

MEDISCH CONTACT

Weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Nummer 10 – 11 maart – 43e jaargang

Hoe kan bij de samenstelling van een toekomstig basistakenpakket van de ziektekostenverzekering de toegankelijkheid tot essentiële gezondheidszorg worden gewaarborgd? Deze vraag staat centraal in een, op persoonlijke titel geschreven, notitie van de hand van W. Schellekens, sociaal-geneeskundige, tak Algemene Gezondheidszorg. De auteur is werkzaam als medisch adviseur van de Ziekenfondsraad.

De consult- of advieskaart maakt een kans, wanneer het erom gaat irrationeel verwijsbeleid tegen te gaan en de samenwerking huisarts-specialist te bevorderen. Het is uitgezocht door W. J. F. I. Nuijens, destijds wetenschappelijk medewerker IVA Tilburg, op dit moment werkzaam bij de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, en door W. G. I. G. van Slobbe, medisch adviseur van het Centraal Ziekenfonds te Tilburg.

Tussen 1982 en 1987 is in een drietal gebieden geëxperimenteerd met de invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Een moeizaam proces, met – in termen van het bereiken van de doelen van de wet – een beperkte opbrengst: zie Medisch Contact van de vorige week. Hier en nu een poging tot verklaring.

Om de ontwikkeling van de Almeerse gezondheidszorg in de door de gemeente en WVC gewenste richting te kunnen sturen is een effectief besturingssysteem noodzakelijk. De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg zou hiervoor het kader moeten bieden. Zou. . . In het eerste van twee artikelen over de planning en financiering van 'Almere' worden de onvolkomenheden van het bestaande systeem toegelicht.

Op vrijdag 22 april aanstaande houdt de KNMG haar 193ste Algemene Vergadering. Vóór de pauze spreken de vice-voorzitter van de Gezondheidsraad, Mw. Dr. E. Borst-Eilers, en de Vughtse huisarts Dr. A. J. B. I. Sips over de kwaliteit van het medisch handelen. Ná de onderbreking is er aandacht voor het organisatorisch handelen: zie de punten VIII en IX van de beschrijvingsbrief, afgedrukt in het officiële gedeelte van dit nummer.

INHOUD

Samenstelling basistakenpakket en aanvullend pakket in een nieuwe ziektekostenverzekering. Aanzet tot discussie
W. Schellekens – 297

Een haalbare kaart. Een onderzoek naar de mogelijkheid een consultkaart in te voeren
Drs. W. Nuijens en W. van Slobbe – 301

De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg en de regio. Enige verklaringen voor verloop en opbrengst van de integrale invoering
Drs. J. de Groot, Drs. G. Jongerius-de Gier, Dr. I. Mur-Veeman en Dr. M. Schuurman – 305

Een experiment in Almere (6). Planning en financiering. Bestuurlijke randvoorwaarden
S. I. M. Bless – 308

Colofon 290 – Colofon officieel 290 – Hoofdre-dactioneel commentaar 291 – Voorzittersko-lom LAD 292 – Brieven 293 – Uit de Vereni-ingen 317

Medisch Contact is het weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Bestuur Medisch Contact

Dr. P. van Rosevelt, voorzitter
E. Iwema Bakker, secretaris
Funke Kupperstraat 3, 1068 KL Amsterdam
Mw. G. A. E. Kreek-Weis
R. Bekendam
Dr. J. L. A. Boelen

Redactie Medisch Contact

Dr. C. Spreeuwenberg, hoofdredacteur
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris
Mw. Drs. W. G. Juffermans, redactrice
Mw. C. R. van der Sluys, redactrice
Mw. G. W. van Straten, redactrice
Mw. Drs. M. C. A. van Wandelen, redactrice
R. A. te Velde, eindredacteur

Mw. C. M. Schouten, secretaresse

De redactie is gevestigd: Lomanlaan 103
3526 XD Utrecht, telefoon 030-823384

De redactie beslist over de inhoud van het redactionele gedeelte. Het bestuur is voor het gevoerde beleid verantwoordelijk. Het bestuur is voor het gevoerde beleid verantwoordelijk. Het bestuur is voor het gevoerde beleid verantwoordelijk.

Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG binnen de Benelux, op de Nederlandse Antillen en in Suriname f 136,99 (inclusief BTW); overige landen f 242,—
Administratie: Tijl Tijdschriften BV
Jacques Veltmanstraat 29
1065 EG Amsterdam
telefoon 020-5182.828, telex 15230.
Een abonnement kan op elk gewenst tijdstip ingaan: het wordt automatisch verlengd, tenzij het tenminste twee maanden voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd.

Advertenties

Advertenties kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.
Opgave: Tijl Tijdschriften BV
Jacques Veltmanstraat 29
1065 EG Amsterdam
telefoon 020-5182.828, telex 15230.
Geldend advertentietarief: januari 1988.

Oplage: 25.000 exemplaren

Druk: Tijl Grafische Bedrijven BV, Zwolle

Bij de voorplaat:

'Apotheker, arts, chirurg'. Uit: 'Libri IV medicinae Ypocratis, Platonis Apoliensis Urbis de diversis herbis'. Einde 12de eeuw, Ms Sloane. British Museum, London.

KNMG LHV LSV LAD LVSG KNMG

Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, Postbus 20051, 3502 LB Utrecht, telefoon 030-823911.
Postgironummer 58083-AMRO banknummer 45 64 48 969.
KNMG-informatielijn 030-823339; KNMG-antwoordapparaat 030-823201.

Dagelijks bestuur

W. H. Cense, voorzitter; Prof. Dr. W. J. Schudel en P. C. H. M. Holland, ondervoorzitters; Mw. M. L. van Weert-Waltman en Prof. Dr. P. E. Voorhoeve; A. M. C. van de Zandt (voorzitter LHV), J. C. F. M. Aghina (voorzitter LAD), Dr. C. M. T. Plasmans (voorzitter LSV) en Mw. Dr. C. Hermann (voorzitter LVSG), adviserende leden.

Secretariaat

J. Diepersloot, secretaris-generaal; Th. M. G. van Berkestijn, plaatsvervangend secretaris-generaal; G. J. Eikmans en Mw. Mr. W. R. Kastelein, secretarissen; Prof. Mr. W. B. van der Mij en Dr. H. Roelink, adviseurs; K. Theunissen, hoofd financieel-economische en administratieve zaken.

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

De afdelingen Ledenbemiddeling, Comptabiliteit, Ledenadministratie, Centrale Verwerking, Buitenland en de Commissies Doktersassistenten en Geneeskundige Verklaringen.

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Drs. C. R. J. Laffré, directeur; Mw. J. den Bode-de Graaf, informatrice.

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

Mr. H. J. Overbeek en Drs. H. Willems, directie.

Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

Mw. Mr. P. Swenker, directeur; Mw. J. C. Steenbrink, secretaresse.

Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen (LVSG)

Mw. Mr. H. M. H. de Bruijn-Van Beek, directeur; Mw. J. A. van Walderveen-van der Louw, secretaresse.

Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten (CC) College voor Sociale Geneeskunde (CSG) College voor Huisartsgeneeskunde (CHG)

Mw. Mr. H. A. van Andel, secretaris; Mw. E. M. Dekker-Meelker, secretaresse.

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

Dr. J. A. van Wijk, secretaris; Mw. Mr. H. H. van den Berg, directeur.

Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC)

Mw. Mr. P. A. van Tilburg-Hadders, secretaris; Mw. A. v. Zwol-Oostveen, secretaresse. Bureau-tijden ma, di, do en vr van 9.00 tot 16.00 uur.

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

L. G. Oltmans, secretaris; Mw. M. J. Zweers-Westenberg, secretaresse.

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

N. A. Meursing, secretaris-penningmeester, Irislaan 7, 1943 DB Beverwijk, telefoon 02510-25636; postgironummer 111.950 ten name van de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Beverwijk.

Bibliotheek

Prof. Dr. D. de Moulin, bibliothecaris, p.a. Universiteitsbibliotheek, Singel 425, Amsterdam.

Stichting Dienstverlening Medici

Mw. C. M. Voermans-Neleman, voorzitter Bureau-Adres Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, telefoon 030-823911

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

De consultkaart is geen panacee

Al jarenlang is het duidelijk dat onder de vlag 'verwijzen' geheel verschillende ladingen aan intenties van huisartsen schuilgaan. Een huisarts kan vragen om hulp bij het stellen van de diagnose, om advies over de therapie, om het instellen van een therapie tot een stabilisatiefase is bereikt of om overname van de gehele behandeling. Op het moment dat iemand wordt verwezen ligt niet meer vast wie de regie voert: de patiënt, de huisarts of de specialist.

Een verwijzing is een cruciaal moment in het consult. De hierdoor gegenereerde kosten overstijgen al snel een jaarhonorarium van een huisarts. Voor de patiënt kan het opluchting inhouden, omdat nu eens 'echt' wordt uitgezocht wat er met hem aan de hand is. Ook kan het een periode van angst en onzekerheid inluiden; immers, wat zal men al niet ontdekken? Voor de huisarts markeert de verwijzing de grenzen van zijn competentie. De specialist staat voor de moeilijkheid dat hij het aan hem voorgelegde probleem niet alleen moet toetsen aan zijn eigen professionele referentiekader, maar ook aan dat van de patiënt en diens huisarts.

De referentiekaders van specialisten en huisartsen kunnen danig uiteenlopen, zoals iedereen weet die hun beider werkwijzen heeft geobserveerd of die wel eens wetenschappelijke bijeenkomsten van specialisten en huisartsen heeft meegemaakt. Dit houdt verband met de aard van de problemen die aan beide categorieën beroepsbeoefenaren worden aangeboden; met het verschil of men werkt in een professionele organisatie, zoals een ziekenhuis, of in een laagdrempelige voorziening te midden van de bevolking; met hun verschillende beroepsopleidingen, waarin de huisarts wellicht wat eenzijdig is getraind in het hanteren van de gedragsaspecten en de specialist in de technische aspecten van het arts-beroep; en met hun uiteenlopende technische mogelijkheden ten aanzien van diagnostiek en therapie.

Al deze zaken maken dat huisartsen en specialisten sterk van beroepscultuur verschillen en dat het niet altijd gemakkelijk voor ze is het eens te worden over de doelstellingen van een verwijzing. Bovendien is het te simplistisch te spreken over 'de' specialist en 'de' huisarts: binnen beide beroepsgroepen doen zich grote verschillen in opvattingen voor; denk alleen maar aan het onderscheid

tussen artsen die de traditionele en artsen die alternatieve geneeswijzen beoefenen.

In discussies omtrent consulteren en verwijzen wordt wel geopperd dat huisartsen minder zouden verwijzen als ze er geldelijk voordeel van zouden hebben wanneer patiënten onder hun hoede blijven en dat specialisten meer zouden terugverwijzen bij een abonnementshonorarium. Het is de vraag of financiële motieven wel zo'n belangrijke rol spelen en of de gang van zaken bij een verwijzing niet veel meer wordt bepaald door beroepsopvattingen en patiëntgebonden factoren¹.

Persoonlijk heb ik enige ervaring met pogingen afspraken te maken over patiënten met CARA. Er is een aantal patiënten ten aanzien van wie een eenmalig oordeel van een specialist mij meer inzicht zou kunnen geven in de onderliggende pathologie en de optimale behan-

Dr. C. Spreeuwenberg

deling, maar die ik niet verwijs, omdat de praktijk heeft geleerd dat ze dan onder controle van de specialist blijven en met mijns inziens te veel of te sterke medicijnen worden behandeld.

In het gesprek dat een commissie van plaatselijke huisartsen met enkele specialisten had, werd begrip getoond voor onze wens de patiënt te willen terugzien. Drie problemen aan de kant van de specialist maakten het maken van concrete afspraken lastig: de opvatting dat huisartsen het advies van de specialist behoren op te volgen, de onzekerheid of alle huisartsen in de regio wel voldoende vaardig zijn om CARA-patiënten zelf te behandelen en de mening dat ook het instellen van een behandeling deel van de verwijzing dient uit te maken, zodat een patiënt pas naar zijn huisarts kan worden teruggezonden als er een bevredigende stabilisatie is bereikt.

In dergelijke gesprekken speelt het onder de oppervlakte bij beide partijen aanwezige gevoel door de gesprekspartner niet volwaardig als ter zake deskundige te worden erkend, heel sterk mee. Daarom is het ook niet voldoende te zeggen dat huisartsen en specialisten gezamenlijk beleidsprotocollen moeten opstellen en

afspraken dienen te maken over hun onderlinge taakverdeling. Huisartsen en specialisten moeten elkaar eerst beter kennen, meer weten over de achtergronden van ieders opvattingen en werkwijzen en elkaar daardoor meer vertrouwen. Dit gebeurt niet vanzelf; initiatieven van ziekenhuisstaven en huisartsenverenigingen kunnen het gemakkelijker laten verlopen.

Het is niet realistisch er altijd van uit te gaan dat men het geheel met elkaar eens wordt. Het kan zinvol zijn als men ook aan de orde durft te stellen hoe te handelen als er verschil in opvattingen blijft bestaan. Dit laatste vereist wel dat men het in artsenkringen gebruikelijke toedekende communicatiepatroon verlaat en dat men niet alleen naar de ander luistert, maar diens handelwijze en opvattingen onder de kritiek durft te stellen.

In dit nummer van MC wordt verslag gedaan van een onderzoek waaruit blijkt dat verwijzingen die huisartsen eigenlijk als een consultatie beschouwen een lagere herhaalfrequentie hebben². Opmerkelijk is dat in de bestudeerde regio vooral de longartsen de bedoeling van de huisarts 'volgen'; dit in tegenstelling tot de gynaecologen, bij wie dit veel minder gebeurt. Het onderzoek is nog te summier om er beleidsconclusies aan te verbinden. Wel kan men er een aanwijzing in vinden dat een differentiatie in verwijskaarten zinvol is.

De invoering van de consultkaart wordt wel bepleit omdat op deze wijze wordt uitgedrukt dat de huisarts de regie heeft. Betwijfeld kan worden of het gebruik van de consultkaart als machtsmiddel effect zal hebben: het versterkt de antithese huisarts-specialist en miskent de mogelijkheden van patiënt en specialist om de huisarts te manipuleren. Een belangrijker reden acht ik dat invoering van de consultkaart huisartsen dwingt bewust te kiezen en hun bedoelingen aan patiënten en specialisten duidelijk te maken. □

1. Ludke RL. An examination of the factors that influence patient referral decisions. *Medical Care* 1982; 20: 782-94.

2. Nuijens W, Slobbe W van. Een haalbare kaart: een onderzoek naar de mogelijkheid een consultkaart in te voeren. *Medisch Contact* 1988; 43: 301-4.

LAD-voorzitter J. C. F. M. Aghina:

Arbeidssatisfactie is onbetaalbaar

'Werk is het mooiste dat er is. Laten we dus zorgen dat we iets voor de volgende dag overlaten.' Dat zei Don Herald in het begin van deze eeuw. Vertaald naar deze tijd zou zijn uitspraak kunnen luiden: 'Arbeidssatisfactie is het mooiste dat er is. Laten we dus zorgen dat we iets voor de anderen overlaten.'

Het jubileumcongres van de LAD op vrijdag 6 mei a.s. is gewijd aan het thema 'Arts en arbeidssatisfactie'. Welke factoren bepalen of artsen wel of geen plezier in hun werk hebben en hoe worden die beïnvloed? Een aantal sprekers zal dit thema telkens uit een andere hoek belichten. Ik wil het hier hebben over de invloed die een beroepsvereniging als de LAD op arbeidssatisfactie in het algemeen kan hebben, toegespitst op de arts in dienstverband.

Om te beginnen hebben we op dit moment te maken met een grote groep artsen nog niet in dienstverband, in casu op zoek naar werk. Arbeidssatisfactie, plezier in je werk, is leuk, maar dan moet je wel werk hebben. Ik zei het al, laten we daarom wat voor de anderen overlaten.

De LAD tracht oprecht veel te doen aan de werkgelegenheidssituatie. Wij waren de eersten die, nu zo'n vier tot vijf jaar geleden, een plan lanceerden tot het normaliseren van werktijden. 'Naar een 40-urige werkweek', luidde het credo. Dat was wellicht wat overdreven, maar als men iets wil veranderen moet men in extremo beginnen, zoals een rechtgeaarde actiegroep betaamt.

Thans is het idee van korter werken in steeds bredere artsenkringen een algemeen aanvaarde zaak. Het probleem is echter steeds weer de financiering. Dat is ook de reden waarom een Algemene Maatregel van Bestuur die de Arbeidswet moet uitbreiden tot geneeskundigen, nu al ongeveer een jaar in concept gereed ligt: invoering kost te veel geld. En laat men nu niet beginnen met te stellen dat artsen dan maar zelf moeten leveren; dat wordt in dienstverbandkringen al genoeg gedaan. De LAD heeft vrijwillig de salarisrichtlijnen aangepast, het aantal periodes vergroot (stappen verkleind) en de aanvraagssalarissen verlaagd. De loonlijn, gekoppeld aan de CAO voor het ziekenhuiswezen, ligt aanzienlijk lager dan hij was voor de invoering van het functiewaarderingssysteem en voor arbeidsduurverkortingen hebben artsen wel prijscompensatie ingeleverd, maar de meesten hebben daar nog nooit ook maar één uur voor teruggekregen.

Desalniettemin blijft de LAD doorgaan. In academische ziekenhuizen worden werktijdenre-

gelingen ingevoerd, die de werktijden van assistent-geneeskundigen in opleiding tot een aanvaardbaarder niveau moeten terugbrengen. En elders doet de LAD haar uiterste best om arbeidsplaatsen te behouden. De huidige plannen van staatssecretaris Dees om een extra beddenreductie van 3.300 bedden met een gekoppelde functiereductie door te voeren, zijn voor de werkgelegenheid vanzelfsprekend funest. Daarom is de LAD het voor een deel eens met de NZR, die op de plannen van de staatssecretaris een afkeurende reactie heeft laten horen en in ieder geval de termijn waarover deze reducties dienen plaats te vinden aanzienlijk wil verlengen. De LAD wijst, vooral in het kader van de werkgelegenheid, deze reducties echter in hun geheel af. Wij vinden bovendien, samen met de LSV, dat extra functiereducties de kwaliteit van de gezondheidszorg zullen aan-



tasten; het aantal wachtlijsten zal stijgen, de wachtlijsten zelf zullen langer worden, evenals de werktijden, iets wat de LAD nu juist niet wil. De huidige situatie in Engeland lijkt ons een goed voorbeeld van hoe het niet moet.

Graag ga ik ook in op de praktische oplossingen voor het werkgelegenheidsprobleem waaraan door de LAD hard wordt gewerkt. De vacaturebank werkt steeds succesvoller en omdat er in eigen land onvoldoende mogelijkheden zijn om iedereen aan werk te helpen, is inmiddels een aantal succesvolle contacten met onder andere Groot-Brittannië gelegd. Daarnaast werkt het uitzendbureau naar behoren. Wellicht mag ik ook nog eens wijzen op de sollicitatiecursussen die de LAD vorig jaar heeft gehouden en die veel belangstelling hebben gewekt; dit jaar gaan we daar zeker mee door. Door de LAD wordt in deze activiteiten veel tijd en energie gestopt, domweg omdat wij vinden dat arbeidssatisfactie voor iedereen dient te zijn weggelegd.

En hoe staat het met de arbeidssatisfactie van de arts in dienstverband? Waarom wil iemand arts worden en wat zijn de teleurstellende en de vreugdevolle kanten van het vak? De vraag is natuurlijk of plezier in het werk mogelijk is als er voortdurend aan de poten van je stoel wordt gezaagd. Beddenreductie, ik noemde het al; bezuinigingen; functiewaardering in de academische ziekenhuizen; de consequenties van de nieuwe nota HOOP, allemaal zaken die de gemoedsrust van de betrokkenen niet bepaald bevorderen. De LAD zal haar uiterste best doen om de gevolgen van dit alles voor alle collega's zo beperkt mogelijk te houden. Bij fusies en/of sluitingen zullen sociale plannen op tafel moeten komen; als vakorganisatie heeft de LAD daarbij een belangrijke vinger in de pap. In verband met de gevolgen van de nota HOOP is reeds enige tijd geleden een werkgroep gevormd die de gevolgen van deze nota dient in te kaderen en een aanzet dient te geven voor het in de toekomst te voeren beleid. En wat de functiewaardering in de academische ziekenhuizen betreft, de LAD kan niet toestaan dat grote groepen van haar leden in de academische ziekenhuizen er wellicht fors in inkomen op zullen achteruitgaan; voor hen is de Werkgroep Actie Academische Ziekenhuizen (ActAZ) nog steeds actief.

Al deze factoren beïnvloeden de arbeidssatisfactie aanzienlijk. Arbeidssatisfactie is in principe onbetaalbaar. Het is de taak van de beroepsverenigingen die condities te scheppen waarbinnen een optimale arbeidssatisfactie mogelijk is.

J. C. F. M. Aghina,
voorzitter LAD

Plaatsing van bijdragen in de rubriek 'Brieven' houdt niet in dat de redactie de daarin weergegeven zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich het recht voor brieven in te korten. Om dit te voorkomen worden schrijvers verzocht de lengte van een ingezonden brief tot circa driehonderd woorden te beperken.

EIGENDOMSRECHT MEDISCHE GEGEVENS

Ik ben zeer verheugd met de reactie van De Graaf (MC nr. 51-52/1987, blz. 1621) op mijn artikel over het eigendomsrecht van medische gegevens. Ik wist van tevoren dat ik me op glad ijs begaf, omdat ik niet juridisch ben geschoold. Het heeft mij dan ook verbaasd dat er niet veel eerder een reactie kwam van collega's die dat wel zijn.

Door middel van deze reactie wil ik echter proberen duidelijk te maken waarom ik koos voor de weg van het eigendomsrecht en niet voor die van de Wet Persoonsregistratie en de Wet op de Behandelingsovereenkomst:

1. De Wet Persoonsregistratie laat erg veel ruimte bij het begrip zelfregulering. Met name wetenschappelijk onderzoek kan oncontroleerbaar blijven.
2. Veel registratiehouders laten registreren zonder enige toestemming van de geregistreerde. In privacy-reglementen is voor de geregistreerde een meestal moeizame weg aangegeven om invloed te kunnen uitoefenen op de registratie.
3. In de automatiseringswereld is er al geruime tijd een discussie over 'gegevens'. Er is een arrest bekend over de vraag of 'gegevens' een goed zijn in strafrechtelijke zin¹. De vraag werd toen bevestigend beantwoord. De redenering was dat gegevens een economische waarde bezitten en derhalve als een goed kunnen worden beschouwd. (In het geciteerde geval ging het om een werknemer die programmatuur van zijn werkgever had gekopieerd en vervolgens zelf een bedrijf was begonnen). De commissie-Franken hield zich ook al bezig met computercriminaliteit; inmiddels heeft die commissie een rapport uitgebracht², waarin wordt voorgesteld de strafwet op 29 punten aan te vullen.
4. De wetgever is in staat gebleken het radio- en telefoonverkeer te regelen. Ik verwacht dan ook dat hij in staat is 'gegevensbeheer en -verkeer' te regelen.

Ten aanzien van het door De Graaf naar voren gebrachte punt van de eigendomsoverdracht: daarmee was ik onbekend. Misschien kan dit punt worden meegenomen in de Wet op de Behandelingsovereenkomst. Overigens geeft De Graaf in zijn eigen boek over de Wet Persoonsregistraties al aan, dat deze wet een aantal vage begrippen en minder fraaie constructies heeft³.

De kern van het probleem echter is volgens mij dat er te weinig duidelijkheid is over de posities van instellingen en van artsen. Artsen hebben soms twee of meer petten op. Daarom denk ik ook dat het goed zou zijn als er functieschrijvingen van artsen en van instellingen

BRIEVEN

worden opgesteld. Dat de primaire en afgeleide doelstellingen worden vastgelegd. Dat taken en verantwoordelijkheden duidelijk worden afgebakend. Het is bijvoorbeeld zo al duidelijk dat de overheid een andere doelstelling heeft dan de individuele arts. Namelijk de zorg voor de gezondheidszorg voor de bevolking als geheel, terwijl de arts primair de zorg heeft voor individuele personen. De overheid moet, om de doelstelling te kunnen verwezenlijken, veel gegevens verzamelen; voor de individuele arts is die noodzaak er vaak niet. Dit lijkt mij trouwens ook een belangrijk punt voor de Wet Behandelingsovereenkomst. In een overeenkomst moet de patiënt duidelijkheid krijgen welke positie de arts inneemt: dan pas kan de patiënt bepalen welke vertrouwelijke gegevens hij aan de arts zal toevertrouwen. Maar zolang de discussie over dit soort zaken nog niet is gevoerd, zal de patiënt moeten proberen op een andere wijze greep te krijgen dan wel te houden op wat er met zijn gegevens wordt gedaan. De Graaf heeft daartoe de juridisch juiste weg aangegeven.

Almere, februari 1988
E. Cranendonk

Literatuur

1. Hof Arnhem. Computergegevens zijn een 'goed' in de zin van art. 321 Sr. Nederlandse Jurisprudentie 1984 arrest nr 80.
2. Informatietechniek en strafrecht. Rapport van de commissie computercriminaliteit. Staatsuitgeverij, april 1987.
3. Graaf F de. Privacy en persoonsgegevens. Lelystad: Vermande, 1987 (serie 'Recht, Informatie en Telecommunicatie').

ATTITUDE EN KLINISCHE COMPETENTIE

Met zeer grote belangstelling heb ik kennis genomen van het artikel van collega De Monchy in MC nr. 49/1987, blz. 1549. Al jaren pleit ik ervoor iets te doen aan de vorming van de attitude in het medisch onderwijs. Ik citeer de auteur regelmatig, omdat hij destijds een co-assistent beschreef die over ruim voldoende kennis en vaardigheden beschikte, maar zich tegenover patiënten, hun ouders en het verplegende personeel onwaardig gedroeg; als ik me goed herinner was de klacht van collega De Monchy dat daar niets tegen te doen viel, met andere woorden: hij kon geen onvoldoende

voor kindergeneeskunde op zijn artsexamen krijgen.

Toch zijn wij verantwoordelijk voor het feit dat deze jongelui ongehinderd op de mensheid worden losgelaten. Ik krijg wel eens de indruk dat mijn collega's zich machteloos voelen, omdat gedrag niet in een cijfer is uit te drukken. Toch is een aantal in dit opzicht onvoldoende functionerende studenten ons allen bekend en . . . wij laten dat dan maar zo: ergens zal het schip wel stranden, bijvoorbeeld tijdens de specialisatie of de opleiding tot huisarts.

