medisch contact

Nr. 20 – 14 mei 1976

redactioneel

In dit nummer:

- **Veel aandacht voor problemen rondom het vestigingsbeleid voor huisartsen. Allereerst kritische kanttekeningen bij het L.H.V.-beleidsplan 'Een alternatief vestigingsbeleid voor huisartsen' van de doctoraal medicijnenstudent Hans Schaaf, die vindt dat een vestigingsbeleid geen aangelegenheid dient te zijn van de medische professie alleen. Vervolgens de uitspraak van de Utrechtse rechtbank in kort geding naar aanleiding van de vestigingsproblematiek te Maarssenbroek, waarbij werd bepaald dat het betreffende ziekenfonds de 'vrije' artsen in die plaats medewerkerscontracten mag weigeren. Ook het hoofdbestuur van de K.N.M.G. publiceert in dit nummer zijn standpunt met betrekking tot deze zaak, terwijl de hoofdredacteur er deze week zijn hoofdartikel aan wijdt.**

- **Economen onder elkaar: de discussie is ingezet tussen de economen Dr. L. P. de Jong en Dr. P. C. J. van Loon naar aanleiding van het artikel van de laatste in M.C. nr 12/1976, getiteld: 'Aan de noodrem, structurele ombuiging van de Nederlandse gezondheidszorg, aan te vangen in de uren waarin een ernstige noodtoestand zich aftekent'. Volgens Dr. De Jong heeft Dr. Van Loon té licht geoordeeld dat 'de noodrem' als rem moet worden aangetrokken.**

- **Andere economen: de heren H. G. van Gemert en F. J. M. Werner, beiden werkzaam op het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, lichten de betekenis van de bezuinigingen in de gezondheidszorg in het kader van de 1%-norm nader toe. Zij constateren een zekere tweeslachtigheid bij de beoordeling van het effect van besparingen in deze sector.**



Uit de boekerij der K.N.M.G.
Een afbeelding uit: Chyrurgie meester Lanfrancks van Meylanen . . . Seer nut . . . voor alle medicijns ende meesters . . . oock voor alle barbiers. Gheprent Thantwerpen bi mi Willem Vosterman, 1529. – Lafranck (c.k. 1315) schreef zijn Chirurgia magna in 1926. Afbeelding: schema der 'fleubothomia dat is dat bloet te latene' (pag. 62).

Inhoud

REDACTIONEEL

Een alternatief vestigingsbeleid voor huisartsen. Kritische kanttekeningen bij het L.H.V.-beleidsplan, door *Hans Schaaf* **617**

Nieuw research-laboratorium helpt kankeronderzoek vooruit **621**

De betekenis van de noodrem als instrument voor kostenbeheersing, door *Dr. L. P. de Jong* **622**

Naschrift bij het voorgaande, door *Dr. P. C. J. van Loon* **623**

Bezuinigingen in de gezondheidszorg in het kader van de 1%-norm, door *Drs. H. G. van Gemert en Drs. F. J. M. Werner* **624**

Uitspraak Utrechtse rechtbank in kort geding: Ziekenfonds mag 'vrije' huisartsen in Maarssenbroek contract weigeren **627**

Ontvangen boeken **628**

OFFICIEEL **629**

Inhoudsopgave officieel **644**

MEDISCH CONTACT
verschijnt wekelijks

De redactie beslist over de inhoud van het redactionele gedeelte. Het bestuur van Medisch Contact is voor het redactionele beleid verantwoording verschuldigd aan de Algemene Vergadering van de K.N.M.G. De Algemene Vergadering kiest het bestuur van Medisch Contact, benoemt de hoofdredacteur en de redactiesecretaris.

Bestuur Medisch Contact

Dr. J. Degenaar, voorzitter;
B. Q. A. Enneking, onder-voorzitter;
Dr. J. A. Stoop, secretaris (J. M. Kemperstraat 5, Utrecht);
G. A. C. Bosch, penningmeester;
F. Moerman.

Redactie Medisch Contact

F. A. Bol, arts, hoofdredacteur;
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris;
R. A. te Velde, redacteur;
G. W. Valkenburg-van Straten, redactrice;
C. R. van der Goot-van der Sluijs, secretaresse;
W. G. Juffermans-Kaltofen, secretaresse.

De redactie is gevestigd Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411.

Uitgeverij

Tijl Media B.V.,
Texelstraat 76-80,
Amstelveen,
telefoon: 020-433851,
telex: 15230.

Abonnementen

Voor niet-leden van de K.N.M.G. *f* 69,—; buitenland *f* 80,—; losse nummers *f* 2,— (exclusief BTW). Opgave van abonnementen uitsluitend bij de uitgever.

Advertenties

Advertenties behoeven de goedkeuring der redactie en kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd. Opgaven uitsluitend bij de uitgeverij.

Adreswijziging

Leden der K.N.M.G. uitsluitend aan de afdeling Ledenregister der Maatschappij, Lomanlaan 103, Utrecht. Niet-leden uitsluitend aan de uitgever.

Oplage: 21.000 exemplaren.

Druk: Tijl, Zwolle.

Varia

Vrijwilligers – Een ontwikkelingsgroep van C.R.M., Volksgezondheid en Milieuhygiëne, de Nationale raad voor maatschappelijk welzijn en het Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid is al geruime tijd bezig met het voorbereiden van een onderzoek over vrijwilligers in de *psychosociale hulpverlening*. Organisaties die al aan vrijwilligerswerk doen of met een vrijwilligersproject samenwerken wordt hiervoor om medewerking gevraagd. Onder vrijwilliger wordt verstaan: 'iemand die onbezoldigd en op basis van afspraken werkzaamheden verricht voor een organisatie'. Het onderzoek zal worden verricht door het Itoba (het Instituut voor toegepast sociaal-wetenschappelijk onderzoek, advies en begeleiding) te Amsterdam. Organisaties die willen meedoen kunnen in belangrijke mate meebepalen wat er precies zal worden onderzocht. Inlichtingen: Ministerie van C.R.M., Steenvoordelaan 370, Rijswijk, afdeling Maatschappelijk Gezinswerk, Mej. E. Buijs, secretaresse tel. 070-949233 toestel 2214.

Gevaarlijk middel – Met Darvon, een – geregistreerd – pijnstillend middel, blijken nogal wat mensen in North Carolina zelfmoord te plegen. Dit vaak voorgeschreven medicament (ook bekend onder de chemische naam Dextropropoxyphene en de handelsnamen Dolen ®, Pro-Gesic-65 en SK-65) is er bijna even populair als acetylsalicylzuur. Waarom Darvon? Aan barbituraten en codeïne valt moeilijker te komen. Aspirine 'mag' van Medicare niet, Darvon wel. Daarenboven denken artsen vaak dat het om een relatief onschuldig middel gaat, hoewel 15 tot 20 capsules of zelfs minder met alcohol ingenomen al fataal kunnen zijn en in 1972/1973 in genoemde staat ook 21 maal waren, in 1974 al 30 maal en in 1975 in de eerste drie maanden 16 maal. Aldus valt via het Westduitse doktersweekblad Selecta te vernemen uit A.M.A. News Release van 22 september jl.

Voorgelicht over drugs – Voorlichting heeft maar een beperkte uitwerking op het gedrag van druggebruikers. Voor niet-gebruikers geldt trouwens hetzelfde, en dat zijn er aardig wat meer. Vastgesteld is, dat van *15- en 16-jarigen* die in Rotterdam voortgezet onderwijs genieten ongeveer 90% voor en na voorlichting anti-drug was en dat de 2-4% 'echte gebruikers' doorgingen, voorgelicht en wel. Druggebruik lijkt vooral te maken te hebben met leeftijd (hoe verder in de puberteit, hoe groter de kans dat je met drugs in aanraking komt) en sociaal milieu (hoe hoger het milieu, hoe vlugger je nieuwe modetrends volgt). Aldus psycholoog De Haes en socioloog Schuurman – de M.C.-lezer niet onbekend als schrijvers over G.V.O. – over eigen onderzoek in het tijdschrift voor alcohol, drugs en andere pyschotrope stoffen, maart 1976.

Symposium – Op zaterdag 4 september 1976 wordt het tweede lustrum gevierd van het *Sint Lucas Ziekenhuis* in Amsterdam. Bij die gelegenheid wordt een symposium gehouden. 's Ochtends wil men praten over het gebruik van het ziekenhuis door huisarts en specialist als diagnostisch centrum, de ambultoire taak van het ziekenhuis, en kostenaspecten; 's middags over kunstorganen. Sprekers zijn Prof. B. H. Scribner en Prof. W. J. Kolff. Definitief programma en intekenformulieren volgen; inlichtingen: Sint Lucas Ziekenhuis, Jan Tooropstraat 164, Amsterdam-West, tel. 020-5112233.

C.O.O.T.W. – De Nederlandse Vereniging van Arbeids-Ergotherapeuten, de Vereniging van Therapeutsch-Eurythmisten in Nederland, de Stichting voor Muziektherapie, de Vereniging voor Kunstzinnige Therapie op Anthroposofische Grondslag en de Nederlandse Vereniging voor Expressieve en Creatieve Therapie gaan samenwerken onder de naam: *Centrale Organisatie van Orthagogisch/Therapeutisch Werkenden* (C.O.O.T.W.). Met de Beroepsvereniging voor bezigheids-therapeuten en de Vereniging van arbeidstherapeuten en werkleiders werkzaam in de geestelijke volksgezondheid (Argevo) is nog overleg gaande. Contact- en informatieadres: Secretariaat C.O.O.T.W., Admiraal de Ruyterlaan 81, Castricum, tel. 072-32244.

Spierdystrofie – Spierdystrofie is een tamelijk zeldzame ziekte. Vandaar dat de meeste huisartsen, maar ook kinder- en consultatiebureau-artsen, nauwelijks bekend zijn met de aandoeningen en die niet of te laat onderkennen. Pas de laatste jaren is het onderzoek naar spierdystrofie goed op gang gekomen, mede onder druk van de *Vereniging Spierdystrofie Nederland,* waarvan overigens nog maar duizend van de ongeveer tienduizend spierdystrofiepatiënten lid zijn. Momenteel zijn aan alle academische

Doorlezen op blz. 616

VRIJE VESTIGING

Voor de tweede keer binnen enkele maanden is er een kort geding aangespannen naar aanleiding van een vrije vestiging van huisartsen. De eerste keer betrof het een actie van een gevestigde huisarts, die in een vrije vestiging van een collega een onrechtmatige daad zag in verband met zijn financiële situatie; eiser werd niet in het gelijk gesteld (M.C. nr 49/1975, blz. 1571). In het tweede geval ging het om een kort geding van twee huisartsen te Maarssenbroek tegen een ziekenfonds dat weigerde een medewerkerscontract met hen aan te gaan, omdat naar de mening van het ziekenfonds door de vrije vestiging een experiment met een gezondheidscentrum werd doorkruist (blz. 627); ook hier werd eiser in het ongelijk gesteld.

Bracht het eerste kort geding eigenlijk weinig nieuws, zij het dan dat nogmaals werd bevestigd dat een vrije vestiging op zich ten opzichte van een reeds gevestigde arts geen onrechtmatige daad kan zijn, in het tweede geval ligt de zaak wat gecompliceerder. Het is zeker niet voor de eerste keer dat een ziekenfonds weigert met een arts een overeenkomst aan te gaan die de arts het recht geeft om tegen vergoeding door het ziekenfonds bij dat ziekenfonds aangesloten verzekerden te behandelen. Een ziekenfonds is wettelijk verplicht een contract met een arts af te sluiten, indien deze arts daarom verzoekt. Volgens artikel 47 eerste lid van de Ziekenfondswet kan een ziekenfonds dit niet weigeren 'tenzij het ziekenfonds daartegen ernstige bezwaren heeft'. Tot nu toe berustte een weigering van het ziekenfonds altijd op persoonlijk gedrag van de arts. Zo kan een ziekenfonds het medewerkerscontract van een arts beëindigen op grond van fraude of op grond van een beroepsuitoefening die het belang van de verzekerden kennelijk schaadt. In het geval-Maarssenbroek overwoog de rechter, dat ook omstandigheden die buiten de betrokkenen liggen voor een ziekenfonds aanleiding kunnen zijn om een medewerkerscontract te weigeren.

De centrale vraag in dit proces zien sommigen als: kunnen de ziekenfondsen door deze uitspraak nu voortaan bepalen of er in een bepaald gebied wel of geen plaats is voor nieuwe huisartsen? Sommigen zien deze vraag door het proces met ja beantwoord; zij menen, dat er voor een ziekenfonds betrekkelijk gemakkelijk redenen zijn te vinden (bijvoorbeeld in de financiële sfeer) om ernstige bezwaren tegen een nieuwe vestiging te maken. Met andere woorden: ziekenfondsen kunnen een vestigingsbeleid naar eigen maatstaf voeren. Het komt ons voor, dat deze conclusie te ver gaat.

In de eerste plaats gaat het hier om een bijzonder geval, te weten een experiment, en bovendien om een beperkte tijd. Er wordt in de uitspraak overwogen, '. . . dat het stimuleren van de ontwikkeling van een gezondheidscentrum te Maarssenbroek door het aangaan van zodanige overeenkomst *thans* in belangrijke mate zou worden doorkruist'. Het weigeren van een medewerkerscontract heeft blijkbaar te maken met zeer specifieke omstandigheden, die bovendien niet van blijvende aard zijn. Het kenmerk van een vestigingsbeleid is, dat dit – zoals ieder beleid – steunt op bepaalde normen. Zo is in de blauwdruk van de L.H.V. voor zover hier sprake is van een vestigingsbeleid het aantal zielen per arts een norm. Het ziekenfonds heeft door te weigeren een medewerkerscontract aan te gaan niet gekozen vóór een gezondheidscentrum en tégen de soloprak-

'Het weigeren van een medewerkerscontract heeft blijkbaar te maken met zeer specifieke omstandigheden'

tijk. Evenmin is het aantal patiënten per huisarts een beslissende factor geweest, gezien het feit dat het gezondheidscentrum nu een derde huisarts zoekt. Het ziet er niet naar uit dat het fonds met deze arts geen overeenkomst zal sluiten. Het ging er alleen om een experiment met een gezondheidscentrum alle kans te geven. Overigens zij opgemerkt dat het voor de patiënten uit Maarssenbroek mogelijk is een (solo)huisarts in Maarssen te hebben.

In de tweede plaats is tegen de beslissing van het ziekenfonds beroep mogelijk bij de Ziekenfondsraad en bij de gewone rechter. Hierdoor kan willekeurig handelen van een ziekenfnds worden tegengegaan. Het hoofdbestuur van de K.N.M.G. acht het onjuist '. . . dat plaatselijke ziekenfondsen een ad hoc-beleid zouden (kunnen) gaan voeren met betrekking tot de vestiging van artsen in hun rayon' (blz. 628). Wij zouden daaraan willen toevoegen, dat ieder ad hoc-beleid ter zake onjuist is. De hamvraag is dan ook niet, of ieder ziekenfonds nu een eigen beleid kan gaan voeren. De hamvraag is, of de vrije vestiging – zoals deze voor huisartsen vrijwel onverkort geldt – gehandhaafd moeten blijven. (Voor de specialisten geldt dit in de praktijk al lang niet meer: voor hen is toestemming van het ziekenhuisbestuur vereist om als specialist in het ziekenhuis te worden toegelaten.) Spreekt men zich uit vóór handhaven van de vrije vestiging van huisartsen, dan ontwikkelt zich op grond van ad hoc-beslissingen en de daaruit voortvloeiende jurisprudentie geleidelijk aan wel een bepaald gebruik. De wet van vraag en aanbod speelt daarbij een belangrijke rol. Het zich vestigen speelt zich dan in belangrijke mate buiten de invloedsfeer van beroepsorganisaties en andere verantwoordelijke instanties af. Een weinig aantrekkelijk perspectief en in de huidige omstandigheden onverantwoord.

B.

Nieuwe Medische Informatiekaart der K.N.M.G.

Na geruime tijd van voorbereiding is beschikbaar gekomen de nieuwe Medische Informatiekaart van de Maatschappij Geneeskunst. Anders dan de oude kaart, bestaat de nieuwe versie uit meerdere delen:

- **een vaste omslag bevattende alle min of meer constante gegevens;**
- **een medicamentenkaart, te gebruiken wanneer een patiënt langdurig sterk werkende geneesmiddelen gebruikt;**
- **een vaccinatiekaart, uit te reiken zodra de patiënt wordt geïmmuniseerd;**
- **een transplantatie-verklaring waarmee de patiënt zijn instemming betuigt met orgaantransplantatie na zijn dood.**

De laatste drie kaarten zijn losse inlegbladen, behorende bij de omslag; het geheel zit in een plastic hoesje.

Per set bedragen de kosten *f* 1,— (inclusief plastic hoes).

Losse kaarten en plastic etuis kosten respectievelijk *f* 0,25 en *f* 0,10 per stuk.

De mogelijkheid staat open om andere gegevens in de omslag te leggen; anti-stollingskaarten, electrocardiogram, etc.

De nieuwe kaarten kunnen vanaf heden per briefkaart bij de K.N.M.G. in Utrecht worden besteld. Een voorbeeld van de verlangde bestel- en betaalwijze vindt u hieronder afgedrukt. Bij toezending ontvangt men automatisch een bestelkaart voor de volgende bestelling. Tevens worden formulieren meegezonden waarop de patiënt, voor uitreiking, een aantal gegevens kan invullen. Dat vergemakkelijkt de opmaak van de medische informatiekaart door praktijkassistente of secretaresse.

Model-Bestelkaart aan K.N.M.G. te Utrecht

Verzoeke aan onderstaand adres spoedigst te zenden:

.....	Medische informatiekaarten	à 25 ct. *f*	.....
.....	Medicamentenkaarten	„ 25 ct. *f*	.....
.....	Vaccinatiekaarten	„ 25 ct. *f*	.....
.....	Transplantatiekaarten	„ 25 ct. *f*	.....
.....	Plastic etuis	„ 10 ct. *f*	.....
.....	Volledige sets inclusief etuis	„ 100 ct. *f*	.....
.....	Aanvraagformulieren van patiënten	(gratis)	
		Totaal	.....

blokletters invullen a.u.b.

Naam: .....

Adres: .....

Plaats: ..... Tel. nr.: .....

Het verschuldigde bedrag werd overgeschreven t.g.v. Postrekening nr. 58083 t.n.v. K.N.M.G. te Utrecht.

Datum: ..... (handtekening)

ziekenhuizen diagnostische teams voor spierziekten verbonden. De verenigingsactiviteiten omvatten onder meer het aanmoedigen van wetenschappelijk onderzoek naar oorzaken en behandeling van spierdystrofie, het leggen van contacten in de medische wereld, het geven van voorlichting op het gebied van erfelijkheid, behandeling en verzorging, het beleggen van regionale vergaderingen en het adviseren van en doorverwijzen van (ouders van) patiënten. Het adres van de vereniging is: Rutger van Rozenburglaan 4, Baarn, tel. 02154-8400. Voor meer informatie over de Vereniging Spierdystrofie Nederland kan men terecht bij de heer IJ. Poortman, Bachlaan 29, Baarn, tel. 02154-4715.

