specialisten-honoraria extra te verhogen. Daarop spreekt de Consumentenbond tegenover de minister van Economische zaken de vrees uit, dat de specialisten de particuliere tarieven nu ook weer zullen gaan verhogen, aangezien die een veelvoud van de fondstarieven plegen te bedragen.

Zou het voor de specialisten al met al niet de moeite waard zijn om eens concreet te worden als zij de buitenwacht willen overtuigen, dat er over het algemeen niet wordt overvraagd? Het Centraal Bureau voor Statistiek kon mij tot mijn verbazing niets meedelen over de gemiddelde inkomens der diverse medische specialisten in de laatste jaren. Ook bijvoorbeeld het Makrotest-rapport (M.C. nr. 19/1970), dat onder meer een steekproef van 201 huisartsen beslaat, zwijgt over het besteedbare inkomen, iets waarover ook socioloog Aakster in M.C. nr. 40/1970 valt. Tijdens een recente discussie met de cursisten Sociale Geneeskunde te Utrecht werd gesproken van een neurochirurg die een inkomen van 9 ton bruto zou halen. De neurochirurgen zouden misschien reageren met: „Echt een praatje voor verongelijkte mensen met keurige bureau-uren, die voor gemak en vrije tijd hebben gekozen in plaats van voor het werk, geld en voldoening”. Maar dat neemt de praatjes niet weg. Om dat te bereiken zouden de specialisten misschien eens de kaarten op tafel moeten gooien, en waarom niet, als er niets te verbergen valt? Bijvoorbeeld: Zoveel verdienen wij gemiddeld schoon; wij vinden, dat een inkomen beneden de zoveel nog redelijk kan worden genoemd; dit zijn wij van plan te doen, als wij het vermoeden hebben dat een collega zich onfatsoenlijk snel aan het verrijken is; dit moet iedere patiënt doen, die vindt dat hij of zij wordt overvraagd.

Dat moet een collega-niet-specialist doen die meent dat een patiënt wordt overvraagd.

Amsterdam, 16 januari 1971

E. Wennen

25 JAAR MEDISCH CONTACT

Het 25-jarig bestaan van Medisch Contact vormt een goede aanleiding de redactie van M.C. te laten weten

welk een grote waardering ik als trouw lezer, nu al een fiks aantal jaren, voor het blad heb gekregen. Het zegt wel wat dat ik steeds het gevoel heb op de vrijdagavonden een paar zeer nuttige uren te hebben, al lezende. Ik ken geen tijdschrift dat ons zo breed op de hoogte houdt van de vele maatschappelijke aspecten van het medische werk, dat dat ook zo punctueel doet, bovendien aktueel en altijd op een heldere manier (bijvoorbeeld ook uittreksels zijn meer dan de moeite van het lezen waard). Bij elk nummer dat ik dan weer voor me krijg rijst het idee: nu weer verder aan de cursus sociale geneeskunde.

Ik vind het gewoon plezierig de redactie en het bestuur van M.C. daar eens hartelijk voor te danken. Vanzelfsprekend hoop ik dat zij de gelegenheid zullen houden om dit tijdschrift op dit hoge peil voort te blijven zetten.

Vlaardingen, 18 januari 1971

Dr. W. J. Sengern, zenuwarts

DE REDELIJKHEID VAN ABORTUS PROVOCATUS

Naar aanleiding van de kritiek van Mr. F. E. Frenkel op mijn artikel „De redelijkheid van abortus provocatus” in Medisch Contact, 1971/2, hieronder mijn reactie:

Omdat Medisch Contact niet in de eerste plaats is bedoeld voor juridische discussies, zal ik mij beperken tot enige rechtzettingen.

1. De kop: „Sociale indicatie bij abortus provocatus naar geldende Nederlandse rechtspraak wel degelijk toegestaan” is in hoge mate misleidend. Uit het feit dat zo'n 20 jaar geleden een lagere rechter een abortus provocatus op sociale indicatie strafbaar achtte, mag men niet afleiden, dat thans tot in hoogste instantie (wat kan er anders met de term „geldende Nederlandse rechtspraak” worden bedoeld?) de sociale indicatie zou zijn toegestaan (toestaan impliceert nota bene instemming).

2. In de rechtspraak is de wet een uitkomst van juridisch denken, welke de rechter als hulpmiddel hanteert om tot een rechtvaardig oordeel te komen. De strafwet heeft daarnaast nog een specifieke waarschuwendende taak, want er bestaat een vaste regel: „Geen straf zonder strafbepaling”. De strafbaarstelling van abortus provocatus is, dunkt me, voldoende bekend, zodat om tot afwezigheid van iedere schuld te komen „Ik wist het niet” en „Ik dacht dat het mocht” een te verwaarlozen kans op succes hebben.