Het is mij niet gelukt dit probleem de afgelopen jaren in mijn faculteit in Rotterdam op een bevredigende manier op te lossen. Vooral het signalement van de jonge specialist en de weigering mee te werken aan de enquête is in dit opzicht illustratief, maar ook zeer verontrustend.

Naar mijn mening zijn er wel degelijk oplossingen voor het probleem denkbaar.

Wat de specialistenopleiding betreft kan worden gedacht aan *supervisie* en *Balinagroepen* onder leiding van een ervaren specialist of huisarts, samen met een psycholoog of psychiater; dit werk zou wel moeten worden gedaan in de werktijd van de betrokken assistenten.

Daarnaast hebben wij in de opleiding tot huisarts goede ervaringen met *gesprekstraining* en dergelijke meer. Ook deze trainingen zouden verplicht moeten zijn in het kader van de opleiding. In de basisopleiding wordt aan deze trainingen in de meeste faculteiten al aandacht besteed, maar men heeft geen oplossing voor het probleem van de attitudevorming.

Mogelijk kan het artikel van collega De Monchy ertoe bijdragen dat een aantal geïnteresseerde docenten in den lande zich over het probleem buigt en met voorstellen komt. Het is naar mijn mening de hoogste tijd, want het is, zoals Erasmus in 1510 al schreef*, nog steeds zo dat 'de arts niet alleen voor het lichaam, het minder waardevolle deel van de mens zorg draagt, maar vooral voor de hele mens, hoewel in dit opzicht de geestelijke met de ziel, de arts met het lichaam zal beginnen'.

Rotterdam, februari 1988
H. J. Dokter

* *Uir: Encomium artis Medicae per Erasmus Roterodamum.*

AIDS-TEST

Wanneer de KNMG het standpunt inneemt dat de AIDS-test uit ethisch oogpunt niet mag worden gedaan bij een aanstellingskeuring, omdat de voorspellende waarde van de uitslag niet groot genoeg is (een standpunt dat ik overigens graag deel), wat is dan het standpunt

van de KNMG ten aanzien van veel gebruikelijk onderzoek bij aanstellingskeuringen, zoals de bloeddrukbeoordeling en het vragen naar rugklachten, waarop al heel wat patiënten van mij zijn afgekeurd?

Haarlem
D. H. Arentz

Antwoord

In de 'Gedragsregels voor Artsen', 2e druk, 1984, zijn op de blz. 29 t/m 41 richtlijnen opgenomen met betrekking tot aanstellingskeuringen. Deze richtlijnen zijn opgesteld door een werkgroep van de Vereniging voor Gezondheidsrecht. Het Hoofdbestuur der KNMG heeft er enkele kanttekeningen bij gemaakt en een motie van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde is integraal in dat standpunt opgenomen.

Uitdrukkelijk is in deze gemeenschappelijke standpuntbepaling vastgelegd dat een aanstellingskeuring uitsluitend tot doel mag hebben te bekijken of iemand geschikt is voor de functie. Andere doelstellingen, zoals het beoordelen van mogelijke financiële risico's in de toekomst, horen daar niet in thuis. In de hierboven genoemde motie worden artsen opgeroepen geen keuringen te verrichten die erop zijn gericht dat 'arbeidsgeschikt geachte personen een passende werkkring wordt onthouden, omdat een geschat medisch risico voor de bij dat dienstverband behorende pensioenregeling te groot wordt geacht'. Onlangs heeft het Hoofdbestuur van de Maatschappij nog uitgesproken dat het onjuist is dat financiële risico af te wentelen op een sollicitant, doch dat het ook onbillijk is werkgevers en pensioenfondsen met te grote financiële risico's op te zaden. Daarom is het voorstel gedaan deze risico's door werkgevers verplicht te laten verzekeren met eventueel voor de te zware risico's een volksverzekering.

In de hierboven genoemde voorbeelden van collega Arentz mogen de bloeddrukbeoordeling en de status van de rug derhalve alleen een rol spelen voor zover ze in de afweging belastingbelastbaarheid een rol spelen; niet om toekomstige uitvalrisico's te schatten die los van die afweging aanwezig zijn. Een flinke hypertensie kan na enige jaren tot uitval leiden, terwijl de persoon in kwestie al die jaren in goed evenwicht tussen belasting en belastbaarheid voortreffelijk heeft gefunctioneerd.

Dat geldt eveneens voor seropositiviteit ten aanzien van AIDS. De onbetrouwbaarheid van de test kan van tweeërlei aard zijn: enerzijds de test zelf, anderzijds de prognostische waarde. Prognostiek is in het algemeen weinig betrouwbaar en leent zich er niet voor beslissingen te nemen die verstrekkende gevolgen kunnen hebben voor mensen. Niet alleen de betrouwbaarheid van de test zelf speelt derhalve een rol, want voor elke test geldt dat de mate van betrouwbaarheid in het eindoordeel moet worden betrokken, maar vooral het feit dat seropositieven jarenlang, misschien altijd, volledig arbeidsgeschikt kunnen blijven. Het

risico dat een werkgever loopt door wellicht voortijdige uitval mag geen rol spelen bij de uitslag van de keuring.

Utrecht, februari 1988
Th. M. G. van Berkestijn, arts,
plaatsvervangend secretaris-generaal KNMG

VAN GEZONDHEIDSCENTRUM NAAR SOLOPRAKTIJK

Helaas heb ik tot op heden de verwijscijfers die normaal worden verstrekt door het Ziekenfonds Gooi en Omstreken, over 1985 nog niet mogen ontvangen.

Gaarne wil ik ingaan op de reactie van Kooy en Ooms te Zwammerdam (MC nr. 11/1987, blz. 327). De verwijscijfers voor een dorp als Zwammerdam zijn niet te vergelijken met de verwijzingen van een Amsterdamse bevolking. Hiervoor zijn vele argumenten aan te voeren, waar ik hier nu niet nader op zal ingaan.

De verhouding tussen mijn solopraktijk en het naburige gezondheidscentrum is zodanig dat de trek van patiënten die graag een verwij斯卡art willen hebben waarvoor geen medische indicatie bestaat naar het gezondheidscentrum is. Het verwijscijfer van dit gezondheidscentrum moet aanmerkelijk hoger liggen dan mijn verwijscijfers, ook gezien de vorige brieven.

Over de verstrekking van subsidies aan de gezondheidscentra het volgende: De begroting per huisarts per jaar wordt met vijftigduizend gulden overschreden. Daarnaast worden er kosten gemaakt voor management (boekhouding, rekeningen versturen, teambegeleiding en dergelijke). Ook heeft u gemerkt dat er een bureau Project Gezondheidszorg Almere is, dat eveneens moet worden betaald. Voor vijftientig huisartspraktijken in Almere betekent dit vijftigduizend gulden overheadkosten per arts per jaar. Al met al komt de subsidie op een ton per jaar per huisarts. Mijn belastinggeld gaat naar de concurrent.

Almere, februari 1988
A. Beijst

PRO-RATOSYSTEEM

De brief 'Pro-ratosysteem handhaven' van collega Verkuyt in MC nr. 5/1988, blz. 133, en het naschrift van de heer Laffr   heb ik met interesse gelezen. Toch meen ik enige kanttekeningen bij het naschrift te moeten plaatsen. Met name stelt de heer Laffr  : 'In de praktijk komt het erop neer, dat kortdurende telefonische consulten of verzoeken om herhalingsrecepten worden gedeclareerd tegen een half consult, terwijl consulten die een duidelijk langer tijdsbeslag kennen tegen twee consulten worden gedeclareerd'.

In de laatste ledenbrief van de LHV komt het volgende korte artikelje voor: 'Een verzoek

aan de huisarts of diens assistente om een (herhalings)recept is gelijk te stellen aan een consult. Immers, of het nu gaat om een verkoudheid of een verzoek om een (herhalings)recept dat de huisarts eventueel via de assistente bereikt, de huisarts moet toch de tijd en de verantwoordelijkheid voor zijn handelen nemen. Hetzelfde geldt voor een telefonisch onderhoud tussen patiënt en huisarts, indien dit onderhoud een spreekuurconsult vervangt. Ook dan kan de huisarts een consult in rekening brengen.'

Verderop in het naschrift vertelt de heer Laffr   dat het COTG heeft besloten, dat telefonische consulten en herhalingsrecepten per 1 juli a.s. tegen een half consult mogen worden gedeclareerd. Blijkbaar is hij het met dit standpunt eens. Anderzijds, heer Laffr  , zult u het met mij eens zijn dat de aangehaalde twee commentaren duidelijk strijdig met elkaar zijn. Ongetwijfeld zijn de verzekeringsmaatschappijen op de hoogte van deze strijdigheid; ze zullen daar direct ge- dan wel misbruik van maken.

Is het te veel gevraagd, dat het dagelijks bestuur hier nu eens een uitspraak over doet? Het is mijns inziens belangrijk genoeg, waar het gaat om plusminus vijf tot tien (herhalings)recepten per dag!

De verhoging van de tarieven heeft weinig commentaar opgeleverd, het berekenen van telefonische consulten en receptuur wel. Dat is iets nieuws, waar de ene patiënt op reageert met: 'Ik begrijp niet dat jullie dat al niet veel eerder gedaan hebben' en de andere met: 'Moet ik nu ineens een consulttarief neertellen voor het herhalen van mijn routinemedicatie?' Juist op dit punt is er een grote onzekerheid bij arts en patiënt.

Ik zou het zeer op prijs stellen, als het bestuur zich uitspreekt voor een vast standpunt, zodat wij in het veld niet de ene keer horen 'volledig consult' en de andere keer 'half consult'.

Utrecht, februari 1988
J. A. Sleijffers

Naschrift

Door omstandigheden is helaas een alinea weggevallen uit het artikel 'Consult per telefoon' op pag. 6 van de Ledenbrief nr. 1. Een en ander gaf aanleiding tot misverstanden. Wij betreuren dat.

De desbetreffende passage luidt: '(. .) In veel gevallen wordt voor een telefonisch verzoek om een (herhalings)recept, als dat duidelijk minder tijd in beslag neemt dan een normaal consult, een half consult in rekening gebracht.(. . .)'

NORMEREN ONTBEREN?

Met dit schrijven wil ik reageren op de ingezonden brief van collega Postma in MC nr. 3/1988, blz. 69:

De gemeente Oud-Beijerland heeft in een

voorlopige beschikking van de Raad van State gelijk gekregen in het afgeven van een vestigingsvergunning aan een kandidaat die door de plaatselijke huisartsen en de VAC niet gewenst was. In zijn ingezonden brief stelt collega Postma dat er onvoldoende inwonersaanwas is om het afgeven van een vergunning te rechtvaardigen. Hoe ligt nu de feitelijke situatie?

1. Op het ogenblik praktiseren in Oud-Beijerland zes huisartsen, het huidige inwonersaantal is circa 20.000. Uitgaande van de reken-norm zou er theoretisch plaats zijn voor $20.000:2.350 = 8,5$ huisartsen: 2,5 méér dan er nu zijn gevestigd.

2. Navraag bij de gemeente Oud-Beijerland leert dat de prognose is dat er de komende jaren 2.000-3.000 inwoners bijkomen: wanneer deze prognose juist is, voldoende voor een levensvatbare nieuwe vestiging.

Uiteraard doe ik nu juist wat collega Postma niet wil, namelijk het probleem zuiver rekenkundig benaderen. Toch reken ik nog even door: collega Postma heeft een normatieve praktijk, de overige huisartsen hebben dus $20.000:2.350 = 17.650$ patiënten, dat wil zeggen per praktijk een gemiddelde van $17.650:5 = 3.530$. Wanneer men ervan uitgaat dat er nog een collega is met een normatieve praktijk, loopt dit gemiddelde voor de overige vier huisartsen zelfs op tot 3.825.

Dan stelt collega Postma dat er geen goede regeling is voor de afbouw van grote praktijken. Wat voor regeling hem hierbij voor ogen staat maakt hij helaas niet duidelijk. Voor een dergelijke afbouw lijkt het mij in elk geval wel noodzakelijk dat er nieuwe vestigingen plaatsvinden.

Tenslotte: dat huisartsen door dit soort vestigingsperikelen minder goed zouden gaan functioneren is denkbaar, maar een positieve benadering lijkt hier meer te bieden dan het zich terugtrekken uit VAC en plaatselijk overleg; er is nu eenmaal een AMvB waar we mee moeten leven. En laten we wel zijn: in het verleden was het ook niet altijd even goed geregeld!

Zuid-Beijerland, februari 1988

H. de Vos, huisarts

OVER DE RUG VAN DE OUDERE HUISARTS

Onder deze titel reageerde J. W. M. Keunen, huisarts, op het akkoord gaan van de Ledenvergadering met de 'package-deal' en op het – in het inmiddels al weer verre verleden – oprichten van het artsenpensioenfonds (MC nr. 4/1988, blz. 102).

Is 'over de rug van de oudere huisarts' juist? Wij menen van niet. Een besluit van de LHV kan weliswaar soms nadelig zijn voor een individuele huisarts, jong of oud, maar zal vrijwel nooit een hele groep huisartsen schaden. Een duidelijk voorbeeld is de in de 'package-deal' opgenomen '65+-regeling': per 1 januari 1989 zullen de medewerkersovereenkomsten met

huisartsen van 69 jaar en ouder worden verboden. Gedurende een aantal jaren zal deze leeftijd vervolgens geleidelijk worden teruggebracht tot 65 jaar.

Een aantal oudere huisartsen zal zich hierdoor benadeeld voelen. Een veel grotere groep oudere huisartsen evenwel niet. Dit blijkt uit de grote vraag onder de oudere huisartsen naar een VUT-regeling. Voor het kunnen realiseren van een VUT-regeling is een verplichte pensioneringsleeftijd van eminent belang. De 65+-regeling vervult in dit kader een belangrijke voorwaarde. Het creëren van een VUT-regeling past binnen het beleid van de LHV. Op dit moment wordt dan ook intensief gewerkt aan het voorbereiden van een voorstel voor een VUT-regeling ten behoeve van de Ledenvergadering medio dit jaar.

Wij hopen met dit voorbeeld te hebben aangegeven dat, hoewel sommige besluiten individuele huisartsen soms kunnen treffen, dergelijke besluiten niet zomaar worden genomen, doch in het belang van de beroepsgroep huisartsen en passend binnen het uitgestippelde beleid en door de Ledenvergadering geakkoordde beleid van de LHV.

Utrecht, februari 1988

LHV

VERANTWOORDING

De leden van het hoofdbestuur van de KNMG worden, namens alle leden, gekozen door de Algemene Vergadering (art. 301 HR). Bij tussentijds aftreden zijn zij mijns inziens dan ook verantwoording verschuldigd aan die leden c.q. de AV.

Ik heb gemeend nu, in het begin van het vierde jaar van mijn HB-mandaat, mijn zetel ter beschikking te moeten stellen, nadat ik in 1987 de functie van ondervoorzitter heb vervuld.

Volgens art. 311 HR kiest het HB jaarlijks uit zijn midden een voorzitter, één of twee ondervoorzitters en één of meer andere leden die samen het DB vormen. Hoewel beide ondervoorzitters van 1987 zich ook voor 1988 beschikbaar stelden, zijn zij niet herkozen. Dat is op zich zelf een vrij unieke, zij het volstrekt legitieme gebeurtenis; het duidt er wel op dat de samenwerking in de top van de KNMG te wensen overliet. Dat binnen een HB van circa dertig leden, van wie er vijftien door de Algemene Vergadering zijn gekozen, niet alle persoonlijke verhoudingen altijd optimaal kunnen zijn ligt voor de hand, maar behoeft een goed functioneren niet te belemmeren. Mij is wel gezegd een wat academische benadering te hebben, maar dat behoeft na mijn intree-interview in 1984 in MC nauwelijks verwondering te wekken. Die factoren zijn dan ook naar mijn gevoel niet van doorslaggevende betekenis geweest.

Het HB vormt op zich zelf een sterk gelaagde structuur waarin de dagelijkse gang van zaken wordt geleid door een presidium (dat overigens niet in het Huishoudelijk Reglement wordt genoemd), bestaande uit voorzitter, on-

dervoorzitters, en de secretaris-generaal en de secretarissen (arts, jurist, PR): het 'bureau'. Dit bureau van vaste staffunctionarissen speelt in dat presidium een dominerende rol. In het DB, dat tot dusverre in de praktijk van betrekkelijk ondergeschikte betekenis is, zijn ook de vier maatschappelijke verenigingen vertegenwoordigd. De invloed van het 'grote' HB met de toegevoegde leden uit de maatschappelijke verenigingen als adviseur en een aantal waarnemers, is wisselend, al naar gelang de omstandigheden. Zoals in elke organisatie met gekozen bestuurders en een vaste staf, is er een zeker spanningsveld tussen de bevoegdheden en verantwoordelijkheden van beide groepen. Over die taakafbakening bestaan verschillen van inzicht, die ten aanzien van de gekozen HB-leden variëren van een begeleidende rol voor de grote beleidslijnen, vergelijkbaar met de raad van commissarissen in een onderneming die door de directie c.q. de vaste staf wordt geleid, tot een direct beleidsbepalende, 'politieke' functie met een departementale indeling en verantwoordelijkheid, zoals de LHV die in zekere mate kent.

Er wordt in de periferie in het algemeen sterk geklaagd over de afstand tussen Domus en gewone KNMG-leden. Dat gebeurt groten-deels, maar niet helemaal, ten onrechte, al wordt dat door die periferie niet als zodanig erkend. Mijn (bescheiden) pogingen om binnen het HB, en daardoor in de relatie tot de perifere leden, een grotere spreiding van betrokkenheid en verantwoordelijkheid voor de vijftien gekozenen te bewerkstelligen, hebben daar qua inhoud en/of presentatie onvoldoende weerklink gevonden. Nu ik geen lid meer ben van het presidium kan ik er nauwelijks meer invloed op uitoefenen. Bovendien voorzie ik in de nabije toekomst een versterking van de centralistische tendensen en de stratificatie in de bestuursstructuur. Onder die omstandigheden acht ik voortzetten van mijn HB-lidmaatschap niet verder zinvol.

Muiderberg, 23 februari 1988

Prof.Dr. Paul E. Voorhoeve

OPEN BRIEF

Hartekreten uit een afdeling

Naar aanleiding van bovenstaande verantwoording van Prof.Dr. P. E. Voorhoeve vraagt de kring Vecht en Omstreken uw aandacht voor bijgaande vragen.

Collega Voorhoeve werd door de kring Vecht en Omstreken voorgedragen als lid van het HB. In het jaar 1987 fungeerde hij als één van de twee ondervoorzitters van de KNMG. Bij het ingaan van 1988 werden zij als zodanig niet herkozen, hetgeen in de ogen van onze afdeling onaangenaam overkwam en ons met zorg vervulde. Voor zover wij weten heeft dit verschijnsel zich in de KNMG-historie nooit eerder voorgedaan.

De volgende vragen komen zodoende bij ons op:

1. Wat is de diepere achtergrond van het niet herkiezen van deze ondervoorzitters?
2. Is het gebeuren geen afspiegeling van de dikwijls gehoorde stelling, dat er tussen Domus en periferie geen optimale contacten bestaan?
3. Wat is de reglementaire status van het presidium?

4. Is het niet zo, dat nu veel 'zaken' door dit presidium worden afgedaan die in wezen in het HB behoren?
5. Wordt de functie van het DB niet ernstig ondergraven door de aanwezigheid van het niet reglementair functionerende presidium?

Voor een beter verstaan van Domus en perife-

rie is het helder maken van deze vragen een eerste vereiste. Wij hopen dat dit in de bijeenkomst DB-afdelingen op 15 maart a.s. zal plaatsvinden.

Naarden, 24 februari 1988
Namens bestuur Vecht en Omstreken,
Dr. W. de Graaf, secretaris

14 t/m 18 maart Katholieke Universiteit Nijmegen: Se herhalingscursus 'Klinische kindergeneeskunde'. Inlichtingen: Bureau Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, mw. B. Hachmang-Rissenbeek, Johannes Wierlaan 1, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen, tel. 080-517050.

17 maart – Dijkzigt Ziekenhuis Rotterdam: symposium 'verpleging en zelfzorg; Wetenschappelijk onderzoek over Orem's theorie'. Inlichtingen: Mw. A. Bronkhorst, Rijksuniversiteit Limburg, Postbus 616, 6200 MD Maastricht, tel. 043-887396.

17 maart – Avifauna te Alphen a/d Rijn: symposium 'Versterking van de huisarts: zin of onzin'. Inlichtingen: Vereniging Ondersteuning Huisartsen, Stevensbloem 271, 2331 JD Leiden, tel. 071-316732.

18 maart – Jaarbeurscongrescentrum te Utrecht: symposium 'Ongevallen in het jaar 2000'. Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. Inlichtingen: Congresbureau Jaarbeurs Utrecht, tel. 030-955466.

19 maart – Katholieke Universiteit te Nijmegen: studiedag 'De arts-patiënt relatie. Ben ik mijn broeders hoeder?'. Inlichtingen: Congresbureau Van Namen & Westerlaken, tel. 080-234471.

21 maart – CSB-gebouw te Utrecht: studiedag over samenwerking tot een betere psychische hulpverlening aan migranten in de provincie Utrecht. Inlichtingen: directiesecretariaat RIAGG Stad Utrecht, tel. 030-511602.

22 maart – VNZ-gebouw te Zeist: symposium over waarden en relativiteit van selectie-criteria en indicatiestelling. Inlichtingen: directiesecretariaat RIAGG Stad Utrecht, tel. 030-511602.

23 maart – Jaarbeurs Congrescentrum te Utrecht: symposium 'Het voetvolk in de frontlinie'. Inlichtingen: RINO-Utrecht, tel. 030-518636.

24 maart – VNZ-gebouw te Zeist: congres over nazorg. Inlichtingen: directiesecretariaat RIAGG Stad Utrecht, tel. 030-511602.

24, 25 maart – De Lawei te Drachten: symposium 'De toekomst van de psychogeriatric'. Inlichtingen: secretariaat symposiumcommissie, Antwoordnummer 1440, 9250 WG Noordbergum, tel. 05110-2541.

24, 25 maart – Katholieke Universiteit te Nijmegen: PAOG-cursus 'Kinderrevalidatie, basisbegrippen en werkwijze'. Inlichtingen: mw. B. Hachmang-Rissenbeek, Bureau PAOG, Johannes Wierlaan 1, Postbus 9101 HB Nijmegen.

24, 25 maart – Vrije Universiteit te Amsterdam: symposium 'Kwaliteit van leven en zorg,

AGENDA

kwaliteit van zorg en fouten'. Inlichtingen: Stichting Sympoz, Plantsoen Laanhoorn 17, 1181 BE Amstelveen, tel. 020-431499 of 02975-62575.

25 maart – Psychiatrisch Ziekenhuis Brinkgreven te Deventer: studiedag 'Crisis, sociaal-psychiatrische en psychotherapeutische aspecten'. Inlichtingen: tel. 05700-39600.

26 maart – Diaconessenhuis te Utrecht: landelijke bijeenkomst Nederlandse Werkgroep Cervix Uteri. Inlichtingen: Dr. J. A. Wijnen, tel. 030-528111.

5-15 april – Oxford: British Council Medical Specialist Courses 1988 'The clinical medicine of later life: the scientific basis of practice'. Inlichtingen: mw. J. Keogh, Keizersgracht 343, 1016 EH Amsterdam, tel. 020-223644.

6 april – Nederlands Congresgebouw Den Haag: congres 'Blindheidbestrijding in ontwikkelingslanden (een strategie naar het jaar 2000)'. Inlichtingen: mw. L. Smook en mevrouw N. Stofberg, Bijl Consultancy, Zuid Linschoterzandweg 53, 3425 EN Snelrewaard.

8 april – Katholieke Universiteit te Nijmegen: '2nd Van Deventer Symposium Prematurity'. Inlichtingen: mw. P. G. Kortenoeven, tel. 080-514726.

11, 12 april – Leeuwenhorst Congres Center te Noordwijkerhout: Boerhaave cursus 'Maag-, darm- en leverziekten'. Inlichtingen: Bureau Boerhaave Commissie, tel. 071-275294.

13 april – Jaarbeurs Congrescentrum te Utrecht: congres 'Milieuproblemen in de delta van West-Europa; verantwoordelijkheid voor overheid en burger'. Inlichtingen: P. A. W. Adriaanse, tel. 070-244575 of J. G. J. Huurman, tel. 070-240232.

13 april – Katholieke Universiteit te Nijmegen: PAOG-cursus 'Een open oog voor oogheelkunde in de huisartspraktijk' (herhaling). Inlichtingen: mw. W. J. van Zwam, Bureau PAOG, Johannes Wierlaan 1, 6500 HB Nijmegen, tel. 080-517050.

14 april – Erasmus Universiteit te Rotterdam: symposium 'Pathogenese, profylaxe en behandeling van trombose'. Inlichtingen: Bureau PAOG, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam, tel. 010-408 78 79/7880.

15 april – Congrescentrum van Ouwehands Dierenpark te Rhenen: jaarlijkse ledenvergadering van de Vereniging voor Gezondheidsrecht 'Grenzen aan het recht op gezondheids-

zorg'. Inlichtingen: Mr. C. J. van den Berge, Postbus 9696, 3506 GR Utrecht, tel. 030-739390.

15 april – ziekenhuis St. Joannes de Deo te Haarlem: voorjaarssymposium 'Aan weerskanten van een verouderend maagdarmkanaal'. Inlichtingen: mw. Mr. M. A. P. Verhoeven-Reijnders, Lijsterbesstraat 39, 4131 AN Vianen, tel. 03473-75709.

15 april – Rijksuniversiteit te Leiden: Boerhaave cursus 'Informed consent, schijn en werkelijkheid'. Inlichtingen: mw. D. Hage, Bureau Boerhaave Commissie, Rijnsburgerweg 10, 2333 AA Leiden, tel. 071-275293.

15, 16 april – Academisch Medisch Centrum te Amsterdam: internationaal symposium 'Acid-related disorders: a decade after the introduction of H₂-receptor antagonists'. Inlichtingen: mw. C. J. Hootsen, Tafelbergweg 25, 1105 BC Amsterdam, tel. 020-566 4801.

16, 17 april – Europees laboratorium voor nutriënten te Utrecht: 'Advanced nutrition '88. A two-day seminar on amino-acids: analysis, nutrition and therapeutic methods'. Inlichtingen: ELN, Kemperstraat 3, 3581 KG Utrecht, tel. 030-515348.