Kinderschoenen – Dank zij een subsidie van het Praeventiefonds kon de *Stichting Voet en Schoeisel* – waarover al werd geschreven in de M.C.-nummers 5/1973, blz. 122 (Varia), en 3/1974, blz. 70 (Brieven) – enkele door haar geplande projecten uitvoeren. Een enquête onder bejaarden is in een vergevorderd stadium van voorbereiding. Speciale aandacht vraagt de stichting voor haar in november 1975 uitgebrachte 'richtlijnen voor de keuze van kinderschoenen'. Dit werkje kan voor *f* 2,50 (bij afname van meer exemplaren voor minder) worden verkregen via het secretariaat van de Stichting Voet en Schoeisel, Mr. v. Coothstraat 55, Waalwijk.

Harry Bacon Club – Nederland telt tussen 15.000 en 20.000 *stomapatiënten.* De K.R.O.-televisie gaf ze eind februari een klein uur in 'Heel de Mens'. Voor hun belangen komt de Harry Bacon Club op (genoemd naar Prof. Harry Bacon, chirurg te Philadelphia). De vereniging, die dit jaar tien jaar bestaat, heeft 1.500 leden. Gezamenlijk stellen zij zich tot doel een zo gunstig mogelijke lichamelijke, psychische en sociale conditie van personen met een stoma te bevorderen. De Harry Bacon Club is lid van de Nederlandse Vereniging voor Revalidatie en van de Nationale Federatie van Organisaties van Gehandicapten; sinds enige jaren is de vereniging voorts aangesloten bij de International Ostomy Association. Haar centrale postadres luidt: Harry Bacon Club, p/a Chirurgische Kliniek A, Wilhelmina Gasthuis, 1e Helmersstraat, Amsterdam.

Een alternatief vestigingsbeleid voor huisartsen

Kritische kanttekeningen bij het L.H.V.-beleidsplan

door *Hans Schaaf*

Een vestigingsbeleid voor huisartsen dient geen aangelegenheid te zijn van de medische professie alleen. De andere werkers in de eerste lijn en zeker ook de (potentiële) patiënten hebben belang bij zo'n beleid. Zij moeten er dan ook bij worden betrokken. Dat was zo ongeveer de strekking van de kritiek, gespuid tijdens de februari-bijeenkomst van het Gezondheidsdispuut te Utrecht. Onderwerp van de discussie waren de eerste twee hoofdstukken van het vorig jaar gepubliceerde beleidsplan van de Landelijke Huisartsen Vereniging (de 'blauwdruk'; zie M.C. nr. 37/1975) en de kritische kanttekeningen daarbij van de doctoraal medicijnenstudent Hans Schaaf. Diens kritiek richtte zich voornamelijk op de voorstellen tot maximering van de praktijkomvang en het vestigingsbeleid voor huisartsen. De discussie die er op volgde bracht de auteur er toe zijn kritiek evenals de mogelijke alternatieven nog eens uitgebreider op te schrijven.

De L.H.V. als belangenvereniging

Het is zeker niet zo dat de wijze waarop de Telegraaf vorig jaar het L.H.V.-beleidsplan presenteerde ('Toekomstvisie van de huisartsenvereniging: Minder patiënten bij gelijk inkomen') de strekking van dit toekomstbeeld juist weergaf. Nauwgezette bestudering van de inhoud kan de gedachte echter niet ontzenuwen, dat dit beleidsplan mede tot stand is gekomen onder de dreiging van een regeling van overheidszijde, waarmee de belangen van de huisartsen wel eens minder zouden kunnen zijn gediend.

De L.H.V. is in de eerste plaats een belangenvereniging, die onder andere opkomt voor de financiële belangen van de huisartsen. Zij treedt op als gesprekspartner in het overleg met de ziekenfondsen over de hoogte van het abonnementstarief voor ziekenfondsverzekerden. Op zich zelf is hier natuurlijk niets op tegen, maar de stelling in het beleidsplan dat 'de L.H.V. geen inkomensbeleid pleegt, maar wel een goede gezondheidszorg mogelijk tracht te maken', is deels bezijden de waarheid. De kritiek spitst zich dan ook met name toe op die punten waar meer rekening is gehouden met de belangen van de huisartsenstand dan met de belangen van de (potentiële) patiënten.

In het algemeen kan worden gesteld, dat het beslist ongewenst is dat een belangenorganisatie van een bepaalde professie zowel het belang van de aangesloten leden als het algemeen belang behartigt. Zoals uit het volgende zal blijken, kunnen deze belangen met elkaar in strijd zijn. Wanneer namelijk de vaststelling van de maximum praktijkgrootte in handen wordt gegeven van de L.H.V., zal deze vereniging twee tegengestelde belangen te behartigen hebben. Immers, het is in het belang van de patiënt dàt de huisarts voldoende tijd aan hem kan besteden, terwijl het in het (financiële) belang van de huisarts is om deze maximum praktijkomvang op een bepaald niveau te houden. Het bruto inkomen uit de ziekenfondspraktijk is namelijk gelijk aan het abonnementstarief vermenigvuldigd met het aantal patiënten. Ter wille van een gescheiden belangenbehartiging lijkt het dus zaak dat de maximum praktijkomvang wordt vastgesteld door een democratisch controleerbare instantie, bijvoorbeeld de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.

Vestigingsbeleid

Het volgende punt van kritiek betreft het door de L.H.V. voorgestelde vestigingsbeleid: 'Of een vestiging kan, c.q. dient plaats te vinden, wordt per praktijk- of waarneemgroep, dan wel een combinatie daarvan, bezien. De Plaatselijke Huisartsen Verenigingen treden coördinerend op'.

Zoals in de aanhef reeds werd opgemerkt, gaat het beleidsplan er hier ten onrechte vanuit, dat de huisartsen ter plaatse de enige belanghebbenden zijn. Er wordt zonder meer aan voorbijgegaan dat de andere werkers in de eerste lijn en de (potentiële) patiënten ook belangen (van diverse aard) hebben bij een nieuwe vestiging en daarom moeten kunnen meepraten over de wenselijkheid en de opzet van zo'n nieuwe vestiging.

Ook waar het de persoon en de opvattingen van de nieuw te vestigen huisarts betreft, kan het van belang zijn dat niet alleen de reeds gevestigde huisartsen iets in de melk te brokkelen hebben.

Hier kunnen de belangen van de reeds gevestigden en het patiëntenbelang eveneens met elkaar in strijd zijn.

Structuurnota

Wanneer we paragraaf 2.3.1. van de Structuurnota Gezondheidszorg erop naslaan, blijkt het L.H.V.-voorstel hiermee weinig overeenkomst te vertonen:

'Voor de planning van de plaatselijke en regionale gezondheidszorg zullen in eerste instantie plaatselijke en regionale organen adviserend en beslissend moeten functioneren. Dit geldt in nog sterkere mate voor het feitelijk functioneren van de gezondheidszorg in elk gebied. Het afstemmen van de voorzieningen op elkaar zal alleen in de regio tot stand kunnen worden gebracht'.

'Bij het bestuur zullen de personen en instellingen die in de gezondheidszorg werken nauw moeten worden betrokken. De gemeentewet bevat in de artikelen 61 en 63 reeds mogelijkheden om (belangstellende) burgers die geen deel uitmaken van de gemeenteraad bij het bestuur in te schakelen, zodat de belanghebbenden rechtstreeks bij de besluitvoering worden betrokken'.

Ter wille van een zo optimaal mogelijke samenwerking in de eerste lijn is het van het grootste belang dat niet iedere hierin werkzame discipline naar eigen inzicht kan bepalen hoeveel werkers van die discipline er in het betreffende gebied nodig zijn. Het ligt dus voor de hand het creëren van arbeidsplaatsen in de eerstelijns gezondheidszorg toe te vertrouwen aan een commissie die met behulp van alle beschikbare gegevens moet komen tot onderlinge afstemming van het aantal werkers van de diverse disciplines in het betrokken gebied. Een commissie zoals bedoeld in bovenstaande passage van de structuurnota lijkt hiervoor het meest geschikt, omdat binnen zo'n commissie zowel het patiëntenbelang als de belangen van de diverse werkers in de gezondheidszorg kunnen worden behartigd.
Daar de diverse voorzieningen regionaal op elkaar moeten worden afgestemd, ligt het voor de hand de beslissingsbevoegdheid met betrekking tot het aantal vestigingsplaatsen bij het regionaal (voorlopig provinciaal) bestuur te leggen. Het zou de taak van de hierboven aangeduide plaatselijke commissie moeten zijn hierover desgevraagd of op eigen initiatief van advies te dienen. Wat betreft de persoon van de nieuw aan te trekken gezondheidswerker (huisarts) zou de plaatselijke commissie wel beslissingsbevoegdheid moeten krijgen.

Goodwill: patiënt als koopwaar

Vanuit patiëntenoogpunt geldt de zwaarste kritiek de zogenaamde 'goodwillbetaling per ziel'. Sinds mensenheugenis ventileert de K.N.M.G. te pas en te onpas de slogan 'vrije artsenkeuze'. In dit licht bezien is het wel een zeer merkwaardige zaak dat de reeds gevestigde geneesheer die patiënten te veel heeft – dat wil zeggen meer dan hij redelijkerwijs binnen de grenzen van een normale dagtaak kan behandelen – deze voor een (minder) zacht prijsje overdoet aan een huisarts die zich nieuw vestigt.
Tevens laat de L.H.V.-blauwdruk zich er niet over uit welke patiënten moeten worden overgedragen: de patiënten die dat zelf graag willen, een a-selectieve groep, de laatst binnengekomenen of misschien zelfs wel de moeilijke gevallen. Het is te enen male onduidelijk met welk recht een goodwillsom kan worden gevraagd voor patiënten die vaak bij gebrek aan alternatief de betreffende huisarts hebben gekozen. Weliswaar is er sprake van een zekere traditie op dit punt – een en ander in verband met de tot voor kort ontbrekende oudedagsvoorziening voor huisartsen – maar in een toekomst*visie* past geen goodwillbetaling, zeker niet wanneer het gaat om patiënten die de maximum praktijkomvang doen overschrijden.
Hiermee is niet betoogd dat de belangen van de oudere huisartsen nu maar met voeten moeten worden getreden. Er zal zeker een overgangsregeling moeten komen. Wanneer in het kostendeel van het abonnementstarief de 'goodwillsom' wordt ingecalculeerd, betekent dit feitelijk dat niet de huisarts maar het ziekenfonds (c.q. de ziekenfondsverzekerden) de goodwill financiert. De overgangsregeling zou dus betrekkelijk eenvoudig kunnen zijn: per praktijk eenmalige opname van de goodwillkosten in het abonnementstarief. Daarmee zouden de ziekenfondsverzekerden zich definitief hebben uitgekocht. Op het moment dat de goodwillsom is afgelost, behoort de 'goodwillbetaling per ziel' voor patiënten uit de betreffende praktijk tot het verleden. Er zou een wettelijke regeling moeten komen die voorkomt dat er goodwill wordt gevraagd en betaald voor patiënten waarin nooit is 'geïnvesteerd'.
In dit verband wordt niet ingegaan op de problematiek rond de particuliere patiënt, in de hoop dat dit verschijnsel op kortere of langere termijn tot het verleden zal behoren.

Alternatieve benadering

Men kan de goodwillproblematiek ook benaderen door een vergelijk te maken met het bedrijfsleven.
Om begripsverwarring te voorkomen voeren we het begrip *dagtaakpraktijk* in. Onder dagtaakpraktijk verstaan we dan een praktijkomvang die voor de individuele huisarts een werkbelasting impliceert van een normale dagtaak (8-8½ uur). Men spreekt dan van een normale dagtaak als de praktijkgrootte in de buurt ligt van de 'dagtaakpraktijk', van extra belasting zolang de maximum praktijkomvang niet wordt overschreden, en van *overwerk* zodra dit laatste wel het geval is. Overwerk moet noodgedwongen worden verricht bij gebrek aan mankracht op een bepaald moment. Het moet dus extra worden betaald, maar is niet bedoeld als voortdurende bron van extra inkomsten.
Toegespitst op de huisartsenpraktijk zou dit betekenen dat het abonnementstarief voor patiënten boven de maximum praktijkomvang hoger zou moeten zijn dan het normale abonnementstarief. Behandeling van deze patiënten wordt bij gebrek aan mankracht noodgedwongen verricht en moet dan ook als overwerk worden beschouwd. Zodra zich nieuwe mankracht aandient (bijvoorbeeld een zich nieuw vestigende huisarts) worden bedoelde patiënten met liefde *gratis* overgedragen.

Niet-K.N.M.G.-leden

Hoewel de harde cijfers ontbreken, is het een bekend gegeven dat een (waarschijnlijk groeiend) deel van de artsen om redenen van diverse aard geen lid wordt of blijft van de K.N.M.G. en de dochterverenigingen daarvan (onder andere de L.H.V.). Het zal duidelijk zijn dat om allerlei menselijke redenen de niet-K.N.M.G.-leden het vestigingsbeleid liever niet in handen zien van een vereniging waar zij het vaak principieel mee oneens zijn. De mogelijkheid bestaat dat zo'n vestigingsbeleid gehanteerd gaat worden als middel om de status quo te handhaven en nieuwe ontwikkelingen in de eerstelijns gezondheidszorg te dwarsbomen. Hoewel dit zeker niet de opzet van de L.H.V.-blauwdruk is, kunnen er op plaatselijk niveau situaties ontstaan die zeker niet in het belang van de patiënt zijn.
Mede in verband hiermee is het gewenst dat de beslissingsbevoegdheid over de vestiging van een bepaalde gezondheidswerker bij de plaatselijke commissie komt te liggen. Deze commissie kan dan de diverse belanghebbenden polsen en taxeren of er voor de betreffende nieuwkomer een werkbare situatie is weggelegd.

Samenvatting van de kritiekpunten

1. Het is niet gewenst dat de L.H.V. zowel het financieel belang van de huisartsen als het patiëntenbelang behartigt. De vaststelling van de maximum praktijkomvang dient daarom niet door de L.H.V. alleen te geschieden.
2. Ter wille van een zo optimaal mogelijk functioneren van de eerste lijn is het niet gewenst dat het vestigingsbeleid alleen door huisartsen wordt bepaald. De andere eerstelijnswerkers en zeker ook de patiënten dienen hierover mee te beslissen.

3. Het is niet gewenst dat het vestigingsbeleid voor (alle) huisartsen in handen komt van een vereniging waarvan een minderheid huisartsen vaak op principiële gronden geen lid meer is respectievelijk wordt.
4. Het betalen van een goodwillsom bij overdracht van patiënten is een ongewenst element in een toekomstvisie op de eerste lijn. Deze traditionele constructie werkt kostenverhogend, waardoor het de nieuw gevestigde huisarts nog moeilijker wordt gemaakt om de praktijkvoering naar eigen (respectievelijk in zijn opleiding verworven) inzichten te verwezenlijken.

Regionale patiëntenadministratie

Nu de Volksverzekering tegen Ziektekosten in de ijskast lijkt te zijn gezet, zitten we met het betreurenswaardige neveneffect dat ook de realisering van een regionale patiëntenadministratie voor onbepaalde tijd van de baan is.
De consequenties hiervan zijn van velerlei aard. De particuliere patiënten bijvoorbeeld blijven niet of versnipperd geregistreerd. De mogelijkheden voor planning en kostenbeheersing van de gezondheidszorg blijven minimaal. De instrumenten om particuliere patiënten naar evenredigheid te laten bijdragen in de vaste kosten van de eerstelijns gezondheidszorg blijven ontbreken.
Ons beperkend tot de eerste lijn, moeten we concluderen dat de algemeen zo noodzakelijk geachte versterking van de eerstelijns hulpverlening in de kiem dreigt te worden gesmoord bij gebrek aan instrumenten om het accent van de gezondheidszorg inderdaad in deze richting te verschuiven.

Partiële volksverzekering

De hier aangeduide problematiek deed bij mij de gedachte aan een partiële volksverzekering voor de eerstelijn ontspruiten. In afwachting van een volledige volksverzekering tegen ziektekosten zou men kunnen overwegen op korte termijn een beperkte volksverzekering in te voeren, te weten alleen voor de eerstelijns hulpverlening (huisarts, apotheker, wijkverpleegkundige, etc.). Een dergelijke constructie zou een flinke stimulans kunnen betekenen voor de eerste lijn.
Ruw geschetst zijn de consequenties van deze suggestie de volgende. De particulier verzekerden en niet-verzekerden worden wettelijk verplicht zich bij een bestaand ziekenfonds ter plekke te verzekeren tegen ziektekosten voortvloeiend uit eerstelijns hulpverlening.
De particuliere ziektekostenverzekeraars dienen dan dit gedeelte van het verzekeringspakket uit de polissen te schrappen en de daarvoor in aanmerking komende verzekerden (lang niet alle particulier verzekerden zijn voor huisartsenhulp etc. verzekerd) een evenredige korting op de premie te geven. Mocht in tweede instantie blijken dat invoering van een partiële volksverzekering de kosten van tweede en derde lijn zou doen verminderen, dan zou bevriezing c.q. verdere verlaging van bedoelde premies kunnen worden overwogen. Overeenkomstig het uitgelekte wetsvoorstel 'Volksverzekering Ziektekosten' zouden de ziekenfondsen moeten worden verplicht om regionale verzekeringskantoren te stichten, waarmee een regionale patiëntenadministratie alsnog zou zijn gerealiseerd.

Het voert te ver om de suggestie van een partiële volksverzekering in het kader van dit artikel verder uit te werken. Problemen die zich onder meer zouden aandienen zijn de wijze van premieheffing en de particulier verzekerden (geen werknemer zijnde) met een (zeer) laag inkomen.