3. Ook in het civiele recht is aan te wijzen, waar algemene beginselen

weerklink vinden. Het algemeen beginsel waar het hier om gaat, is dat van het gelijke recht voor iedereen op bescherming van zijn leven, dat van de rechtsgelijkheid. Een acceptatie van met name de sociale indicatie bij abortus provocatus betekent een invoering van een kwaliteitsnorm voor menselijk leven en een afstappen van de democratische gelijkheid. Wie dat voorstaat, keert terug tot een stelsel dat wij — met de uitzondering van het Hitlerregime en aanverwante ongerechtigdheden — sinds de Franse Revolutie in West-Europa niet meer hebben gekend. De Grondwet behoeft dan inderdaad geen wijziging: die kan dan wel worden afgeschaft.

Zeist, 18 januari 1971

Mr. M. G. J. M. Kortmann

MC | VARIA

Alle artsen zouden een afspraakspreekuur moeten invoeren voor particuliere patiënten en fondspatiënten, vindt de actiegroep „De Kritiese Fondspatiënt”. De anonieme groep kwam in het nieuws, toen zij in de nacht van 15 op 16 januari jl. de naambordjes van huisartsen, specialisten en tandartsen in Utrecht-Centrum met gescheiden spreekuren voor fondspatiënten en particulieren een verbeurt gaf. Als resultaat daarvan werden alle patiënten naar een eender spreekuur verwezen, en daar ging het maar om blijkens een begeleidend stenciel dat de slachtoffers in hun brievenbus vonden; 7 hunner deden aangifte.



Als alles goed is gegaan, is op de eerste dag van het jaar het grootste academisch ziekenhuis van de Sovjet-Unie opgeleverd. Het ziekenhuis, dat ressorteert onder het Medisch Instituut van Gorki, een stad aan de Wolga, telt vijf vleugels en heeft een beddentotaal van 1.518. Een en ander valt op te maken uit een bericht in J.A.M.A. van 7 december 1970.



Frankrijk heeft nu een zelfstandig departement voor Natuurbescherming en Milieubeheer, zo blijkt onder meer uit Le Monde van 9 januari jl. Een snelle ontwikkeling, want twee jaar geleden kraaide er nog geen Franse haan naar een apart ministerie voor milieuzaken. Eind 1969 nog zel de mi-

nister voor Ruimtelijke Ordening, dat hij het nut van (niet meer dan) een op zich zelf staand staatssecretariaat op dit terrein niet inzag. Ondertussen had Engeland wel al een minister zonder portefeuille voor de milieuhygiëne vrijgemaakt; de Verenigde Staten kregen in 1970 hun Wet op de luchtverontreiniging, de Sovjet-Unie zijn Wet op de watervervuiling. Uitlatingen van premier Pompidou, vorig voorjaar tijdens een rondreis in Amerika, luidden de reuzezwaai in (op 1 maart 1970 in Chicago noemde hij het noodzakelijk te komen tot een soort „ethiek van het milieu”). In juni 1970 aanvaardde de Franse ministerraad de „100 milieumaatregelen”, een actieprogramma voor een goed milieubeheer, dat in totaal 14 ministeries en staatssecretariaten aan het werk zette. Eind juli 1970 kwam er een staatscommissie voor het milieubeheer, samengesteld uit 7 vertegenwoordigers van de departementen en 7 door de eerste minister aangewezen experts. Nu, een half jaar later, is er het nieuwe ministerie voor Natuurbescherming en Milieubeheer onder Robert Poujade, tot dusverre secretaris-generaal van de gaulistische partij.



Zogenaamd normaal gezonde Nederlandse mannen van 30-40 jaar herbergen een verrassend hoog percentage risicofactoren voor hartziekten. Aldus een van de resultaten van een onderzoek naar risicofactoren voor hartziekten bij jonge managers in ons land. Die resultaten, vergaard door de Groningse cardioloog Prof. Dr. J. Nieveen, kwamen op tafel tijdens de Provinciale Gezondheidsdag 1970 van de provinciale raad voor de volksgezondheid in Drenthe — thema: „Hartinfarct: preventie en revalidatie”. Het onderzoek behelsde een enquête onder alle leden van Nederlandse Juniorkamers (response: 605 leden, of 75%), gevolgd door een pilot-study onder 36 leden van de Noordelijke Junior Kamer. Prof. Nieveen vatte zijn bevindingen volgens het zojuist verschenen verslag als volgt samen:

„Een verrassend hoog percentage risicofactoren werd gevonden in deze groep van zogenaamd normaal „gezonde” jongemannen van 30 tot 40 jaar. Het is zeer waarschijnlijk, dat hetzelfde geldt voor vergelijkbare groepen van het Nederlandse volk. De meeste van deze risicofactoren zijn gelukkig reversibel (zoals roken, overgewicht en fysieke inactiviteit). Met enige goede wil kan hier wat tegen worden gedaan. De andere risicofactoren zoals diabetes, hypertensie en familiair voorkomen van myocardi-

farct, zijn moeilijker te beïnvloeden, doch bij goede controle van deze ziekten kan het risico zo laag mogelijk worden. Om te komen tot een afdoende beïnvloeding van de toenemende sterfte aan ischaemische hartziekten in Nederland, is het bijzonder belangrijk om de jonge mensen in Nederland zo sterk mogelijk te stimuleren tot meer fysieke activiteit, het stoppen van het sigarettenroken en het eten van minder calorieën (met name vet en suiker). Wanneer men plannen maakt, de bevolking op risicofactoren voor ischaemische hartziekten te onderzoeken, moet men niet volstaan met het nemen van een electrocardiogram alleen, doch moet met tenminste een onderzoek doen naar de vet- en koolhydraatstofwisseling.”