21 april – Technische Universiteit te Eindhoven: symposium 'Lasertechnologie, nieuwe ontwikkelingen en toepassingen'. Inlichtingen: Studievereniging voor technische natuurkunde 'Johannes Diderik van der Waals', Technische Universiteit Eindhoven, Postbus 513, 5600 MB Eindhoven, tel. 040-4743 79.

21 april – Psychiatrisch Ziekenhuis Zeeland te Kloetinge (Goes): avondsymposium 'Matige hypertensie, wat nu?'. Inlichtingen: tel. 01100-37000.

22 april – Vergadercentrum Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen te Zeist: themamiddag 'In de tang tussen professionele verantwoordelijkheid en politiek'. Inlichtingen: secretariaat NVAG/NIPG/TNO Leiden, Mr. B. L. Berkemeier en mw. P. E. M. Lindeman-Clocquet, tel. 071-178722.

22 april – RAI-Congrescentrum te Amsterdam: symposium ter gelegenheid van het 75-jarig bestaan van het Nederlands Kanker Instituut (Antoni van Leeuwenhoek-Huis). Inlichtingen: mw. G. G. H. de Jong-Meijerink, Antoni van Leeuwenhoek-Huis, Plesmanlaan 121, 1066 CX Amsterdam.

23 april – Jaarbeurs Congrescentrum te Utrecht: voorjaarsvergadering 'Ontwikkelingen in de reanimatie', 'Ervaringen met reanimatie door leken', 'Vrijmaken van de ademenwegen'. Inlichtingen: secretariaat Nederlandse Vereniging van arts-docenten in de Eerste Hulp bij Ongelukken, tel. 070-549111.

Samenstelling basispakket en aanvullend pakket in een nieuwe ziektekostenverzekering

Aanzet tot een discussie

Op 3 november 1987 heeft de regering haar standpunt over het advies van de commissie-Dekker naar buiten gebracht. Hierin wordt onder meer uitgesproken dat voorstellen zullen worden ontwikkeld om in 1990 een basisverzekering voor alle burgers in te voeren ter grootte van 85% van de huidige voorzieningen voor volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening. Daarnaast kan men zich desgewenst voor de overige voorzieningen aanvullend verzekeren.

Hoewel invulling en uitwerking van deze plannen nog alle kanten uit kunnen, is nu tenminste de 'intentie' uitgesproken te komen tot een basisverzekering voor iedere ingezetene van Nederland. Invulling van een dergelijke basisverzekering betekent in ieder geval pakketverkleining in vergelijking met de huidige Ziekenfondswet en AWBZ. Indien deze invulling geschiedt à la 'Dekker', zullen essentiële gezondheidszorgvoorzieningen buiten dit pakket terechtkomen en alleen 'desgewenst' worden verzekerd: de veelgeprezen 'keuzevrijheid'.

In de komende maanden zal bij de discussie over 'Dekker' de nadruk vooral liggen op zaken als invoering van een nominaal premiedeel in de huidige Ziekenfondswet, inkomstenbudgettering van ziekenfondsen ten aanzien van de kosten van voorzieningen, selectieve ontheffing van de contracteerplicht van ziekenfondsen, inkomensconsequenties van een basisverzekering en dergelijke. De discussie over de invulling van de pakketten zal naar verwachting pas in 1989 losbarsten. Uit een zorginhoudelijk standpunt bezien gaat het hierbij echter om een fundamentele problematiek, die grote consequenties heeft voor de kwaliteit van de gezondheidszorg: de toegankelijkheid van essentiële zorgverlening voor iedereen. Het is daarom zeer gewenst, dat reeds nu in brede kring gaat worden nagedacht over de pakketsamenstellingen. Dit artikel is bedoeld om basismateriaal aan te dragen voor een dergelijke gedachtemvorming en om de discussie hierover op gang te brengen. Hiervoor zullen in het kort eerst de voorstellen van de commissie-Dekker worden gememoreerd met daarbij enig commentaar. Vervolgens wordt aan de hand van een uitge-

W. Schellekens

Hoe kan bij de samenstelling van een toekomstig basispakket van de ziektekostenverzekering de toegankelijkheid tot essentiële gezondheidszorg worden gewaarborgd? Deze vraag staat centraal in een, op persoonlijke titel geschreven, notitie van de hand van W. Schellekens, sociaal-geneeskundige, tak Algemene Gezondheidszorg. De auteur is werkzaam als medisch adviseur van de Ziekenfondsraad.

werkte vraagstelling een aantal kernbegrippen nader omschreven, met behulp waarvan stapsgewijs aan de hand van criteria kan worden nagedacht over de samenstelling van het basispakket.

PAKKETTEN À LA 'DEKKER'

De commissie-Dekker stelt voor, het te formeren basispakket samen te stellen op grond van de volgende criteria:

- voorzieningen die naar hun aard onverzekerbaar zijn, respectievelijk een financieel niet te dragen risico meebrengen (ruwweg de AWBZ-voorzieningen, bejaardenoorden en ziekenhuisverpleging annex de medisch-specialistische hulp);
- voorzieningen die zich in hoge mate lenen voor substitutie door andere vormen van zorg, zowel zwaarder als lichter. Flexibiliteit en doelmatigheid in het stelsel moeten met behulp van dat type voorzieningen worden bereikt. Daarom worden belangrijke delen van de eerstelijnszorg en maatschappelijke dienstverlening, samen met zware risico's, in één verzekering ondergebracht: huisarts, kruiswerk, gezinsverzorging, algemeen maatschappelijk werk en maatschappelijk werk voor zwakzinnigen (sociaal-pedagogische zorg).

De commissie-Dekker stelt voor, de verstrekkingen niet te omschrijven uitgaan-

de van personen en/of instellingen, maar functioneel naar de soort hulp.

Bijzondere aandacht vereisen verder indicaties, eigen bijdragen en machtigingen. Deze moeten zo worden gesteld dat de verzekerde alleen dan recht heeft op de zwaardere vorm van zorg, indien de lichtere vorm niet (langer) volstaat. De commissie-Dekker pleit voor een strakke formulering van indicatiestelling, periodieke herindicering en onderlinge afstemming van aansluitende voorzieningen. De verzekerde die een zwaardere vorm van hulp dan de geïndiceerde verkiest, zou zelf (een deel van) de meerkosten moeten betalen.

Voorzieningen die door de commissie-Dekker niet tot het basispakket worden gerekend, kunnen desgewenst aanvullend worden verzekerd. Hierbij worden onder andere genoemd geneesmiddelen, kunst- en hulpmiddelen, extramurale paramedische hulp (fysiotherapie, logopedie), tandheelkundige hulp boven de 18 jaar, cosmetische plastische chirurgie, consultatiebureau-taken kruiswerk vanaf 1 jaar, zwangerschapsafbreking, sterilisatie en in vitro fertilisatie. De commissie-Dekker hecht eraan te benadrukken dat aanvullend te verzekeren voorzieningen zich niet in de sfeer van franje of luxe bevinden en acht het van belang dat een aanvullende verzekering voor iedere ingezetene in principe beschikbaar en bruikbaar is. De overheid dient een acceptatieplicht op te leggen en eventueel een maximumpremie vast te stellen.

KEUZEVRIJHEID?

Bij de invulling van de verschillende pakketten volgt de commissie-Dekker zelf niet geheel consequent haar eigen criteria. Uit het feit dat bijvoorbeeld farmaceutische hulp in het aanvullend pakket is opgenomen zou kunnen worden afgeleid dat deze hulp een financieel te dragen risico zou zijn, waarvoor reële keuzevrijheid bestaat. De geneesmiddelenkosten voor de chronische behandeling van hoge bloeddruk, CARA, suikerziekte, hart- en vaatziekten kunnen echter zeer aanzienlijk zijn, om nog maar niet te spreken van dergelijke kosten voor extramurale behandelingen in de

oncologie en na transplantaties, voor hormonale substitutie, enz.

Deze opmerking geldt *mutatis mutandis* ook voor verschillende kunst- en hulpmiddelen en onderdelen van de tandheelkundige en paramedische hulp. Het is niet onwaarschijnlijk dat opnemings van deze voorzieningen in een aanvullend pakket een verschuiving te zien zal geven naar het gebruik van voorzieningen die in het basispakket zijn opgenomen. Hierdoor treedt dan een vorm van substitutie op, die juist niet bedoeld kan zijn (bijvoorbeeld van fysiotherapie en farmaceutische hulp naar tweedelijnszorg). Indien wordt bedoeld substitutie naar omgevings- en zelfzorg, dan is dit alleen reëel voor die zorgvoorzieningen waarvoor geldt dat het (moeten) afzien van het gebruik ervan niet leidt tot onaanvaardbaar gezondheidsverlies.

Worden aldus in het aanvullende pakket essentiële vormen van zorg opgenomen, dan bestaat er in feite geen reële keuzevrijheid voor verzekerden om (delen uit) het aanvullende pakket vrijwillig te verzekeren. Keuzevrijheid wordt immers volkomen verschillend beleefd, afhankelijk van het feit of men gezond of ziek is en een hoog of laag inkomen heeft. Het volgende moge dit verduidelijken. Indien om een of andere reden (bijvoorbeeld inkomensgevolgen, gezondheidstoestand, onwetendheid) dit aanvullend pakket niet wordt verzekerd, kan hierdoor ernstige gezondheidsschade ontstaan door het onbereikbaar worden van essentiële gezondheidszorgvoorzieningen. Ook verzekerden die in verhoogde mate het risico lopen gebruik te moeten maken van de in het aanvullend pakket opgenomen essentiële voorzieningen, hebben geen reële keuzevrijheid (chronisch zieken, bejaarden, gehandicapten). Het feit dat 'gezonden' en hogere inkomensgroepen zich mogelijk minder snel zullen bijverzekeren, zou bovendien leiden tot hogere premies voor lagere inkomensgroepen en 'risicodragers'. Indien dit probleem zou worden opgevangen met acceptatieplicht en maximale premiestelling, worden de gesignaleerde gevaren verzacht; van keuzevrijheid is dan echter niet veel over en in feite ontstaat de situatie dat voor een deel van het pakket de inkomensafhankelijke premie is vervangen door een nominale premie met alle gevolgen van dien voor de lagere inkomensgroepen. Het ligt meer voor de hand alle essentiële gezondheidszorgvoorzieningen onder te brengen in het basispakket, waarin dan eventueel een deel van de premie nominaal is. Hierdoor

wordt in ieder geval de toegankelijkheid tot deze voorzieningen gegarandeerd.

VRAAGSTELLING

Naar aanleiding van het bovenstaande is de centrale vraag in dit artikel: *op welke wijze kan het pakket van de basisverzekering zodanig worden ingevuld, dat alle zogeheten essentiële (gezondheids)zorgvoorzieningen hieronder vallen?*

Doelstelling hierbij is de toegankelijkheid tot essentiële (gezondheids)zorg voor iedere ingezetene van Nederland te waarborgen. Deze doelstelling is analoog aan het uitgangspunt van het Farmacotherapeutisch Kompas (een uitgave van de Ziekenfondsraad onder verantwoordelijkheid van zijn Centrale Medisch Pharmaceutische Commissie) ten aanzien van geneesmiddelen: 'Overbodige middelen, al zijn deze nog zo goedkoop, dienen niet te worden voorgeschreven; het duurste middel moet kunnen worden verstrekt, indien noodzakelijk'.

Opmerking: in het rapport-Dekker wordt uitgegaan van (wordt toegewerkt naar) een kostenverhouding basispakket-aanvullend pakket van 85:15; inkomensconsequenties van de te heffen premies spelen hierbij een overheersende rol. In dit artikel wordt niet uitgegaan van enige verhouding. Het is op zorginhoudelijke gronden zinniger eerst de hierna volgende principiële benadering uit te werken en te zien tot welke pakketsamenstellingen dit zou leiden; op dat moment kan worden berekend tot welk verhoudingsgetal dit zou leiden.

Het gaat in dit artikel dus om het waarborgen van de toegankelijkheid van essentiële (gezondheids)zorgvoorzieningen voor iedereen en met nadruk *niet* om vermindering van kosten. Het schrappen van essentiële vormen van zorg uit het pakket om daarmee kosten te verminderen, is zorginhoudelijk niet verantwoord; voor kostenbeheersing zijn betere instrumenten beschikbaar.

ZORG OP MAAT

De omschrijving van het huidige verstrekkingspakket Ziekenfondswet en AWBZ is vooral *aanbod*-georiënteerd. De aard, inhoud en omvang van een aantal verstrekkingen zijn zeer globaal geformuleerd: door een huisarts (specialist, tandarts, verloskundige . . .) te verlenen hulp, waarbij de omvang wordt bepaald door diens bevoegdheid of door omschrijvingen als 'gebruikelijk', 'redelijk' of 'kerwijs aangewezen' en dergelijke. An-

dere verstrekkingen zijn daarentegen zeer gedetailleerd omschreven (bijvoorbeeld kunst- en hulpmiddelen).

In een verstrekking zijn veelal verschillende zorgfuncties begrepen, zoals de medische, verpleegkundige, verzorgende, paramedische, farmaceutische functies. Dit belemmert een flexibel zorgaanbod, waardoor substitutie van bepaalde functies en zorg op maat vaak niet goed mogelijk is. Expliciete criteria waarom een voorziening als verstrekking werd geaccepteerd, zijn nooit geformuleerd en de bruikbaarheid van omschrijvingen als 'gebruikelijk' blijkt zeer gebrekkig. In het verleden werden begrippen als 'effectiviteit' en 'efficiëntie' nauwelijks gehanteerd bij de beslissing of een bepaalde zorgvoorziening kon worden opgenomen in het verstrekkingspakket.

Door de globale omschrijving van een aantal verstrekkingen worden nieuwe ontwikkelingen in veel gevallen automatisch in het verstrekkingspakket opgenomen. Gepoogd wordt dit automatisme te doorbreken en expliciete besluitvorming hierover mogelijk te maken. In het huidige systeem blijkt dit echter moeilijk realiseerbaar (zie hiervoor onder andere het advies van de Ziekenfondsraad 'Grenzen aan de groei van het verstrekkingspakket', uitgave 319/86); maatschappelijke en politieke druk blijkt in de praktijk nogal eens effectiever te zijn dan een rationele, zorginhoudelijk verantwoorde argumentatie.

In de huidige tijd van blijkbaar noodzakelijke kostenbeheersing en bezuinigingen is het daarom uiterst moeilijk maatregelen in de sfeer van de pakketsamenstelling te bedenken die de kwaliteit van de zorg niet aantasten en/of essentiële zorg scheiden van 'franje'. De oplossing wordt daarom veelal gezocht enerzijds in globale macro-beheersmaatregelen als budgettering en vestigingsbeleid, die globale (financiële) grenzen trekken en de invulling van de zorg overlaten aan de professionele autonomie van zorgverleners, anderzijds in het (ruwweg?) snijden in het pakket via pakketverkleining en eigen bijdragen. Daarnaast wordt ervoor gepleit doelmatigheid te bevorderen via het aanscherpen van indicatiestelling en protocollering van medisch handelen; deze maatregelen zijn uiterst zinvol, maar als zodanig moeilijk op te nemen in wettelijke regelingen. Ze zullen ook in eerste instantie dienen te worden opgesteld door of in samenwerking met de betrokken beroepsbeoefenaars. Wel kunnen er in wettelijke regelingen of hierop gebaseerde overeenkomsten be-

palingen worden opgenomen waardoor richtlijnen voor genormeerd medisch handelen minder vrijblijvend zijn dan nu veelal het geval is.

Nu de regering de intentie heeft uitgesproken te komen tot een 'basisverzekering voor alle burgers' en daarmee de verstrekkingenpakketten van Ziekenfondswet en AWBZ verkleind en samengevoegd moeten worden, ligt er een kans (en dus een uitdaging) om deze operatie meer fundamenteel te benaderen en ervoor te zorgen dat zorginhoudelijke argumenten en doelmatigheidsoverwegingen de basis vormen van de nieuwe pakketten in plaats van de politiek-financiële overwegingen die tot nu toe lijken te prevaleren. Alvorens dit te doen, is het nodig een paar begrippen nader te omschrijven.

BEGRIPPENKADER

Effectiviteit (= doeltreffendheid) betekent, dat een bepaalde zorgvoorziening aan haar doel beantwoordt. In dit verband zijn de effecten (de resultaten) van belang in de zin van overleving, genezing, verbetering, kwaliteit van leven en dergelijke. Het doel dat met een bepaalde vorm van zorg wordt beoogd, hangt af van de indicatiestelling: bijvoorbeeld een bepaalde (diagnostische of therapeutische) ingreep is bij de ene indicatie wel en bij een andere indicatie niet zinvol ('effectief'): het beoogde doel bereikend.

Efficiëntie (= doelmatigheid) geeft de relatie aan tussen effectiviteit en de daarvoor betaalde 'prijs'. Met 'prijs' worden dan bedoeld enerzijds de relatie tussen de gewenste effecten (het beoogde doel) en de daarbij optredende ongewenste bijwerkingen of nadelen in medische, maar ook in maatschappelijke zin (zoals iatrogenie, medicalisering) en anderzijds de voor het bereiken van het doel benodigde inzet van menskracht, middelen en dus geld.

Efficiëntie heeft te maken met de kosten-effectiviteit en de kosten-batenrelatie. Efficiëntie betekent ook dat een zelfde effect kan worden bereikt met inzet van een geringere 'prijs' (bijvoorbeeld via een of andere vorm van substitutie). Efficiëntie vormt een relatief begrip; hierbij komen vragen aan de orde als: 'Welke prijs is een voorziening met een bepaalde effectiviteit ons waard?' en 'Moet alles wat kan?' of 'Kan alles wat moet?' Effectiviteit kan in zorginhoudelijke zin worden beschreven, terwijl efficiëntie tevens te maken heeft met 'prijs' en dus met de beschikbare (of beperkte) mogelijkheden.

Vraag naar zorg: het aanbod van zorg dient vanzelfsprekend zoveel mogelijk aan te sluiten bij de zorgbehoefte in de bevolking (de vraagzijde). De zorgbehoefte in de bevolking is echter niet exact bekend. Morbiditeitscijfers zijn veelal gebaseerd op verrichtingencijfers en deze geven in feite de geëffectueerde vraag weer, dat wil zeggen de zorgbehoefte die aanleiding heeft gegeven tot het verlenen van een of andere vorm van zorg. Deze morbiditeitscijfers zijn de resultante van de vraag naar zorg en de reactie hierop van aanbieders; deze cijfers zijn echter niet erg betrouwbaar ter bepaling van de zorgbehoefte, enerzijds omdat ze geen zicht geven op dat gedeelte van de zorgbehoefte dat niet heeft geresulteerd in een of andere vorm van zorgverlening – zoals bekend komt slechts 10% van de in de bevolking ervaren gezondheidsproblemen onder de aandacht van de huisarts – anderzijds omdat niet altijd de juiste zorg in de juiste vorm en bij de juiste patiënt (= indicatiestelling) wordt gegeven. Objectieve morbiditeitsgegevens (bijvoorbeeld via de zogenoemde 'reason for encounter'-registratie of gezondheidsenquête) zijn slechts spaarzaam voorhanden of niet representatief voor de gehele bevolking.

De zorgbehoefte van de bevolking wordt in de literatuur onderscheiden in 'needs' (objectieve zorgbehoefte) en 'demands' (subjectieve of als zodanig ervaren zorgbehoefte). Deze begrippen komen uit de epidemiologie en worden gebruikt om onderscheid te maken tussen die zorgbehoefte waaraan in ieder geval moet worden voldaan en de zorgbehoefte die aanleiding kan zijn tot te veel of overbodige of te dure vormen van zorg. Duidelijke criteria voor het onderscheid tussen 'needs' en 'demands' zijn moeilijk te geven. Ook beïnvloeden de toenemende medische mogelijkheden de omvang van de 'needs' door het manifest worden van een latente vraag. 'Needs' is dus geen absoluut begrip. Het is uiterst moeilijk deze populatiegerichte begrippen te gebruiken voor de objectieve vaststelling van de individuele zorgbehoefte. Het is de taak van de zorgverleners vragen, klachten of symptomen van de patiënt te vertalen in objectieve indicaties voor zorg. De genoemde begrippen zijn hierbij van weinig nut.

Aanbod van zorg omvat zorgverleners, preventieve activiteiten, diagnostische en therapeutische voorzieningen ('cure'-functies), verpleging en verzorging ('care'-functies) en dergelijke. In het kader van de ziektekostenverzekering dienen

criteria (eisen, voorwaarden) te worden opgesteld om te besluiten tot opname van zorgvoorzieningen in het verstrekkingenpakket van de verzekering. Ten aanzien van zorgverleners zijn dit voorwaarden van opleiding, ervaring, nascholing; ten aanzien van (met name collectieve secundaire) preventieve activiteiten zijn nog steeds de criteria van Wilson en Jungner actueel (deze tien criteria geven aan wanneer het verantwoord is een bepaalde secundair preventieve activiteit aan te bieden aan een populatie); ten aanzien van 'care'-functies speelt de noodzaak een rol (geen zwaardere 'care'-functies als lichtere ook mogelijk zijn: indicatiestelling) en ten aanzien van de 'cure'-functies zijn effectiviteits- en indicatiecriteria essentieel.

Indicatiestelling: het is de taak van de zorgverleners vragen, klachten en symptomen van de patiënt te vertalen in objectieve noodzaak voor een bepaalde vorm van zorg (de indicatie): de juiste zorg in de juiste vorm bij de juiste patiënt. Effectieve zorg, niet-geïndiceerd gegeven, leidt tot 'overservicing' en overconsumptie met alle gevolgen van dien: iatrogene schade, medicalisering en inefficiënt bestede gelden. Teneinde dit te voorkomen (of tegen te gaan) zijn richtlijnen voor genormeerd medisch handelen noodzakelijk, zoals protocollen, werkafspraken en dergelijke. Voor niet-effectieve zorg bestaat dus per definitie nooit een indicatie. Een beoogd placebo-effect laat ik hier buiten beschouwing.

Essentiële zorg en aanvullende zorg. Effectieve zorg (= het doel bereikend), geïndiceerd gegeven (= er is een objectieve noodzaak voor een vorm van professionele zorg), die voldoet aan de criteria van efficiëntie (= positieve relatie tussen het beoogde doel en de optredende bijwerkingen, alsmede de te betalen 'prijs' en waarvoor geen goedkoper gelijkwaardig eventueel niet-professioneel alternatief voorhanden is), dient dan ook in volle omvang voor iedere ingezetene toegankelijk (= verzekerd) te zijn: essentiële zorg. Het beschikbaar stellen van vormen van zorg die hieraan niet voldoen is zeker nuttig, omdat het tegemoet komt aan zekere wensen en verlangens in de bevolking. Deze zorg zou verzekerd kunnen worden afhankelijk van ieders voorkeur: aanvullende zorg.

INHOUDELIJKE BENADERING

De hierboven ontwikkelde omschrijvingen van essentiële en aanvullende zorg maken het mogelijk criteria te ontwikke-

len om zorgvoorzieningen in een van beide categorieën onder te brengen. Het is echter tegelijk duidelijk dat hierbij de nodige problemen te verwachten zijn: van veel zorgvoorzieningen en verrichtingen is de effectiviteit allerm minst wetenschappelijk onderbouwd, binnen de beroepsgroep bestaat over veel indicaties geen eenstemmigheid en het is niet eenvoudig kosten-baten en kosten-effectiviteit zorgvuldig af te wegen. Desondanks dient toch zoveel mogelijk te worden gestreefd naar een rationele en objectieveerbare benadering.

Bij het opstellen van criteria voor essentiële en aanvullende zorg hebben zorginhoudelijke criteria het primaat; pas in tweede instantie komen doelmatigheids-criteria aan bod. In het kader van dit artikel laat ik criteria van politieke en maatschappelijke aard zoveel mogelijk buiten beschouwing. Zo ook prioriteitsstellerscriteria, indien onverhoopt niet alle als essentieel geduide zorgvoorzieningen in een basispakket zouden kunnen worden opgenomen door zeer beperkte financiële middelen.

Criteria voor essentiële zorg

Voor een bepaalde vorm van zorg dient een *objectieve noodzaak* (indicaties) te bestaan. Voor die indicatie(s) dient de vorm van zorg *effectief* te zijn, dat wil zeggen het bij een bepaalde indicatie beoogde effect dient te kunnen worden bereikt. De verantwoordelijkheid om effectiviteit van een vorm van zorgverlening aan te tonen (de 'bewijslast') ligt overigens duidelijk bij de betrokken zorgverleners zelf.

In tweede instantie kunnen – na toetsing aan beide voorafgaande criteria – ook criteria van *efficiëntie* worden meegewogen en wel in vier opzichten:

1. Er is een positieve relatie tussen het beoogde effect en de daarbij optredende ongewenste bijwerkingen of nadelen in medische, maar ook in maatschappelijke zin.
2. Het beoogde effect in relatie tot de daarbij optredende ongewenste bijeffecten rechtvaardigt de benodigde inzet aan mankracht, middelen en dus geld.
3. Bepaalde vormen van zorg komen pas in aanmerking als 'eenvoudiger' vormen van zorg ('care' en 'cure') niet voldoende zijn (gemeten aan effecten en bijeffecten bij een bepaalde indicatie). Als voorbeeld kan hierbij worden gedacht aan verpleeghuiszorg versus thuisverpleging of stapsgewijze behandeling van hoge

bloeddruk met geneesmiddelen. Hierbij is er dus sprake van een gefaseerde of stapsgewijze zorgverlening: ('nee, tenzij'-benadering). Het begrip 'eenvoudig' heeft te maken met intensiteit van behandeling, kans op bijwerkingen, gevolgen voor de patiënt en dergelijke.

4. Bij gelijkwaardigheid van verschillende vormen van zorg kan bovendien de prijs een factor zijn bij de afweging.

Niet alle als effectief beoordeelde vormen van zorg kunnen dus automatisch ook als essentieel worden beschouwd.

Criteria voor aanvullende zorg

Voor de vaststelling welke vormen van zorg als aanvullend kunnen worden beschouwd, is het mogelijk criteria te formuleren die een afgeleide zijn van de criteria voor essentiële zorg en criteria die op zichzelf staan.

Op zichzelf staande criteria zijn:

- zorg die niet kan worden gerekend tot gezondheidszorg in eigenlijke zin;
- zorg die voortvloeit uit vrijwillig gekozen risicovol gedrag;
- zorg waarvan het financieel te dragen risico valt te overzien en valt te dragen (tot de eigen verantwoordelijkheid te rekenen vormen van zorg);
- zorg die aanleiding geeft tot maatschappelijke discussies op ethische en/of levensbeschouwelijke gronden.

Deze criteria zijn nog maar zeer ten dele van zorginhoudelijke aard. Ze behoren in wezen bij de te voeren politiek-maatschappelijke afweging.