Alternatief vestigingsbeleid

Eerder in dit artikel werd de dagtaakpraktijk gedefinieerd als de praktijkomvang die voor de individuele huisarts een werkbelasting impliceert van een normale dagtaak (8-8½ uur). Het zal duidelijk zijn dat praktijken van gelijke omvang aanzienlijke verschillen in werkbelasting voor de betreffende huisartsen kunnen opleveren. Het hangt er maar van af hoe vaak de 'gemiddelde patiënt' de arts consulteert en hoeveel tijd de 'gemiddelde patiënt' van de arts vraagt. Hier spelen natuurlijk factoren een rol als urbanisatiegraad, leeftijdsopbouw van het patiëntenbestand, beschikbare tweede echelons voorzieningen, etc.
Ten einde deze verschillen in werkbelasting te kunnen nivelleren zou de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne slechts de grenzen moeten vaststellen waarbinnen de omvang van de dagtaakpraktijk moet liggen. Op grond van de hierboven genoemde variabelen en eventuele persoonlijke omstandigheden wordt iedere huisarts door het regionaal bestuur in één van de mogelijke categorieën ingedeeld. Om de zaak niet onnodig gecompliceerd te maken lijkt het namelijk wenselijk de mogelijke praktijkgrootten binnen de door de minister vastgestelde grenzen tot een beperkt aantal (bijvoorbeeld vijf) categorieën te beperken. Wanneer de minister dan bijvoorbeeld vaststelt dat de grootte van de dagtaakpraktijk dient te liggen tussen de 2.000 en 2.600 patiënten, betekent dit voor de individuele huisarts dat zijn dagtaakpraktijk wordt vastgesteld op 2.000 (categorie I), 2.150 (categorie II), 2.300 (categorie III), 2.450 (categorie IV) of 2.600 (categorie V) patiënten. De bedoeling van deze opzet is dat de werkbelasting van een dagtaakpraktijk (en de honorering daarvoor) voor alle huisartsen – ongeacht de moeilijkheidsgraad van hun praktijk – ongeveer wordt gelijk getrokken. Hiermee wordt het begrip 'dagtaakpraktijk' meer dan alleen maar een rekenkundige aanduiding.
De plaatselijke commissies moeten het regionaal bestuur (voorlopig provinciaal bestuur) gaan adviseren met betrekking tot de gewenste praktijkomvang per huisarts, dit aan de hand van plaatselijke en individuele omstandigheden. Ter wille van de landelijke uniformiteit is het noodzakelijk dat de

NIET ROKEN

Het hoofdbestuur der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst spreekt als zijn mening uit dat roken, in het bijzonder van sigaretten, schadelijk is voor de gezondheid. Het hoofdbestuur beveelt de leden der Maatschappij aan niet te roken, zeker niet tijdens de uitoefening van de praktijk. Het hoofdbestuur beveelt tevens dringend aan dat in instellingen van gezondheidszorg (met name ziekenhuizen en poliklinieken) niet wordt gerookt.

minister richtlijnen gaat geven aan de hand waarvan de regionale besturen de huisartsen in een bepaalde categorie kunnen indelen. Er zal uitgebreid onderzoek moeten worden gedaan naar de factoren die van invloed zijn op de werkbelasting van de huisarts. Zolang dit onderzoek geen duidelijke richtlijnen heeft opgeleverd, dienen alle huisartsen vooralsnog in categorie V te worden ingedeeld.
Het behoeft geen betoog dat het regionaal bestuur de hier omschreven taken zou kunnen toevertrouwen aan een door haar in te stellen speciale commissie. Zolang de regionalisatie nog geen voldongen feit is, zou het provinciaal bestuur nu reeds per vermoedelijke toekomstige regio zo'n commissie in het leven kunnen roepen. Na het tot stand komen van de regio's kunnen deze commissies dan eenvoudigweg worden overgeheveld. Evenals voor de plaatselijke commissies is het zaak dat er wettelijke richtlijnen komen voor de samenstelling van deze commissies.

Maximum praktijkomvang

De dagtaakpraktijk behoeft niet tevens de maximale praktijkomvang te zijn. De huisarts moet in de gelegenheid worden gesteld zich (binnen bepaalde grenzen) met wat extra inspanning wat extra inkomen te verwerven. Het is echter wel van belang dat de maximale praktijkgrootte gecorreleerd is aan de dagtaakpraktijk, dit in verband met de financiële consequenties. De *maximumpraktijk* zou bijvoorbeeld kunnen worden vastgesteld op 120% van de dagtaakpraktijk. Ongeveer aansluitend bij de L.H.V.-blauwdruk zou de dagtaakpraktijk (categorie V) 2.500 patiënten kunnen omvatten en de maximumpraktijk 120% hiervan (= 3.000 patiënten).
De omvang van de dagtaakpraktijk (en hiermee automatisch van de maximumpraktijk) zou de komende jaren langzamerhand moeten worden teruggebracht tot een niveau waarbij terecht kan worden gesproken van '*dagtaak*praktijk'. Of het abonnementstarief hiermee omgekeerd evenredig gelijke tred moet houden is een vraag die – in tijden waarin iedereen de broekriem wat moet aanhalen – niet zonder meer bevestigend kan worden beantwoord.

Honorering

Het inkomen van de huisarts zal moeten zijn gebaseerd op de dagtaakpraktijk, dat wil zeggen een normaal inkomen op basis van een normale dagtaak. Als alle huisartsen zich met hun dagtaakpraktijk exact hetzelfde inkomen verwerven, impliceert dit dat het abonnementstarief per huisartsencategorie moet verschillen. Een huisarts bijvoorbeeld met de kleinst mogelijke dagtaakpraktijk (categorie I) zal een hoger abonnementstarief hebben dan zijn collega uit categorie V, dit om aan een zelfde inkomen uit zijn dagtaakpraktijk te komen. Ervan uitgaande dat deze artsen terecht in genoemde categorieën zijn ingedeeld, is deze constructie rechtvaardiger dan de huidige situatie. Immers, de huisarts uit categorie I zal meer tijd moeten besteden aan zijn 'gemiddelde patiënt' dan de arts uit categorie V.
Een gunstig neveneffect van deze constructie zou kunnen zijn, dat het minder problematisch wordt huisartsen voor de 'moeilijke gebieden' te interesseren.

'Overwerkpatiënten'

Zoals eerder in dit artikel werd gesteld, is er boven de maximum praktijkomvang sprake van noodgedwongen overwerk. Het abonnementstarief voor deze 'overwerkpatiënten' zou dus hoger moeten liggen dan het normale tarief. De vaststelling van dit tarief dient landelijk te geschieden. De honorering voor 'overwerkpatiënten' blijft geheel achterwege of wordt gestaakt als er in het betreffende gebied (niewgevestigde) huisartsen zijn die een praktijkomvang hebben kleiner dan de maximumpraktijk. Deze maatregel is niet van kracht als bedoelde huisartsen geen patiënten meer accepteren. Niet het 'huisartsrijp'zijn (zie volgende alinea) is bepalend voor het al dan niet honoreren van 'overwerk', maar het beschikbaar zijn van een huisarts met te weinig of nog geen patiënten. Als de honorering voor deze patiënten is gestaakt, kan het teveel aan patiënten worden overgedragen. Het meest voor de hand ligt dat eerst de patiënten die dat zelf graag willen van arts verwisselen. Vervolgens komen de laatst binnengekomen hiervoor het meest in aanmerking.

'Huisartsrijp'

Wanneer in een bepaald gebied (dorp, wijk, etc.) het totaal aantal 'overwerkpatiënten' groter is geworden dan de door de minister vastgestelde bovengrens van de dagtaakpraktijk (in het gebruikte voorbeeld: 2.600), wordt het gebied huisartsrijp verklaard. Als de plaatselijke situatie van dien aard is dat men met zekerheid kan voorspellen dat deze grens op korte termijn zal worden overschreden (in geval van nieuwbouw etc.) kan eveneens tot deze maatregel worden overgegaan.
Het initiatief hiertoe kan zowel worden genomen door het regionaal bestuur als door de plaatselijke commissie. In het eerste geval kan het regionaal bestuur over de plaatselijke commissie (c.q. het gemeentebestuur) opdracht geven een nieuwe huisartsplaats voor te bereiden. Zowel de individuele belanghebbenden als de plaatselijke commissie kunnen tegen een huisartsrijpverklaring (of het uitblijven daarvan) in beroep gaan bij een centrale – landelijke – commissie.
Op regionaal niveau wordt de huisartsendichtheid voortdurend gevolgd. De uitvoeringsorganen van de (partiële) volksverzekering (regionale verzekeringskantoren) zouden hierbij in de toekomst een belangrijke rol kunnen vervullen. Wanneer op regionaal niveau 'witte plekken' (= te weinig huisartsen) op de kaart worden gesignaleerd, moeten de betrokken plaatselijke commissies daarvan in kennis worden gesteld.

Huisartsplaats

Het is dan de taak van de plaatselijke commissies om een huisartsplaats te creëren. Hierbij moet niet in de eerste plaats aan de materiële kant van de zaak worden gedacht, al is het niet ondenkbaar dat bepaalde gemeenten er de voorkeur aan geven zelf de nodige investeringen te doen en de huisarts in vaste dienst nemen.
Bij het creëren van een huisartsplaats moet allereerst worden gedacht aan de indeling in een waarneemgroep, aan gestructureerde contactmogelijkheden en werkafspraken met de andere eerstelijnswerkers, etc.; kortom aan het scheppen van een werkbare situatie voor de nieuwkomer.
Zowel regionaal als landelijk wordt bijgehouden in welke gemeenten er vakante huisartsenplaatsen zijn of binnen afzienbare tijd komen. Belangstellenden voor een nieuwe of vrijgekomen vestigingsplaats moeten toestemming hebben van de plaatselijke commissie alvorens zich te mogen vestigen. Het behoort tot de taken van deze commissie zich ervan te overtuigen dat er voor de betreffende nieuwkomer een werk-

bare situatie is weggelegd. Andere criteria dan deze dienen door de commissie niet te worden gehanteerd.

Nawoord

Wij leven in een tijd waarin verbetering van de eerstelijns gezondheidszorg hoog op het prioriteitenlijstje staat. Misschien uit financiële overwegingen, maar zeker ook met de bedoeling patiënten 'zo dicht mogelijk bij huis' de noodzakelijke hulp te bieden. Het zou te betreuren zijn als het elan dat nodig is om deze gewenste verbetering van de eerstelijns hulpverlening te verwezenlijken, synchroon met de tijden van hoogconjunctuur zou wegebben. Niet alle gewenste vernieuwingen zijn even kostbaar en geld is niet het enige ingrediënt dat nodig is om het gewenste doel te bereiken.
Laat dit artikel dan ook in de eerste plaats bedoeld zijn om de geest in de gezondheidszorg levendig te houden.

Naald- en stempelbanden

Aangepaste naaldbanden Medisch Contact

Verkrijgbaar zijn inmiddels aan het nieuwe formaat van Medisch Contact aangepaste naaldbanden, waarin 26 nummers van een lopende jaargang van Medisch Contact op simpele wijze kunnen worden gebundeld. Wil men gedurende de gehele jaargang de binnenkomende nummers samenbundelen, dan zal men over twee naaldbanden moeten beschikken.

Stempelbanden Medisch Contact 1975

Uiteraard blijft de iets kleinere vaste band (stempelband), waarin de jaargang 1975 kan worden ingebonden, gehandhaafd. Hiervoor heeft men één band per jaargang nodig, indien tevoren het advertentiegedeelte uit de losse nummers wordt genomen.

Naaldbanden en stempelbanden kunnen uitsluitend worden besteld door overmaking van respectievelijk f 18,50 en f 13,50 per band op postgiro 5 80 83 van de K.N.M.G., Lomanlaan 103, Utrecht.

Nieuw research-laboratorium helpt kankeronderzoek vooruit

De Vereniging 'Het Nederlands Kanker Instituut' (N.K.I) mag een nieuw research-laboratorium bouwen. De kosten, naar raming ruim *f* 41 miljoen, komen voor rekening van het Rijk. Ook de exploitatiekosten van het laboratorium zullen in de toekomst grotendeels ten laste komen van het Rijk; staatssecretaris Hendriks (Volksgezondheid) besloot hiertoe onlangs een subsidieregeling te treffen ter veiligstelling van het klinisch en fundamenteel wetenschappelijk onderzoek op het gebied van kanker.

Het nieuwe research-laboratorium zal worden gebouwd aan de Plesmanlaan in Amsterdam, vlak naast het in 1973 door het N.K.I. in gebruik genomen Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis. Momenteel is het lab nog ondergebracht in een oude behuizing aan de hoofdstedelijke Sarphatistraat. De nieuwbouw zal $2\frac{1}{2}$ jaar vergen.

Nationaal coördinatieprogramma

De vestiging van het research-laboratorium naast het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis zal de samenwerking met het klinisch kankeronderzoek ten behoeve van de patiënt bevorderen. Voorts zal door de nabijheid van het Centraal Laboratorium van de Bloedtransfusiedienst en het Slotervaart-ziekenhuis samenwerking mogelijk zijn op het gebied van het onderzoek naar de aard en het vóórkomen van kanker.
Die laatste samenwerking zal een belangrijk onderdeel zijn van een breder regionaal samenwerkingsverband op het gebied van kankeronderzoek. Bij dit regionale samenwerkingsverband zijn ook de medische faculteiten van Amsterdam, van G.U. en V.U. beide, alsook de beide Amsterdamse academische ziekenhuizen en het Emma-kinderziekenhuis betrokken. Op zijn beurt zal dit Amsterdamse samenwerkingsverband worden ingebed in een nationaal coördinatieprogramma voor het kankeronderzoek. Het nationale programma moet gestalte krijgen binnen de Raad voor Gezondheidsresearch, die in nauw overleg staat met enerzijds financierende instanties als overheid en Koningin Wilhelmina Fonds en onderzoekers in diverse instellingen anderzijds.

De betekenis van de noodrem als instrument voor kostenbeheersing

door *Dr. L. P. de Jong*

In het nummer van Medisch Contact van 19 maart 1976 (M.C. nr. 12/1976, blz.349) treft men een beschouwing aan van Dr. P. C. J. van Loon, onder de titel 'Aan de noodrem'. Mij beperkend tot de economische aspecten van de ziekenhuisdienstverlening lijkt commentaar op het artikel van Van Loon op zijn plaats nu niet aan de conclusie valt te ontkomen, dat juist ten aanzien van deze aspecten de schrijver té licht heeft geoordeeld dat 'de noodrem' als rem moet worden aangetrokken.

Deze inleidende opmerking houdt de erkenning in, dat de mate waarin (ook) de Nederlandse gezondheidszorg beslag legt op het nationaal inkomen een zodanige is, dat bewust en weloverwogen remmingsmechanismen zullen moeten worden ingebouwd.

Twijfels

Twijfels aan de stellingname van Van Loon ontstaan echter zodra men leest, dat 'een eerste noodrem moet gevonden worden in het doorbreken van het automatisme van het aanbieden van een verstrekkingenpakket, waarbij de beslissingsprocedure over de verrichtingen plaatsvindt door de medici die bovendien daarvoor nog worden betaald per verrichting'. Belangrijke kostencomponenten bestaan uit laboratorium- en röntgenonderzoek. Juist voor deze kostencomponenten geldt dat de besluitvormende medicus daarvoor zélf niet per verrichting wordt betaald. Ook ten aanzien van zeer belangrijke kostencomponent verpleegdagen is deze samenhang als in de strikte zin door Van Loon bedoeld niet aanwezig. In zijn algemeenheid derhalve is hetgeen door Van Loon omtrent de betekenis van de 'eerste noodrem' wordt gesteld niet juist.
Niet juist acht ik ook de opmerking, dat het inadequaat en ook onwaardig is, 'in een noodtoestand de medicus als een soort kostenbeheerser te laten functioneren'. De kosten van de gezondheidszorg worden veroorzaakt op grond van beslissingen van medici ten behoeve van onderzoek en behandeling van hun patiënten. Het is dan ook terecht, dat de kostenveroorzakers – de medici – verantwoording over het door hen gevoerde beleid afleggen, ook uit een oogpunt van kostenbeheersing.
Bij het bovenstaande betoog past de beantwoording van de vraag, of het uit een oogpunt van kostenbeheersing inderdaad gewenst is dat gebroken wordt 'met het algemeen geldende systeem van *betaling per verrichting*', zoals door Van Loon wordt voorgestaan. Naast hetgeen ik hierboven reeds omtrent de samenhang tussen verrichtingen en honoreringen heb gesteld, is een tweetal andere factoren relevant. De eerste factor betreft het punt, dat – naast eventuele inkomensbelangen – belangen op het terrein van informatie ten behoeve van de behandeling een belangrijke rol spelen bij het doen van aanvragen tot onderzoek. Van een ongenuanceerde afschaffing van de betaling per verrichting mogen uit het oogpunt van kostenbeheersing – op grond van het laatstgenoemde strikt medische belang – geen wonderen worden verwacht. De kostenontwikkelingen in de intramurale geestelijke gezondheidszorg – waar de door Van Loon gewraakte samenhang tussen honorering en verrichting slechts in een te verwaarlozen mate aanwezig is – wijzen op de juistheid van hetgeen in de vorige zin is gespeeld. Een tweede factor betreft de prikkel die van de honorering uitgaat op de inzet van de medicus en diens medewerkers. Zonder meer deze financiële prikkel wegnemen zou onze gezondheidszorg wel eens duur – in de letterlijke zin van het woord – te staan kunnen komen. Er zijn in het buitenland stilletjes aan voorbeelden te over hoe daar – bij een ander honoreringssysteem en ook wel bij een lager niveau van medische uitrusting en van medische zorg – de kosten van de gezondheidszorg in relatief tenminste even sterke mate de pot uitrijzen als in ons land het geval is.
De behoefte van de patiënt aan medische dienstverlening dient op aanvaardbare wijze te worden gewaarborgd. Indien daarin de financiële prikkel een positief element is, dient men deze bij voorkeur te handhaven. In die gevallen echter waar de financiële prikkel tot een (waarschijnlijke) overconsumptie leidt, verdient het aanbeveling daarop een financiële rem te plaatsen. Hoe dit laatste gedaan kan worden is niet eenvoudig uit te spreken, daar hier het vraagstuk van de kwaliteitsbewaking in samenhang met dat van de volumebeheersing een essentiële rol vervult. Wellicht dient nader te worden stilgestaan bij de vraag, of in die gevallen waar de *directe* relatie verrichting-honorering wel aanwezig is het degressieve honoreringssysteem niet opnieuw in het leven dient te worden geroepen.

Budgettering

Hoewel in de praktijk van de ziekenhuisdienstverlening – men denke aan de all in-arts in ziekenhuizen – samenhangen aanwezig zijn tussen honorering van de medici en de wijze waarop het betrokken ziekenhuis zijn kostenvergoeding in de vorm van tarieven ontvangt, wordt aan dit aspect in het onderstaande gemakshalve voorbij gegaan.
Wij willen niet verder gaan dan het plaatsen van enige kritische kanttekeningen bij de door Van Loon getrokken conclusie, dat 'onmiddellijke invoering van een budgetteringssysteem per ziekenhuis efficiency verhogend en kostenontwikkelingbeheersend' kan werken en daarom aanbeveling verdient. Ter adstructie van deze stellingname wijst Van Loon naar het diepgaande onderzoek, dat in opdracht van de bewindslieden is ingesteld naar de kostenstructuur van het Nederlandse ziekenhuiswezen. Naar het oordeel van Van Loon zou bedoeld onderzoek hebben aangetoond, 'dat een aanzienlijke verhoging van de efficiency kan worden bereikt door het vervangen van de tariefstructuur en het in de plaats daarvan in werking stellen van een budgetteringssysteem per ziekenhuis'. Ook deze gevolgtrekking is niet juist. Het bedoelde onderzoek analyseert op

diepgaande wijze de samenhangen in de kostenstructuur, doch niet de samenhang tussen kostenstructuur en de wijze van tariefzetting. De analyse van de problematiek van budgetteringssystemen is in het onderzoek niet opgenomen. De verwijzing naar de inhoud van dit onderzoek is dan ook niet op zijn plaats.
Van een lukraak invoeren van een budgetsysteem mogen mijns inziens evenmin financiële voordelen worden verwacht als van de afschaffing van de betaling per inrichting. In het jaarverslag 1974 van de Stichting Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven *C.O.Z.* treft men op pagina 103 en volgende een beschouwing aan die getiteld is: 'Tariefsysteem versus budgetsysteem'. In deze beschouwing wordt met betrekking tot de waarde van budgetsystemen een aantal belangrijke opmerkingen geplaatst, waaronder:

– Ook bij een budgetsysteem (hetzij vast of variabel) zullen de exploitatiebegrotingen voor-calculatorisch door het C.O.Z. moeten worden beoordeeld aan de hand van vastgestelde richtlijnen en ervaringsnormen;
– Bij een vast budgetsysteem zal (in tegenstelling tot het variabel budgetsysteem) bijstelling van het toegekende begrotingsbedrag uitgesloten moeten worden geacht. Bij dit systeem echter zullen de toegekende bedragen altijd worden besteed (om te voorkomen dat men in de toekomst minder gelden krijgt toegewezen). Ook zal men omtrent de verwachte omvang van de dienstverlening een optimistische benadering hanteren (om een zo groot mogelijk budget ter beschikking te krijgen). Een efficiënt gebruik van het toegekende budget wordt hiermede niet bevorderd;
– Bij het variabel budgetsysteem zullen mogelijkheden van bijstelling en hertoetsing aanwezig moeten zijn op grond van dezelfde oorzaken die bij het huidige tariefsysteem tot bijstelling en hertoetsing aanleiding geven;
– 'Slechts het bij voorbaat weigeren van suppletoire begrotingen budgetsysteem) of het weigeren van het compenseren van exploitatieverliezen (tarievensysteem) kan garanderen dat er niet meer kosten gemaakt (kunnen) worden, omdat er geen betaling tegenover staat.'