Van 26-30 april 1971 houdt het internationaal genootschap voor de behandeling van hersenbeschadigingen haar eerste congres. Plaats van vergadering is Het Dorp te Arnhem en de aangrenzende Johanna Stichting. Als thema werd gekozen de zorg voor de volwassen gehandicapte in zijn dagelijkse doen en laten in een wooncentrum. Door middel van een viertal lezingen worden woonvormen voor volwassen gehandicapten in Zweden, Denemarken, Engeland en Nederland belicht. Eén congresdag zal worden gewijd aan de seksualiteit van de gehandicapte. Op de laatste dag worden de jongste ontwikkelingen met betrekking tot de behandeling van lijders aan hersenbeschadigingen besproken. Nadere inlichtingen: Holland Organizing Centre, Lange Voorhout 16, 's-Gravenhage, tel. 070-657850.



De derde internationale transplantatiecursus, georganiseerd door de Universiteit van Lyon, zal plaats hebben van 24 tot 27 mei 1971. De cursus is bestemd voor internisten, chirurgen, biologen en andere wetenschapsbeoefenaren die belangstelling hebben voor orgaan-transplantatie en transplantatiebiologie. Evenals de vorige jaren zal het programma bestaan uit theoretische voordrachten, praktische demonstraties, discussie van klinische rapporten en besprekingen van patiënten.

Het programma van de gemeenschappelijke zittingen vermeldt onder meer een overzicht van de jongste onderzoeken op het gebied van de transplantatie van verschillende organen, beenmergtransplantatie, xeno-transplantaties, tijdelijke transplantaties en cross-circulation, de behande-

ling van immuundeficiëntiesyndromen, moderne immunosuppressie- en facilitatiemethoden. Onderdelen in deze cursus betreffen immunologie, chirurgie en interne geneeskunde.

Inschrijving voor 31 maart a.s. kan Internationale Transplantatiecursus, Docteur R. Triau Fondation Mérieux 17, Boulevard des Belges 69 - Lyon - 6e. De deelnamekosten bedragen 300 F.



Het ziet er naar uit dat er in 1980 tussen de 150.000 en 175.000 studenten in ons land zullen zijn. Tien jaar later kan dit aantal zijn opgelopen tot 300.000. De commissie voor statistisch onderzoek van de Academische Raad heeft een rapport uitgebracht, waarin deze toekomstverwachtingen vermeld staan. Ruim twee jaar geleden leverde een toekomstonderzoek van de commissie als hoogste cijfer 150.000 studenten in 1980 op. Een prognose die in oktober van het vorig jaar, in het kader van de voorbereiding van de medische faculteit in Maastricht werd gepubliceerd, hield rekening met 300.000 studenten in het jaar 2000. De Academische Raad houdt het echter voor mogelijk dat er al in 1990 tussen de 215.000 en 300.000 studenten zullen zijn. In het komend najaar zal ons land ongeveer 100.000 studenten tellen. De overheidsuitgaven voor het wetenschappelijk onderwijs zullen door de groei van het aantal studenten aanmerkelijk toenemen. En wel van 1,8 procent van het bruto nationaal product in 1970 tot 3,2 en 4,5 procent in 1990.



Sinds enige tijd houdt de G.G. en G.D. van Amsterdam elke maandagavond een speciaal jongerensprekkuur. Het spreekuur wordt gehouden in een wijkgebouw aan de Amstelveenseweg en is allereerst bestemd voor in de buurt wonende 16-jarigen. Dezen kunnen zich kosteloos laten onderzoeken; een geneeskundige behandeling wordt niet gegeven. Meer zorg voor de adolescenten was gevraagd door voormalig kabouter-raadslid Irène Donner en door B. en W. toegezegd in de Gemeentelijke Gezondheidsnota (1970).



De naam van de stichting „Stichting Societas Medicorum Haarlem en Omstreken” is gewijzigd in „Stichting Officium Nobile Haarlem”.

MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

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

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

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

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

de goedkeuring der redactie en kunnen zonder 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 Uitgeversmij. Kruyt N.V., Bussum.

Oplage: 16.700 exemplaren.

Druk: Verweij Mijdsrecht.

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-885411

Postgiro K.N.M.G.: 58083

Bureau voor waarneming en vestiging:

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

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

Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen:

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

Raad van Beroep:

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

* * *

Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfonds Artsen:

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-887021