Afgeleide criteria zijn:

- zorg waarvoor geen objectieve noodzaak (indicatie) bestaat;
- zorg die bij een bepaalde indicatie niet effectief (doeltreffend) is;
- zorg die zich nog in de ontwikkelingsfase bevindt;
- zorg die buiten de aangegeven indicatie- en selectiecriteria (zoals bijvoorbeeld leeftijd) valt;
- zorg waarbij de optredende bijeffecten zodanig zijn dat deze zwaarder wegen dan het beoogde effect;
- zorg waarbij de inzet van financiële middelen onevenredig is aan het beoogde effect en de optredende bijeffecten;
- zorg waarvoor gelijkwaardige, maar goedkopere vormen van zorg mogelijk zijn;
- zorg die pas in aanmerking komt als

eenvoudiger vormen van zorg niet voldoende zijn gebleken (gefaseerde of stapsgewijze zorgverlening);

- zorg die zonder verlies aan kwaliteit kan worden overgedragen aan zelf-en/of mantelzorg.

Samenvattend kan worden gesteld, dat met aanvullende zorg die zorg kan worden bedoeld waarbij het op zorginhoudelijke gronden verantwoord is dat persoonlijke voorkeuren medebepalend zijn voor de samenstelling van een individueel aanvullend te verzekeren pakket; anders gezegd, dat het op persoonlijke voorkeur niet verzekerd zijn voor een bepaalde vorm van zorg niet kan leiden tot onverantwoorde gezondheidsschade.

PRAKTISCHE UITVOERING

Met behulp van de genoemde criteria voor essentiële en aanvullende zorg kunnen de huidige en toekomstige vorm van zorg worden getoetst. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van beschikbare literatuur, buitenlandse ervaringen op dit gebied en ervaringsdeskundigheid van gezaghebbende zorgverleners. Daar waar adequate informatie ontbreekt of onvoldoende overeenstemming bestaat kan met behulp van consensusprocedures (waaronder de Delphi-methode) mogelijk tot gezaghebbende uitspraken worden gekomen. Een duidelijk hulpmiddel (met name bij onvoldoende informatie) vormt in dezen 'technology assessment'. Deze toetsing van de huidige verstrekkingen van Ziekenfondswet en AWBZ met hun te onderscheiden functies per voorziening is een omvangrijke en moeilijke operatie. Er bestaan nu eenmaal bij veel vormen van zorg geen scherpe afgrenzingen ten aanzien van indicatiestellingen en effectiviteit. De beoordeling van efficiëntiecriteria is bovendien relatief, omdat hierbij ook vormen van zorg met elkaar moeten worden vergeleken. De consequenties van de besluitvorming op basis van toetsing aan de criteria kunnen bovendien verstrekkend zijn indien (een onderdeel van) een bepaalde vorm van zorgverlening niet als 'essentieel' kan worden beoordeeld. Het is derhalve te verwachten dat de zorginhoudelijke discussies zullen worden beïnvloed door overwegingen die voortkomen uit de behartiging van andere dan zorginhoudelijke belangen. Het niet opnemen van een zorgvoorziening in het basispakket heeft tenslotte gevolgen voor zorgverleners. Toch zal moeten worden geprobeerd zorginhoudelijke overwegingen duidelijk

te onderscheiden van de (op zich legitieme) argumenten vanuit andere belangen. Deze laatste zijn echter van een andere orde. Hierbij staat niet het belang van de ziektekostenverzekering of het beleid, noch het belang van de zorgverleners of de koepelorganisaties, maar uitsluitend het belang van de patiënt centraal. In dit artikel is daarom bewust afgezien van het geven van voorbeelden bij de verschillende criteria (behalve ter verduidelijking) om te voorkomen dat deze voorbeelden de principiële basis voor de te voeren discussies zouden vertroebelen.

Samenwerking is in ieder geval nodig van beleidsadviserende artsen met hun curatief werkzame collega's, de wetenschappelijke verenigingen, de Gezondheidsraad, de Geneeskundige Inspectie en anderen om tot verantwoorde voorstellen te komen in de richting van het beleid, de ziektekostenverzekeraars en de politiek. Met name de Gezondheidsraad kan in dezen een belangrijke rol spelen; hij is hiertoe ook bereid blijkens een notitie in zijn orgaan Graadmeter (11, 1987, blz. 3). Ook patiëntenvertegenwoordigers dienen hierbij te worden betrokken. Indien

zij de uitgangspunten van deze benadering onderschrijven, kunnen zij een bijdrage leveren aan de rationele besluitvorming over pakkettenstelling en wordt tevens tegengegaan dat patiënten niet-terechte verwachtingen hebben van de gezondheidszorg.

In dit artikel ga ik niet in op welke wijze de conclusie van de uit te voeren toetsing moeten worden geformaliseerd tot een juridische omschrijving van de inhoud van de verschillende pakketten. Dit zal nog forse problemen geven, maar mijns inziens dient de zorginhoudelijke discussie vooraf te gaan aan de formele vormgeving. In die fase zal er ook voor moeten worden gezorgd dat de omschrijving van de inhoud van de pakketten flexibiliteit van zorgverlening bevordert (zorg op maat) en 'overservicing' voorkomt. Ook heb ik mij in deze fase gedistantieerd van een eventuele noodzakelijke prioriteitsstelling als gevolg van te beperkte financiële mogelijkheden (macro-budget).

CONCLUSIE

In dit artikel heb ik overwegingen aangedragen om een aanzet te geven voor een

zorgvuldige en zorginhoudelijk verantwoorde discussie over de invulling van een pakket van de toekomstige basisverzekering aan de hand van een aantal expliciete operationele criteria. Doelstelling hierbij is, de toegankelijkheid voor 'essentiële' (gezondheids)zorgvoorzieningen voor alle ingezetenen van Nederland blijvend te waarborgen. Het is van groot belang dat deze doelstelling in brede kring wordt onderschreven en nagestreefd.

De hier beschreven methodiek is 'n mogelijkheid om dit te bereiken. De uitwerking ervan zal niet eenvoudig zijn. Het zou goed zijn indien de discussie over de samenstelling van basispakket en aanvullend pakket wordt gevoerd vanuit de beschreven doelstelling; de daarbij te hanteren methodiek stel ik graag ter discussie. Hierdoor kan misschien worden voorkomen dat à la 'Dekker' essentiële vormen van zorg terechtkomen in een vrijwillig te verzekeren aanvullend pakket met alle gevolgen van dien. Er is nu nog gelegenheid om een dergelijke discussie op deze wijze te voeren, maar de tijd dringt. □

Een haalbare kaart

Een onderzoek naar de mogelijkheid een consultkaart in te voeren

Voor ziekenfondspatiënten is het bezit van een verwijskaart van de huisarts voorwaarde om een specialist te mogen raadplegen. Wat er daarna gebeurt is in principe zaak van de tweede lijn. De specialist kan de patiënt onderzoeken en terugverwijzen naar de huisarts of de behandeling zelf overnemen; daartoe is de specialist gerechtigd behandelkaarten uit te schrijven. Hij kan hem ook doorverwijzen naar een andere specialist. Wanneer na één jaar verdere specialistische bemoeienis wordt gewenst, is opnieuw een verwijskaart nodig; dan ligt de beslissing weer bij de huisarts.

De vraag is nu gewettigd of de vlag van de verwijskaart niet een zeer gemengde lading dekt. Feldstein beveelt aan¹, verwijzingen te splitsen in verwijzingen die door de huisarts welbewust worden geïnitieerd en verwijzingen waarbij de huisarts enkel, soms zelfs à contrecœur, als administratieve intermediair fungeert. Recentelijk hebben Kuyvenhoven en De

Drs. W. Nuijens en
W. van Slobbe

De consult- of advieskaart maakt een kans, wanneer het erom gaat irrationeel verwijsbeleid tegen te gaan en de samenwerking huisarts-specialist te bevorderen. Het is uitgezocht door W. J. F. I. Nuijens, destijds wetenschappelijk medewerker IVA Tilburg, thans werkzaam bij de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, en door W. G. I. G. van Slobbe, medisch adviseur van het Centraal Ziekenfonds te Tilburg.

Melker bij dertien huisartsen onderzocht hoe de verhouding is tussen actieve en passieve verwijskaarten (deze laatste gedefinieerd als herhaalverwijskaarten en achteraf uitgeschreven verwijskaarten)

bij interne en chirurgische specialismen². Het aantal actieve verwijskaarten bleek bij de interne specialismen 31% en bij de chirurgische specialismen 54% te zijn. Vooral bij de interne specialismen is er sprake van chronisch zieken, die soms jaren achtereen onder behandeling van de specialist blijven.

Hoe interessant deze gegevens ook zijn, meer kennis omtrent de intenties van de huisarts wanneer hij een verwijskaart uitschrijft, is nodig, wil men het vigerende verwijskaartensysteem kritisch kunnen beoordelen. Vandaar ons onderzoek. Daarbij namen wij als uitgangspunt de dubbele functie van de specialist, namelijk als consultant, die de huisarts van advies dient, en als therapeut, die de behandeling van de huisarts overneemt of aanvult. In dit verband wordt al enige jaren gedacht aan het invoeren van een administratief en financieel relevante consultkaart, ook wel advieskaart genoemd. Het ligt voor de hand dat de

ziekenfondsen, alvorens tot introductie van een consultkaart over te gaan, meer willen weten over de mate waarin een dergelijke nieuwe verwijzingsindicatie van toepassing zal zijn.

Met het onderzoek is beoogd informatie te krijgen over de bedoeling die achter een door de huisarts afgegeven verwijzingskaart schuil gaat. Het Centraal Ziekenfonds te Tilburg heeft het initiatief genomen zijn medewerkende huisartsen te vragen gedurende 1985 drie soorten verwijzingskaarten uit te schrijven, en wel:

- de 'echte' verwijzingskaart: behandeling c.q. onderzoek langer dan een maand medisch noodzakelijk of gewenst geacht;
- de 'afgedwongen' verwijzingskaart: verwijzing medisch niet noodzakelijk of gewenst geacht. Kaart verstrekt op aandringen van patiënt en/of specialist;
- de 'consultkaart'. Bedoeld is hier een kortdurend onderzoek en/of behandeling, duur maximaal één maand.

Om herkenning door de patiënt of de specialist en de daaruit voortvloeiende vertroebeling van het onderzoek te niet te doen werden de verschillende soorten verwijzingskaarten zodanig gecodeerd dat deze code uitsluitend voor de huisarts herkenbaar was. Bij dit initiatief, dat betrekking had op de Gezondheidsregio's Tilburg (regio 21) en Den Bosch (regio 22) heeft zich het Ziekenfonds Midden-Brabant aangesloten.

Na de nodige voorbereidingen werden 71 huisartsen (52 praktijken) bereid gevonden aan het onderzoek deel te nemen. In een wetenschappelijke begeleiding werd, mede op uitdrukkelijk verzoek van de huisartsen zelf, voorzien door inschakeling van het Instituut voor Sociaal-Wetenschappelijk Onderzoek van de Katholieke Universiteit Brabant IVA. Centraal daarbij stond de vraag of de huisartsen in staat waren een differentiatie binnen de verwijzingskaarten aan te brengen.

De deelnemers lijken een goede doorsnede te vormen van de Noordbrabantse huisartsengroep voor zover het de grootte van de ziekenfondspraktijk betreft; *Tabel 1* geeft hiervan een overzicht. Wat het verwijzingsgedrag betreft tonen de deelnemers eveneens een normaal beeld. *Tabel 2* geeft het aantal verwijzingskaarten bij de Nederlandse en bij de deelnemende huisartsen. De deelnemende huisartsen verwijzen weliswaar duidelijk minder dan het landelijk gemiddelde, maar wijken niet veel af van hun Noordbrabantse collega's.

Tabel 1. Aantal ziekenfondspatiënten per praktijk.

| | | |
|------------------------------|-------|-------------|
| deelnemende huisartsen | 1.626 | (gem. 1985) |
| Noord-Brabant | 1.686 | (gem. 1984) |
| Nederland | 1.587 | (gem. 1984) |

Bron: LISZ-jaarboek 1984.

De cijfers hebben betrekking op 1984, het laatst bekende jaar waarover op dit moment LISZ-gegevens beschikbaar zijn.

Tabel 2. Aantal verwijzingskaarten per 1.000 verzekerden naar praktijkgrootte.

| praktijkgrootte | Nederland | | deelnemers | | Noord-Brabant (1984) |
|-------------------|-----------|-------|------------|----|----------------------|
| | (1984) | N | (1985) | N | |
| 100 | 1.775,0 | 129 | - | - | - |
| 101- 500 | 543,5 | 229 | 626,3 | 2 | 2 |
| 501-1.000 | 478,8 | 614 | 389,7 | 8 | 8 |
| 1.001-1.500 | 454,0 | 1.517 | 388,0 | 21 | 21 |
| 1.501-2.000 | 450,3 | 1.948 | 355,0 | 21 | 21 |
| 2.001-2.500 | 451,9 | 1.131 | 386,4 | 11 | 11 |
| 2.501-3.000 | 455,0 | 323 | 356,7 | 7 | 7 |
| 3.001-3.500 | 425,1 | 8 | 239,0 | 1 | 1 |
| 3.501-4.000 | 438,5 | 3 | - | - | - |
| 4.001-4.500 | 415,0 | 4 | - | - | - |
| 4.500 | 89,5 | 2 | - | - | - |
| gemiddeld | 441,3 | 5.953 | 381,6 | 71 | 385,3 |

Tabel 3. Aantal verwijzingskaarten per 1.000 ziekenfondsverzekerden, beoordeeld door huisarts gemiddelde, standaarddeviatie, gemiddelde/standaarddeviatie.

| soort verwijzingskaart | gemiddelde | standaarddeviatie | gemiddelde/standaarddeviatie |
|------------------------|------------|-------------------|------------------------------|
| 'echte' | 248,3 | 103,3 | 2,4 |
| 'consult' | 99,1 | 75,5 | 1,3 |
| 'afgedwongen' | 33,6 | 45,6 | 0,7 |
| totaal | 381,0 | 117,0 | 3,2 |

Tabel 4. Verwijzingskaarten per specialisme, zoals beoordeeld door de huisarts (in percentages)-

| specialisme | 'echte' verwijzingskaarten | 'consult'-kaarten | 'afgedwongen' verwijzingskaarten | N |
|--------------------------------|----------------------------|-------------------|----------------------------------|--------|
| chirurgie | 56 | 34 | 10 | 17.500 |
| oogheelkunde | 57 | 37 | 6 | 10.187 |
| KNO | 62 | 30 | 8 | 4.182 |
| dermatologie | 62 | 29 | 9 | 2.871 |
| orthopedie | 67 | 23 | 10 | 3.111 |
| gynaecologie | 68 | 23 | 9 | 3.642 |
| kinder-geneeskunde | 73 | 19 | 8 | 1.572 |
| urologie | 73 | 22 | 5 | 1.770 |
| zenuwziekten/ neurologie | 74 | 19 | 7 | 2.960 |
| cardiologie | 78 | 16 | 6 | 2.805 |
| interne geneeskunde | 79 | 14 | 7 | 5.198 |
| pulmonologie | 83 | 12 | 5 | 1.230 |
| overige/onbekend | 69 | 24 | 7 | 1.680 |
| totaal | 66 | 27 | 7 | 48.708 |

De deelnemers hebben van de 48.708 door hen uitgeschreven verwijzingskaarten

66% als 'echte', 27% als 'consultatieve' en 7% als 'afgedwongen' verwijzingskaarten opgevat. Daaruit valt te concluderen dat in ieder geval een aanzienlijk deel van de passieve verwijzingskaarten die het onderzoek van Kuyvenhoven en De Melker aangeeft wel door de huisarts als gewenste verwijzingen wordt beschouwd. Niet alle langdurig zieken kunnen uiteraard door de huisarts adequaat worden behandeld; in een flink aantal gevallen zal de huisarts daarom van mening zijn dat specialistische zorg moet worden voortgezet en dat de herhaal-verwijzing gerechtvaardigd is.

Tabel 3 laat zien hoe de gemiddelde verwijfsrequentie voor elke onderscheiden categorie uitviel, alsmede de spreiding rond de gemiddelden. Men mocht bij voorbaat verwachten dat de 'consultatieve' kaarten een relatief grotere spreiding zouden tonen dan de 'echte'. De reden daarvan is dat de 'echte' verwijzingskaarten vooral met de feitelijk optredende morbiditeit te maken hebben, terwijl de behoefte aan 'consultkaarten' veel meer afhangt van factoren die het verwijzingsgedrag van de huisarts beïnvloeden. Het is bekend dat deze factoren zeer uiteenlopend zijn, reden waarom wij er in de volgende paragraaf afzonderlijk aandacht aan zullen besteden.

Onze verwachting dat de 'consultatieve' kaarten een relatief grotere spreiding zouden tonen dan de 'echte', is uitgekomen. De spreiding bij de 'afgedwongen' verwijzingskaarten is echter nog groter. Hier is sprake van een, uiteraard subjectief, persoonlijk oordeel van de huisarts, dat wellicht mede wordt geveld op grond van zeer wisselende verhoudingen tot het specialistisch echelon en daarom sterk door plaatselijke omstandigheden wordt gekleurd.

Tabel 4 geeft een overzicht van het patroon van de verwijzingen per specialisme. Hier zijn enkele uitgesproken tendensen te onderscheiden. De laagste percentages 'echte' verwijzingskaarten worden behaald door de chirurgie en de oogheelkunde, terwijl uitgesproken beschouwende specialismen, zoals cardiologie, interne geneeskunde en pulmonologie, juist veel 'echte' verwijzingskaarten kennen. 'Afgedwongen' verwijzingskaarten komen vrij veel voor bij de chirurgie en de orthopedie. Vermoedelijk tellen hier de verwijzingskaarten die achteraf worden uitgeschreven zwaar mee. Uit een enquête onder huisartsen die meedoen aan een bonus-malusexperiment bleek dat er zeker een wrijvingspunt tussen de eerste en tweede lijn ligt met betrekking tot de

manier waarop de EHBO-functie moet worden uitgeoefend.

Het relatief grote aantal 'echte' kaarten bij de beschouwende specialismen ontstaat doordat het aantal 'consultkaarten' laag is. Dit lijkt verbazingwekkend, omdat men juist van deze specifieke specialismen veel diagnostische ondersteuning voor de huisarts zou mogen verwachten. Wanneer men echter bedenkt dat het percentage herhaalverwijskaarten hier 58% is (volgens Kuyvenhoven en De Melker) tegen 23% voor de chirurgische specialismen, dan overtreft toch het percentage consultkaarten van de interne geneeskunde, wanneer dit in eerste verwijzingen wordt uitgedrukt, dat van de chirurgie (namelijk 64% tegen 44%). Bij de eerste verwijzingen naar de interne specialismen speelt de behoefte aan een consult dus een grote rol.

Reeds lang vindt in de literatuur een discussie plaats over de vraag of kleinere praktijken minder verwijzen dan grote. Ofschoon gecombineerde 'time series' en 'cross-section studies', waarbij regio's als waarnemingseenheden worden gebruikt³, soms een negatief verband aan het licht brengen tussen de huisartsendichtheid en het gebruik dat van de tweede lijn wordt gemaakt, blijken statistische analyses van individuele praktijkgegevens geen bevestiging van het bestaan van een sterke samenhang tussen praktijkgrootte en verwijsgedrag op te leveren.

Nuyens en Heesters zijn in 1977 in Kennemerland nagegaan welke formule het best in staat is de relatie tussen praktijkgrootte en het aantal eerste bezoeken aan de polikliniek (geregistreerd door middel van een polikliniekenquête) te beschrijven⁴. Naar zij bevonden was een eenvoudig direct proportioneel verband het meest geschikt om het aantal polikliniekbezoekers te verklaren, hetgeen betekent dat de veronderstelling dat huisartsen meer verwijzen naarmate hun praktijk groter is niet werd bevestigd. Posthuma en Van de Zee suggereren op basis van de LISZ-cijfers een niet-lineaire, U-vormige relatie, hetgeen inhoudt dat na het bereiken van een bepaald maximum het verband tussen praktijkomvang en verwijfsrequentie negatief wordt⁵. Overigens vindt ook Hooymans⁶, die met LISZ-cijfers uit 1974, 1975 en 1976 een 'cross-section studie' over ziekenfondsrays uitvoerde, voor de elasticiteit tussen de verwijfsrequentie en de huisartsendichtheid geen waarde die significant van nul afwijkt.

Tabel 5. Correlatiematrix voor 'echte' verwijskaarten per 1.000 ingeschreven ziekenfondsverzekerden.

| | ECHT | AANT-PAT | AFST-JAAR | ASS | STAD | LFTD |
|---------------|-----------------|----------|-----------------|-------|-------|------|
| ECHT | 1,0 | | | | | |
| AANTPAT | -0,22 (0,03) | 1,0 | | | | |
| AFSTJAAR ... | 0,04 | -0,14 | 1,0 | | | |
| ASS | 0,11 | -0,03 | 0,10 | 1,0 | | |
| STAD | -0,08 | 0,04 | 0,06 | -0,06 | 1,0 | |
| LFTD | 0,01 | 0,21 | -0,22 (0,04) | 0,14 | -0,01 | 1,0 |

Correlatiematrix voor 'consultkaarten' per 1.000 ingeschreven ziekenfondsverzekerden.

| | CONS | AANT-PAT | AFST-JAAR | ASS | STAD | LFTD |
|---------------|----------------|----------|-----------------|-------|-------|------|
| CONS | 1,0 | | | | | |
| AANTPAT | 0,14 | 1,0 | | | | |
| AFSTJAAR ... | 0,05 | -0,14 | 1,0 | | | |
| ASS | -0,02 | -0,03 | 0,10 | 1,0 | | |
| STAD | 0,21 (0,04) | 0,04 | -0,06 | -0,06 | 1,0 | |
| LFTD | 0,02 | 0,21 | -0,22 (0,04) | 0,14 | -0,01 | 1,0 |

Correlatiematrix voor 'afgedwongen' verwijskaarten.

| | CONS | AANT-PAT | AFST-JAAR | ASS | STAD | LFTD |
|---------------|----------------|----------|-----------------|-------|-------|------|
| AFS | 1,0 | | | | | |
| AANTPAT | 0,26 (0,01) | 1,0 | | | | |
| AFSTJAAR ... | 0,06 | -0,14 | 1,0 | | | |
| ASS | 0,05 | -0,03 | 0,10 | 1,0 | | |
| STAD | 0,24 (0,02) | 0,04 | 0,06 | -0,06 | 1,0 | |
| LFTD | 0,14 | 0,21 | -0,22 (0,04) | 0,14 | -0,01 | 1,0 |

Verklaring afkortingen: zie tekst.

De gegevens die uit ons eigen onderzoek beschikbaar komen kunnen wellicht meer helderheid verschaffen over het verwijsgedrag van de huisartsen. Door-

dat de verwijskaarten nader zijn benoemd, is een meer genuanceerde aanpak mogelijk. Wellicht zijn er bij het uitschrijven van 'echte' en 'consultatieve' kaarten geheel verschillende elementen in het spel. Om dit na te gaan hebben wij een aantal praktijkkenmerken geregistreerd dat onmiddellijk voorhanden was:

- het gemiddelde aantal bij de betrokken huisarts ingeschreven ziekenfondspatiënten in 1985 (AANTPAT);
- het jaar waarin de huisarts zijn arts-examen heeft afgelegd, als maatstaf voor de ervaring die hij heeft opgebouwd (AFSTJAAR);
- het werkzaam zijn in associatief verband met één of meer andere huisartsen (dummy-variabele, ASS);
- het gevestigd zijn in een stedelijk gebied, waaronder de stadskern en aangrenzende forensengemeenten zijn begrepen (dummy-variabele, STAD);
- de gemiddelde leeftijd van de bij de betreffende huisarts ingeschreven ziekenfondspatiënten (LFTD).

Tabel 5 bevat de correlatiematrix voor de bovengenoemde variabelen en het aantal echte verwijskaarten (ECHT), respectievelijk het aantal 'consultkaarten' per 1.000 ziekenfondsverzekerden (CONS). Deze blijken - zoals te lezen valt in de eerste kolom van beide tabellen - onderling aanzienlijk te verschillen.

In de tabel is tevens aangegeven welke correlaties statistisch significant van 0 verschillen bij een betrouwbaarheid van 95%. Significant zijn de negatieve correlaties tussen het gemiddeld aantal ingeschreven ziekenfondspatiënten en het aantal echte verwijskaarten, respectievelijk tussen het gevestigd zijn in een stedelijk gebied en het aantal 'consultkaarten'. Vooral het eerste is opmerke-

Tabel 6. Herhaalfrequentie voor de drie soorten verwijskaarten.

| specialisme (in oplopende volgorde qua percentage 'echte' verwijzingen) | 'Echte' | 'Consult' | 'Afgedwongen' | gemiddelde | gemiddelde als percentage van maximum | rangnummer |
|---|---------|-----------|---------------|------------|---------------------------------------|------------|
| chirurgie | 0,66 | 0,46 | 0,40 | 0,57 | 59 | 8 |
| oogheelkunde | 0,33 | 0,21 | 0,19 | 0,28 | 49 | 2 |
| KNO | 0,93 | 0,66 | 0,63 | 0,83 | 60 | 9 |
| dermatologie | 1,53 | 1,08 | 1,31 | 1,39 | 58 | 7 |
| orthopedie | 0,69 | 0,56 | 0,47 | 0,65 | 49 | 3 |
| gynaecologie | 1,38 | 1,05 | 1,05 | 1,30 | 67 | 12 |
| kindergeneeskunde | 1,23 | 1,00 | 0,89 | 1,16 | 60 | 10 |
| urologie | 1,28 | 1,05 | 1,05 | 1,22 | 60 | 11 |
| neurologie | 1,21 | 0,96 | 1,03 | 1,15 | 52 | 4 |
| cardiologie | 1,00 | 0,85 | 0,91 | 0,97 | 56 | 6 |
| interne geneeskunde | 1,32 | 0,98 | 1,11 | 1,27 | 54 | 5 |
| pulmonologie | 0,90 | 0,65 | 0,66 | 0,86 | 37 | 1 |
| totaal | 0,95 | 0,59 | 0,69 | 0,84 | | |
| standaarddeviatie | 0,35 | 0,34 | 0,35 | 0,35 | | |

lijk. Zouden in de genoemde regio's de praktijken naarmate ze groter worden juist minder echt verwijzen? Wat is daarvan de verklaring? Misschien vormt het aantal ingeschreven ziekenfondspatiënten geen goede maat voor de druk waaronder een huisarts staat. Het is denkbaar dat een beperkte ziekenfondspraktijk vaak correspondeert met een grote particuliere praktijk of wel het bekleden van nevenbetrekkingen.