Zeer terecht wordt geconcludeerd, dat het variabele budgetsysteem en het huidige tarievensysteem (wat doelstelling betreft) met betrekking tot de kostenbeheersing niets verschillen. 'Wanneer de doelstellingen van deze beide systemen worden omgebogen tot werkelijke kostenbeheersing, dan zullen, zoals overigens ook geldt voor het vaste budgetsysteem, normeringen ten aanzien van het niveau van dienstverlening dienen plaats te vinden.' 'Het gaat niet om de vraag of een tarievensysteem, of een budgetsysteem moeten worden gehanteerd, maar of een exploitatiebegroting een taakstellend karakter dient te dragen.'

Zwakte

Te gemakkelijk wordt door sommigen aangenomen, dat bijvoorbeeld het toewijzen van een gefixeerd budget per jaar de ziekenhuizen tot grotere doelmatigheid zou dwingen. De hier bedoelde veronderstelling heeft voor de realiteit van de kostenbeheersing nauwelijks betekenis.

In de eerste plaats is de zwakte van zulk een maatregel daarin gelegen, dat niet wordt aangegeven door wie, waarop en hoeveel per specifieke activiteit moet worden bezuinigd.
In de tweede plaats impliceert zulk een maatregel dat de beste onderhandelaar het minst behoeft te besparen, hetgeen niet bij voorbaat als juist kan worden aangemerkt.
Tenslotte stelt zulk een maatregel de ziekenhuisdirecties voor verantwoordelijkheden, terwijl deze op de eerste plaats bij de kostenveroorzakers – de medici – dienen te worden gelegd. De interne betrekkingen kunnen met andere woorden ernstig worden geschaad.

Met deze constatering zijn wij weer terug bij ons uitgangspunt. Indien onze gezondheidszorg onbetaalbaar wordt, eist het volksgezondheidsbelang dat omtrent de aard en hoeveelheid van de verrichtingen duidelijke uitspraken worden gedaan. We stoten dan weer op het vraagstuk van de kwaliteitsbewaking in samenhang met de volumebeheersing. Een voldoende kostenbeheersing wordt eerst mogelijk, indien men het laatstgenoemde vraagstuk in voldoende mate beheerst. In dit kader kan ook de aanwezigheid van een kunstmatig gecreëerde schaarste de doelmatigheid van het medisch handelen bevorderen, omdat daardoor een meer kritische keuze wordt afgedwongen. Nóch het gezondheidszorgbelang nóch het gemeenschappelijk belang worden echter gediend met maatregelen waarvan de uitkomsten bij voorbaat tenminste zeer twijfelachtig mogen worden genoemd.

Naschrift *Dr. P. C. J. van Loon*

Mijn collega-econoom De Jong heeft in bovenstaand artikel aangetoond, dat vanuit de praktijk bezwaren kunnen worden ingebracht tegen enkele stellingen die ik heb uitgesproken bij een lezing in Middelburg. Het is niet de bedoeling om de kritiek van De Jong op de voet te volgen. In het algemeen stel ik voorop, dat de lezing als hoofddoel had een structurele ombuiging van de Nederlandse gezondheidszorg te bepleiten. In dat kader was mij gevraagd – à titre personnel – óók aan de kostenstijging aandacht te schenken.

1. Het automatisme van de kostenstijging in de gezondheidszorg

De Jong twijfelt aan het nut van het wegnemen van de prikkel voor de arts, die is gelegen in het betaald worden per verrichting. Zelf heb ik niet over de prikkel als zodanig gesproken. Door mij is gesteld, dat het inadequaat is en ook onwaardig om in een noodtoestand de medicus als een soort kostenbeheerser te laten functioneren.
Deze tekst heeft niet iedereen begrepen. Het lijkt mij goed daarom hieronder nog een uitleg te geven.
De structuur van de gezondheidszorg kan men slechts op langere termijn ombuigen. Op korte termijn moet men echter voorkomen, dat de kosten zodanig stijgen dat zonder noodprocedures de ontwikkeling de structurele ombuiging niet meer aan de orde kan komen. Bij het vaststellen van een nieuwe structuur voor de verre toekomst zullen uiteraard kwaliteitsbewaking en volumebeheersing hand in hand moeten gaan. Bij het uitwerken van noodprocedures moet men echter niet de medicus te hulp roepen om als kostenbeheerser de 'zwarte Piet' te spelen. De kwaliteit van zijn medisch handelen moet voorop staan. Zolang men in de Nederlandse situatie de kwaliteit nog niet volgens

bepaalde criteria heeft kunnen normeren, kan men moeilijk eisen dat ieder voor zich telkens bij de behandeling de kosten wikt en weegt. Mijn verzet was dan ook voornamelijk gericht tegen het Nederlandse mechanisme van financiering, dat een automatische uitbreiding van vraag en aanbod in zich bergt.

2. De vraag naar medische consumptie

Het ombuigen van de vraag van de bevolking, die van de arts wonderen blijft verwachten, is een zaak van lange adem. Toch heb ik de ombuiging van de vraag naar medische consumptie als tweede prioriteit voor een noodprocedure opgenomen.
Bij de eerste noodprocedure ging het over het automatisme ingebouwd in het bestaande systeem. Bij dit tweede punt gaat het erover, dat vanuit de medische wereld wellicht te weinig tegenstroom wordt geboden om de stijgende vraag en vooral ook de verwachting van het publiek te helpen intomen.
Hierbij heb ik als mogelijke aanpak gesuggereerd, dat de medische professie kan overwegen de kwaliteitsbewaking nu reeds tijdelijk in te voeren door het vaststellen van noodcriteria voor de medische kwaliteit. Afgezien van de vraag of dit tot een kostenbeheersing kan leiden, kan zo'n instrument van belang zijn om het proces van kwaliteitsnormering binnen de groepen van de medische professie te helpen versnellen.

3. Het betalen per verrichting

Voor mij is het verrassend, dat De Jong de financiële prikkel als positief element bij voorkeur wil handhaven. Voor mij blijft het een open vraag of de medische professie in ons land de financiële prikkel nodig heeft om optimale medische prestaties te verrichten. Dat blijf ik persoonlijk betwijfelen. Het zijn echter slechts de artsen, die dit naar eer en geweten kunnen beoordelen.

4. Het invoeren van budgettering per ziekenhuis

De argumenten van De Jong tegen de invoering van budgettering kunnen op zich gewicht in de schaal leggen. Men zal echter toch tot maatregelen moeten komen om de kosten van ziekenhuizen te beheersen.
Het is juist, dat het Basisonderzoek Kostenstructuur Ziekenhuizen van het Nationaal Ziekenhuisinstituut budgettering niet expliciet in de analyses heeft betrokken. De resultaten van de analyses bieden echter duidelijk perspectieven voor de invoering van budgetten per ziekenhuis. Budgettering op het niveau van het ziekenhuis zal een stimulans geven voor het treffen van kostenbewakingsmaatregelen in de ziekenhuizen en zal de noodzaak van normering manifest maken.

5. Slotopmerking

Het oplossen van het vraagstuk van kwaliteitsbewaking in samenhang met volumebeheersing is inderdaad het knelpunt dat ter hand moet worden genomen. Of tot aan de ontwarring van deze gecompliceerde knoop moet worden gewacht met het invoeren van normeringsinstrumenten, is een vraag die door mij voorshands toch nog ontkennend wordt beantwoord.

Bezuinigingen in de gezondheidszorg in het kader van de 1%-norm

door *Drs. H. G. van Gemert* en *Drs. F. J. M. Werner**

1. Inleiding

Sedert het verschijnen van de miljoenennota 1976 is een stroom van publikaties verschenen over de betekenis van de zogenaamde 1%-norm voor de inkomens, de werkgelegenheid, de inflatie, de economische groei, de internationale concurrentiepositie, kortom voor de algemeen economische ontwikkeling van ons land. De 1%-norm wordt door de regering gebruikt als richtlijn voor de uitgavengroei in de collectieve sector, waarin zowel de overheidsuitgaven als de sociale verzekeringen zijn begrepen.
Terwijl er in den lande nog verschil van mening bestaat over de wenselijkheid om tot een beperking van de collectieve uitgavengroei te komen, houdt men zich in politieke kringen al bezig met de vraag langs welke weg deze afremming kan worden gerealiseerd en welke voorzieningen in eerste instantie in aanmerking komen. In dit proces van politieke prioriteitenbepaling kan niet worden voorbij gegaan aan het verschil in karakter van de diverse collectieve voorzieningen, waardoor het effect van de besparingen op de doelstelling van de 1%-norm zeer verschillend en er in sommige opzichten zelfs strijdig mee kan zijn.
In dit artikel zal de betekenis van bezuinigingen in de gezondheidszorg voor de 1%-operatie nader worden bekeken. Hierbij zal sprake blijken te zijn van een zekere tweeslachtigheid.

2. Achtergrond 1%-norm

In de prognoses van het Centraal Planbureau die aan de 1%-norm ten grondslag liggen, wordt ervan uitgegaan dat het reëel nationaal inkomen tot 1980 met 3,75% per jaar zal groeien. Dit groeicijfer is aanmerkelijk lager dan men in de achter ons liggende jaren gewend was en op basis waarvan een stijging van de reële inkomens van de actieve beroepsbevolking kon worden gerealiseerd, terwijl toch voldoende ruimte overbleef om de sociale verzekeringsuitkeringen en de overheidsuitgaven meer dan evenredig met de wel-

* De auteurs zijn als econoom werkzaam op het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.

vaartsverbetering te laten toenemen. Tegen de achtergrond van de geringere economische groei zou een ongewijzigd beleid in de collectieve sector alleen realiseerbaar zijn als de werkende bevolking bereid is een daling in het reëel vrij besteedbare inkomen voor een langere periode te accepteren. Indien deze bereidheid niet wordt gevonden zal het spanningsveld tussen de drie bestedingscategorieën worden afgewenteld in een hoge inflatie, met alle sociaal-economische gevolgen van dien.

Met de 1%-norm tracht de regering te komen tot een beleidsombuiging in de collectieve bestedingen, waardoor de uitgavengroei wordt aangepast aan de gewijzigde economische mogelijkheden en een reële inkomensverbetering voor de lagere inkomensgroepen mogelijk blijft. Van het 1%-beleid wordt verwacht dat de inflatie en loonkostenstijging worden afgeremd, de bedrijfsrendementen toenemen, de investeringen aantrekken en zo de werkgelegenheidsssituatie verbetert. Op deze wijze wordt er naar gestreefd om een verdere vertraging in de economische ontwikkeling te voorkomen.

3. Het verschil tussen de ziektekostenverzekeringen en de inkomensdervingsverzekeringen

De bezuinigingen die de regering op grond van de hierboven in het kort weergegeven economische theorie noodzakelijk acht moeten voor een groot deel worden gerealiseerd binnen de sociale voorzieningen. Hiertoe worden voor wat de verzekeringen tegen ziektekosten betreft, de A.W.B.Z., de Ziekenfondswet en de zogenaamde I.Z.A.- en I.Z.R.-regelingen gerekend. De verleiding is groot om bij de bezuinigingen alle sociale voorzieningen over één kam te scheren. Men gaat dan echter voorbij aan het verschil in karakter zoals dat tussen de diverse sociale voorzieningen bestaat, ten gevolge waarvan de uitwerking van de besparingen op het economisch proces anders kan zijn al naar gelang de plaats waar deze besparingen worden gerealiseerd.

Van de overheidsuitgaven wordt gewoonlijk wel ingezien dat zij een direct effect hebben op de werkgelegenheid, produktie, investeringen, etc. Zo is bijvoorbeeld het begrotingstekort of -overschot een instrument van macro-economische politiek. Ook bij het toekennen van subsidies aan bedreigde bedrijfstakken wordt het effect op de sociaal-economische doeleinden nauwkeurig afgewogen.

Andere voorbeelden zijn de spreiding van rijksdiensten, de wegenbouw en de overheidsconsumptie. Op basis van deze overwegingen behoeven de overheidsuitgaven slechts 1/3 van de benodigde besparingen die voortvloeien uit het hanteren van de 1%-norm op te brengen.

Maar ook binnen de sociale voorzieningen kunnen de economische consequenties van de uitgaven zeer verschillend zijn, waarbij het met name de ziektekostenverzekeringen zijn die zich onderscheiden. Een fundamenteel verschilpunt van de ziektekostenverzekeringen met de overige sociale voorzieningen is gelegen in het feit dat deze de financiering van een bedrijfssector regelen. Dit in tegenstelling tot de inkomensverzekeringen (Z.W., W.W., W.A.O., A.A.W.), de inkomensherverdelingsverzekeringen (A.O.W., A.W.W., K.W.L., A.K.W.) en de overige sociale voorzieningen (A.B.W., W.W.V.), waarbij het principieel gaat om de inkomensvorming van de niet-actieven die om enigerlei reden niet meer in hun eigen levensonderhoud kunnen voorzien, dan wel om inkomensoverdrachten binnen de groep van actieven op grond van onderlinge solidariteit. Bij deze verzekeringen gaat het meer om het vraagstuk van inkomens*vorming*, in tegenstelling tot de ziektekostenverzekeringen waar het gaat om inkomens*besteding*.

Uiteraard zijn er binnen de sociale verzekeringen meer verschillen aanwijsbaar zoals bijvoorbeeld de verschillen in consumptiequote tussen de diverse bevolkingsgroepen, maar dit lijkt binnen de beschouwde problematiek kwantitatief van geen al te grote betekenis.

De ziektekostenverzekeringen, die de financiering van een belangrijke bedrijfssector regelen en daardoor bijdragen aan de werkgelegenheid, de investeringsactiviteiten, de toeleveringsbedrijven en de economische groei verschillen in de kern van de inkomensoverdrachten die dit directe bestedingsaspect missen. Vanuit deze optiek zijn de ziektekostenverzekeringen meer te vergelijken met de overheidsuitgaven dan met de overige sociale voorzieningen.

Dat bij de bezuinigingsoperatie alle sociale verzekeringen toch min of meer worden gelijkgesteld, is te wijten aan het feit dat de financiering van de gezondheidszorg voor een groot gedeelte verloopt door middel van het heffen van premies.

Deze premies zijn nu eenmaal loonkosten en dus van belang voor bedrijfsrendementen, concurrentiepositie, enz. Dit is een gevolg van het stelsel van premieheffing in de A.W.B.Z. en Ziekenfondswet, dat met zich meebrengt dat de verzekerden de premiebetaling niet meer als een inkomensbesteding ervaren. Men mag echter niet de ogen sluiten voor het feit dat de gezondheidszorg als zodanig een bedrijfssector is waarin circa 300.000 mensen werk vinden en waarin jaarlijks wordt geïnvesteerd.

In dit opzicht wijkt de gezondheidszorg niet af van andere produktiesectoren als de banken, de automobielindustrie of de levensmiddelenindustrie, die bij de realisatie van de 1%-norm niet behoeven te worden afgeremd. Zoals bij bezuinigingen in de overheidsuitgaven sterk wordt gelet op werkgelegenheidseffecten, zoals al eerder vermeld, zou dit ook moeten gelden ten aanzien van de bezuinigingen in de gezondheidszorg.

Ten gevolge van het bestaande financieringssysteem dat het karakter van de voorziening vertroebelt, treedt een zekere tweeslachtigheid op bij de beoordeling van het effect van besparingen in de gezondheidssector. De groei van de premies Z.F.W. en A.B.W.Z. moeten worden verlaagd in verband met de algemeen-economische situatie en werkloosheid, terwijl de gezondheidszorg juist een van de weinige sectoren is waarin nog volop werkgelegenheid is en een zeer bevredigende werkkring kan worden geboden!

4. Bezuinigen op de gezondheidszorg of op de ziektekostenverzekeringen

De gesignaleerde tweeslachtigheid in het bezuinigingsbeleid ten aanzien van de volksgezondheid uit zich ook nog op een andere manier. Voor de realisatie van de 1%-norm is het namelijk niet zozeer van belang, dat de *gezondheidszorg* goedkoper wordt, maar meer dat de *ziektekostenverzekeringen* – voorzover zij tot de sociale verzekeringen (A.W.B.Z., Z.F.W., I.Z.A. en I.Z.R.) behoren – goedkoper worden.

De particuliere verzekeringen blijven zodoende bijvoorbeeld buiten schot. Kennelijk is er enige onzekerheid over het karakter van de gezondheidszorg, die men noch geheel als een collectieve voorziening noch als een particuliere bedrijfssector wil zien. Het lijkt alsof

de achterliggende bedoeling van de 1%-norm minder belangrijk is dan de norm zelf.
Immers ook besparingen op de niet via de sociale verzekeringen gefinancierde gezondheidszorg creëren in de private sector ruimte voor nieuwe bestedingen, waardoor andere bedrijfssectoren worden gestimuleerd.

In dit opzicht zou geen verschil tussen de bezuinigingen in de sociale of particuliere ziektekostenverzekeringen mogen worden gemaakt. De hybride stellingname dat besparingen in de gezondheidszorg slechts relevant zijn voorzover zij ten goede komen aan de *sociale* ziektekostenverzekeringen, leidt er bovendien toe dat maatregelen als het verkleinen van het verstrekkingenpakket, het verhogen van eigen bijdragen en eigen risico als besparingen worden geboekt, ongeacht het feit dat er geen grotere bestedingsruimte voor de verzekerden als groep tegenover staat. Ervan uitgaande dat alle premies ter dekking van het ziektekostenrisico inkomensbestedingen zijn, wordt meer macro-economische bestedingsruimte verkregen steeds wanneer – maar ook alleen dan – de gezondheidszorg als sector goedkoper wordt. Kortom, ten aanzien van de gezondheidszorg past meer een sectorbeleid dan een verzekeringsbeleid.

5. Van bezuinigingspolitiek naar sectorstructuurpolitiek

In het bovenstaande is aangetoond dat de verzekeringen tegen ziektekosten fundamenteel verschillen van de inkomensvormende verzekeringen, omdat zij dienen ter financiering van een stuk nationale produktie. Hierop aansluitend is aanbevolen om zich bij het verminderen van de uitgaven voor ziektekosten niet te richten op de verzekeringen maar meer op de sector als zodanig. De gezondheidszorg maakt dan deel uit van de gehele economie, waarbij tussen de produktiesectoren binnen de financiële mogelijkheden prioriteiten moeten worden gesteld. Wellicht maakt een aantal karakteristieken van de gezondheidszorg het – ook met het oog op andere politieke doelstellingen dan de 1%-norm – juist minder aantrekkelijk om op deze sector te beknibbelen.
– Allereerst is de gezondheidszorg een arbeidsintensieve bedrijfstak met een loonquote van 70%. In tegenstelling tot vele industriële bedrijfstakken geeft de gezondheidszorg dus veel werkgelegenheid. Ook nieuwe investeringen zijn doorgaans arbeidsplaatsen-scheppend.
– Deze in de gezondheidszorg geboden werkgelegenheid is kwalitatief hoog; de arbeidsmotivatie en arbeidsintensiteit kan zich meten met de arbeidsvervreemding in de industrie.
– De gezondheidszorg is milieu-vriendelijk.
– Er bestaan met name in de extramurale gezondheidszorg en de thuiszorg nog duidelijk latente behoeften.
– Het gezondheidszorgprodukt behoort tot de primaire levensbehoeften.
Daar waar het gaat om het aanwakkeren van de investeringsactiviteiten en het vergroten van de werkgelegenheid zou men net zo goed de gezondheidszorg kunnen nemen als welke andere produktiesector dan ook. Uit de 1%-operatie vloeit echter voort dat het accent komt te liggen op het bevorderen van de economische activiteiten in de industriële op winst gebaseerde bedrijfssectoren.

Dit alles neemt uiteraard niet weg dat maatregelen nodig zijn om tot een betere beheersing van de gezondheidszorg te komen. Deze beheersing is echter niet zozeer nodig om via bezuinigingen de Nederlandse economie te redden, maar veel meer omdat door de keuze van de financieringsstructuur het marktmechanisme als reguleringsmiddel voor de allokatie van produktiemiddelen in de gezondheidszorg niet werkt. Vraag- en aanbodkrachten zijn buiten spel gezet en dienen dus te worden vervangen door een andere beheersstructuur, waarmede verspilling en overproduktie kan worden voorkomen. Het systeem waarbij de band tussen consumeren en betalen via een groot verzekeringsapparaat is doorgesneden maakt het afstemmen van het medisch mogelijke op het financieel haalbare tot een taak voor de overheid, waarbij de vraag hoeveel men wenst te besteden centraal staat. In deze betekenis krijgt het gezondheidszorgbeleid veel meer de aard van sectorenstructuurpolitiek dan van bezuinigingspolitiek sec. De omvang van de bedrijfstak dient te worden beoordeeld aan de hand van het totaal der sociaal-economische doelstellingen in plaats van louter in het licht der bezuinigingen op de sociale verzekeringen.

In een sectorstructuurbeleid waarvan de 'Structuurnota Gezondheidszorg' als een begin kan worden gezien kunnen volumina van de ingezette middelen en mankracht alsmede hun beloningsvoeten worden beheerst. Het beleid kan op zijn financiële consequenties worden getoetst en binnen de nationaal-politieke prioriteiten worden geplaatst. De eigen karakteristieken van de gezondheidszorg komen dan tevens meer tot hun recht.



M.C.-artikelenserie gebundeld

Gezondheidszorg op de Nederlandse Antillen

Voorradig is een – beperkte – oplage bundels van de artikelenserie zoals die over de gezondheidszorg op de Nederlandse Antillen in een reeks afleveringen van Medisch Contact in 1975 is gepubliceerd.
Al gaat het hier om een kwantitatief nogal beperkte bevolkingsgroep en een beroepsgroep van slechts een 150 artsen, de relatief wat grotere aandacht die in Medisch Contact werd gevraagd voor dat stukje koninkrijk in de West leek alleszins gerechtvaardigd vanwege de specifieke problematiek daar, voortvloeiend uit het koloniale verleden, de geografische situering en de bijzondere relatie met Nederland (Groningen) met betrekking tot het medisch onderwijs.
Op veelvuldig verzoek uit met name deze onderwijskringen is overgegaan tot bundeling van de betreffende artikelenserie.
Geïnteresseerden kunnen deze bundels tegemoet zien na overmaking van ƒ 12,50 per exemplaar onder het motto 'Nederlandse Antillen' op postgironummer 5 80 83 van de K.N.M.G., Lomanlaan 103 te Utrecht.

Uitspraak Utrechtse rechtbank in kort geding:

Ziekenfonds mag 'vrije' huisartsen in Maarssenbroek contract weigeren

Het Utrechtse ziekenfonds V.H.Z. heeft geen misbruik gemaakt van zijn bevoegdheid, toen het weigerde een medewerkerscontract aan te gaan met twee huisartsen in Maarssenbroek. Aldus de mening van de president van de rechtbank in Utrecht, Mr. V. J. A. van Dijk, die uitspraak heeft gedaan in het kort geding dat de twee huisartsen tegen het ziekenfonds hadden aangespannen.

Het V.H.Z. had de 'vrije' artsen het contract geweigerd omdat er in de nieuwe wijk Maarssenbroek al een gezondheidscentrum functioneert. Daarin werken twee huisartsen samen met twee fysiotherapeuten, maatschappelijk werker en wijkverpleegkundigen, allemaal in loondienst van een stichting. Het gezondheidscentrum wordt beschouwd als experiment omdat een dergelijke opzet in Nederland nog niet bestond. De vrees van het V.H.Z. was dat het experiment zou worden verstoord als zich in de jonge wijk ook 'vrije artsen' zouden vestigen. De raadsvrouw van de twee artsen vond daarentegen dat het gezondheidscentrum een monopoliepositie inneemt. Bovendien voerde het V.H.Z. volgens haar op eigen houtje een soort vestigingsbeleid. Tenslotte zou ook de weigering van het V.H.Z. in strijd zijn met de ziekenfondswet. Die zegt dat een medewerkerscontract alleen kan worden geweigerd als sprake is van 'ernstige bezwaren'.

Rechtbankpresident Van Dijk bleek het wel degelijk een ernstig bezwaar te vinden dat met de vrije vestiging van artsen de ontwikkeling van het gezondheidscentrum wordt doorkruist. Volgens hem is de beslissing van het V.H.Z. dus niet in strijd met de wet. De wetstekst, aldus Mr. Van Dijk is ruim geformuleerd. Het stimuleren van gezondheidscentra wordt naar de mening van de rechtbankpresident volledig gedekt.

Uitspraak

De uitspraak was al volgt geformuleerd:

Wij, president van de arrondissementsrechtbank te Utrecht, rechtdoende in kort geding; gehoord partijen; gezien de stukken;

Ten aanzien van de feiten:
Overwegende dat eiser gedaagde voor ons heeft doen dagvaarden en te dienende dage, 8 april 1976, van eis heeft geconcludeerd overeenkomstig de inhoud van de exploot van dagvaarding, waarvan een fotocopie aan dit vonnis is gehecht, waarbij hij zijn vordering bij monde van zijn advocaat aan de hand van een nadien overgelegde pleitnota nader heeft toegelicht;
Overwegende dat bij die gelegenheid de procureur van eiser acte heeft gevraagd van het in het geding brengen van enige stukken;
Overwegende dat gedaagde bij monde van Mr. N. de Jong verweer heeft gevoerd aan de hand van nadien overgelegde pleitnotities en produkties, op welk verweer wij hieronder voor zoveel nodig zullen terugkomen;
Overwegende dat na voortgezet debat partijen de stukken aan ons hebben overgelegd voor het wijzen van vonnis;

Ten aanzien van het recht:
Overwegende vooreerst wat de spoedeisendheid van de zaak aangaat, dat deze door gedaagde is betwist, doch tevergeefs aangezien eiser, ook al is hij tijdelijk – zoals gedaagde heeft gesteld en door eiser niet is weersproken – als arts mede verbonden aan het Bio-medisch Centrum 'De Koningshof' te Haarzuilens, thans in zijn functioneren als huisarts en daarmede in zijn financiële positie wordt bedreigd door de weigering van gedaagde met hem een medewerkersovereenkomst als bedoeld in de artikelen 44, eerste lid en 47, eerste lid van de Ziekenfondswet aan te gaan;
Overwegende voorts dat weliswaar, bij een weigering als in de voorgaande overweging bedoeld, in de Ziekenfondswet een deugdelijke beroepsmogelijkheid in twee instanties is voorzien, doch dat – naar niet in geschil is – het niet uitgesloten valt te achten dat de definitieve beslissing in deze beroepsprocedure welke intussen is aanhangig gemaakt geruime tijd op zich zal laten wachten;
Overwegende dat uit het hiervoor overwogene volgt dat eiser een gerechtvaardigd belang heeft bij een beslissing op korte termijn en wel in kort geding;
Overwegende wat thans de kern van het geschil tussen partijen betreft, dat deze valt samen te vatten in de vraag, of al dan niet kan worden aangenomen, dat het argument van gedaagde om niet tot het sluiten van een medewerkersovereenkomst, zoals hiervoor genoemd, met eiser over te gaan, te weten, dat het stimuleren van de ontwikkeling van het

AUTO-EMBLEMEN

zijn voor leden van de Maatschappij GRATIS verkrijgbaar op het Bureau der Maatschappij, Lomanlaan 103, Utrecht (tel. 030-885411, toestel 123).
Het Maatschappij-embleem (internationaal model), vervaardigd van astralon of een embleem van plakplastic zal op aanvraag door het secretariaat van de K.N.M.G. worden toegezonden, waarbij ervan wordt uitgegaan dat elk K.N.M.G.-lid recht heeft op één gratis exemplaar.

gezondheidscentrum te Maarssenbroek door het aangaan van zodanige overeenkomst *thans* in belangrijke mate zou worden doorkruist, met recht kan worden aangevoerd als een ernstig bezwaar als bedoeld in artikel 47, eerste lid van de Ziekenfondswet, tegen het aangaan van een medewerkersovereenkomst;

Overwegende dienaangaande, dat al moge uit de totstandkoming van deze wettelijke bepaling (zie met name de M.v.I. op artikel 47 van voormelde wet) worden afgeleid, dat de wetgever naast de eis van praktijkuitoefening, samenhangend met het werkgebied van het ziekenfonds, eerder het oog heeft gehad op in de persoon of diens handelen wortelende bezwaren dan op buiten de betrokkene liggende omstandigheden, de wetstekst nu eenmaal ruim is geformuleerd en met name het woord 'daartegen' hanteert en niet van 'tegen hem' spreekt;

Overwegende dat uit de wetsgeschiedenis geen contra-indicatie valt te putten om de tekst van de wet die na haar totstandkoming een eigen leven leidt, niet toe te passen op een situatie, welke de wetgever weliswaar in 1964 (waarschijnlijk) nog niet onder ogen heeft gezien, namelijk de – thans ook door de overheid gestimuleerde (zie met name de door gedaagde overgelegde 'voorlopige stimuleringsregeling wijkgezondheidscentra' d.d. 3 juli 1974 van de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne) – ontwikkeling van de uitoefening van de huisartsenpraktijk in gezondheidscentra, doch die door die tekst volledig wordt gedekt;

Overwegende dat derhalve reeds op deze grond geenszins kan worden gezegd dat gedaagde in redelijkheid niet tot het gewraakte besluit heeft kunnen komen en met name niet, dat gedaagde zich aan misbruik van bevoegdheid zou hebben schuldig gemaakt, zodat de gevraagde voorziening moet worden geweigerd;

Overwegende dat, nu gedaagde geen kosten heeft gemaakt als bedoeld in de artikelen 56 en 57 Rv., de veroordeling in de kosten van eiser als de in het ongelijk gestelde partij zal moeten luiden als in het dictum te vermelden.

Rechtdoende in naam der koningin
Weigeren de gevraagde voorziening.
Veroordelen eiser in de kosten van dit geding, aan de zijde van gedaagde tot op heden begroot op nihil.

Aldus gewezen en uitgesproken ter openbare terechtzitting van dinsdag 20 april 1976, door ons Mr. V. J. A. van Dijk, president, in tegenwoordigheid van Mr. J. Chr. Buttinger als griffier.

Hoofdbestuur der K.N.M.G. over vestigingsproblematiek in Maarssenbroek

Het hoofdbestuur van de K.N.M.G. heeft zich in zijn vergadering van 4 mei j.l. uitgesproken naar aanleiding van de vestigingsproblematiek te Maarssenbroek. Reeds eerder was de kwestie-Maarssenbroek in het hoofdbestuur ter sprake geweest, doch in verband met het toen nog lopende kort geding had het zich onthouden van het bekend maken van een standpunt op dat moment. Nu de rechter uitspraak heeft gedaan acht het hoofdbestuur een langer uitstel van het bekend maken van zijn standpunt ongewenst.

Het hoofdbestuur is gaarne bereid het ontstaan en de ontwikkeling van gezondheidscentra en groepspraktijken te bevorderen en te steunen, vooropgesteld dat hierdoor andere vormen van gezondheidszorg in de eerste lijn in de betreffende wijken en gemeenschappen niet onmogelijk worden gemaakt.

Het hoofdbestuur acht het onjuist en zal zich met kracht er tegen verzetten dat plaatselijke ziekenfondsen een ad hoc beleid zouden (kunnen) gaan voeren met betrekking tot het vestigen van artsen in hun rayon.

Het hoofdbestuur is gaarne bereid mee te werken aan het opstellen van regels en eisen waaraan een vestigingsbeleid voor artsen zou moeten gaan voldoen. In dit verband wijst het hoofdbestuur erop dat een projectgroep van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, waarin vertegenwoordigers van de Maatschappij zitting hebben, zich momenteel buigt over de mogelijkheid van een vestigingsbeleid en de voorwaarden waaraan dit eventueel zou kunnen c.q. moeten voldoen. De toepassing van de gestelde regels zal daarbij in overleg met de beroepsorganisaties dienen te geschieden.

Overdrukken 'Huisarts waarheen'

Wegens gebleken grote belangstelling is van de discussienota van de Commissie Eerste Echelon over de plaats van de medicus in het eerste echelon, zoals eerder afgedrukt in Medisch Contact nr. 5 van 30 januari 1976, een extra oplage overdrukken aangemaakt.

Geïnteresseerden kunnen exemplaren hiervan tegemoet zien na overmaking van *f* 5,— per exemplaar (bij bestellingen van 20 of meer exemplaren *f* 2,50 per stuk) onder het motto 'Huisarts waarheen?' op postgironummer 5 80 83 van de K.N.M.G., Lomanlaan 103 te Utrecht.

medisch contact

Nr. 20 – 14 mei 1976

officieel

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

Lomanlaan 103, Utrecht. Telefoon 030-885411 (twaalf lijnen).

Dagelijks Bestuur	Dr. J. L. A. Boelen, voorzitter, Dr. H. W. A. Sanders, ondervoorzitter, C. F. A. Heyen, L. Th. G. Rozeman, Mevr. E. Smit, leden; S. van Randen (voorzitter L.H.V.), Z. S. Stadt (voorzitter L.A.D.) en Dr. C. H. van Erk (ondervoorzitter L.S.V.), adviserende leden.
Secretariaat	J. Diepersloot, secretaris-generaal; secretarissen: Drs. P. Brandes, Mr. W. B. van der Mijn, Dr. H. Roelink, Mr. B. Schultsz; N. G. Huetink, hoofd van de administratie.
Bureau voor waarneming en vestiging	Van 08.00 tot 16.30 uur: Mej. J. de Graaf, tel. 030-885411.
Afdeling comptabiliteit	J. A. Alst; Postgironummer der K.N.M.G.: 58083; AMRO-bank nummer; 45 64 48 969.
Ledenregister	N. W. G. Pastoor (ook voor alle mutaties).
Afdeling buitenland	Mr. B. Schultsz; Mej. M. Th. van der Meulen, secretaresse.
Stichting Ondersteuningsfonds (O.F.)	H. Frese, secretaris-penningmeester, Tussenlanen 23, Bergambacht, telefoon 01825-1223; postgironummer 111.950 t.n.v. de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Bergambacht.
Landelijke Huisartsen Vereniging (L.H.V.)	Mr. N. de Graaff, directeur; Mevr. M. J. Blok, chef de bureau.
Landelijke Specialisten Vereniging (L.S.V.)	Mr. H. J. Overbeek, directeur; Mej. G. A. C. Enzerink, secretaresse.
Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (L.A.D.)	Mr. W. G. van der Putten, directeur; Mevr. J. C. Steenbrink, secretaresse.
Centraal college voor de erkenning en registratie van medische specialisten (C.C.)	W. J. de Jager, secretaris; Mej. J. Th. M. Bruggink, secretaresse.
Specialisten Registratie Commissie (S.R.C.)	Dr. L. P. H. J. de Vink, secretaris; Mevr. G. G. A. Brunger, secretaresse.
College voor Sociale Geneeskunde (C.S.G.)	Mr. B. Schultsz, secretaris; Mej. J. Th. M. Bruggink, secretaresse.
Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (S.G.R.C.)	Mr. P. Swenker, secretaris; Mevr. H. Ciuráns y Lledo-Heetebrij, secretaresse.
College voor Huisartsgeneeskunde (C.H.G.)	Dr. H. Roelink, secretaris; Mej. L. Beljaars, secretaresse.
Huisarts Registratie Commissie (H.R.C.)	J. I. van der Leeuw, secretaris; Mevr. M. J. Zweers-Westenberg, secretaresse.
Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (O.L.M.A.)	Drs. S. Duursma, directeur; Mevr. E. M. Scheltema de Heere, secretaresse.
Stichting Beroepspensioenfondsen Artsen (S.B.A.)	J. M. G. Hoes, directeur; Mej. Mr. H. van Boxtel, directiesecr. tel. 030-887021 en 885411.

van het hoofdbestuur

Steunt Stichting Artsen naar Ontwikkelingslanden

Dezer dagen is het volgende schrijven verzonden aan de leden van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Geachte collega,

Vanaf 1970 wordt jaarlijks een beroep op u gedaan financiële steun te willen verlenen aan de Stichting Artsen naar Ontwikkelingslanden, kortweg S.A.N.O. Deze stichting werd in 1969 opgericht door de Maatschappij en de Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde. Tot de doelstellingen van S.A.N.O. hoort o.m. het verlenen van een financiële tegemoetkoming aan die Nederlandse artsen werkzaam in het kader van de gezondheidszorg van een ontwikkelingsland, die een onvoldoende inkomen met slechte sociale voorzieningen genieten. De tegemoetkoming van S.A.N.O. beoogt met name te voorzien in de kosten van een redelijk pakket van sociale voorzieningen (invaliditeit, weduwe en wezen, e.d.m.)
Dankzij de financiële bijdragen van een aantal van onze leden kan S.A.N.O. nog steeds deze geldelijke steun verlenen aan collegae, die onder primitieve omstandigheden hun medisch werk verrichten. Verheugend was dat de actie van 1975 meer opleverde dan in het jaar daarvoor (in 1974 droegen 1672 leden in totaal *f* 94.622,25 bij en in 1975 *f* 110.426,49 door 1871 leden), reden waarom ik wederom een beroep op u zou willen doen het werk van S.A.N.O. door een financiële bijdrage te steunen.
Jaarlijks gaat een honderdtal jonge artsen naar ontwikkelingslanden. In de afgelopen jaren heeft S.A.N.O. een beperkt aantal financieel kunnen steunen. Zo kon in 1970 aan 9 artsen een tegemoetkoming worden verstrekt, in 1971 aan 14 artsen, in 1972 aan 12 artsen, in 1973 aan 15 artsen, in 1974 aan 9 artsen en in 1975 aan 10 artsen. Dit laatste aantal is een voorlopig cijfer. De financiële steun is erop gebaseerd om voor zover het jaarinkomen + sociale voorzieningen en toelagen beneden de *f* 27.500,— blijven een aanvlulling tot *f* 27.500,— te geven. Een jaarlijkse aanpassing van laatst genoemd bedrag aan de inflatie, alsmede het kunnen blijven steunen van deze artsen is uitsluitend mogelijk indien zoveel mogelijk leden van de Maatschappij bereid zijn en blijven dit werk financieel te dragen.
Mag ik daarom op u allen een dringend beroep blijven doen het werk van S.A.N.O. te (blijven) steunen en daartoe een bijdrage te willen storten op het gironummer 19 75 494 van S.A.N.O., gevestigd in het Koninklijk Nederlands Instituut voor de Tropen, Mauritskade, Amsterdam.
Bijgaande accept-girokaart maakt het u gemakkelijk. Ook kunt uw uw bijdrage storten op de Algemene Bank Nederland, Sarphatistraat, Amsterdam. Gironummer 62 69, rekeningnummer 54 54 39 175.