De negatieve correlatie tussen praktijkgrootte en verwijzingen is bij de 'consultkaarten' niet terug te vinden. Integendeel, er is zelfs van een, overigens niet significante, positieve correlatie sprake. Maar nu blijkt het al of niet in een stedelijk gebied gevestigd zijn wel op het verwijsgedrag van invloed te zijn. Dit is geheel in overeenstemming met de stelling dat 'aanbod vraag schept': wanneer er tweedelijnsvoorzieningen in de buurt zijn, zal men eerder geneigd zijn een specialist te raadplegen of voor een kleine ingreep naar de polikliniek te gaan.

Tenslotte richten we onze aandacht op de afgedwongen verwijskaarten. Voor deze categorie, die overigens veel kleiner is dan de vorige, vinden we een positieve correlatie met het gemiddeld aantal ingeschreven ziekenfondspatiënten, alsook met het in een stedelijk gebied gevestigd zijn. Gevestigd zijn in een stedelijk gebied verhoogt de verwijfsrequentie. Dit is wellicht te beschouwen als een 'aanbod schept vraag'-effect, maar dan bij de specialist in plaats van bij de huisarts. Het aantal patiënten correleert positief met het aantal afgedwongen verwijskaarten. Daarvoor is op het eerste gezicht geen duidelijke verklaring te geven. Misschien is het een kwestie van beoordeling, en wel in die zin dat huisartsen met grote praktijken, die minder verwijzen, kritischer zijn over die verwijskaarten die niet door hen zelf zijn geïnitieerd.

OORDEEL TWEEDE LIJN

Hoe zijn de specialisten naar wie werd verwezen met de drie soorten verwijskaarten omgegaan?

Een maatstaf wordt verschaft door de hoeveelheid herhaalkaarten die er gemiddeld voor elk van deze drie soorten verwijzingen zijn uitgeschreven: de herhaalfrequentie. De belangrijkste veronderstelling die aan de analyse in dit hoofdstuk ten grondslag ligt is dat de herhaalfrequentie voor de 'echte' verwijskaarten hoger ligt dan voor de 'consultkaarten' en de 'afgedwongen verwijskaarten'. Immers, de echte verwijskaart

behelst een overdracht van de behandeling aan de specialist (voor een wat langere periode), hetgeen bij de 'consultkaart' en de 'afgedwongen' verwijskaart niet de bedoeling is. Men mag daarom verwachten dat de kans dat er één of meer herhaalkaarten volgen, groter is bij echte verwijskaarten dan bij de andere, hetgeen de gemiddelde herhaal-frequentie voor 'echte' herhaalkaarten naar boven en die voor 'consult' en 'afgedwongen' kaarten naar beneden zal doen afwijken van het gemiddelde.

Tabel 6 bevat dit gegeven per specialisme. Vooral de specialismen pulmonologie, gynaecologie en chirurgie vallen uit de toon, pulmonologie door zijn hoge score (rangnummer 12) bij de echte verwijskaarten en zijn lage score (rangnummer 1) bij de relatieve herhaalfactor: men zou geneigd zijn dit specialisme als exemplarisch voor een goede samenwerking tussen huisarts en specialist te beschouwen. Om deze uitspraak te onderbouwen is echter wel nader onderzoek nodig. Voor gynaecologie/obstetrie geldt juist het omgekeerde, want met zijn middelmatige score (rangnummer 6) voor de echte verwijskaarten komt het bij de relatieve herhaalfrequentie zeer hoog uit de bus (rangnummer 12). Het is frappant dat juist voor dit specialisme zeer recent een nieuwe verloskundige indicatielijst als een handleiding voor de besluitvorming in eerste en tweede lijn is verschenen⁷. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen eerstelijns verloskundige zorg, tweedelijns verloskundige zorg en overleggrisco, waarbij deze laatste categorie sterk overeenkomt met de consultkaartdefinitie ('advieskaart'). De bedoeling is de samenwerking tussen verloskundige, huisarts en gynaecoloog te verbeteren en irrationeel verwijsbeleid tegen te gaan. Voor chirurgie zien we een lage score bij de 'echte' verwijskaarten, maar toch een relatief hoge herhaalfactor.

CONCLUSIES

De volgende conclusies kunnen aan het onderzoek worden ontleend:

1. De deelnemende huisartsen bleken goed in staat te zijn een onderscheid te maken tussen echte verwijskaarten en consultkaarten. Ook werd een deel van de verwijskaarten die niet op initiatief van de huisarts werden uitgeschreven als 'afgedwongen' bestempeld.
2. De hoeveelheid potentiële consultkaarten bedraagt ongeveer een derde van het totaal aantal verwijskaarten.

3. De verhoudingen lopen per specialisme aanmerkelijk uiteen. Er is een tendens dat het percentage 'echte' verwijskaarten bij de snijdende lager ligt dan bij de conserverende specialismen.

4. Er is eerder sprake van een negatief dan van een positief verband tussen praktijkgrootte en het uitschrijven van echte verwijskaarten. Het uitschrijven van consultkaarten kan worden gestimuleerd door de nabijheid van één of meer ziekenhuizen.

5. In het tweede echelon is het onderscheid tussen 'echte' verwijzingen en 'consultkaarten' terug te vinden in de hoogte van de herhaalfactor. Bij 'echte' verwijskaarten worden aanzienlijk meer herhaalkaarten uitgeschreven dan bij 'consultkaarten'. □

Literatuur

1. Feldstein M. Econometric Studies of Health Economics. In: Intriligator M, Kendrick D (eds). *Frontiers of Quantitative Economics*. Amsterdam: North Holland Publishing Company, 1974.
2. Kuyvenhoven M, Melker R de. Verwijzingen naar interne en chirurgische specialismen. *Huisarts en Wetenschap* 1986; 29: 365-8.
3. Gaag J van der. An Econometric Analysis of the Dutch Health Care System. *Academisch Proefschrift Leiden*, 1978.
4. Nuijens W, Heesters J. De functionaliteit van de poliklinieken in Kennemerland. Deel II. Tilburg: Instituut voor Gezondheidszorg, 1977.
5. Posthuma BH, Zee J van der. Verwijscijfers en de verkleining van de huisartspraktijk. *Gezondheid en Samenleving* 1980; 1: 59-70.
6. Hooymans E. Schattingen van een model van de Nederlandse gezondheidszorg over de jaren 1974, 1975 en 1976. *Gezondheid en Samenleving* 1983; 4: 110-8.
7. Schellekens W. De nieuwe verloskundige indicatielijst. Inhoud en gebruik van het rapport van de Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst. *Medisch Contact* 1987; 42: 619-21.
- Boer J de, Kamps J. De medicijnman in een grote hut. *Economisch Statistische Berichten* 4 maart 1987, 240-3.
- Grootenboer A, Luijten A. Verdelingsvrije toetsen. *Deventer: van Loghum Slaterus*, 1978.
- Hamers R, Boerma W, Groenewegen P. Het dienstenaanbod van huisartsen in gezondheidscentra aan andere praktijkvormen. *Gezondheid en Samenleving* 1986; 7: 237-43.
- Johnston J. *Econometric Methods*. New York: McGraw-Hill, 1963.
- Mokking H. Ziekenfondscijfers als parameter voor het handelen van de huisarts. *Academisch Proefschrift Nijmegen*, 1986.
- Nuijens W. De functionaliteit van de poliklinieken in Kennemerland. Deel I. Tilburg: Instituut voor Gezondheidszorg, 1976.
- Post D, Gubbels J. Verwijzen naar interne specialismen. *Huisarts en Wetenschap* 1986; 29: 369-72.
- Udding H. Nieuwe diagnostische mogelijkheden. *Medisch Contact* 1986; 41: 640.
- Vliet R van, Ven W van de. Analyse van verschillen in medische consumptie tussen ziekenfonds- en particulier verzekeren. *Gezondheid en Samenleving* 1982; 3: 54-69.
- Wijkkel D. Samenwerken en verwijzen. *Academisch proefschrift Groningen*. Utrecht: NIVEL, 1986.
- Zee J van der. De vraag naar diensten van de huisarts. *Academisch proefschrift Utrecht*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut.

De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg en de regio

Enige verklaringen voor verloop en opbrengst van de integrale invoering

In een voorgaand artikel hebben wij aangegeven dat het doelbereik van de integrale invoering van de WVG in de proefgebieden gering is geweest. Na een voorbereidingsperiode van vijf jaar waren de zorginhoudelijke doelstellingen niet en de bestuurlijke doelstellingen slechts zeer ten dele gerealiseerd. Tevens verliep het invoeringsproces uitermate traag en vol onduidelijkheden. Typerend voor de traagheid is dat men bij de start van het experiment, eind 1982, dacht de voorbereidingsperiode binnen een jaar te kunnen afronden; vijf jaar voorbereiding zonder afrondende resultaten staat hiermee in schril contrast.

In dit tweede artikel willen we antwoord geven op de vraag: hoe opbrengst en procesverloop kunnen worden verklaard. Uit de bevindingen die ons zoeken naar een antwoord op deze vraag oplevert zullen we tot slot trachten enkele lessen te trekken voor de toekomst.

OPBRENGST EN PROCES

De geringe opbrengst van de integrale invoering en het trage procesverloop in de regio's zijn naar onze mening onder meer te verklaren uit de aard van de wet en de wijze waarop men de wet wenste in te voeren. Ten aanzien van de aard van de wet kan onderscheid worden gemaakt tussen de in de wet verankerde rol van de overheid, de bestuurlijke structuur waarop uitvoering van de wet diende te zijn gebaseerd en het 'raamwet' karakter van de wet.

De rol van de overheid in de gezondheidszorg is lange tijd van ondergeschikt belang geweest. De zorg was een terrein waarop vrijwel uitsluitend het particulier initiatief zich begaf. Veld en financiers maakten hoofdzakelijk de dienst uit. Met de invoering in de jaren zeventig van de planningswetgeving werd de rol van de overheid echter vergroot. In eerste instantie gebeurde dat via de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV), later via de WVG en de Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening (de WGM, die overigens nooit verder dan het ontwerp stadium is gekomen). Dit betekende het toekennen van steeds meer

Drs. J. de Groot,
Drs. G. Jongerius-de Gier,
Dr. I. Mur-Veeman en
Dr. M. Schuurman*

Tussen 1982 en 1987 is in een drietal gebieden geëxperimenteerd met de invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Een moeizaam proces, met – in termen van het bereiken van de doelen van de wet – een beperkte opbrengst: zie Medisch Contact van de vorige week. Hier en nu een poging tot verklaring.

planningsbevoegdheden aan de overheid, aanvankelijk alleen op intramuraal terrein (WZV), later ook op extramuraal terrein (WVG) en voor het totale veld van gezondheidszorg én de maatschappelijke dienstverlening (WGM).

De invoering van de planningswetgeving impliceerde aanzienlijke machtsverschuivingen, door middel van herverdeling van bevoegdheden binnen de driehoek overheid-financiers-veld, ten gunste van vooral de lagere overheden. Het kon niet anders of de invoering moest in de praktijk wel op weerstand van de overige partijen stuiten. Het duidelijkst uitte het streven naar domeinbehoud zich in de problematiek van de afstemming tussen planning en financiering. Veel meer dan alleen een technische kwestie was dit bovenal een object van machtsstrijd, met als inzet de vraag: volgt de planning (lees: de overheid) de financiering (lees: de financiers), of andersom? Deze machtsstrijd werd in de integrale invoeringsgebieden goed zicht-

baar. Zo wezen bijvoorbeeld de Limburgse ziekenfondsen er in een brief van mei 1983 aan het provinciebestuur op dat alléén de ziekenfondsen met behulp van het in de Ziekenfondswet en de AWBZ verankerde overeenkomstenstelsel en de in de Wet Tarieven Gezondheidszorg neergelegde procedures in staat zijn invloed uit te oefenen op instellingsbudgetten en tarieven. Zij reageerden hiermee op de (in de 'Nota Bouwstenen'¹) voorgestelde koppeling tussen de financiële kaders van de lagere overheden en het budgetteringssysteem. Wijzigingen in de financiële kaders zouden dan via het plannings- en erkenningssysteem worden doorgegeven aan de instellingen, die dan op hun beurt de eigen begroting weer zouden kunnen aanpassen. Uit de eerdergenoemde brief bleek dat financiers hiertegen bezwaren hadden: zij zagen de beoogde koppeling als een aantasting van hun bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Van de kant van de lagere overheden daarentegen werd een toetsende rol van de financiers, die (het resultaat van) de planning alsnog zou kunnen doorkruisen, afgewezen; dit zou een beperking van hun beleidsvrijheid kunnen betekenen.

Bovenstaand ogenschijnlijk onoplosbaar probleem is een van de voorbeelden van situaties waaruit blijkt hoezeer de oorspronkelijke zorginhoudelijke doelstellingen van de WVG steeds meer uit het oog raakten. Men stak de energie immers liever in het reduceren van de vele onzekerheden via procedureafspraken en procedureregels. Dit vooruitschuiven van inhoudelijke regelgeving ten gunste van procedurele regelgeving wordt wel als beleidsontwikking aangeduid². Dit verschijnsel werkte uiteindelijk in het voordeel van veld en (vooral) financiers, in het bijzonder ook doordat zich inmiddels een omslag had voltrokken in het denken over de rol van de overheid bij de sturing van de gezondheidszorg. Immers, nadat er in de jaren zeventig – het tijdperk waarin de planningswetgeving voor de gezondheidszorg tot stand kwam – nog steun was voor een intensieve overheidsbemoeienis door middel van integrale planning, stonden de jaren tacht-

* De eerste drie auteurs zijn werkzaam bij de vakgroep Beleidswetenschap van de Rijksuniversiteit Limburg: Drs. J. de Groot en Drs. G. Jongerius-de Gier als toegevoegd onderzoeker, Dr. I. Mur-Veeman als universitair hoofddocent. Dr. M. Schuurman is wetenschappelijk medewerker bij de sector Gezondheidszorg en Epidemiologie van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg te Leiden.

tig – de periode waarin de planningswetgeving diende te worden uitgevoerd – in het teken van deregulering en privatisering. Daarmee was de WVG al ten tijde van haar invoering gebaseerd op achterhaalde opvattingen over de gewenste rolverdeling, in het bijzonder de taak van de overheid daarin. Het rapport van de commissie-Dekker kan worden gezien als de neerslag van deze koersverlegging ten aanzien van de beheersing van de gezondheidszorg, die reeds eerder had ingezet: marktwerking en particulier initiatief dienden (weer) te worden gestimuleerd, de overheid kan zich dan terugtrekken.

Veranderende opvattingen zorgden ervoor dat een sturende rol van de overheid niet meer werd geaccepteerd en gelegitimeerd. Financiers en veld namen een steeds afwijzender houding aan ten opzichte van een alles regelende en planerende overheid. De verzekeraars in Eindhoven/Kempenland schortten (september 1986) de medewerking van de WVG-invoering op. Drie maanden later zetten ook de gezamenlijke ziekenhuizen uit de regio hun medewerking stop. Tot soortgelijke acties gingen ook de Limburgse ziekenfondsen en ziekenhuizen over (december 1986). Het algemeen samenwerkingsverband van het veld in Noord-Limburg trok zich terug uit de voorbereidende werkzaamheden ten behoeve van het kaderplan, alsmede uit het bestuurlijk Regionaal Overleg Gezondheidszorg (maart 1987). Met name de financiers grepen terug op hun eerder toegekende wettelijk vastgelegde bevoegdheden; zij voelden zich daarbij gesteerd door hun rol bij de budgettering en hun toenemende know-how.

Wat de *bestuurlijke structuur* van de gezondheidszorg betreft kan allereerst worden gewezen op de Structuurnota Gezondheidszorg van 1974, de bakermat van de WVG. Het daarin vervatte pleidooi voor regionalisatie sloot aan bij in die tijd levende bestuurlijke reorganisatieplannen, gericht op invoering van een sterke gewestelijke structuur. Deze structuur zou de basis kunnen bieden voor een regionale planningstaak voor lagere overheden. Ten tijde van de invoering van de WVG was men echter al weer van de reorganisatieplannen afgestapt. Toch was de WVG wel op dit – oorspronkelijk beoogde – concept gebaseerd. Hiermee kreeg de invoering een sterk bestuurlijk karakter: voor de gezondheidszorg moest nu een speciale bestuurlijke structuur worden geschapen, als ba-

sis voor de beoogde regionale planning. Deze status van bestuurlijk in plaats van zorginhoudelijk experiment leidde onder andere tot de bemoeienis van andere departementen, zoals Binnenlandse Zaken, bijvoorbeeld daar waar het ging om de gebiedsindeling; dit bleek een extra complicerende factor in het verloop van het invoeringsproces.

Als derde invloedrijke factor kan worden genoemd het *raamwet-karakter van de WVG*. De wet was gericht op het creëren van een wettelijk voorwaardenscheppend kader voor de uiteindelijke regelgeving, die onder andere via Algemene Maatregelen van Bestuur gestalte zou krijgen. Het ging hier zelfs om een wet die op vrijwel alle onderdelen nog moest worden ingevuld. De (principiële) keuze vooraf, samen met de invoeringsgebieden deze invulling te doen plaatsvinden, bood ruime mogelijkheden voor het fenomeen 'goal displacement' (doelverschuiving)³.

Wanneer een wet immers tijdens de invoering en door de invoerenden zelf nader wordt geformuleerd, kan in de loop van de concretisering gemakkelijk een toenemende aanpassing aan de wensen van betrokkenen plaatsvinden. Deze aanpassing kan de intentie van de oorspronkelijk slechts algemeen geformuleerde wet naar de achtergrond doen verdwijnen. Iedere betrokkene probeert dan invloed uit te oefenen op de inhoud van de uiteindelijk uitgewerkte versie van de wet en de daarin op de nemen condities voor de uitvoering. Hiermee hoopt ieder voor zich de randvoorwaarden voor de uitvoering zo te kunnen structureren dat ze voor hemzelf berekenbaar worden en bijdragen aan domeinbehoud of domeinuitbreiding.

Tenslotte was de *invoeringsstrategie* van belang. Wanneer een wet nader wordt ingevuld met medewerking van de uitvoerenden is vooral de onderlinge overeenstemming zeer belangrijk. In zo'n systeem van gemeenschappelijke besluitvorming is de waarschijnlijkheid dat men het onderling niet eens wordt afhankelijk van⁴:

- het aantal betrokkenen dat het onderling eens moet zien te worden: hoe groter dit aantal, des te kleiner de kans op overeenstemming;
- de complexiteit van het object van besluitvorming; deze is groter naarmate het aantal aan elkaar gerelateerde beslissingen dat op één en hetzelfde moment moet worden genomen, toeneemt. Grotere

complexiteit betekent dat de waarschijnlijkheid dat men het eens wordt vermindert.

Het zal op grond van bovenstaande overwegingen duidelijk zijn dat een omvangrijk, ambitieus en complex proces als de *integrale* invoering van de WVG bepaald niet probleemloos zou kunnen verlopen. De kans dat men het niet eens zou worden was groot, zowel vanwege het grote aantal betrokkenen als vanwege het grote aantal zaken waarover al deze betrokkenen overeenstemming zouden moeten bereiken.

Een extra belemmering hierbij was dat de integrale invoering in de proefregio's geschiedde bij wijze van *experiment*, hoewel dit aanvankelijk niet in de bedoeling lag. Bij de aanzet tot de invoering van de WVG, vastgelegd in de 'Nota Bouwstenen'¹, was de oorspronkelijke bedoeling immers ervaring op te doen ten bate van de uiteindelijke invoering van de WVG in geheel Nederland. Van 'experimenteren' was in die fase nog geen sprake. Dat veranderde toen in september 1983, mede onder invloed van de dereguleringsgolf, werd aangekondigd dat men de Wet Voorzieningen *Gezondheidszorg* wilde omvormen tot een *Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening*. De in het kader van de WVG ontwikkelde activiteiten, zo was nu de bedoeling, zouden doorgang moeten vinden om te zijner tijd aansluiting te vinden bij de nieuwe wet. Om de voorbereidingen in het kader van de WVG ook werkelijk van nut te kunnen laten zijn voor de WGM zou de invoering van de WVG geschieden op basis van het 'experimenteerartikel' (artikel 41), zodat van de oorspronkelijke wettekst zou kunnen worden afgeweken.

De gedachte dat gebeurtenissen in het experiment maatgevend zouden worden voor de uiteindelijke wetgeving had belangrijke consequenties. Zo konden de proefgebieden niet geïsoleerd functioneren, vooral doordat – begrijpelijkerwijs – nu ook koepels en adviesorganen de ontwikkelingen in de regio's, die zij als onomkeerbare beleidsvorming taxeerden, probeerden te beïnvloeden. Ook de rijksoverheid speelde een dubbelrol: enerzijds werd een beroep gedaan op de regio's om, in gezamenlijk overleg, onderdelen van de WVG zelf in te vullen; anderzijds werden voorstellen en ideeën uit de regio's door het ministerie van WVC zwaar getoetst en op tal van randvoorwaarden beoordeeld. Met andere woorden: van de in theorie aanwezige experimenteerruimte (decentralisatie, plurifor-

miteit) was in de praktijk geen sprake (centralisatie, uniformiteit).

Dit alles gaf voor de betrokkenen in de integrale invoeringsgebieden bovenal onduidelijkheid en onzekerheid. Als gevolg hiervan bestond de reeds eerder genoemde neiging steeds meer en steeds gedetailleerder te willen regelen. Immers, regelingen brengen (al dan niet vermeende) zekerheden met zich mee.

LESSEN VOOR DE TOEKOMST

Welke lessen zijn er nu te trekken op basis van de ervaringen opgedaan met de integrale invoering van de WVG? In hoeverre zijn hieruit aanbevelingen te destilleren met het oog op de thans – mede in het licht van het rapport van de commissie-Dekker – ingezette veranderingen?

Allereerst lijkt het van belang de huidige structuur van de gezondheidszorg te erkennen als zijnde zeer complex: er is sprake van een groot aantal ongelijksoortige functies en organisaties. Daarbij zijn de relaties tussen deze functies of organisaties talrijk en divers. Processen die zich binnen een dergelijke structuur voltrekken zijn welhaast per definitie gecompliceerd en moeilijk te overzien⁵, mede daardoor zijn ze ook beperkt uitvoerbaar.

Deze complexe structuur is een gegeven dat is terug te voeren op een jarenlange historie. Men kan en mag niet de illusie koesteren het resultaat hiervan – een bepaalde constellatie van machts- en belangenposities – op korte termijn en in één keer teniet te kunnen doen. De zogenoemde integrale benadering is in de geschetste context dan ook bepaald geen gelukkige keuze: de WVG heeft ons dat duidelijk geleerd. Het door Dekker c.s. beoogde invoeringstraject voor hun plannen voor een meer marktgerichte gezondheidszorg lijkt in dit verband vrij naïef en gespeend van inzicht in de bestaande gang van zaken binnen de gezondheidszorg; een snelle in- en uitvoering van een totaalvisie is hierin onmogelijk, praktisch haalbaar zijn slechts 'incrementele' (stap voor stap) veranderingen.

Critici van het incrementele model hebben vaak beweerd dat het conservatief zou zijn en anti-innovatief. Bovendien zou het, volgens diezelfde critici, moeilijk zijn coördinatie tussen de verschillende stappen tot stand te brengen. Wij zouden daartegenover willen stellen dat het daadwerkelijk realiseren van een aantal opeenvolgende kleine stappen – gericht op de aanpak van specifieke problemen – uiteindelijk meer significante

veranderingen kan teweegbrengen dan het jarenlang vergeefs nastreven van idealistische voorstellingen door middel van grootschalige innovatieprocessen. Daarnaast hoeft het willen veranderen via kleine stapjes zeker niet te betekenen dat er geen visie zou bestaan op een groter geheel.

Aansluitend op het voorgaande kan worden gezegd dat de bedoelde incrementele veranderingsprocessen gericht dienen te zijn op specifieke zaken, dus niet op algemeen geformuleerde doelstellingen, zoals Stevens onlangs in dit tijdschrift naar voren heeft gebracht⁶. Het slechts algemeen formuleren van doelstellingen betekent in praktijk veelal niets anders dan het vooruitschuiven van problemen en conflicten. Zogeheten kaderwetgeving zal in de gezondheidszorg steeds op knelpunten stuiten in de uitvoeringsfase. Daardoor duurt de invoering ervan meestal ook veel langer dan verwacht. De kans is dan groot dat uiteindelijk weer beleid wordt ingevoerd, gebaseerd op inmiddels weer achterhaalde ideeën; ook dat gevaar bedreigt Dekker en de zijnen. Ons pleidooi voor een 'kleinschaliger', (want) realistischer aanpak van veranderingsprocessen betekent tevens een keuze voor duidelijke projectorganisaties: duidelijk qua doelen, bevoegdheden, betrokkenen, afspraken en randvoorwaarden. Bovendien is het voor een voor spoedig verloop van dergelijke processen noodzakelijk een duidelijk herkenbare, met bevoegdheden toebedeelde 'trekker' aan te wijzen. Idealiter zou deze 'trekker', behalve een procesbewakende functie te vervullen, vooral ook bevoegd moeten zijn om knopen door te hakken. De eerder in deze paragraaf geschetste structuur kenmerkte zich juist door het ontbreken van een dergelijk 'bestuurlijk centrum'.

Wat betekent dit alles nu voor het veld van de gezondheidszorg?

Vermoedelijk gaan we een periode tegemoet waarin de jarenlang gevoerde bestuurlijke structuurdiscussies naar de zijlijn worden verplaatst. De inhoud en de kwaliteit van de zorg komen weer in het middelpunt van de belangstelling te staan.

Velen in het veld zullen dit als een positieve ontwikkeling kwalificeren. Deze omslag kent tevens naast baten voor het veld ook kosten. Zo is al gewezen op het feit dat men zich in de toekomst minder zal kunnen verschuilen achter regels en bestuurlijke discussies dan in het verleden in sommige gevallen is gebeurd⁷.