Utrecht, mei 1976

J. Diepersloot, arts, secretaris-generaal

N.B.

- Wilt u niet vergeten de accept-girokaart van uw postrekeningnummer en handtekening te voorzien.
- Belangstellenden wordt op aanvraag door het secretariaat van de K.N.M.G. het jaarverslag 1975 van de S.A.N.O. toegezonden.

van het centraal bestuur L.S.V.

Kandidaatstelling

Voor de vervulling van de vacatures, ontstaan door het volgens rooster aftreden van Dr. H. F. W. Dubois en Dr. H. Hartog en het tussentijds aftreden van J. C. Mann en Dr. F. J. Wilms (zie punt 8 van de agenda voor de ledenvergadering dd. 15 mei), worden kandidaat gesteld:

door district IV: Dr. J. H. Bos, K.N.O.-arts te Den Haag

door het Centraal Bestuur: Dr. D. J. van Otterloo, internist te Almelo.

Namens het Centraal Bestuur der Landelijke Specialisten Vereniging,
de secretaris, G. Groenewoud

van het centraal bestuur L.H.V.

Verslag over het jaar 1975 van de secretaris der L.H.V.

Inleiding:

Vijf jaar geleden schreef ik in mijn eerste jaarverslag dat het niet steeds gemakkelijk is de reglementaire plicht te vervullen een jaarverslag te schrijven. Niet dat het aan onderwerpen ontbreekt en niet dat het ontbreekt aan behoefte inzichten en oordelen over een recent verleden aan het papier toe te vertrouwen, maar men krijgt wel eens twijfels over het effect en men wordt wel eens moedeloos over de trage voortgang der ontwikkelingen. Is het immers niet zo dat de L.H.V. al jaren probeert te komen uit zijn defensieve rol in het maatschappelijke spel om met positieve voorstellen, de gezondheidszorg ten goede komend, de gemeenschap van dienst te zijn? Deskundigheid is er genoeg in onze vereniging. Maar hoeveel ruimte krijgen wij om mee te denken, hoeveel tijd wordt ons gelaten om aan deze andere zaken aandacht te besteden in plaats van een belangenbehartiging in de enge zin van het woord?

Naar mijn mening heeft bijvoorbeeld een zaak als het huisartsenpensioen en het wetsvoorstel 13004 de vereniging veel tijd en energie gekost, die wij eigenlijk nodig hadden voor zaken als vestigingsbeleid e.d. Bovendien heeft een dergelijke strijd tot effect dat de animo om nieuwe projecten in samenwerking met de overheid te entameren – voorzichtig gezegd – enigszins taant. En wat dan nog te zeggen van het wetsvoorstel Algemene Gezondheidszorgverzekering dat uitlekte. De L.H.V. is niet alleen niet gekend in de voorbereiding maar als beroepsorganisatie komen wij ook nauwelijks in dit stuk voor. Dat geeft wel te denken van een regering, die openheid en inspraak voorstaat. Indien wij als organisatie al een plaats in het Nederlandse gezondheidswereldje hebben dan zullen wij ons nog moeten inspannen deze te behouden. Maar, huisartsen, gaat u maar rustig slapen. De staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne zei immers zelf op 10 april 1975 in onze bijzondere ledenvergadering:

'Maar ik herhaal voorzitter, mijn intentie is het – en ik heb dat publiekelijk niet alleen hier, maar ook al reeds in het parlement gezegd – dat dit veranderingsproces niet anders kan plaatsvinden dan via inspraak van de betrokken organisaties of van de betrokken organen. Ik voeg eraan toe, dat ik elke herstructurering compleet kan vergeten als u niet bereid bent om mede te doen, dat dwingt mij, al zou ik niet willen, maar de wil is er ook'.

(Ik zelf hou echter nog mijn twijfels of dit ook steeds in daden wordt omgezet).

Na bovenstaande verzuchtingen wil ik toch gaarne hieronder verslag uitbrengen van de gebeurtenissen en ontwikkelingen. De getallen en dergelijke zijn zoals gebruikelijk opgenomen in de bijlage.

13004

Stel je voor een wetsvoorstel 13004 wordt wet. Dan zou de onlangs door alle instanties goedgekeurde huisartsenpensioenregeling niet meer mogelijk zijn. Wel andere, maar die zouden voor de huisartsengroep riskanter zijn en te kort doen aan reeds bestaande en wettelijk veranderde rechten van verzekerden. Zo ver is het echter niet gekomen.

Nadat in december 1974 een werkgroep uit het kabinet was geformeerd werd besloten ter voorbereiding van een gesprek tussen enerzijds deze werkgroep en de delegaties van de Landelijke Specialisten Vereniging, de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie, Stichting Beroepspensioenfondsen Artsen en de Landelijke Huisartsen Vereniging een commissie op technisch niveau te laten onderzoeken of en in hoeverre andere pensioenregelingen, welke evenwaardig waren aan de bestaande mogelijk zouden zijn. Van L.H.V.-zijde werd hieraan deelgenomen door de directeur van het bureau. Deze commissie analyseerde de problemen en gaf aan welke wèl en vooral welke niet oplosbaar waren zonder vergaande concessies. Tijdens de daaropvolgende besprekingen met de werkgroep onder voorzitterschap van de minister van Financiën spitste de problematiek zich vooral toe op één punt, namelijk de geringe grootte van de groep beroepsgenoten en het gebrek aan garantie ten aanzien van de continuïteit van die groep. Uiteindelijk concludeerde de regering bij monde van de werkgroep op 6 februari 1975 dat de fiscale aftrekbaarheid van de huidige pensioenregeling gehandhaafd kon blijven en dat daartoe een wijziging van het wetsvoorstel 13004 zou plaatsvinden. Dit laatste is inmiddels geschied.

Voor het echter zo ver was moest er zeer veel gebeuren. Akties moesten worden voorbereid maar ook, gedurende de overleg-periode, worden vermeden. Dat laatste lukte niet altijd, zodat het kon vóórkomen dat Utrechtse huisartsen bij het Centraal Museum van hun verontwaardiging blijk gaven. Wandkaarten voor de wachtkamer werden gedrukt en verspreid om het te zijner tijd de patiënten duidelijk te maken waar het allemaal om ging. Ondertussen werd met Kamerleden gesproken en werd gestudeerd over de vraag of huisartsen een uitzondering konden vormen op het principe dat iedereen gelijk is voor de

fiscus. Bij dit alles moet worden bedacht dat dit soort strijdpunten niet slechts aan het pensioen maar ook aan de honoreringsstructuur, het inkomen, het functioneren en in wezen aan het bestaan van de huisarts raken.

In het vorige jaarverslag heb ik reeds gememoreerd hoe goed de samenwerking met de andere beroepsorganisaties op dit vlak is geweest. Het is mijn overtuiging dat alleen een dergelijke samenwerking het vrije beroep in de medische sector, dat thans zozeer in discussie is, zijn plaats kan geven die het nog steeds verdient.

Blauwdruk

De betrekkelijke rust welke intrad na de problematiek rond 13004 stelde het Centraal Bestuur in staat zich te bezinnen over het beleid dat de Landelijke Huisartsen Vereniging de eerstkomende tijd zou moeten gaan voeren. Er was een belangrijk aantal punten waarvan het bestuur – maar dat niet alleen – vond dat dit op korte termijn moest worden geregeld. De ideeën welke in de jaren 1973 en '74 waren boven gekomen en o.a. waren besproken in de regionale bijeenkomsten moesten worden uitgewerkt tot voorstellen en zo mogelijk tot besluiten.

Het bestuur had de indruk dat dit op korte termijn kon plaatsvinden omdat juist in die regionale bijeenkomsten van 1974 was gevraagd om dergelijke voorstellen, liefst om een volledige visie op het beleid van de komende jaren. De leden hadden bovendien regelmatig het bestuur gestimuleerd om uit de defensieve afwachtende stellingen te treden en zelf met positieve plannen te komen. Dit betrof dan in het bijzonder een aantal zaken dat het wezen van het functioneren der huisartsen raakte zoals: vestigingsbeleid, op niveau houden van de praktijkvoering, de praktijkverkleining, het samenwerken etc. Na het bestuursweekend op 2 en 3 mei verscheen dan ook de Blauwdruk Beleid L.H.V., welke een aantal uitgangspunten bevatte, waarvan er één in drie hoofdstukken nader werd uitgewerkt; dit punt luidde:

'De constatering van de toename van het takenpakket van de huisarts brengt met zich mee een daling van de rekennormpraktijk. De daling van de rekennormpraktijk moet worden gekoppeld aan het maximeren van het aantal in te schrijven verzekerden per arts. Dit maximum daalt al naar gelang de normpraktijk verder daalt. Mede als gevolg hiervan is het mogelijk een vestigingsbeleid te gaan voeren. Verbreding en verdieping van de taken van de huisarts wordt door deze maatregelen mogelijk gemaakt, waarbij intercollegiale toetsing (binnen de waarneemgroep) dient zorg te dragen dat een en ander metterdaad effect heeft. De in dit punt genoemde voorstellen vormen één pakket, waarvan de delen onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden'.

en

Het bestuur zag de Blauwdruk als één geheel en als een voorstel waarover moest worden gestemd. Natuurlijk konden er amendementen worden aangebracht mits deze de grote lijnen in tact lieten. Het bestuur verzond de Blauwdruk eerst naar wat gemeenlijk het bestuurscorps wordt genoemd (de (plv.) afgevaardigden, de voorzitters en secretarissen der P.H.V.'s en districtsbesturen). Een eerste bespreking kon plaatsvinden op de ledenvergadering van 6 juni. Deze ontving de Blauwdruk niet met applaus; de vergadering vond het een moedig stuk maar had duidelijk kritiek. Zij achtte het prematuur dat op basis van dit stuk oriënterende besprekingen zouden worden gevoerd en behield zich het recht voor pas te oordelen na haar achterban te hebben geraadpleegd en na de regionale bijeenkomsten welke het Centraal Bestuur in den lande zou organiseren.

Tijdens deze bijeenkomsten constateerde het bestuur dat veel leden mee konden gaan met de gedachten welke in de Blauwdruk stonden verwoord, zij het dat bepaalde uitwerkingen wijziging behoefden- andere leden vonden de feitelijke onderbouwingen onvoldoende, weer anderen achtten het dirigisme te sterk en zeer velen verzetten zich tegen de voorstellen rond de toetsing. Hoe dan ook, het Centraal Bestuur mag dan veel werk aan de Blauwdruk hebben gehad, zeer veel leden hebben zich eveneens bijzonder ingespannen om met goed doorwrochte tegenstukken en dergelijke te komen. Extra P.H.V.-vergaderingen en districtsvergaderingen werden georganiseerd en zelfs werd een vergadering door een aantal districten gezamenlijk belegd, iets dat sinds 1966 niet meer had plaatsgevonden.

Het schokeffect was kennelijk vrij groot. Het bestuur was zich er van bewust dat het verschil maakt of je je uitspreekt voor vestigingsbeleid (zoals het bestuur in 1974 deed) of dat je invult hoe je dat gaat doen. Hetzelfde geldt voor zaken als verkleining van de rekennormpraktijk en toetsing. Het bestuur is zich ook bewust dat de vraag om extra onderbouwing niet altijd wordt ingegeven door een positieve opstelling of wetenschappelijke nieuwsgierigheid. En tenslotte is het bestuur zich ook bewust dat de toenemende publieke belangstelling voor de gezondheidszorg en de goenemende overheidsbemoeienis velen benauwen.

In de ledenvergadering van 28 november heeft het bestuur een herredigering van de Blauwdruk toegezegd waarbij natuurlijk ter dege rekening zal worden gehouden met hetgeen aan op- en aanmerkingen aan moties en brieven uit de ledenkring naar voren is gebracht. Tevens stelde het Centraal Bestuur zich voor een commissie in te stellen welke zal adviseren over het takenpakket dat de huisarts torst. Dit was te meer nodig nu het rapport 'Hoe helpt de

dokter?' van het Nederlands Huisartsen Genootschap en de discussienota van een K.N.M.G.-commissie over de plaats van de medicus in het eerste échelon wel bouwstenen aandragen voor de beantwoording van de specifieke vragen welke onze vereniging stelt, maar aan die beantwoording zelf niet toekomen. Ook werd in de ledenvergadering toegezegd dat de leden de beschikking zouden krijgen over de verslagen der regionale bijeenkomsten. De ledenvergadering ging er tenslotte mee accoord dat het Centraal Bestuur desgewenst verkennende besprekingen voert over de diverse onderwerpen.

Het werk in verband met de Blauwdruk heeft ons opnieuw geconfronteerd met een aantal zaken die voor het handelen van onze vereniging van belang zijn. Te denken valt hierbij aan het uitlekken van vertrouwelijke stukken, zoals de Blauwdruk. Nu is dat niet zo verwonderlijk: het stuk werd immers in 4500-voud verspreid. Moeilijker wordt het wanneer blijkt dat een stuk bestemd om in het Centraal Bestuur en het Hoofdbestuur der K.N.M.G. te worden besproken door anderen aan een groot aantal leden wordt verzonden. Niet alleen schendt dan iemand het in hem of haar gestelde vertrouwen maar bovendien wordt onrijpe, onvolledige informatie verstrekt die gemakkelijk tot misverstanden aanleiding kan geven. Het bestuur hoopt ook naar binnen zo open mogelijk te blijven en is in dat kader gaarne bereid verantwoording af te leggen voor zijn daden aan de ledenvergadering. Dit soort halve informatie verstrekken doet de zaak geen goed en kan ten onrechte de indruk wekken van blokvorming en bewuste polarisatie.
Een tweede zaak was de kritiek op de Blauwdruk dat nascholing er niet in voorkwam, terwijl dat immers iets is dat de kwaliteit van ons werk ten zeerste dient. Het bestuur was het natuurlijk hermede eens en vond het verheugend dat uit deze kritiek duidelijk het verlangen sprak deze zaak snel en goed van de grond te krijgen. De daartoe opgerichte Stichting Nascholing Huisartsen waarin de L.H.V. naast het Nederlands Huisartsen Genootschap zitting heeft zal het bestuur op dit punt blijven adviseren. Wel moet ik aantekenen dat het jammer is dat binnen deze stichting nog steeds zoveel tijd gemoeid gaat met het zoeken naar de beste organisatiestructuur. Ik onderschat het belang hiervan niet hoewel ik mij kan voorstellen dat het werken aan de inhoud van de nascholing hierop niet behoeft te wachten. Inmiddels gaan de gesprekken met de overheid over dit onderwerp door binnen het kader der P.A.O.G. (Post Academisch Onderwijs Geneeskunde). Dat betekent dat de overheid het belang van nascholing inziet en daar ook enige verantwoordelijkheid voor accepteert.

Inkomen en honorering

Een van de onderwerpen waar een grote mate van onderling contact en wederzijdse (vroegtijdige) informatie noodzakelijk is, betreft het inkomens- en honoreringsbeleid der diverse organisaties van vrije beroepsbeoefenaren. Een mogelijkheid daartoe vormt het in 1974 opgerichte Contact Centrum Vrije Beroepen, dat zijn taak inderdaad beperkt tot een informatieve. Aangezien het streven van de huidige regering erop is gericht een inkomensbeleid voor de gehele bevolking te voeren en zij haar politieke doelstellingen ook vertaald wil zien in de tarieven der vrije beroepsbeoefenaren, heeft zij behoefte aan een gesprekspartner uit die sektor. Het Contact Centrum vormt dit niet en kan dit ook niet vormen, omdat de situaties waarin de diverse vrije beroepsbeoefenaren zich bevinden te verschillend zijn om een gezamenlijke aanpak zinvol te doen zijn. De huisartsengroep vormt toch reeds een uitzondering met zijn open en inzichtelijke honoreringsstructuur; zij wenst dan ook niet 'op de grote hoop' te worden gegooid. Ook inkomensonderzoeken leken de L.H.V. overbodig: iedereen kan uitrekenen wat de gemiddelde huisarts in de gemiddeld aanvaardbare dagtaak verdient.

Beschouwingen van regeringszijde dat alleen aanpassingen der tarieven – ook trendmatige – acceptabel zijn indien deze noodzakelijk blijken te zijn aan te tonen middels enquêtes e.d. door de betreffende beroepsgroep, gingen naar onze mening aan ons voorbij vanwege het duidelijk inzicht dat onze tariefsopbouw daarover aan iedereen verschafte. De betreffende bewindslieden stelden onze structuur aan anderen ten voorbeeld.

Het sluiten van de overeenkomsten met de ziekenfondsraadorganisaties leverde dan ook geen problemen op. Dat deze laat werden gerealiseerd hield verband met 13004.

Het abonnementsbedrag was voor 1975 voor de eerst 1800 ingeschreven ziekenfondsverzekerden aldus samengesteld: netto honorarium: *f* 38,19 + pensioenbijdrage: *f* 5,01 + vaste kosten: *f* 20,23 + variabele kosten: *f* 2,04 = *f* 65,47.

Voor de verzekerden boven de 1800 ingeschrevenen worden geen vaste kosten vergoed zodat het abonnementsbedrag daarvan *f* 45,24 bedroeg.

Het abonnementsbedrag voor farmaceutische hulp verstrekt door apotheekhoudende huisartsen werd als volgt: netto honorarium: *f* 6,27 + pensioenbijdrage: *f* 0,67 + apotheekkosten: *f* 14,86 + spillage: *f* 1,02 = *f* 22,82.

Belangrijker dan deze gebruikelijke aanpassingen waren echter twee alinea's in de desbetreffende contracten, welke besprekingen in het vooruitzicht stelden ten aanzien van

het medisch en economisch verantwoord voorschrijven en ten aanzien van het vergoedingssysteem voor geneesmiddelen verstrekt door apotheekhoudende huisartsen. Het eerste hield verband met het voortdurend streven naar verantwoorde kostenbewaking, het tweede beoogt een systeem te ontwikkelen dat de controlemogelijkheden verbetert.

Ook de L.H.V. is voorstander van kostenbewaking, getuige onze medewerking aan de voorlichting van prijzen van geneesmiddelen en het hanteren van de Regeling en Klapper als zwaarwegend advies. De huisarts is in belangrijke mate de bewaker van de kosten binnen de gezondheidszorg. Hij bekleedt immers de centrale positie daarin. Hem dwingen in een strak keurslijf zal minder effect hebben dan hem voortdurend informeren over dit onderwerp zodat hij zich verantwoord blijft weten.

Ter toelichting volgt hieronder een staatje dat de stijgingen van de kosten van de laatste jaren weergeeft.

Kosten per wettelijk-verzekerde (in guldens) (cijfers Ziekenfondsraad)

	1966	*1967*	*1968*	*1969*	*1970*	*1971*	*1972*	*1973*	*1974 Voorlopige cijfers*	*1975 Nieuwe raming*
Huisartsenhulp	19,68	24,40	27,92	32,61	36,93	41,62	46,70	50,65	57,27	65,11
Farmaceutische hulp	29,05	33,34	38,71	45,24	53,81	64,79	76,95	86,65	94,93	108,69
Specialistische hulp	27,11	30,99	36,63	41,35	49,06	59,31	68,88	79,87	95,62	113,41
Tandheelkundige hulp	10,41	11,62	13,02	14,44	16,28	19,00	21,28	23,94	29,83	35,59
Verloskundige hulp	1,75	2,01	2,33	2,87	3,08	3,28	3,47	3,38	3,70	4,16
Ziekenhuisverpleging	75,59	93,24	107,69	124,80	147,61	178,12	225,27	260,63	308,19	381,89
Uitwendige geneeswijzen	3,54	4,19	5,04	6,39	7,62	9,47	11,95	14,48	17,86	22,39
Kunstmiddelen	2,50	2,68	2,90	3,22	3,68	4,07	4,60	5,19	5,97	6,87
Ziekenvervoer	2,64	3,03	3,75	4,49	5,34	6,55	8,24	9,84	11,51	13,24
Verpleging in verpleeginrichtingen	1,93	2,28	0,72	—	—	—	—	—	—	—
Dag- of nachtbehandel.	—	—	—	0,05	0,07	0,14	0,28	1,15	2,17	3,60
Sanatoriumverpleging	1,53	1,46	1,41	1,25	1,19	1,12	1,20	0,89	0,87	0,85
Kraamzorg	3,38	3,97	4,20	4,85	5,19	5,82	7,15	6,58	7,23	11,95
Overige kosten van verstrekkingen	0,09	0,10	0,07	0,02	0,02	0,03	0,02	0,06	0,05	0,05
Onvoorzien	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Totaal verstrekkingen	179,20	213,36	244,39	281,58	329,88	393,32	475,99	543,31	635,20	767,80
Beheerskosten ziekenfondsen	8,89	9,58	10,41	11,89	13,40	14,95	17,50	20,11	24,35	29,22
Kostenheffing en inning premie	0,61	0,63	0,64	0,77	0,85	0,93	1,07	1,16	1,32	1,49
Kosten Ziekenfondsraad en secretariaat	0,39	0,43	0,42	0,43	0,51	0,57	0,68	0,99	1,06	1,26
Uitgaven art. 73 b, c en de Ziekenfondswet*	—	—	—	—	0,00	0,00	0,00	0,06	0,00	0,00
Bijzondere kosten	0,19	0,29	0,58	0,19	0,27	0,08	−0,41	−0,48	−1,00	−1,36
Saldo verrekeningen buitenland	−0,07	−0,12	−0,07	−0,29	−0,08	−2,17	−2,45	−2,91	−2,46	−1,77
Totaal	189,21	224,17	256,37	294,57	344,83	407,68	492,38	562,24	658,47	796,64

* In 1973 *f* 0,06 voor onderzoek vereenvoudiging sociale verzekering.

De kosten voor huisartsenhulp blijken duidelijk slechts zeer beperkt te zijn gestegen. Hierbij zij opgemerkt dat bij de huisartsenhulp de in 1966/1967 verkregen structurele verhoging van 51% in die jaren daarmee werd gerealiseerd. De particuliere tarieven waren op 1 oktober 1966 in het algemeen *f* 8,— (consult) en *f* 12,— (visite) en waren op 31 december 1975 *f* 17,50 en *f* 26,25, een stijging van 'slechts' 118,75%. Het prijsindexcijfer van de gezinsconsumptie steeg in dezelfde periode (te zien als de kosten van levensonderhoud) (1966: 100) met 81% en bijvoorbeeld de index voor de lonen van mannelijke beambten in het particuliere bedrijf steeg van 202 in 1966 tot 550 in 1975, of met 272%. De loongrens voor de ziekenfondsverzeke-

ring steeg in deze tijd met 169% terwijl het salarisbedrag (dus niet de loonsom) van de vergelijkingsfiguur, de rijksambtenaar schaal 151 max., steeg van *f* 2.829,— per maand (per 1 jan. 1966) tot *f* 6.531,— op 31-12-1975, zijnde een stijging van 140%.

Op index-basis 1966 = 100

	Particuliere tarieven	*Prijsindex-cijfer* gezins-consumptie*	*Loongrens ziekenfonds*	*Schaal 151 max.*
1966	100		100	100
1-1-1967	100	100	108	107
1-1-1968		103	115	113
11-1-1968	111			
1-1-1969		107	120	122
1-1-1970		115	129	130
3-6-1970	117			
1-1-1971	123	120	148	139
1-1-1972		129	163	151
11-2-1972	148			
1-7-1972	151			
1-1-1973	163	139	182	172
1-9-1973	169			
1-1-1974		150	202	185
1-2-1974	178			
1-8-1974	193			
1-1-1975		164	239	212
22-4-1975	202			
12-8-1975	211			
1-1-1976		181	269	240

* Berekend per 31 december van het voorgaande jaar.

Opgemerkt kan in dit verband worden dat in de loop der jaren lang niet alle posten welke onderdeel van het kostenbudget van de rekenpraktijk vormen, zonder meer trendmatig zijn aangepast. Een voortdurend kritisch bezien heeft tot wijziging in sommige aanpassingen geleid.

Het vergoedingensysteem voor geneesmiddelen verstrekt door apotheekhoudende artsen kwam in 1973 in discussie en is sindsdien op een aantal punten verduidelijkt. Toch is het een voortdurende zorg voor ons, dat ongenuanceerde verdachtmakingen aan het adres van deze groep leden kunnen worden gelanceerd. Vandaar onze bereidheid om te blijven onderzoeken of er betere systemen zijn dan het huidige. In dit verband zij opgemerkt, dat inmiddels adviezen van de zijde der Ziekenfondsraad over de controle zijn uitgegaan en dat is opgericht een commissie die de staatssecretaris zal adviseren over de inzichtelijkheid en controleerbaarheid van de overeenkomsten tussen medewerkers en ziekenfondsen en hun uitwerkingen.

Het model voor de individuele overeenkomst tussen ziekenfonds en huisarts is nog niet naar het beleid doorgespeeld. Wel werden in de loop van 1975 enige belangrijke punten in het Centraal Bestuur in discussie gebracht. Wij wachten de resultaten van 21 jaar (!) noest denken op juridisch niveau thans af.

De particuliere tarieven werden op 22 april op *f* 16,50 voor consult en *f* 25,— voor visite gebracht; per 12 augustus vond een aanpassing plaats, welke leidde tot de volgende uitkomst: *f* 17,50 voor een consult en *f* 26,25 voor een visite. Dat wil zeggen dat deze bedragen in het algemeen worden gehanteerd en door de L.H.V. worden geadviseerd. Die huisartsen die van oudsher andere tarieven hanteerden kunnen zich aan de door E.Z. toegestane verhogingen houden, welke in de prijzenbeschikking staan genoemd. Behoudens een discussie over de te volgen afrondingsmethodiek waren er op dit plan weinig problemen. Ook de aanpassing van de keurings- en controletarieven kon in het overleg met de Nederlandse Vereniging van Ongevallen- en Ziektekostenverzekeraars (N.V.O.Z.) en de Nederlandse Vereniging ter Bevordering van het Levensverzekeringswezen (N.V.B.L.) zonder veel problemen worden gerealiseerd. Bovendien werd met deze organisaties afgespoken dat in de toekomst een tweede aanpassing in één jaar mogelijk zou worden conform hetgeen bij de particuliere tarieven gebeurt.

Structuurnota

De ledenvergadering van de 10e april stond in het kader van de structuurnota. De staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne was onze gast en hij bracht zijn plannen met verve. Het weerwerk van de leden viel wat tegen. Wellicht kregen zij de indruk – doordat het bestuur zich afzijdig hield en zich positief opstelde – dat de aangesneden zaken zich niet meer leenden voor discussie. Het bestuur had echter besloten de beschikbare discussietijd aan de leden te laten. Iets dat mijns inziens een volgende maal niet meer behoeft te gebeuren.

De structuurnota mag dan aanvaard zijn in de volksvertegenwoordiging, bij de uitwerking willen wij zelf meespelen en meedenken. De regionalisatie bijvoorbeeld zal veel van onze bestuurlijke krachten – juist niet op centraal niveau – vergen. Plannen zijn in voorbereiding om hiervoor kadercursussen te creëren. Ook de proefregio's vragen nu al extra aandacht van leden en bestuur. Voorts is de inpassing van de eigen L.H.V.-plannen ten behoeve van de gezondheidszorg van onze patiënten een uitermate veel tijd en energie vragend geheel. Een mogelijk beeld voor deze plannen verschafte onze Blauwdruk.

Wetten op stapel(s)

Nog meer last van uitlekken van stukken dan wij hadden had de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Het concept-wetsvoorstel van een volksverzekering gezondheidszorg van zijn hand en van die van de staatssecretaris van Sociale Zaken, kwam in handen van de redactie van de Unie (het blad van de gelijknamige ziekenfondsorganisatie) die een resumé van de 'highlights' gaf. Medisch Contact publiceerde het algemene deel der memorie van toelichting integraal. Dat het kabinet het voornemen had om te komen met een dergelijk wetsvoorstel was bekend. Ook de structuurnota ging uit van een dergelijk systeem. Dat echter aan een dergelijk voorstel niet vooraf zou gaan een voorontwerp, dat na hoor en wederhoor zou leiden tot een aangepast en wat uitgebalanceerd voorstel, had bepaald voor de hand gelegen. Dankzij het uitlekken was het effect wel enigszins hetzelfde, toch blijkt een 'overval' bij dit soort belangrijke zaken mogelijk. Daar komt nog bij dat inspraak van te voren al helemaal niet meer als mogelijkheid is gezien!

Waren de plannen niet verstoord door de economische teruggang en de dwingende eis de gemeenschappelijke uitgaven terug te dringen, dan hadden wij – maar ook alle andere groeperingen die direct met deze structuurwijziging te maken zouden krijgen – wellicht bij een monsterhearing van de Vaste Commissie voor de Volksgezondheid van de Tweede Kamer van ons gevoelen kunnen doen blijken en was de zaak verder door de Kamer in behandeling genomen als ware het wel een goed voorbereide wet. Of deze wet nog zal worden ingediend en in welke vorm is thans nog niet bekend – en uitlekken doet er nu weinig.

Het standpunt van de L.H.V. ten aanzien van een volksverzekering was bekend; naar aanleiding van de publikatie in de Unie, publiceerde de K.N.M.G. een verklaring welke ook door ons werd onderschreven. De voorwaarden waaraan naar ons oordeel een dergelijke verzekering moet voldoen waren in deze verklaring opgenomen. Gerealiseerd moest blijven of worden:

– De wederzijdse vrijheid in de relatie tussen arts en patiënt.
– De vrijheid van beroepsuitoefening binnen de gebondenheid van een professioneel bepaalde normering.
– Het recht van elke burger op gelijke toegang tot en bereikbaarheid van gezondheidsvoorzieningen.
– Zo efficiënt mogelijk gebruik maken van mankracht en middelen.
– Adequate medezeggenschap en medebeslissingsbevoegdheid, zonder welke geen verantwoordelijkheid kan worden gedragen.
– De individuele verantwoordelijkheid van iedere arts voor de kwaliteit van zijn werk, niet aan te tasten door hiërarchische verbanden.

Zodra de Maatschappij beschikt over de definitieve tekst van het wetsontwerp zal zij dit aan bovengenoemde uitgangspunten toetsen teneinde een meer definitieve standpuntsbepaling bekend te kunnen maken.

Een andere volksverzekering diende zich aan, namelijk de Algemene Arbeidsongeschiktheids Wet. De huisartsen zullen zeker ingeschakeld worden bij de uitvoering van deze wet. Dit zal vooral voor en tijdens de start zijn. Diegene die namelijk in aanmerking menen te kunnen komen (wellicht op advies van de huisarts) voor een der verstrekkingen van deze wet, zullen behalve een daartoe strekkend verzoek ook de nodige gegevens rond hun medische situatie moeten verstrekken, terwijl hun huisarts over bepaalde zaken zeker door de verzekeringsinstelling zal worden geconsulteerd. Het Centraal Bestuur heeft zich intensief met de problematiek van verklaringen etc. bezig gehouden, meestal ter advisering van het Hoofdbestuur. Enige punten welke daarbij naar voren zijn gebracht zijn:

De verzekeringsinstellingen zouden zich met gerichte vragen tot de huisarts kunnen wenden, van deze laatste kan geen medisch profiel of prognose worden verlangd. Alleen in de eerste periode van de wet zullen ook ongerichte vragen door de medisch adviseur kunnen worden

gesteld naar aanleiding van het ingevulde aanvraagformulier. Het bestuur zag de huisartsen bovendien liefst gevrijwaard van procedures in dit verband anders dan vanwege opzet of grove schuld van de huisarts. Tot op heden werd wel eens de regel gehanteerd, dat wanneer collega's elkaar informatie vroegen, deze gratis of tegen vergoeding van de kosten voor extra assistentie werd verstrekt. Het bestuur is van mening dat in het kader van de uitvoering van een wet als de onderhavige deze wat 'ouderwetse' regel niet opgaat, maar dat de huisarts een adequate honorering voor zijn werkzaamheden competeert.

Diverse taken van huisartsen

– *Cervix-smear*

Dit laatste geldt ook voor extra werkzaamheden door huisartsen verricht in het kader van het onderzoek naar baarmoederhalskanker. Dit onderzoek blijkt echter vaak buiten de plaatselijke huisartsen verenigingen te worden georganiseerd. De gesprekken welke met de Inspectie hierover in de zomer plaats hadden gaven ons de hoop dat de organisatie van dit onderzoek in goed overleg zou kunnen plaatsvinden. Later bleek dat andere kanalen daartoe werden aangeboord, die niet of weinig contact met de huisartsen onderhielden. Het eerste onderzoek mag dan preventief zijn, bij twijfel of nader onderzoek is daar minder sprake van en dit extra werk komt vaak zonder behoorlijk overleg bij de huisarts. Niet bedacht is bovendien dan de huisarts niet slechts een cervix-smear afneemt, maar vrijwel automatisch zijn onderzoek uitbreidt. Toch is het aantal huisartsen dat bij de grote onderzoeken direct is ingeschakeld niet groot, zodat op het punt van communicatie en onderlinge informatie alle zeilen zullen moeten worden bijgezet.

– *Verloskunde*

Een andere zaak die extra aandacht kreeg was de plaats van de huisarts bij de verloskunde. Een werkgroep werd geformeerd die een notitie schreef welke door het bestuur werd aanvaard als uitgangspunt voor verdere besprekingen met de vroedvrouwenorganisatie en de vereniging van obstetrie en gynaecologie. Maar alvorens deze gesprekken plaatsvonden, werd eerst de werkgroep samengevoegd met een werkgroep van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Deze laatste had de wetenschappelijke onderbouw en de taken van de huisarts bij de verloskunde omschreven. Dit laatste vormde de noodzakelijke aanvulling op het L.H.V.-stuk, dat in het bijzonder op de organisatorische kanten inging. Is het een wonder dat de L.H.V.-notitie vooral uitging van de wens van de patiënt en de goede samenwerking tussen de drie ten aanzien van de verloskunde werkzame disciplines? De notitie zal in 1976 nog worden besproken in een ledenvergadering van de L.H.V., zodat hierover thans nog geen definitieve standpunten kunnen worden vermeld.

– *Samenwerken*

Ook in het rapport van de K.N.M.G.-commissie Eerste Echelon: 'De plaats van de medicus in het eerste é chelon' dat als diskussienota zou verschijnen, stond samenwerking tussen de diverse disciplines voorop. Dit rapport hield weliswaar een beschrijving der werkzaamheden in van de huisarts, doch gaf tezelfdertijd een oordeel of deze verrichtingen wel typisch des huisarts' waren, hetgeen op kritiek van het bestuur stuitte.

In het rapport van het N.H.G.: 'Hoe helpt de dokter'? werd eveneens de samenwerking als uitgangspunt gekozen. Dit stuk dat door zijn leerstelligheid sommigen tot felle kritiek bracht, zal niettemin de komende tijd ook door ons nader bekeken moeten worden. Het Centraal Bestuur wijdde er met het bestuur van het N.H.G. een vergadering aan, waarbij veel vragen aan de orde konden worden gesteld. Nadere rapporten zullen overigens volgen.

De aanstaande huisartsen, van wie een deel zich duidelijk aangetrokken voelt tot geïnstitutionaliseerde samenwerking, worden over deze en andere zaken vaak reeds gedurende hun opleiding – door met name het bureau – voorgelicht. Ook zien wij workshops ontstaan tussen (aanstaande) werkers in het eerste échelon, die op deze wijze de vele zich voordoende problemen trachten op te lossen. Daarnaast treffen wij op provinciaal niveau (maar ook bijvoorbeeld in Amsterdam) platforms aan, waaruit technische hulp zal kunnen worden geleverd, maar ook een beleid kan worden voorbereid. De L.H.V. speelt zeker ten aanzien van dit laatste graag mee. Het technische gedeelte wordt thans reeds voor een groot deel op landelijk niveau door het Nederlands Huisartsen Instituut gerealiseerd via samenwerking met de landelijke kruisorganisaties en organisaties voor maatschappelijk werk.

Met het Nederlands Huisartsen Genootschap werd in 1974 het initiatief genomen te komen tot een landelijk beleidsorgaan dat de besturen der diverse organisaties van disciplines werkzaam in het eerste échelon zou kunnen adviseren. In maart 1975 kwam een eerste concretisering van deze samenwerking tot stand, welke zich beperkt tot de navolgende organisaties: Nationaal Centrum voor Kruiswerk, Nationale Raad voor Maatschappelijk Welzijn, Stichting Maatschappelijke Dienstverlening in de samenwerkende Samenwerkingsorganen, Nederlands Huisartsen Genootschap en Landelijke Huisartsen Vereniging.

Deze beperking heeft twee motieven: ten eerste wordt een dergelijk overleg bij grote aantallen moeilijker en ten tweede: de kern van de samenwerking in de eerstelijns gezondheidszorg is aanwezig, terwijl de diverse organisaties op hun beurt goede contacten (Contactgroep Gezondheidscentra) met andere disciplines kunnen onderhouden. De taak van de Commissie Groepspraktijken, welke destijds door N.H.G., L.H.V. en K.N.M.G. werd opgericht, werd nu onduidelijk. Zij werd – desgevraagd – opgeheven, niet echter dan nadat zij de L.H.V. adviseerde een commissie in te stellen die het bestuur over de typische huisartsenaangelegenheden binnen de diversiteit van samenwerkingsvormen zou kunnen adviseren. Het bestuur besloot daartoe op te richten de Commissie Samenwerkingsvormen, welke naast het bovenstaande tot taak kreeg te adviseren over het wegnemen van belemmeringen om tot samenwerking te komen en over de voorlichting en belangenbehartiging ten aanzien van de samenwerking.