Met de nieuwe situatie zullen ongetwijfeld nieuwe problemen, verantwoordelijkheden en onzekerheden opdoemen. Men zal er daarbij niet langer meer aan ontkomen zich te bezinnen op – toch al zo lang nodig geachte – fundamentele veranderingen in de visie (het stelsel van) de zorg. □

Literatuur

1. Nota Bouwstenen. Tweede Kamer, zitting 1982/1983, 11720, nrs. 1 en 2.
2. P. Glasbergen en C. B. F. Kuijpers, 'Beleidsontwikkeling: de case van het grondwaterbeleid', Beleid en Maatschappij 1985/12.
3. R. Mayntz, 'Die Implementation politischer Programme. Theoretische Überlegungen zu einem neuen Forschungsgebiet', in: R. Mayntz (Hrsg.), Implementation politischer Programme, 1980.
4. F. W. Scharpf, 'The probability of disagreement in multi-level decisions', paper voor IIM-conferentie, Berlijn 1975.
5. C. A. Grünwald, 'Beheersing van de gezondheidszorg', Den Haag 1987.
6. P. Stevens, 'Vijf jaren integrale invoering Wet Voorzieningen Gezondheidszorg', MC nr. 46/1987, blz. 1459.
7. J. A. M. Maarse, 'Het rapport-Dekker en de instellingen; een ander perspectief', MC nr. 45/1987, blz. 1431; 6 november 1987 – 42.
8. M. Mur-Veeman, 'De managementproblematiek van de gezondheidszorginstelling; bieden de voorstellen van de commissie-Dekker een oplossing?' (te verschijnen).

Een experiment in Almere (6)

Planning en financiering

Bestuurlijke randvoorwaarden

In zijn inleidend artikel over Almere heeft Vorst gewezen op de problemen van onze moderne gezondheidszorg, zoals de onbeheersbaar lijkende kostenstijging, het gebrek aan samenhang en de bovenmatige groei van de specialistische curatieve sector tegenover het achterblijven van eerstelijnszorg en preventie¹.

Recent heeft de commissie-Dekker voorgesteld deze problemen aan te pakken door de introductie van het marktmechanisme in de gezondheidszorg. In de lijn van de Structuurnota van 1974 en de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) werd bij de start van het Project Gezondheidszorg Almere (PGA) voor een andere benadering gekozen. Voor het tot stand komen van een functioneel samenhangend stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen in Almere werd een effectief samenhangend besturingssysteem noodzakelijk geacht. In het projectplan werden daartoe als belangrijkste bestuurlijke randvoorwaarden genoemd: een integrale planning van de gehele gezondheidszorg en delen van de maatschappelijke dienstverlening, alsmede een financieel kader waarbinnen substitutie van zorgfuncties mogelijk zou worden gemaakt door middel van verschuivingen van geldmiddelen². Voor zover de bestaande wetgeving hiervoor onvoldoende mogelijkheden zou bieden, verklaarde het departement van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur zich bereid gebruik te maken van het experimenteelartikel van de WVG, artikel 41. Met andere woorden: al bij de start van het project ging men ervan uit dat de bestaande bestuurlijke randvoorwaarden onvoldoende waren om de ontwikkeling van de (Almeerse) gezondheidszorg in de gewenste richting te sturen.

Achtereenvolgens zullen hierna de verschillende tekortkomingen van het besturingssysteem worden toegelicht. Deze tekortkomingen hebben betrekking op de bestuurlijke samenhang, de marges waarbinnen sturing moet plaatsvinden, planning en financiering, en de relatie overheid-veld.

S. I. M. Bless

Om de ontwikkeling van de Almeerse gezondheidszorg in de door de gemeente en WVC gewenste richting te kunnen sturen is een effectief besturingssysteem noodzakelijk. De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg zou hiervoor het kader moeten bieden. In dit eerste van twee artikelen over de planning en financiering van 'Almere' worden de onvolkomenheden van het bestaande systeem toegelicht. Ook komen de voorstellen aan de orde die in Almere zijn gedaan om de bestuurbaarheid van de gezondheidszorg te vergroten.

BESTUURLIJKE SAMENHANG

Centraal in de Almeerse opzet staat het verwezenlijken van een samenhangend stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen. Uitgangspunt is, dat de zorg wordt afgestemd op de behoeften: zorg op maat, en zoveel mogelijk in het eigen leefmilieu wordt geboden. Daartoe wordt een geleidelijke verschuiving van zorgfuncties nagestreefd, zowel van tweede lijn naar eerste lijn en informele zorg als binnen de tweede lijn van klinische zorg naar de dagverpleging/behandeling en poliklinische zorg. Meer gespecialiseerde, intramurale voorzieningen hebben in deze opzet primair een ondersteunende, waar nodig aanvullende functie op de zorg in de eerste lijn. De bestaande scheiding tussen eerste en tweede lijn maakt plaats voor een flexibele afstemming van zorgfuncties op de behoeften van de bevolking en voor een nauwere samenhang tussen de voorzieningen. Om in een nieuw gebied de (gezondheids)zorg op de aangegeven manier te kunnen opbouwen, werd een integrale bestuurlijke aanpak van meet af aan noodzakelijk geacht.

Knelpunten

Met het bestaande bestuurlijke instrumentarium bleek een integrale bestuurlijke aanpak echter niet te realiseren. Kort samengevat waren de knelpunten:

- De WVG was nog steeds niet in werking.
- Belangrijke zorgterreinen vallen buiten de werkingssfeer van de WVG, zoals de maatschappelijke dienstverlening, de jeugdhulpverlening, de bejaardenzorg en gedeelten van de zorg voor geestelijk gehandicapten.
- Vooralsnog zouden bovendien ook de intramurale gezondheidszorgvoorzieningen blijven resulteren onder de Wet Ziekenhuisvoorzieningen.
- Als gevolg van een en ander heeft de gemeente slechts een beperkte planningsverantwoordelijkheid, in het bijzonder voor de basisgezondheidszorg en de eerste lijn; een groot deel van de zorg valt onder de planningsverantwoordelijkheid van provincie en Rijk.
- Vrijgevestigde hulpverleners vallen al helemaal buiten het bereik van de planning. Het vestigingsbeleid biedt nauwelijks mogelijkheden gevestigde beroepsbeoefenaren te binden aan in het kader van de planning gemaakte afspraken.
- Planning en financiering zijn niet aan elkaar gekoppeld, maar spelen zich af in van elkaar gescheiden circuits. Bijvoorbeeld: als de gemeente meer huisartsen wil plannen in ruil voor minder ziekenhuisbedden, wie zal dat dan betalen?

Kortom: de gemeente Almere beschikt(e) – evenals andere gemeenten – nauwelijks over bestuurlijke mogelijkheden om ten aanzien van de gezondheidszorg sturend op te treden. Op korte termijn was dit ontbreken van bestuurlijke kaders op zichzelf niet problematisch, aangezien binnen Almere grote overeenstemming bestaat tussen alle partijen over de gekozen opzet. Moeilijker zou het echter worden indien deze opzet door vrije vestigingen zou worden doorkruist. Om die reden adviseerde de Stuurgroep

Gezondheidszorg Almere de staatssecretaris al na haar eerste vergadering, vooruitlopend op een regeling ex WVG met spoed maatregelen te treffen om de vrije vestiging van beroepsbeoefenaren, met name huisartsen, aan banden te leggen. Voorgesteld werd daarom gebruik te maken van artikel 47.3 van de Ziekenfondswet, waardoor de contracteerplicht van het ziekenfonds in Almere zou worden opgeheven. Eind 1983 werd voor de beroepsgroep huisartsen de door het ziekenfonds gevraagde ontheffing door de staatssecretaris verleend.

Binnen het ministerie van WVC was hier de nodige discussie aan voorafgegaan, omdat er vooral van juridische zijde bezwaar tegen bestond artikel 47.3 van de Ziekenfondswet specifiek voor Almere toe te passen. Om die reden zijn de gronden waarop het ziekenfonds kan weigeren een overeenkomst aan te gaan beperkt tot het zogeheten getalscriterium; inhoudelijke afwegingen, bijvoorbeeld betreffende het dienstverband of de samenwerking, mogen niet als ontheffingsgrond worden aangevoerd.

Voor de huisartsenhulp is per 1 januari 1986 ook het landelijk vestigingsbeleid via de WVG in werking getreden. Hier geldt als voornaamste bezwaar dat het vestigingsbeleid los staat van de planning en ook geen rekening houdt met een situatie als in Almere, waar alle huisartsen op één na in dienstverband werken.

Planning en vestigingsbeleid

Om toch zoveel mogelijk een integrale planning (sturing) van de (gezondheids)zorg mogelijk te maken, stelde de stuurgroep in juni 1983 een 'Advies inzake planning en vestigingsbeleid' op³. Voorgesteld werd een regeling, gebaseerd op het experimenteerartikel van de WVG, waarbij de gemeente Almere de bevoegdheid zou krijgen een integraal plan vast te stellen voor de basisgezondheidszorg en de eerste lijn, inclusief de maatschappelijke dienstverlening. Tevens werd voorgesteld de vestiging van personen te onderwerpen aan een vergunning, die slechts zou worden verleend indien de voorgenomen vestiging in het vastgestelde plan zou passen. Teneinde de planning van de tweede lijn af te stemmen op de eerste lijn werd een systeem van *kaderplanning* in Flevoland voorgesteld, waarbij de verschillende gemeenten en de provincie voorafgaand aan de planning afspraken maken over de door de betrokken overheden te hanteren uitgangspunten en hoofdlijnen.

De adviezen van de Stuurgroep hebben uiteindelijk geresulteerd in enerzijds een ontwerp-besluit experiment gezondheidszorg Almere (BEGA) en anderzijds bestuurlijke afspraken tussen Almere en de provincie Flevoland.

Ontwerp-besluit

April 1985 werd het ontwerp-besluit ter advisering aan onder meer de Nationale Raad voor de Volksgezondheid aangeboden. Kernpunten van de voorgestelde regeling waren:

- In Almere wordt de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) ingevoerd ten aanzien van de basisgezondheidszorg en de eerste lijn.
- Vestigingsbeleid en planning worden gekoppeld. Door deze koppeling lijkt een samenhangende integrale beleidsvoering het best gewaarborgd. (N.B. De regeling is ook van toepassing op medisch specialisten voor zover zij buiten een in het kader van de WZV geplande inrichting werkzaam zijn.)
- Het besluit kan eveneens van toepassing worden verklaard op voorzieningen voor maatschappelijke dienstverlening.
- Het besluit biedt de bestuurlijke basis voor een op de experimentele situatie toegesneden financieel kader.

In september 1985 bracht de Nationale Raad een gematigd positief advies uit. De belangrijkste inhoudelijke kritiekpunten vormden het vestigingsbeleid (met name in verband met het dienstverband) en de mogelijkheid die het ontwerp bood premiegelden bestemd voor gezondheidszorgvoorzieningen over te hevelen naar de sector van de maatschappelijke dienstverlening.

Inmiddels is op grond van de verschillende adviezen het ontwerp-besluit aangepast; de maatschappelijke dienstverlening is buiten de regeling gelaten. Begin 1987 heeft het kabinet het ontwerp-besluit aan de Raad van State gezonden, die er in september positief advies over heeft uitgebracht.

Alleen de Eerste of Tweede Kamer kan de invoering van het besluit nu nog blokkeren. Alle Algemene Maatregelen van Bestuur betreffende het vestigingsbeleid van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg moeten daar namelijk gedurende dertig dagen ter inzage worden gelegd. Gedurende deze termijn kan tenminste een vijfde van de leden van een der Kamers de wens te kennen geven dat het in deze maatregel geregelde onderwerp bij

de wet moet worden geregeld. Aangenomen wordt echter dat de regeling begin 1988 in werking zal treden. De regeling blijft daarna vier jaar van kracht met een mogelijkheid van verlenging met nog eens vier jaar. Daardoor wordt, aldus de staatssecretaris, de mogelijkheid geschapen het Project Gezondheidszorg Almere inhoudelijk en bestuurlijk behoorlijk af te ronden én te evalueren.

Relatie met Flevoland

Het ontwerp-Besluit experiment Almere heeft alleen betrekking op de planning door de gemeente van de basisgezondheidszorg en de eerste lijn. Om te komen tot een integrale planning van de gehele gezondheidszorg in Almere is daarnaast ook afstemming nodig tussen de gemeentelijke en de provinciale planning. In overleg tussen gemeenten en provincie Flevoland zijn hiervoor afspraken gemaakt in het kader van de 'Nota Bestuursorganisatorische Maatregelen WVG Flevoland'⁴. Uitgangspunt hiervan was een integrale benadering van de gezondheidszorg op lokaal en provinciaal niveau: de gemeenten nemen het voortouw bij het planningsproces en dragen zorg voor een optimale afstemming tussen eerste- en tweedelijnsvoorzieningen, de provincie let op de afstemming en integratie van de gemeentelijke plannen op provinciaal niveau.

In overeenstemming met deze planningsbenadering werd in de nota ook een vereenvoudigde adviesstructuur in het leven geroepen. Daarin treden de gemeentelijke adviescommissies voor planning en vestigingsbeleid eveneens op als adviescommissies naar de provincie.

SMALLE MARGES

Tot zover ging het over het gebrek aan bestuurlijke samenhang en de pogingen hierin voor Almere verbetering te brengen. Maar wordt hiermee sturing van de beoogde ontwikkelingen in de gezondheidszorg ook daadwerkelijk mogelijk gemaakt?

Vier jaar Project Gezondheidszorg Almere hebben geleerd dat de marges waarbinnen sturing van de gezondheidszorg mogelijk is bijzonder smal zijn. De traditionele opzet van de gezondheidszorg wordt door de huidige regelgeving zo goed vastgelegd dat veranderen haast niet mogelijk is. Dat is uiteraard lastig wanneer de opgave van bestuurders is het tot stand brengen van iets nieuws. De ervaringen in Almere hebben dan ook

geleerd dat iedere keer als iets nieuws wordt voorgesteld dat afwijkt van bestaande richtlijnen en regels, overheid, adviesorganen en financiers de neiging hebben op de rem te gaan staan.

Dankzij de bijzondere experimentele situatie in Almere en de steun van het ministerie van WVC zijn in een aantal gevallen uiteindelijk wel oplossingen gevonden. Echter, een feit blijft dat sturen in de gezondheidszorg er vooral op neer komt dat de trein op de rails wordt gehouden en ontsporingen worden voorkomen. Ik volsta hier met kort enkele voorbeelden te noemen, die elders in deze artikelenreeks nog worden toegelicht.

Het ontwikkelen van een gecombineerd verzorgings- en verpleeghuis – met name een verpleeghuisunit van 30 bedden – werd lange tijd niet aanvaardbaar gevonden, omdat werd uitgegaan van de normen voor op zichzelf staande verpleeghuizen.

Ook bij de oprichting van één eerstelijnsorganisatie in Almere ontstonden problemen rond de erkenning van deze organisatie als kruisorganisatie. De erkenningsvoorwaarden, die uiteraard zijn geschreven voor het kruiswerk sec, gingen uit van een vereniging met leden. Om pragmatische redenen was in Almere echter gekozen voor de stichtingsvorm.

Samengevat: het is onmogelijk een nieuwe opzet van de zorgverlening te verwezenlijken indien alle plannen de normale procedures moeten doorlopen en aan bestaande normen en richtlijnen worden getoetst. In een experimentele setting, zoals in Almere, zal proefondervindelijk moeten blijken in hoeverre bestaande normen en richtlijnen valide blijven dan wel bijstelling behoeven.

PLANNING EN FINANCIERING

Naast een integrale planning noemde het projectplan ook het financieel kader als een noodzakelijke randvoorwaarde om de projectdoelen te kunnen realiseren. Voor ogen stond een zodanig financieringsstelsel dat de kosten die in de tweedelijnszorg kunnen worden bespaard, worden gebruikt voor de financiering van de eerste lijn, inclusief de maatschappelijke dienstverlening. In feite komt dit neer op een andere vorm van regiobudgettering.

Hiervan uitgaande heeft de Stuurgroep Gezondheidszorg Almere begin 1984 het advies 'In het kader van Almere' vastgesteld⁵, waarin voorstellen worden gedaan over de wijze van financiële kaderstelling, alsmede over de procedures met

betrekking tot planning en begroting. Onder een financieel kader werd verstaan het geheel van de in geld uitgedrukte begrenzings waarmee bij het vaststellen van het plan rekening moet worden gehouden en waarbinnen de uitvoering van het plan moet worden gerealiseerd. Voor de berekening werd uitgegaan van bestaande plannings- en beleidsnormen, vermenigvuldigd met normatieve verrekensprijsen. Teneinde een verschuiving van geldmiddelen mogelijk te maken werd voorgesteld in de planning meer aandacht te besteden aan de 'output' (bijvoorbeeld aantallen consulten, huisbezoeken) in tegenstelling tot de gebruikelijke 'input'-benadering (bijvoorbeeld aantallen hulpverleners per 1.000 inwoners).

Aansluitend op het financieel kader en het meerjarenplan werd het jaarlijks opstellen van een uit de instellingsbegrotingen samengestelde 'Zorgbegroting Almere' voorgesteld. Wat de procedures betreft ging het advies uit van een nauwe samenwerking tussen gemeente (planning) en lokale financiers (financiering). In oktober 1984 deelde de staatssecretaris mee bereid te zijn een dergelijk kader voor Almere vast te stellen, alsmede daarbinnen een zodanige regeling te treffen dat de in de planning beoogde substitutie door een verschuiving van financiële middelen zou kunnen worden gerealiseerd. Op grond van het Besluit experiment gezondheidszorg Almere zal de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur jaarlijks een financieel kader voor Almere vaststellen.

RELATIE OVERHEID-VELD

Zijn hierboven de manco's van het besturingssysteem vooral gezien vanuit het gezichtspunt van de bestuurlijke randvoorwaarden, ook indien al deze randvoorwaarden zijn vervuld blijkt het sturen van het beoogde veranderingsproces niet eenvoudig. Om effectief te kunnen sturen zijn verantwoordelijkheden en bevoegdheden weliswaar belangrijk, maar op zichzelf nog onvoldoende. Het gaat er evenzeer om *hoe* deze instrumenten in de praktijk worden gebruikt. Voor de uitvoering van haar beleid is de overheid afhankelijk van de bereidheid en de mogelijkheden van het veld om hieraan mee te werken.

Sturen in de gezondheidszorg, zeker als het gaat om veranderingsprocessen, is nog iets anders dan het schrijven van planningsnota's achter het bureau. Het vraagt tevens een gedegen kennis van de

situatie op de werkvloer en een intensief samenspel tussen overheid, financiers en veld. In de Almeerse praktijk heeft dit samenspel inmiddels een bepaalde vorm gekregen. In de volgende bijdrage aan deze serie artikelen zal hierover worden bericht. Het is echter de vraag of de doorsnee-gemeente, zonder de steun van het ministerie van WVC en een projectorganisatie, in staat kan worden geacht als tegenspeler en bestuurder van het gezondheidszorgbeleid te kunnen optreden.

STAND VAN ZAKEN

Het project is begin 1987 zijn tweede termijn ingegaan. Vastgesteld kan worden dat de oorspronkelijke doelstellingen voor de bestuurlijke samenhang vooralsnog niet zijn gerealiseerd. De enige tot nu toe specifiek voor Almere getroffen regeling is de ontheffing van het ziekenfonds van zijn plicht overeenkomsten te sluiten met iedere huisarts die daarom vraagt.

Zoals in het volgende artikel zal worden toegelicht is inmiddels ondanks het ontbreken van deze bestuurlijke instrumenten toch een redelijk plannings- en besturingssysteem van de grond gekomen. De door het ministerie van WVC en de Ziekenfondsraad beschikbaar gestelde extra gelden voor de versterking van de extramurale zorg hebben daarbij een centrale rol gespeeld. Daarnaast ziet het er naar uit dat het ontwerp-Besluit experiment Almere binnen afzienbare tijd in werking zal treden. □

Literatuur

1. Bles SIM, Schouwstra CP, Vorst FA. Experiment Almere. Nieuw land, nieuwe gezondheidszorg? Medisch Contact 1988; 43: 135-6.
2. Projektplan-PGA II. November 1986.
3. Advies inzake planning en vestigingsbeleid. Juni 1983.
4. Nota Bestuursorganisatorische Maatregelen WVG Flevo-land. Augustus 1984.
5. In het kader van Almere. Advies aan de staatssecretaris van het ministerie van WVC. Februari 1984.

KNMG

Beschrijvingsbrief 193ste Algemene Vergadering

Beschrijvingsbrief voor de 193ste Algemene Vergadering van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, te houden op vrijdag 22 april 1988, aanvang 17.30 uur, in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum, Croeselaan, Utrecht, telefoon 030-955011.

AGENDA

I. Opening van het openbare gedeelte van de Algemene Vergadering te 17.30 uur precies.

II. Inleiding van de voorzitter.

III. Kwaliteit van het medisch handelen. Inleiding door:
– Mevrouw Dr. E. Borst-Eilers, vice voorzitter van de Gezondheidsraad, en
– Dr. A. J. B. I. Sips, huisarts te Vught, gevolgd door discussie met de aanwezigen.

IV. Sluiting van het openbare gedeelte.

Pauze

V. Opening van het besloten deel der Algemene Vergadering.

VI. Benoeming van een commissie van redactie van het verhandelde ter Algemene Vergadering.

VII. Eerste rondvraag.

VIII. Structuur KNMG 2000. Het adviesrapport van de commissie KNMG 2000 werd gepubliceerd in Medisch Contact 1987/35 blz. 1096 e.v.

IX. Wijziging HR/KNMG.

X. Tweede rondvraag.

XI. Sluiting.

Utrecht, februari 1988.

J. Diepersloot, secretaris-generaal.

Punt IX van de beschrijvingsbrief voor de 193ste Algemene Vergadering van 22 april 1988

Voorstel van het hoofdbestuur tot wijziging van statuten en huishoudelijk reglement der KNMG

Een viertal onderwerpen dient zich in het voorjaar van 1988 aan dat tot voorstellen tot reglementswijzigingen aanleiding geeft; het betreft:

I. Financiële aansprakelijkheid KNMG in het licht van de verhouding KNMG-afdelingen. De relevante wijzigingsvoorstellen luiden als volgt. De laatste jaren zijn er bij het secretariaat in Utrecht in toenemende mate vragen gesteld over de (financiële) verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van de KNMG-afdelingen ten opzichte van 'Utrecht'. Gezien het feit dat de indruk bestaat dat afdelingen zich soms voor aanzienlijke bedragen verplichten aan anderen (leveranciers, verhuurders, sponsors etc.), zou het wellicht aanbeveling verdienen tot heldere afspraken te komen over de verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen de KNMG te Utrecht en de plaatselijke afdelingen.

Van belang is, dat de 'moeder'-KNMG rechtspersoonlijkheid heeft. Zij is een vereniging met de volledige rechtsbevoegdheid, aangaan voor onbepaalde tijd. Haar statuten zijn opgenomen in een notariële akte. De vereniging KNMG is ingeschreven in een openbaar register bij de Kamer van Koophandel. De vereniging KNMG kan haar leden vertegenwoordigen. Het bestuur is bevoegd tot vertegenwoordiging in en buiten rechte. Bestuursleden zijn niet hoofdelijk aansprakelijk voor door de vereniging aangegane verbintenissen.

Art. 10 van de statuten van de KNMG bepaalt, dat de Maatschappij is onderverdeeld in afdelingen. Deze afdelingen hebben geen rechtspersoonlijkheid en geen statuten. Elke afdeling regelt bij eigen Huishoudelijk Reglement haar inrichting en werkzaamhe-

den. Dit reglement mag geen bepalingen bevatten, die in strijd zijn met statuten of Huishoudelijk Reglement van de Maatschappij en verkrijgt eerst rechtskracht door goedkeuring van het Hoofdbestuur.

De afdelingen innen een eigen jaarlijkse afdelingscontributie. De hoogte daarvan varieert. Met name in de grotere KNMG-afdelingen gaat daardoor soms een redelijk forse hoeveelheid geld om. Dit terwijl de afdelingen geen rechtspersoonlijkheid hebben. In de praktijk betekent dit dat er soms voor forse bedragen verplichtingen worden aangegaan, waarbij het niet altijd even duidelijk is wie daarvoor nu aansprakelijk en verantwoordelijk is. Ditzelfde probleem kan zich voordoen bij afdelingen die een (jaarlijks leden-) congres organiseren en ten behoeve daarvan overeenkomsten aangaan, b.v. met sponsors. Mochten over de uitvoering en afwikkeling van dergelijke contracten moeilijkheden ontstaan, dan wordt formeel gesproken de 'moeder'-KNMG geacht verantwoordelijk en aansprakelijk te zijn.

Dit terwijl de KNMG zelf soms niet of slechts zijdelings bij door de afdelingen gesloten contracten betrokken is. Hoewel de afdelingen in beginsel op grond van de hierboven geschetste juridische situatie consent vanuit 'Utrecht' nodig hebben voor het aangaan van financiële verplichtingen, is de laatste jaren gebleken dat dat om diverse redenen niet altijd gebeurt.

Om te voorkomen dat deze voor afdelingen niet altijd volstrekt duidelijke regelingen, voortvloeiend uit het Huishoudelijk Reglement der KNMG, tot oncontroleerbare situaties gaan leiden, is de

OFFICIEEL

vraag gerezen of het Huishoudelijk Reglement van de KNMG op dit punt geen nadere uitwerking behoeft.

De afdelingen is medio 1986 om een reactie op deze gedachte gevraagd. Na ruim een jaar hebben van de 68 KNMG afdelingen 19 gereageerd. Deze 19 reacties zijn als volgt onder te verdelen:

10 reacties: akkoord met voorstel vanuit Utrecht (d.w.z. toestemming van secretaris-generaal nodig bij uitgave of verbintenissen > f 5.000,—); 4 reacties: zonder meer tegen of alleen verbod op 'rood' staan; 5 reacties: tegen een vaste bovengrens. Bovengrens relateren aan contributie-inkomsten van afdelingen. Bijvoorbeeld: bij uitgaven groter dan 80% van de afdelingsinkomsten moet toestemming gevraagd worden aan de secretaris-generaal.

Deze laatste 5 reacties waren met name afkomstig van de grotere afdelingen die in het algemeen meer inkomsten en meer uitgaven hebben dan kleinere afdelingen. Hun bezwaren tegen een vast bedrag achtte het hoofdbestuur begrijpelijk. Gezien het feit dat van de 19 reacties er 15 niet principieel tegen het voorstel zijn lijkt het reëel de navolgende reglementswijziging aan de Algemene Vergadering voor te stellen:

Nieuw artikel 216

Lid 1

Elke afdeling is verplicht vóór 1 oktober van enig jaar het H.B. op de hoogte te stellen van het financieel verslag van haar werkzaamheden over het afgelopen jaar en de begroting voor het komende jaar.

Lid 2

Bij een begrotingsoverschrijding van meer dan 10% in enig jaar is voorafgaand overleg met het H.B. vereist.

Lid 3

Het H.B. kan in het licht van lid 2 de afdeling verplichten niet dan in overleg financiële verplichtingen aan te gaan.

II. Invoering van het studentlidmaatschap in de plaats van het aspirantlidmaatschap. Om aanstaande leden eerder bij de KNMG te betrekken wordt voorgesteld het kandidaatlidmaatschap, verder te noemen studentlidmaatschap, niet pas te laten ingaan als men medisch doctorandus is, maar de mogelijkheid daartoe al te scheppen als men de studie geneeskunde volgt. Aan de reglementaire positie van deze leden verandert overigens niets. Hiertoe is wijziging nodig van artikel 5 en artikel 9 van de Statuten en de artikelen 100, 103, 104, 107, 108, 113, 114, 115 en 119.

Statuten

Artikel 5 lid 3 oud

Zij die met goed gevolg het doctoraal examen in de geneeskunde aan een der Nederlandse faculteiten hebben afgelegd en zich voorbereiden op het artsexamen, kunnen aspirantlid zijn.

Artikel 5 lid 3 nieuw

Zij die de studie geneeskunde aan een der Nederlandse faculteiten volgen kunnen studentlid zijn.

Artikel 9 lid 3

'Aspirantlidmaatschap' vervangen door 'studentlidmaatschap'.

Huishoudelijk Reglement

In de artikelen 100 lid 3, 103 lid 4, 104 lid 2, 107, 108 lid 1, 113, 114, 115 en 119 lid 1 'aspirantlidmaatschap' vervangen door 'studentlidmaatschap'.

III. Gezien de toenemende problemen die zich voordoen bij de

contributie-inning is er door het Hoofd Financieel-Economische en Administratieve Zaken aandacht gevraagd voor een duidelijke reglementair vastgelegde regeling. De volgende wijzigingen van het Huishoudelijk Reglement worden daarbij voorgesteld:

Artikel 103 lid 1 oud

Bij verandering van bevoegdheid of functie en bij wijziging van adres of plaats van functieuitoefening, dient het lid de secretaris-generaal hiervan in kennis te stellen. Voor de gewone leden is hierbij het gestelde in de tweede zin van art. 100 lid 1 van overeenkomstige toepassing.

Artikel 103 lid 1 nieuw

Bij verandering van bevoegdheid of functie en bij wijziging van adres of plaats van functie-uitoefening, dient het lid de secretaris-generaal hiervan, en wel met het oog op artikel 106 lid 1, zo spoedig mogelijk, in kennis te stellen. Voor de gewone leden is hierbij het gestelde in de tweede zin van artikel 100 lid 1 van overeenkomstige toepassing.

Artikel 105 lid 1 oud

De leden van de Mij, zijn gehouden de contributie aan de Mij, en aan de betreffende maatschappelijke vereniging(en), als bedoeld in art. 500, en de bijdrage aan de Stichting Ondersteuningsfonds, als bedoeld in art. 750, te voldoen.

Artikel 105 lid 1 nieuw

De leden van de Mij, zijn gehouden de contributie aan de Mij, en aan de betreffende maatschappelijke vereniging(en) als bedoeld in art. 500, en de bijdrage aan de Stichting Ondersteuningsfonds, als bedoeld in art. 750, binnen twee maanden na ontvangst van de contributienota te voldoen.

Artikel 105 lid 5 nieuw

Als de contributie niet binnen de in lid 1 gestelde termijn wordt voldaan volgt een herinnering. Wordt ook dan de contributie nog niet voldaan dan volgt een laatste herinnering waarin het betrokken lid in gebreke wordt gesteld. De Mij, heeft vanaf dat moment het recht zonder nadere ingebrekestelling incasso-maatregelen te treffen, dan wel derden hiermee te belasten. Vanaf dat moment is de Mij, eveneens gerechtigd, zonder nadere aanzegging, tot de wettelijke rente van de verschuldigde (restant-)hoofdsom. Alle met de incasso van gedeclareerde bedragen gevoerde gerechtelijke en/of buitengerechtelijke (incasso-)kosten komen ten laste van het betrokken lid. De buitengerechtelijke (incasso-)kosten zijn vastgesteld op 15% van de gedeclareerde ter incasso gegeven hoofdsom met een minimum van f 50,—.

IV. Zowel vanuit de S.R.C. als vanuit de Colleges is een aantal wijzigingen voorgesteld die enerzijds verband houden met een actualisatie van verouderde gegevens (het huishoudelijk reglement vermeldt bijvoorbeeld nog de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne) en anderzijds verband houden met de invoering van een periodieke registratie voor medische specialisten respectievelijk de daarvoor in rekening te brengen kosten. Dit leidt tot de volgende wijzigingsvoorstellen:

Artikel 1003 lid 3b

Wijzigen in: Een door de minister onder wie Volksgezondheid ressorteert aangewezen vertegenwoordiger.

Artikel 1003 lid 4 Vervalt.

Nieuw artikel 1003 lid 3d

Twee vertegenwoordigers aangewezen door het bestuur van de Landelijke Vereniging van Assistent Geneeskundigen.

OFFICIEEL

Artikel 1004 lid 1

Wijzigingen in: Voor ieder der leden van het C.C. wordt een plaatsvervanger benoemd.

Artikel 1006 lid 3

Wijzigingen in: Het C.C. kan alleen dan besluiten nemen, indien in zijn vergadering tenminste 4 van de leden genoemd in artikel 1003 lid 2 sub a en tenminste 4 van de leden genoemd in artikel 1003 lid 2 sub b aanwezig zijn.

Artikel 1010 lid 1

Wijzigingen in: Het C.C. dient jaarlijks voor 1 juni bij het H.B. een verslag in van zijn werkzaamheden in het afgelopen jaar.

Artikel 1010 lid 2

Het jaarverslag van het C.C. wordt door het H.B. gezonden aan de Minister van Onderwijs en Wetenschappen en aan de Minister onder wie Volksgezondheid ressorteert en tevens gepubliceerd in het officiële orgaan der Mij.

Artikel 1015

1. De S.R.C. houdt een register aan van erkende specialisten.
2. In het register worden op aanvraag ingeschreven degenen, tot wier inschrijving ingevolge de bepalingen van dit reglement wordt besloten, onder vermelding van het specialisme waarvoor zij worden ingeschreven.
3. Een aanvraag moet schriftelijk, vergezeld van de nodige inlichtingen en bewijsstukken, worden ingediend bij de secretaris van de S.R.C.
4. De aanvragen tot inschrijving voor een erkend specialisme in het register worden in eerste aanleg behandeld door de C.v.U. Bij ontstentenis van de voorzitter treedt een lid of een plaatsvervanger lid in zijn plaats.
5. Bij toepassing van lid 4 van dit artikel wordt de aanvraag behandeld door de voorzitter of diens plaatsvervanger en door tenminste twee leden of hun plaatsvervangers, onder wie de vertegenwoordiger van de S.R.C. genoemd in lid 7.
6. Bij de behandeling van een aanvraag tot inschrijving in het register laat een lid van de C.v.U., dat rechtstreeks als opleider bij de opleiding van de aanvrager betrokken is geweest, zich door zijn plaatsvervanger vervangen.
7. Betreft een aanvraag de inschrijving voor een specialisme waarvan geen vertegenwoordiger in de C.v.U. zitting heeft, dan wordt de desbetreffende vertegenwoordiger in de S.R.C. voor dit geval aan de C.v.U. als lid toegevoegd.

Artikel 1016

1. Acht de C.v.U. met algemene stemmen het verzoek gegrond, dan wordt de aanvrager voor dat specialisme in het register ingeschreven, onverlet het bepaalde in de hierna volgende leden.
2. De C.v.U. neemt haar beslissing binnen 3 maanden nadat de secretaris van de S.R.C. de aanvraag heeft ontvangen.
3. De beslissing van de C.v.U. wordt schriftelijk aan de aanvrager en aan de leden van de S.R.C. meegedeeld.
4. Indien $\frac{1}{3}$ van de leden van de S.R.C. binnen 3 maanden bij de secretaris van de S.R.C. tegen een beslissing van de C.v.U. protest heeft ingediend, vervalt de beslissing en wordt de aanvraag behandeld door de S.R.C., waarbij artikel 1017 van toepassing is.
5. Een beslissing van de C.v.U. tot inschrijving van een aanvrager in het register is onaantastbaar geworden, indien binnen 3 maanden nadat de beslissing is genomen geen protest is ingediend.

Artikel 1017

1. Indien de C.v.U. niet met algemene stemmen een verzoek tot inschrijving voor een erkend specialisme gegrond acht, verwijst zij de aanvraag naar de S.R.C.

2. De S.R.C. kan de aanvrager, wiens aanvraag naar haar is verwezen, oproepen voor haar te verschijnen; de aanvrager moet door de S.R.C. worden gehoord indien hij de wens daartoe te kennen geeft.

3. De S.R.C. beslist binnen drie maanden bij meerderheid van stemmen over de inschrijving van een aanvrager die door de C.v.U. naar haar is verwezen.

4. De beslissing van de S.R.C. wordt schriftelijk aan de aanvrager medegedeeld.

5. Indien de S.R.C. besluit de aanvrager niet in het register in te schrijven, kan deze binnen drie maanden na ontvangst van het bericht van de weigering in beroep komen bij de C.v.B.

6. Van elke beslissing van de S.R.C. tot inschrijving van een aanvrager in het register kan de vertegenwoordiger van het betrokken specialisme of $\frac{1}{3}$ van de bij de genomen beslissingen aanwezige leden van de S.R.C. binnen 1 maand nadat de beslissing is genomen in beroep komen bij de C.v.B.

7. Een beslissing tot inschrijving van een aanvrager in het register is onaantastbaar geworden, indien binnen 1 maand nadat de beslissing door de S.R.C. is genomen geen beroep is ingesteld of indien de beslissing waartegen beroep is ingesteld door de C.v.B. is bevestigd.

Artikel 1018

1. De S.R.C. kan een arts die niet voldoet aan de volgens de artikelen 1007 en 1008 vastgestelde eisen voor een erkend specialisme op aanvraag in het register inschrijven, indien hij bijzondere theoretische kennis en praktische bekwaamheid in dit specialisme bezit, tenzij het C.C. zich tegen inschrijving verzet.

2. Het gestelde in lid 1 van dit artikel is onder meer van toepassing op artsen die, nadat een onderdeel der geneeskunde met toepassing van de artikelen 1007 en 1008 als specialisme is erkend, aanvragen in het register voor dit specialisme te worden ingeschreven.

Artikel 1019

1. De aanvraag tot inschrijving op grond van het bepaalde in artikel 1018 moet schriftelijk, vergezeld van de nodige inlichtingen en bewijsstukken, worden ingediend bij de secretaris van de S.R.C.

2. De S.R.C. kan de aanvrager oproepen voor haar te verschijnen; de aanvrager moet door de S.R.C. worden gehoord indien hij de wens daartoe te kennen geeft.

3. De S.R.C. hoort alvorens een beslissing te nemen de vertegenwoordiger van het betrokken specialisme. Indien deze vertegenwoordiger bezwaren heeft tegen inschrijving van de aanvrager, hoort de S.R.C. de betrokken landelijke wetenschappelijke specialistenvereniging.

4. De S.R.C. neemt haar beslissing binnen drie maanden nadat de secretaris van de S.R.C. de aanvraag heeft ontvangen.

5. Indien de S.R.C. bij $\frac{2}{3}$ meerderheid van stemmen voldoende grond voor inschrijving aanwezig acht, legt zij de aanvraag voor aan het C.C.

6. Indien het C.C. niet binnen twee maanden aan de S.R.C. heeft meegedeeld dat het zich tegen inschrijving verzet, wordt de aanvrager in het register ingeschreven.

7. De S.R.C. deelt de aanvrager binnen vijf maanden nadat de aanvraag is ingediend, schriftelijk mee of hij al dan niet in het register kan worden ingeschreven.

8. Indien de S.R.C. de aanvrager niet in het register inschrijft, kan deze binnen drie maanden na ontvangst van het bericht van de weigering in beroep komen bij de C.v.B.

Artikel 1020

1. Inschrijving in het register voor meer dan één van de erkende specialisten, hetzij tegelijkertijd hetzij op verschillende tijdstippen is niet mogelijk.

OFFICIEEL

2. Indien een specialist die reeds voor een bepaald specialisme in het register is ingeschreven voor een ander specialisme wordt ingeschreven, vervalt de eerste inschrijving.

3. Inschrijving in het register van erkende specialisten is verenigbaar met inschrijving in het register van erkende sociaal-geneeskundigen.

4. Inschrijving in het register van erkende specialisten is niet verenigbaar met inschrijving in het register van erkende huisartsen.

Artikel 1021 en Artikel 1022 vervallen

Artikel 1023

1. De inschrijving in het register van erkende specialisten geschiedt steeds voor een periode van vijf jaar.

2. Aan het einde van de in lid 1 genoemde termijn beslist de S.R.C. conform de in artikel 1024 lid 1 genoemde richtlijnen terzake of de inschrijving voor eenzelfde periode kan worden verlengd.

3. De S.R.C. kan aan een verlenging, conform de in artikel 1024 lid 1 genoemde richtlijnen terzake, voorwaarden verbinden.

Overgangsbepaling

Op de specialisten, wier inschrijving voor ...-198. heeft plaatsgevonden is het bepaalde in art. 1023 van overeenkomstige toepassing, nadat de S.R.C. op basis van de art. 1024 lid 1 genoemde richtlijnen tot de conclusie is gekomen dat nog aan de voorwaarden voor inschrijving wordt voldaan.

Artikel 1024

1. Een in het register ingeschreven specialist kan door de S.R.C. uit het register worden geschreven als hij gedurende vijf jaar of langer het specialisme waarvoor hij is ingeschreven niet regelmatig heeft uitgeoefend. De S.R.C. stelt, na overleg met het C.C., richtlijnen terzake vast. Deze richtlijnen bepalen in ieder geval hoe en wanneer betrokkene wordt gehoord indien hij daartoe de wens te kennen heeft gegeven.

2. De S.R.C. deelt de beslissing tot uitschrijving uit het register schriftelijk met redenen omkleed aan betrokkene mede.

3. Tegen de beslissing van de S.R.C. tot uitschrijving uit het register kan betrokkene binnen drie maanden na ontvangst van het bericht in beroep komen bij de C.v.B.

4. Hij die krachtens het bepaalde in lid 1 van dit artikel uit het register is geschreven, kan op aanvraag weer in het register worden ingeschreven indien opnieuw aan de voor het ingetrokken specialisme vastgestelde eisen is voldaan, waarbij de artikelen 1015 t/m 1017 van toepassing zijn of indien hij kan aantonen dat hij bijzondere theoretische kennis en praktische bekwaamheid bezit, waarbij de artikelen 1018 en 1019 van toepassing zijn.

Artikel 1025

1. De S.R.C. deelt aan het C.C. en aan het H.B. mede de namen van degenen die (weer) in resp. uit het register zijn geschreven resp. wier inschrijving is verlengd, alsmede het specialisme waarvoor zij zijn resp. waren ingeschreven.

2. De S.R.C. deelt aan het C.C. en aan het H.B. de wijzigingen in het register mede.

3. Het H.B. publiceert in- resp. uitschrijvingen in het officiële orgaan van de Mij., uitgezonderd de verlengingen.

Artikel 1026

Conform huidige artikel 1026.

Artikel 1027

Conform huidige artikel 1027.

Artikel 1028

Conform huidige artikel 1028.

Artikel 1029

1. De S.R.C. stelt op voordracht van de betrokken landelijke wetenschappelijke specialistenvereniging voor elk erkend specialisme een visitatiecommissie in.

2. De visitatiecommissies hebben tot taak om op verzoek van de S.R.C. dan wel op eigen initiatief, een onderzoek in te stellen naar en van advies te dienen over opleiders en opleidingsinrichtingen.

3. Deze taak strekt zich uit zowel over de reeds erkende opleiders en opleidingsinrichtingen als over de specialisten en inrichtingen die erkenning hebben aangevraagd.

4. De visitatiecommissies verstrekken eenmaal per jaar vóór 1 april aan de S.R.C. en aan het C.C. een overzicht van hun werkzaamheden.

Artikel 1030

1. De S.R.C. dient jaarlijks vóór 1 juni bij het H.B. een verslag in van haar werkzaamheden in het afgelopen jaar.

2. Het jaarverslag van de S.R.C. wordt door het H.B. gezonden aan de Minister onder wie de Volksgezondheid ressorteert en aan het C.C. en tevens gepubliceerd in het officiële orgaan der Mij.

De Commissie van Beroep Medische Specialisten (C.v.B. M.S.)

Taak en werkzaamheden:

De Commissie van Beroep Medische Specialisten behandelt de bij haar ingestelde beroepen op door de S.R.C. genomen afwijzende beslissingen met betrekking tot in- c.q. uitschrijving in het register van erkende specialisten, erkenning van specialisten als opleiders en erkenning van inrichtingen als opleidingsinrichting. De samenstelling, taak en werkzaamheden van de Commissie van Beroep Medische Specialisten zijn vastgelegd in de artikelen 1031 t/m 1036 van het Huishoudelijk Reglement der Maatschappij voor Geneeskunst.

Artikel 1031

1. De Commissie van Beroep Medische Specialisten bestaat uit:

- drie leden, benoemd door de medische faculteiten in Nederland;

- drie leden, benoemd door het H.B. in overleg met het centraal bestuur van de L.S.V.;

- twee leden, benoemd door de Minister van Onderwijs en Wetenschappen en de Minister onder wie de Volksgezondheid ressorteert;

- een voorzitter, bij voorkeur een hoge rechterlijke functionaris, benoemd door de Minister van Onderwijs en Wetenschappen en de Minister onder wie Volksgezondheid ressorteert, gehoord het H.B.

2. Voor de leden van de C.v.B.M.S. worden plaatsvervangers benoemd:

- door de medische faculteiten in Nederland twee plaatsvervangende leden;

- door het H.B., in overleg met het centraal bestuur van de L.S.V., twee plaatsvervangende leden;

- door de Minister van Onderwijs en Wetenschappen en de Minister onder wie de Volksgezondheid ressorteert twee plaatsvervangende leden.

3. De leden van de C.v.B.M.S. en hun plaatsvervangers worden benoemd voor een periode van vijf jaar; zij zijn onmiddellijk herbenoembaar.

Artikel 1032

De leden van de C.v.B.M.S. en hun plaatsvervangers kunnen niet tevens lid zijn van het C.C., de S.R.C., de Raad van Beroep, de G.C., het H.B. of het C.B. van een maatschappelijke vereniging.

OFFICIEEL

Artikel 1033

1. De leden van de C.v.B.M.S. kiezen uit hun midden twee plaatsvervangende voorzitters.
2. De leden van de C.v.B.M.S. wijzen een secretaris en een plaatsvervangend secretaris aan.
3. De C.v.B.M.S. kan alleen dan besluiten nemen, indien in haar vergadering behalve de voorzitter of één der plv. voorzitters tenminste vier leden en/of plaatsvervangers aanwezig zijn.

Artikel 1034

Indien beroepszaken welke de opleidingsinrichtingen betreffen worden behandeld, wordt een vertegenwoordiger van de Nationale Ziekenhuisraad, aangewezen door het bestuur van deze vereniging, gehoord.

Artikel 1035

1. De C.v.B.M.S. behandelt de bij haar ingestelde beroepszaken.
2. Bij de behandeling van een beroepszaak laat een lid van de C.v.B.M.S. dat hetzij rechtstreeks als opleider betrokken is geweest bij de opleiding van degeen die in beroep is gegaan, hetzij verbonden is aan de inrichting welke in beroep is gegaan, zich door zijn plaatsvervanger vervangen.
3. Het beroep moet schriftelijk bij de secretaris van de C.v.B.M.S. worden ingediend, vergezeld van de beslissing waartegen beroep wordt ingesteld.
4. De secretaris van de C.v.B.M.S. deelt, zodra hij de stukken heeft ontvangen, aan de secretaris van de S.R.C. mee dat er bij de C.v.B.M.S. beroep is ingesteld met vermelding van de beslissing waartegen beroep is ingesteld.
5. De C.v.B.M.S. kan een ingesteld beroep schriftelijk behandelen en afdoen, tenzij de betrokkenen de wens te kennen geven te worden gehoord.
6. De C.v.B.M.S. kan de betrokkenen oproepen voor haar te verschijnen; de betrokkenen moeten door de C.v.B.M.S. worden gehoord indien zij de wens daartoe te kennen geven.
7. Indien het beroep is ingesteld tegen een weigering van de S.R.C. een specialist als opleider te erkennen of een aanvrager in het register van erkende specialisten in te schrijven, dan wel tegen een beslissing van de S.R.C. om een in het register ingeschreven specialist van het register af te voeren, kan de betrokkene zich bij de behandeling van zijn beroepszaak door een lid van de Mij. en/of een binnen het Rijk de praktijk uitoefenende advocaat als raadsman laten bijstaan. Indien de betrokkene van dit recht gebruik wenst te maken, moet hij daarvan tenminste 14 dagen voor de datum waarop zijn beroepszaak zal worden behandeld, schriftelijk kennis geven aan de secretaris van de C.v.B.M.S.
8. De C.v.B.M.S. neemt een beslissing zo mogelijk binnen drie maanden nadat de secretaris de stukken heeft ontvangen, welke beslissing schriftelijk aan de betrokkene en aan de leden van de S.R.C. wordt meegedeeld.

Artikel 1036

1. De C.v.B.M.S. dient jaarlijks vóór juni bij het H.B. een verslag in van haar werkzaamheden in het afgelopen jaar, zonder vermelding van de namen en woonplaatsen van diegenen die in beroep zijn gegaan.
2. Het jaarverslag van de C.v.B.M.S. wordt door het H.B. gezonden aan de Minister van Onderwijs en Wetenschappen en aan de Minister onder wie de Volksgezondheid ressorteert en tevens gepubliceerd in het officiële orgaan der Mij.

Artikel 1037

1. De kosten, door het C.C., de S.R.C., de C.v.U en de C.v.B.M.S. ten behoeve van hun werkzaamheden gemaakt, komen ten laste van de kas der Mij., waarbij artikel 581 van overeenkomstige toepassing is.

2. Het H.B. is gerechtigd nader te bepalen bijdragen verplicht te stellen voor degenen die een erkende opleiding aanvangen of volgen, alsmede een registratiegeld voor degenen die in het register worden ingeschreven, c.q. een bijdrage van degenen wier inschrijving conform artikel 1023 wordt verlengd.

Artikel 1053 lid 2b

Laatste zin laten vervallen.

Artikel 1053 lid 5b

Een door de Minister onder wie Volksgezondheid ressorteert aangewezen vertegenwoordiger.

Artikel 1058 lid 1, lid 3 en lid 6

Laten vervallen: aan het hoofdbestuur van de Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Gezondheidszorg.

Artikel 1060 lid 1

Het C.S.G. dient jaarlijks vóór 1 juni bij het H.B. een verslag in over zijn werkzaamheden in het afgelopen jaar

Artikel 1060 lid 2

Het H.B. zendt het jaarverslag van het C.S.G. aan de Minister van Onderwijs en Wetenschappen, aan de Minister onder wie Volksgezondheid ressorteert, aan de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, aan de S.G.R.C. en aan het C.B. van de L.V.S.G. en publiceert het in het officiële orgaan der Mij.

Artikel 1061 lid 1 sub b

Laten vervallen: laatste regel.

Artikel 1069 lid 2

De S.G.R.C. kan bovendien een persoon die niet voldoet aan de volgens artikel 1057 lid 2a en lid 3 vastgestelde eisen voor een erkende tak van sociale geneeskunde en evenmin kan worden ingeschreven op basis van het bepaalde in het vorige lid, op aanvraag in het register inschrijven, indien hij bijzondere theoretische kennis en praktische bekwaamheid in deze tak of op een dergelijk terrein bezit, tenzij het C.S.G. zich tegen deze inschrijving verzet.

Artikel 1074 lid 1

Een in het register ingeschreven sociaal-geneeskundige kan door de S.G.R.C. uit het register worden geschreven als hij gedurende vijf jaar op het gebied waarvoor hij is ingeschreven niet regelmatig werkzaam is geweest.

Artikel 1074 lid 3 en lid 4

'Afvoering van' wijzigen in 'uitschrijving uit'.

Artikel 1075 lid 3

Laten vervallen: 'en van het hoofdbestuur van de Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Gezondheidszorg'.

*Artikel 1079 Lid 5 ' . . . per jaar vóór 1 april. . .**Artikel 1081 lid 1*

De S.G.R.C. dient jaarlijks vóór 1 juni bij het H.B. een verslag in van haar werkzaamheden in het afgelopen jaar.

Artikel 1081 Lid 2

Het H.B. zendt het jaarverslag van de S.G.R.C. aan de minister van Onderwijs en Wetenschappen, aan de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, aan het C.S.G., aan het C.B. van de L.V.S.G. en aan de minister onder wie Volksgezondheid ressorteert en publiceert het in het officiële orgaan der Mij. Laten vervallen: 'en

OFFICIEEL

aan het hoofdbestuur van de Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Gezondheidszorg.

Artikel 1082 lid 1b

Laten vervallen: laatste zin.

Artikel 1082 lid 1c

De twee leden ingevolge artikel 1031 lid 1 sub c benoemd door de minister van Onderwijs en Wetenschappen en door de Minister onder wie Volksgezondheid ressorteert.

Artikel 1082 lid 2b

Laten vervallen: laatste zin.

Artikel 1082 lid 2c

Voor de leden van de C.v.B.S.G. worden plaatsvervangers benoemd: door de minister van Onderwijs en Wetenschappen en door de Minister onder wie Volksgezondheid ressorteert.

Artikel 1083

De leden van de C.v.B.S.G. en hun plaatsvervangers kunnen niet tevens lid zijn van het C.S.G., de S.G.R.C., de Raad van Beroep, de G.C., het H.B. of het C.B. van een maatschappelijke vereniging.

Artikel 1086

Het H.B. zendt het jaarverslag aan de C.v.B.S.G. aan de minister van Onderwijs en Wetenschappen, aan de minister onder wie Volksgezondheid ressorteert, aan de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, aan het C.S.G. aan de S.G.R.C., aan het C.B. van de L.V.S.G. en publiceert het in het officiële orgaan der Mij. Laten vervallen: 'en aan hoofdbestuur van de Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Gezondheidszorg'.

Artikel 1087

1. De kosten door het C.S.G., de S.G.R.C., de commissies van deskundigen en de C.v.B.S.G. ten behoeve van hun werkzaamheden gemaakt, komen ten laste van de kas der Maatschappij, waarbij artikel 581 van overeenkomstige toepassing is.
2. Het H.B. is gerechtigd nader te bepalen bijdragen verplicht te stellen voor degenen die een erkende opleiding aanvangen of volgen, alsmede een registratiegeld voor degenen die in het register worden ingeschreven c.q. een bijdrage van degenen wier inschrijving conform artikel 1074 wordt verlengd.

Artikel 1088 lid 1

Kan geheel vervallen.

Artikel 1088 lid 2

G.S.C. vervangen door C.S.G.

Artikel 1103 lid 6c

Wijzigen in: een door het bestuur van het NIVEL aangewezen vertegenwoordiger.

Artikel 1103 lid 6d en e

Laten vervallen

Artikel 1103 lid 6f

Wijzigen in: een arts in opleiding tot huisarts, aangewezen door de Landelijke Organisatie Van Aspirant-Huisartsen. Laten vervallen: laatste zin.

Artikel 1122 en 1123

'Afvoeren (van)' wijzigen in 'uitschrijven (uit)'.

Artikel 1126 lid 2

Vervallen: 'in overeenstemming met het C.H.G.'.

Artikel 1128 lid 1

De HRC dient jaarlijks vóór 1 juni bij het H.B. een verslag in van haar werkzaamheden in het afgelopen kalenderjaar.

Artikel 1130

De leden van de C.v.B.H. en hun plaatsvervangers kunnen niet tevens lid zijn van het C.H.G., de H.R.C., de Raad van Beroep, de G.C., het H.B. of het C.B. van een maatschappelijke vereniging.

Artikel 1134

1. De kosten door het C.H.G., de H.R.C., de visitatiecommissies en de C.v.B.H. ten behoeve van hun werkzaamheden gemaakt, komen ten laste van de kas der Maatschappij, waarbij artikel 581 van het Huishoudelijk Reglement der Maatschappij van overeenkomstige toepassing is.
2. Het H.B. is gerechtigd nader te bepalen bijdragen verplicht te stellen voor degenen die een erkende opleiding aanvangen of volgen, alsmede een registratiegeld voor degenen die in het register worden ingeschreven, c.q. een bijdrage van degenen wier inschrijving conform artikel 1122 wordt verlengd.

Artikel 1135

Vervallen.

Artikel III

Vervallen.

Artikel V

Vervallen.

Rechtsbijstand LAD-bureau

De juristen van het LAD-bureau verschaffen aan LAD-leden kosteloze bijstand inzake dienstverband-kwesties, zoals:

- advies over arbeidscontracten
- salarisadviezen
- CAO-aangelegenheden
- geschillen tussen werkgever en werknemer (schorsing, ontslag e.d.).

- advies aan ondernemingsraadsleden en leden van andere medezeggenschapsorganen
- gezondheidsrecht
- pensioenkwesties

De juristen van het bureau zijn dagelijks telefonisch bereikbaar van 10.00 uur tot 12.30 uur.
Telefoon: 030-823911.

LAD

Wijzigingen in het Centraal Bestuur

Met ingang van 1 januari 1988 heeft ondervoorzitter *Dr. M. van Leeuwen* het bestuur van de LAD verlaten. Aan zijn ambtstermijn kwam statutair een einde. Collega Van Leeuwen was sinds 1 januari 1980 lid van het Centraal Bestuur van de LAD. Hij vertegenwoordigde daarin de Vereniging van Medisch Wetenschappelijke Onderzoekers (VMWO). Sinds 1985 vervulde hij de functie van ondervoorzitter van de LAD. Collega Van Leeuwen was actief in vele commissies en voorlopig blijft dat ook zo. Zo is hij voorzitter van de redactiecommissie van het Ledenbulletin en van de salaris- en pensioencommissie en heeft hij namens de LAD zitting in de commissie relatie arts-patiënt. Hij zit de commissie voor die het jubileumcongres op 6 mei voorbereidt en hij heeft namens de LAD zitting in de commissie die zich bezighoudt met de automatiseringsaangelegenheden binnen de Domus Medica. Het bestuur van de LAD stelt het bijzonder op prijs dat collega Van Leeuwen deze werkzaamheden wil voortzetten.

Collega Van Leeuwen wordt als ondervoorzitter opgevolgd door collega *M. C. de Haan*. De Haan maakt sinds 1981

deel uit van het Centraal Bestuur van de LAD. Hij heeft grote bestuurlijke ervaring, vooral ook opgedaan gedurende de periode dat hij directeur was van het Diaconesseziekenhuis te Eindhoven. In 1986 heeft hij aldaar gebruik gemaakt van de mogelijkheid tot vervroegde uittreding. Collega De Haan zal tot 31 december 1989, de datum waarop zijn lidmaatschap van het Centraal Bestuur statutair wordt beëindigd, het ondervoorzitterschap bekleden. De Haan maakt deel uit van de commissie Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening (FOGM) en van de NZI-commissie House Staff.

Sinds 1 januari maakt *Dr. H. J. van der Reijden* deel uit van het Centraal Bestuur van de LAD. Collega Van der Reijden vertegenwoordigt de groep academische ziekenhuizen. Hij is internist in het AMC te Amsterdam. Na geruime tijd lid van het dagelijks bestuur te zijn geweest van de vereniging van arts-assistenten (VVAA) in het AMC is hij thans lid van de vereniging staf-AZUA, de vereniging van stafleden (niet-hoogleraar) in het Academisch Ziekenhuis te Amsterdam. Namens de LAD heeft Van der Reijden zitting in de medezeggenschapscommissie (MC) van het AMC.

LVSG

Voorjaarsledenvergadering donderdag 26 mei a.s.

Op donderdag 26 mei a.s. zal de voorjaarsledenvergadering van de LVSG plaatsvinden in de Domus Medica te Utrecht. Het huishoudelijk gedeelte van de vergadering vangt aan om 17.30 uur. In dit deel van de vergadering zullen o.a. aan de orde komen de benoeming van de kascommissie, de structuur van de KNMG, de verkiezing van een lid van het Centraal Bestuur vanuit de tak algemene gezondheidszorg en het jaarverslag van de LVSG. Na een korte pauze zal het tweede deel van de vergadering weer gewijd zijn aan een thema (aanvang van het themagedeelte van de vergadering rond 19.45 uur). Naar aanleiding van de

heftige discussies in de afgelopen weken over de toelaatbaarheid van keuringen op AIDS heeft het LVSG-bestuur besloten de meningen van de LVSG-leden te peilen over het onderwerp 'keuringen en de verhoogde risico-factoren'. De opzet van dit deel van de ledenvergadering moet nog nader worden uitgewerkt.

De definitieve agenda zal zo spoedig mogelijk worden gepubliceerd in de rubriek 'officieel' van Medisch Contact en in een uitgave van het LVSG-ledenbulletin. Reserveert u alvast de datum van de ledenvergadering in uw agenda!

LVSG

Oproep verzekeringsartsen en bedrijfsartsen

Het bestuur van de LVSG zoekt belangstellenden uit de kring van artsen werkzaam in de verzekeringsgeneeskunde of in de bedrijfsgeneeskunde of geregistreerd als verzekerings- of bedrijfsarts voor de functie van afgevaardigde in de ledenvergadering van de LVSG (1 à 2 keer per jaar). Volgens de LVSG-statuten hebben de verschillende takken recht op een aantal afgevaardigden in de ledenvergadering. Op dit moment zijn er vacatures! Om als afgevaardigde te kunnen worden voorgedragen en gekozen moet u lid zijn van de LVSG en geen deel uitmaken van het hoofdbestuur van de KNMG, van het centraal bestuur van een van de maatschappelijke verenigingen of van de Raad van Beroep.

De LVSG heeft behoefte aan actieve personen, die kunnen en willen meedenken over het beleid van de vereniging en die het bestuur met name kunnen adviseren over aangelegenheden die specifiek hun tak van sociale geneeskunde betreffen.

Slechts afgevaardigden hebben stemrecht in de ledenvergadering: wilt u dus rechtstreeks invloed kunnen uitoefenen op het beleid van uw vereniging, meldt u zich dan aan!

Nadere informatie kunt u krijgen bij de heer N. H. T. Croon, lid Centraal Bestuur van de LVSG, tel. 020-936946 toestel 25, of bij het bureau van de LVSG, mw. Mr. M. de Bruijn-van Beek, tel. 030-823203.

KNMG

Servicerubriek werkzoekende artsen

Deze rubriek is opengesteld voor werkzoekende KNMG-leden. Via deze rubriek kunnen werkzoekende artsen zich – anoniem – bekend maken aan potentieel geïnteresseerden. Hoe te handelen? U schrijft in telegramstijl de belangrijkste basisgegevens op (opleiding, eventuele specialisatie, bijzondere interesse, ervaring, leeftijd en dergelijke) en stuurt die aan de KNMG, secretaris public relations, Postbus 20051, 3502 LB Utrecht. De KNMG zorgt dan voor de verdere afhandeling: eventueel tekststroomlijning, publicatie en doorzending van reacties naar de inzender. Wat dat laatste betreft kunt u desgewenst ook uw eigen telefoonnummer en/of adres vermelden in uw mededeling. Het duurt 2 à 3 weken alvorens een dergelijke mededeling kan worden gepubliceerd. Houdt u daar rekening mee. Uiteraard geldt deze service uitsluitend voor leden van de KNMG.

Geïnteresseerden kunnen schriftelijk reageren via de KNMG, Postbus 20051, 3502 LB Utrecht ter attentie van de secretaris public relations (onder vermelding van het betreffende servicenummer) of via het in de annonce genoemde telefoonnummer.

70. Huisarts, 34 jr., gehuwd, 2 kinderen. Ervaring: 5 jr. tropen, 1½ jr. assistentschap interne/chir/gyn/verloskunde; nu free lance waarn.h.a. Zoekt (langd.) waarnemingen (verlosk en apotk. welkom); uiteindelijk doel is associatie/zelfst. vestiging. Tel. 01714-5924.

71. Basisarts, 25 jr., Ervaring: onderzoek in het vakgebied der gynaecologie en verloskunde. Interesse: het opdoen van klinische ervaring in de vakken kindergeneeskunde, interne geneeskunde of gynaecologie en verloskunde. Omgeving Noord-Holland.

72. Basisarts, 35 jr., Ervaring: bedrijfsgezondheidszorg. Bijzondere interesse: soc./praeventieve gezondheidszorg, voeding, toxicologie, ergonomie, GVO, EHBO, onderzoek. Omgeving Noord-Holland.

73. Basisarts, 28 jr. Diemen. Interesse: revalidatiegeneeskunde, huisartsgeneeskunde, sociale geneeskunde (alle takken). Nederland of Duitsland.

74. Huisarts, 33 jr., gehuwd. Klinische ervaring: 2 jr. chirurgie/EHBO. Interesse: Assistentschap huisartspraktijk met t.z.t. kandidaatstelling voor associatie/overname.

75. Basisarts, 26 jr. Ervaring: onderwijs A-verpleegkundigen. Interesse: assistentschap in de oogheelkunde. Geheel Nederland. Tel. 050-349333.

76. Basisarts, 29 jr. Ervaring: onderwijs. Interesse: assistentschap pediatrie, interne geneeskunde, radiotherapie, onderzoek (m.n. op het gebied van oncologie), onderwijs en voorlichting. Tel. 078-192232.

Onderstaand volgt een aantal annonces dat reeds eerder in deze rubriek werden geplaatst.

20. Basisarts, 27 jr., Groningen. Ervaring: arts-assistent kindergeneeskunde, onderwijs, wetenschappelijk onderzoek, ambulancearts. Interesse: assistentschap interne of kindergeneeskunde, jeugdgezondheidszorg. Bij voorkeur N-Nederland. Tel. 050-251416.

21. Huisarts, 34 jr., ongehuwd, Nijmegen. Ervaring: wisselassistentschap en assistentschap chirurgie. Interesse: assistentschap of waarneming in huisartspraktijk. Tel. 080-241429.

22. Huisarts, 29 jr., gehuwd, kath, niet regiogebonden. Specialisatie: april 1897. Ervaring: wetensch. onderz., 1½ jaar Interne Geneeskunde, EH-Spoedeisende hulp, waarneming. Interesse: waarneming, assistentschap, vestiging. Tel. 04120-42383.

23. Basisarts, 24 jr., ongehuwd, Landgraaf (bereid in geheel Nederland betrekking te aanvaarden). Interesse: dermatologie, interne geneeskunde. Tel. 045-312504.

24. Neuroloog, 36 jr., gehuwd, 3 kinderen, Nijmegen. In bezit van aantekening KNF. Ervaring: klinische neurofysiologie, psychiatrie en epilepsie. Interesse: neuropsychiatrie, dementie en psychogeriatric. Tel. 080-444468.

25. Aankomend huisarts (per 1/10/1987), 33 jr., gehuwd, 1 dochter, Haarlem. Ervaring: ambulante psychiatrie, scheepsarts, EHBO, keuringsarts. Interesse: waarnemingen, associatie of assistentschap in huisartspraktijk in Haarlem e.o. Tel. 023-321771.

26. Arts, 43 jr., 14 jr. huisarts. Ruime ervaring als arts bij auto- en motorsportevenementen. Interesse: bedrijfs- of verzekeringsgeneeskunde. Voorkeur: driehoek Gooi-Utrecht-Haarlem.

27. Huisarts, 31 jr., gehuwd, 1 kind, Hoogeveen. Ervaring: wissel-assistentschap (kleine) chirurgie, interne kindergeneeskunde, verloskunde, waarneming. Interesse: waarneming (evt. overname) na 11 sept. 1987 in Drenthe, Groningen, Friesland, Overijssel. Tel. 05280-70500.

28. Aankomend huisarts (per 1 oktober 1987), gehuwd, 34 jr., Amsterdam. Ervaring: medische journalistiek, patiëntenvoorlichting, acute psychiatrie, geriatrie. Bijzondere belangstelling: interdisciplinaire samenwerking, jeugdgezondheidszorg. Interesse: waarneming, assistentschap of associatie in huisartspraktijk in Noord-Holland. Tel. 020-262519.

29. Huisarts, 30 jr., gehuwd, 1 kind, Amsterdam. Ervaring: dpl. militair kazernearts, AGIO interne geneeskunde, RIAGG. Interesse: waarneming, associatie, overname of assistentschap huisartspraktijk per 1 oktober 1987. Tel. 020-978062.

30. Huisarts, 20 jr., ervaring als solist en in groepspraktijk, een kwart verzekeringsgeneeskundige, zoekt werk als verzekeringsgeneeskundige. Interesse: langdurige arbeidsongeschiktheid, variaverzekering. Voorkeur: Noord-oost Nederland.

31. Basisarts, 39 jr., gehuwd, Amsterdam/Twente. Ervaring: ½ jr. verzekeringsgeneeskunde, 5 jr. interne geneeskunde (afgebroken

opleiding), 1 jr. cardiologie. Bijna afgeronde studie rechtsgeleerdheid (specialismen: gezondheidsrecht, arbeidsrecht, bestuursrecht) en studie bestuurskunde. Inleiding arbeids- en organisatiepsychologie. Managementopleiding (sociale vaardigheden, inleiding informatica en automatisering, onderhandelingen, leiderschap). Interesse: managementachtige functie met stafelementen in de gezondheidszorg, liefst in ziekenhuis of bij overheid.

32. Huisartsenechtpaar, 1 kind, Arnhem. Ervaring: interne geneeskunde, jeugdgezondheidszorg. Interesse: overname of associatie in huisartspraktijk per 1 april 1988.

33. Huisarts, 32 jr., gehuwd, 2 kinderen. Ervaring: 4 jaar tropen, verloskunde, chirurgie. Interesse: waarneming, assistentschap, vestiging, liefst op het platteland. Tel. 01686-4382.

34. Huisarts, 34 jr., gehuwd, 3 kinderen, huisartsreg. 1985. Ruime praktijk- c.q. waarneemervaring op het platteland (o.a. verloskunde, kleine chirurgie, EHBO) en in de stad (o.a. gezondheidscentra), verpleeghuis-, consultatiebureau-, jeugdgezondheidszorg- en schoolartservaring. Voorkeur: platteland of kleine stad.

35. Huisarts, 35 jr., gehuwd, huisartsenregistratie 1986. Ervaring: verloskunde, EHBO, 1 jr. arts-ass. in huisartspraktijk, waarnemingen. Interesse: praktijk ter overname of associatie of waarneming. Voorkeur: platteland/kleine stad in Zuid- of Oost-Nederland. Tel. 010-4674984.

36. Huisartsenechtpaar, 35 en 32 jr., 2 kinderen. Ervaring: langdurige waarneming in huisartspraktijk en verpleeghuis, sportgeneeskunde, psychiatrie. Interesse: overname of associatie in huisartsenpraktijk, waarbij wij samen het werk van één huisarts willen doen. Tel. 010-4655439.

37. Huisarts, 29 jr., met ruime somatische en (sociaal) psychiatrische ervaring zoekt (part-time) werk in Groningen of Drenthe.

38. Huisarts, 30 jr., gehuwd, 2 kinderen, regio Utrecht. Ervaring: docent geneeskunde, huisartsgeneeskunde, militair arts. Interesse: waarneming (achterwacht beschikbaar), overname, associatie, invaldocent. Tel. 03489-552.

39. Huisarts, 31 jr., gehuwd, 3 kinderen, Spaarndam. Huisartsreg. 1984. Ervaring, 1½ jr. klinisch, 2½ jr. verpleeghuis- en dagbehandeling, 1 jr. waarneming. Interesse: praktijk ter overname of associatie. Tel. 023-383261.

40. Huisarts, 35 jr., gehuwd, twee kinderen. Ervaring: waarnemingen in stads- en plattelandspraktijken, verloskunde en kleine chirurgie. Interesse: part-time werk als huisarts of verpleeghuisarts in het noorden van het land. Tel. 050-260864.

41. Basisarts, 39 jr., in juli 87 afgestudeerd aan Erasmus-universiteit Rotterdam, in sept. 74 afgestudeerd in scheikundige technologie aan de technische Universiteit te Delft. Ervaring: 2½ jr. werkzaam in laboratorium voor verbrandingsmotoren, verzekeringsgeneeskunde voor de Ziektewet. Interesse: toxicologie. Wil zich specialiseren als bedrijfsarts in omgeving Rijnmond. Tel. 015-120346.

42. Basisarts, 29 jr., 2 kinderen. Meerdere maanden bedrijfsgeneeskundige ervaring. Interesse: bedrijfsgeneeskundig werk (min. 50%) om tot opleiding te worden toegelaten. Tel. 080-778483.

43. Huisarts, 31 jr. Wil meer ervaring opdoen in verloskunde. Verdere interesse: waarnemingen, associatie, vestiging, bedrijfsgeneeskunde. Tel. 020-927737.

KNMG

Telefonische informatieservice

Steeds meer leden weten – gelukkig – de weg te vinden naar snelle informatie vanuit en communicatie met de Domus Medica. Het eerste kan via de KNMG-informatielefoon: 030-823339. Net als via de telefonische nieuwsdienst van het Algemeen Nederlands Persbureau (ANP), krijgt u via dit nummer actuele informatie die is ingesproken op een tape. Dit nummer is 7 dagen per week dag en nacht bereikbaar. Voor snelle communicatie (buiten de kantooruren) kunt u gebruik maken van het KNMG-antwoordapparaat: 030-823201. Via dit nummer kunt u elke vraag aan de KNMG en/of de maatschappelijke verenigingen kwijt. Elke ochtend (alleen op werkdagen) luisteren wij de band af. Daarna zorgen wij dat uw vraag aan de juiste persoon wordt voorgelegd. U krijgt dan zo spoedig mogelijk antwoord. Daarenboven houden we goed in de gaten of een bepaalde vraag vaker wordt gesteld. In zo'n geval wordt bezien of er aanleiding is tot voorlichtingsactiviteiten naar alle KNMG-leden of specifieke categorieën leden.

raat: 030-823201. Via dit nummer kunt u elke vraag aan de KNMG en/of de maatschappelijke verenigingen kwijt. Elke ochtend (alleen op werkdagen) luisteren wij de band af. Daarna zorgen wij dat uw vraag aan de juiste persoon wordt voorgelegd. U krijgt dan zo spoedig mogelijk antwoord. Daarenboven houden we goed in de gaten of een bepaalde vraag vaker wordt gesteld. In zo'n geval wordt bezien of er aanleiding is tot voorlichtingsactiviteiten naar alle KNMG-leden of specifieke categorieën leden.

KNMG

Symposium 'man en/of vrouw in de gezondheidszorg'

In de gezondheidszorg werken mensen: mannen en vrouwen. Anno 1988 is er in onze samenleving een duidelijke tendens aanwezig géén onderscheid te maken tussen mannen en vrouwen bij het vervullen van taken, bezetten van functies en het aangaan van arbeidscontracten. Cijfers maken echter duidelijk dat binnen de gezondheidszorg een discrepantie bestaat in de vervulling van taken door mannen en vrouwen. In de artsenwereld blijkt een achterstand te bestaan bij de realisatie van genoemde wensen. Voor sommigen zijn dit eisen. Getalsmatig leidt nog steeds de

man de dans. Door de emancipatiebeweging wordt hier uitgebreid aandacht aan geschonken.

De Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen (VNVA), regio Nijmegen, heeft het initiatief genomen om samen met de KNMG, afdeling Nijmegen en Omstreken, een symposium te organiseren met als doel deze problematiek nader te belichten. Verschillende sprekers en sprekers zijn bereid gevonden hierover een inleiding te houden vanuit hun interessesfeer. Tijdens de lunchpauze van het symposium bestaat de mogelijkheid met elkaar van

gedachten te wisselen over het onderwerp. Na afloop van de inleidingen wordt de gelegenheid geboden tot een forumdiscussie waaraan alle inleiders deelnemen.

Doelgroep

Het symposium is bedoeld voor de leden van de afdelingen Arnhem, Oude IJssel, Tiel, Wageningen en Nijmegen van de KNMG (tezamen district XIV vormend), voor de leden uit de regio Nijmegen van de VNVA, voor arts-assistenten en voor de co-assistenten van de Katholieke Universiteit Nijmegen. Ook de partners van alle deelnemers zijn van harte welkom, evenals niet-leden van de KNMG en/of VNVA.

Plaats en tijd

Het symposium zal worden gehouden op **zaterdag 16 april 1988** van 10.30 uur tot 16.15 uur in het aulagebouw van de Katholieke Universiteit, Wilhelminasingel 13. Er is parkeer-gelegenheid op de 'Wedren'.

Het definitieve programma voor dit symposium luidt als volgt:

10.30-11.00 uur: Inschrijving en ontvangst.

11.00-11.05 uur: Welkomstwoord door Mw. Dr. H. C. Schoonderwaldt, neuroloog, voorzitter KNMG afdeling Nijmegen en O.

11.05-11.15 uur: Opening door Mw. Mr. A. H. Brouwer-Korf, Wet-houder welzijn en sociale zaken van de gemeente Nijmegen.

11.15-11.25 uur: Inleiding door Mw. C. A. E. Wobbes-Lunsing, verpleeghuisarts, voorzitter symposium.

11.25-11.45 uur: Waar is de vrouw? cijfers en feiten; Mw. G. Kleiverda, gynaecoloog.

11.45-12.05 uur: Waar blijft de vrouw? knelpunten; Mw. Prof.Dr. J. G. van Dijk, sexuooloog.

12.05-12.15 uur: Zoekend in de gezondheidszorg: een man; W. Bijleveld, huisarts.

12.15-12.25 uur: Zoekend in de gezondheidszorg: een vrouw; Mw. M. van Arendonk, assistent-geneeskundige niet in opleiding.

12.25-12.45 uur: De vrouw staat haar man; kwalitatief onderzoek; Mw. E. Hijmans, socioloog.

12.25-14.00 uur: Lunch

14.00-14.20 uur: De man die kiest een vrouw? een opleider; Prof.Dr. A. van 't Laar, internist.

14.20-14.40 uur: Man en/of vrouw? Of niet? W. A. M. Alting van Geusau, gedragswetenschapper.

14.40-15.00 uur: De vrouw belemmerd of belemmert? Mw. M. M. Deben-Mager, psychiater-psychoanalytica i.o.

15.00-15.20 uur: Thee

15.20-15.40 uur: Man en/of vrouw op weg; toekomst/beleidsvisie;

15.40-16.15 uur: forumdiscussie o.l.v. mevr. C. A. E. Wobbes-Lunsing.

16.15-17.00 uur: Borrel.

KNMG

Informatiemarkt medische studenten Groningen

Op woensdag 23 maart 1988 organiseert de KNMG in samenspraak met Panacea een informatiemarkt voor medische studenten te Groningen. Naast korte inleidingen van de aanwezige artsorganisaties plus discussie is er tevens volop gelegenheid om u bij de 'marktkramen' te voorzien van de nodige informatie. Zo is er informatie beschikbaar over de mogelijkheden na het artsexamen, de vacaturebank voor artsen, de stichting werkgelegenheid geneeskundigen, financieringen, studentenverzekeringen, etcetera. De volgende organisaties zullen op deze informatiemarkt aanwezig zijn: – KNMG (Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst); –

LSV (Landelijke Specialisten Vereniging); – LVSG (Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen); – SDM (Stichting Dienstverlening Medici der KNMG); – OLMA (Onderlinge Levensverzekeringsmaatschappij voor Artsen); – VVAA; – Artsen Onderlinge; en – Movir DTO.

U bent van harte welkom op deze informatiemarkt op **woensdag 23 maart a.s. in het Academisch koffiehuis op het terrein van het AZG vanaf 17.00 uur**. Toegang, koffie en broodjes zijn gratis! Het is verder de bedoeling om deze info-markt in alle andere universiteitssteden te organiseren. Eerder gebeurde dat al met veel succes te Utrecht.

KNMG

Afdeling Almelo en Omstreken

Op dinsdag 22 maart a.s. houdt de afdeling Almelo en Omstreken haar jaarvergadering. Na afloop van het huis-houdelijk gedeelte van deze vergadering zal de secretaris public relations der KNMG, de heer G. J. Eikmans, een lezing houden over het onderwerp 'Arts en publiciteit'. Na

deze lezing zal er volop gelegenheid zijn tot discussie. De bijeenkomst vindt plaats in de Twentezaal van het SZA. De aanvangstijd is 20.00 uur. Voor nadere informatie kunt u zich wenden tot de 2e secretaris van de afdeling Almelo en omstreken, collega F. de Wit, tel. 05490-61965.

LHV

Informatie automatisering

Sinds enige tijd biedt het bureau van de LHV extra service aan huisartsen die geïnteresseerd zijn in automatisering: de zogenaamde informatie- en adviestelefoondienst.

Informatrice José den Bode, te bereiken via de centrale informatielijn: 030-823881, kan u de nodige inlichtingen verschaffen.