Door de grote aandacht welke de Blauwdruk op de ledenvergadering van 6 juni kreeg, kwam het belangrijke punt van het bovengenoemd interdisciplinair landelijk overleg en zijn consequenties niet meer aan de orde. Duidelijk is namelijk, dat dit geen vrijblijvend informatie-clubje is, maar een samenwerking welke uitgaat van de wil daartoe en de wens om dit ook naar de achterbannen te brengen. Het laat het beleid der eigen organisaties in zoverre vrij, dat ten aanzien van veel problematieken slechts eigen afwijkende standpunten naar voren kunnen worden gebracht wanneer daarnaast ook de standpunten der anderen worden vermeld. Dit lijkt een pover begin. Maar in de dagelijkse praktijk is dat anders. Bij een rapport als de Blauwdruk hadden de mogelijke afwijkende standpunten van de andere organisaties moeten worden vermeld, als het niet was opgesteld toen deze afspraak niet of nauwelijks gold. En nu juist op het punt van samenwerking tussen de individuele gezondheidswerkers: – hoe? niet of weinig geïnstitutionaliseerd? verschillen de organisaties van inzicht, met name ook over de wegen waarlangs een en ander kan worden bereikt? Moet dit bijvoorbeeld geschieden door subsidies? Dat kan; althans wanneer het gaat om het opruimen van financiële barrières die het experimenteren onmogelijk maken. Anders wordt het wanneer bepaalde (N.B. dure) vormen tot politieke issues verklaard worden en op grond daarvan subsidies ontvangen. Dan gaat daar een te sterke definiërende, zelfs monopoliserende werking vanuit. Naar ons oordeel moet pluriformiteit ook bij het samenwerken mogelijk blijven zeker zolang niet vaststaat dat één vorm of een beperkt aantal vormen zonder meer de meest aangewezenen zijn, zowel uit het oogpunt van kosten en van samenwerkingsmogelijkheden, maar vooral uit een oogpunt van zorg voor de patiënt die hulp vraagt. Deze laatste heeft thans nog weinig mogelijkheden tot vergelijken en oordelen. Maar als de trend ons niet bedriegt, dan is de patiënt zelf niet meer zo voor schaalvergroting en de daaruit mogelijk voortvloeiende verontpersoonlijking.

Ondertussen werkte de Commissie Huisarts in Dienstverband, welke door L.A.D. en L.H.V. gezamenlijk is opgericht, gestaag door. Een interimrapport werd gepubliceerd waarin een model arbeidsovereenkomst voor de huisarts in dienstverband van een stichting/gezondheidscentrum was opgenomen. De problematiek van de huisartsenpensioenregeling welke ook voor de huisarts in dienstverband verplicht is en welke L.A.D. en L.H.V. verschillend benaderen werd hierbij niet opgelost. Deze kwam in een aantal vergaderingen met Gedelegeerden van het C.B. der L.A.D. aan de orde. De ervaringen welke inmiddels waren opgedaan bij het adviseren o.m. der bestaande centra als Ommoord, Withuis (Venlo) en Maarssenbroek was overigens in het interimrapport wel verwerkt. Deze advisering, die van niet geringe omvang is mede vanwege de complexiteit der problematiek heeft niet steeds het effect dat de betreffende huisartsen verlangen. Ondanks het feit dat de energie die er aan wordt besteed een veelvoud is van hetgeen bij de normale individuele huisartsenproblematiek het geval is wordt de hulp niet steeds in dank aanvaard.

De advisering moet nu eenmaal uitgaan van de bestaande situaties; beleidsombuigingen ten behoeve van experimenten worden wel nagestreefd en soms gerealiseerd maar kunnen – gezien de belangen van weer anderen – niet op stel en sprong plaatsvinden. Het is dan ook teleurstellend dat ondanks de inspanningen van vele functionarissen op de diverse bureaus een enkele huisarts zijn lidmaatschap opzegt omdat hij meent te kort te zijn gedaan. Beter ware het wanneer juist hij met mogelijke afwijkende inzichten in de vereniging tracht een klimaat te bewerkstelligen dat het iedere huisarts mogelijk maakt zich te ontplooien op ook voor de gezondheidszorg zo goed mogelijke wijze.

Een en ander kan zelfs tot conflicten leiden zoals in Rotterdam waar het bestuur van de P.H.V. en de huisartsen uit het gezondheidscentrum Ommoord botsten. Bijna leek het of N.H.G.-bestuur en Centraal Bestuur zouden worden meegesleept door de felle emoties welke dit conflict met zich mee bracht, doch op landelijk niveau konden de goede contacten misverstanden tijdig uit de wereld helpen. Wij zijn van mening dat van de huisartsen tolerantie jegens elkaar en elkaars standpunten moet kunnen worden gevraagd en inzicht in elkaars ideeën en streven. Op die wijze kan pluriformiteit bevruchtend voor elkaars werk zijn. Het bestuur blijft bereid om naar oplossingen in Rotterdam te zoeken.

Overigens heeft het bestuur niet alleen over het gemeentedienstverband (in Rotterdam) geadviseerd maar ook terzake van het niet toestaan van vrije vestiging in een gebied waar een

gezondheidscentrum gepland is. Dit speelde zich af in het zuiden van Nederland. Het bestuur achtte een afscherming der vestigingsmogelijkheden (vice versa) een zaak die de Plaatselijke Huisartsen Vereniging in het bijzonder aangaat. Jonge huisartsen worden daar steeds naar verwezen. Een dringend negatief advies van de P.H.V. aan jonge huisartsen om zich gedurende een bepaalde niet te lange periode na oprichting van een centrum ter plaatse niet te vestigen is een mogelijkheid welke door ons te verwezenlijken is. Het lijkt ons alleen maar het experiment ten goede te komen wanneer de patiënt op een goed moment wel de keuze krijgt tussen het centrum en enkele daar buiten werkende huisartsen.

Wanneer het vestigingsbeleid opnieuw aan de orde wordt gesteld komt ongetwijfeld het gebrek aan middelen om regulerend op te treden – zo daar al behoefte aan bestaat – ter sprake. Men kan wel bepaalde ideeën hierover hebben. Deze realiseren (en ten koste van wat?) is niet eenvoudig. Belangrijk hierbij is dat liefst alle betrokkenen de zin van een en ander inzien. Maar zolang dit nog niet het geval is moet het duidelijk zijn in hoeverre degene die zich over onder meer dit onderwerp uitspreekt wel representatief is voor de huisartsen. Dit was de achtergrond van de motie Tilburg welke door vele P.H.V.'s werd gesteund en welke ten onrechte van de veronderstelling uitging dat het N.H.G. zich zou opstellen als een vereniging welke representatief is voor de huisartsen en uit dien hoofde zijn uitspraken doet. Dit is echter onjuist, het N.H.G. pretendeert dit niet. Het wil echter wel discussies op gang brengen en gedachten lanceren die anderen op hun beurt aan het denken zetten. De L.H.V. is de enige alle huisartsen representerende vereniging die met haar uitspraken dan ook haar achterban achter zich moet weten.

Organisatie

Onze vereniging moet dan wel een hoge organisatiegraad hebben. Dat heeft zij: namelijk circa 94%. Toch is een lichte achteruitgang merkbaar die niet zo zeer ontstaat door bedankjes als wel door niet meer zo automatisch lid worden van de jonge huisartsen. Wellicht moet nog meer aan voorlichting worden gedaan, misschien is onvoldoende duidelijk wat allemaal door de L.H.V. (en dus ook de P.H.V. etc.) wordt gedaan. Dat begint bij plaatselijke waarnemingsregelingen en gaat via het sluiten van overeenkomsten over de honorering naar opleiding en nascholing. De P.H.V.'s zouden – zoals in het Gooi – eens contact kunnen opnemen met de enkele niet-leden. Er is bepaald geen reden voor ongerustheid maar er is wel reden voor enige activiteit. Onderstaand overzicht moge dit verduidelijken:

Opgave ziekenfonfdsraad mei		*opgave L.H.V.* ultimo	*organisatiegraad*
1970	4514	4316	95,61%
1971	4512	4296	95,21%
1972	4569	4328	94,72%
1973	4628	4355	94,10%
1974	4718	4466	94,65%
1975	4823 (mei)	4482	92,92%
	(ultimo)	4577	94,89%

Bureau

Aan de activiteiten van het bureau heeft dit naar mijn oordeel niet gelegen. De staf welke thans naast de directeur Mr. N. de Graaff bestaat uit Mej. Mr. H. A. van Andel, Drs. Th. A. M. Deelen en Mr. J. C. Sweijs houdt zich zeer veel met de individuele problematieken bezig. Daarnaast wordt het eigenlijke beleid door hen voorbereid en voor een deel uitgevoerd en tenslotte zijn er de beleidsadviezen en technische adviezen welke door hen aan het bestuur worden verstrekt. Met deze staf welke medio 1975 met de twee laatsgenoemden werd gecompleteerd zal de kwaliteit en de kwantiteit der werkzaamheden nog kunnen toenemen.

Buitenland

In september werd besloten – vorlopig voor een half jaar – aan de directeur de werkzaamheden op te dragen die vroeger de directeur Buitenland voor de L.H.V. verrichtte. Dit geschiedde in het besef dat de werkzaamheden zoals deze te voren in half-time functie door Mr. H. A. Veenstra werden gedaan nooit op die schaal zouden kunnen worden ingepast in het huidige werkpakket van het bureau. Gelukkig bleef de L.H.V. verzekerd van de (half-time) medewerking van Mej. Van der Meulen die gedurende de lange periode van ziekte van haar toenmalige directeur de lopende zaken voortreffelijk afwikkelde. Het belang echter van deze werkzaamheden was zo groot dat bij de integratie hiervan in het bureau de leiding aan de directeur werd opgedragen. Waren immers niet in 1975 de lang verbeide E.E.G.-richtlijnen over de vrije uitwisselbaarheid van artsen verschenen? Deze zullen van kracht worden per 1 januari 1977 maar voor die tijd moeten nog zeer veel werkzaamheden plaatsvinden, vooral op het punt der huisartsenopleiding. De situatie op dit stuk is bepaald niet rooskleurig te noemen omdat deze richtlijnen de opleiding tot huisarts niet regelen

althans niet op een vergelijkbare wijze als bij de specialisten of de Nederlandse opleiding na het arts-examen. Aldus zou het wellicht kunnen gebeuren – maar het laatste woord is hierover nog niet gezegd – dat buitenlandse artsen zich zonder specifieke huisartsenopleiding hier als huisarts (tevens medewerker aan het ziekenfonds) zouden kunnen gaan vestigen, terwijl dat niet mogelijk is voor Nederlanders. Het trieste van deze zaak is dat eigenlijk iedereen en met name de Union Européenne des Médecins Omnipraticiens – van welk bestuur onze ereleden Van Rijn en Van der Leeuw opnieuw voor 4 jaar gekozen zijn respectievelijk tot voorzitter en tot secretaris-generaal – het er over eens is dat een specifieke huisartsenopleiding een goede zaak is en dat ook de vrije circulatie van artsen binnen de E.E.G. na te streven is maar dat beide ideëen zo moeilijk in regelingen te vervatten zijn. De commissie van hoge ambtenaren en het raadgevend comité (waarin ook vertegenwoordigers van de K.N.M.G. zitting hebben) zullen zich met deze problematiek mede op vraagstelling van U.E.M.O. en L.H.V. terdege bezighouden. Anders zal niet slechts de opleiding in Nederland worden geschaad maar vooral ook de ontwikkeling in gelijke zin in bijvoorbeeld Engeland in de kiem worden gesmoord. Ter voorbereiding der vrije uitwisselbaarheid verschenen inmiddels twee rapporten van de U.E.M.O. en wel over de plaats van de huisarts in de sociale verzekering en zijn opleiding in de Europese Gemeenschap en ten tweede over toelatingsvoorwaarden voor de arts tot uitoefening van het beroep in de E.E.G.

Erelid

Ook aan aktiviteiten van bestuursleden heeft het niet ontbroken. Ik moge verwijzen naar de bijlage. Hier wens ik echter toch in het bijzonder te noemen collega C. van der Marel die na 17 jaar bestuurslidmaatschap vertrok en door de ledenvergadering werd benoemd tot erelid. Deze titel komt hem zeker toe gezien zijn werkzaamheden met name voor de apotheekhoudende huisartsen. Hij heeft hen begeleid bij de uitwerking van de wet op de geneesmiddelenvoorziening, die zoveel nieuwe problemen voor deze voor de volksgezondheid ten plattelande zo belangrijke groep met zich bracht. Hij heeft die taken thans aan anderen doorgegeven juist op het moment dat de plaats van de apotheekhoudende arts (en eigenlijk ook die van apotheker) opnieuw aan de orde wordt gesteld en dientengevolge wijzigingen in het vergunningenbeleid zich dreigen voor te doen. De Apotheekcommissie zal echter over de vele andere zaken ook hier de juiste adviezen voor het bestuursbeleid wel weten te treffen.

Bijsluiter

Een belangrijke zaak waar deze commissie zich de laatste jaren mee bezig heeft gehouden is de voorlichting aan patiënten over geneesmiddelen. De arts als eerste verantwoordelijk voor de informatie aan de patiënt kan daarbij gebruik maken van de groepsbijsluiter welke door K.N.M.G., K.N.M.P. en N.H.I. wordt uitgegeven; daarnaast is er de fabrieksbijsluiter welke voorlopig gegevens bevat bestemd voor artsen en apothekers maar straks meer gericht zal zijn op de informatie aan de patiënt. De apotheker is sinds 1 november slechts verplicht deze bijsluiter uit de kleinverpakking te halen wanneer de voorschrijvende arts dit nadrukkelijk wenst. In alle andere gevallen is de apotheker verplicht indien de arts de kleinverpakking voorschrijft de bijsluiter daarin te laten. Wij zijn er van overtuigd dat noch de industrie noch de K.N.M.G. of K.N.M.P. gelukkig zijn met deze overheidsmaatregel, die – juist ten behoeve van de patiënt – zoveel beter had kunnen zijn. Het laatste woord hierover is echter nog niet gezegd.

Slot

Kan een bestuur met zijn bureau nog meer activiteiten aan? Dat is een vraag die bij mij opkomt als ik het bovenstaande nog eens overlees. Ik zelf denk van wel, want de goede samenwerking van de bestuursleden onderling (en dat is iets anders dan het steeds eens zijn), van het bestuur met de commissies en van de vereniging en zijn organen met het bureau vermag veel. En als het werk de Nederlandse huisartsen en daarmee de gezondheidszorg ten goede komt kan veel, zeer veel worden gerealiseerd.
Rest mij hier nog de medewerkers van het Bureau te complimenteren met hun inzet en enthousiasme.

F. A. van Spanje, secretaris

Bijlage

Feiten bij het jaarverslag der L.H.V. over 1975

Per 31 december 1974 telde de L.H.V. 4466 leden, waarvan 1264 apotheekhoudende leden. Per 31 december 1975 waren deze aantallen respectievelijk 4577 en 1350.

In 1975 was het *Centraal Bestuur* als volgt samengesteld:

S. van Randen – voorzitter; W. Derksen – ondervoorzitter; F. A. van Spanje – secretaris; F. Pasdeloup – penningmeester; A. B. M. van Berkel – lid; C. van der Marel – lid; G. A. Meyer – lid; W. Vegelin – lid; W. J. Waal – lid; J. W. Jacobze – lid per 6-6-1975 in vakature augustus 1974 wegens aftreden Th. J. Weterman; vacature – lid wegens tussentijds aftreden van W. A. M. Koch per 1-7-1975.

Adviserende leden: C. F. A. Heijen (namens het H.B. der K.N.M.G.); L. E. M. Valk (namens het C.B. der L.S.V.) tot 15-9-1975, daarna F. S. K. Scholl; Dr. P. G. Vertin (namens het C.B. der L.A.D.); W. H. Plomp (namens het bestuur van het N.H.G.); (adviserend lid in verband met zijn lidmaatschap van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid).

De *Commissie van Gedelegeerden* bestond uit: S. van Randen – voorzitter; W. Derksen – ondervoorzitter; F. A. van Spanje – secretaris; F. Pasdeloup – penningmeester; C. F. A. Heijen – H. B. der K.N.M.G.

De *Commissie Ziekenfondstarieven* (medische sectie, Z.T.C.m) bestond uit: W. Derksen – voorzitter; C. van der Marel – wrnd. voorzitter; A. B. M. van Berkel, A. J. Metz, S. van Randen, F. M. Vernooy, P. A. M. van der Werf.

De *Commissie Ziekenfondstarieven* (farmaceutische sectie, Z.T.C.f) bestond uit: C. van der Marel – voorzitter; A. B. M. van Berkel, A. C. J. Gerritsen, A. J. Koning, G. C. Kooyker, J. B. Schueler, W. Vegelin.

De *Verrichtings-tarievencommissie* (V.T.C.) bestond uit: G. A. Meijer – voorzitter; B. Binnerts, J. W. Jacobze – (tussentijds opgevolgd in vakature Koch), J. Rutteman, F. A. van Spanje, W. H. F. Klokke (adv. scheepszaken en keuringsformulieren).

De *Apotheekcommissie* (A.C.) bestond uit: C. van der Marel – voorzitter; W. Vegelin – secretaris-penningmeester; J. F. A. Idema – commissaris voor het noorden; P. M. J. van der Haagen – commissaris voor het oosten; Th. J. Litjens – commissaris voor het zuiden; G. J. Buth – commissaris voor het westen; W. A. L. A. Leenaers – commissaris voor het centrum.

De *Commissie Voorlichting en Communicatie* (C.V.C.) bestond uit: F. A. van Spanje – voorzitter; J. W. Jacobze – (tussentijds opgevolgd in vakature Koch), C. Z. Salomé, C. C. G. Jansens, B. Meier.

Nederlandse delegatie U.E.M.O.: J. F. A. van Rijn (tevens voorzitter bestuur U.E.M.O.); J. I. van der Leeuw (tevens secretaris-generaal U.E.M.O.); V. C. L. Tielens; F. Pasdeloup (plv. lid); W. H. Plomp (plv. lid).

De *ledenvergadering* kwam 5× bijeen, namelijk op: 24/1, 14/2, 10/4, 6/6 en 28/11.

Het *Centraal Bestuur* vergaderde 20×, namelijk op: 17/1, 24/1, 28/1, 6/2, 12/2, 21/2, 6/3, 21/3, 23/4, 21/5, 28/5, 18/6, 27/8, 5/9, 24/9, 3/10, 5/11, 21/11 en 17/12.

Het C.B. vergaderde 4× met de *districtsvoorzitters* namelijk op: 13/1, 25/3, 4/9 en 28/10.

Tien *regionale bijeenkomsten* werden georganiseerd waarbij C.B.-leden aanwezig waren op: 8 september te Amsterdam, 17 september te Alkmaar, 22 september te Eindhoven, 1 oktober te Utrecht, 8 oktober te Bergen op Zoom, 15 oktober te Drachten, 20 oktober te Delft, 29 oktober te Almelo, 3 november te Sittard en 12 november te Arnhem.

Het *C.B.-weekend* vond plaats te Arnhem op 2 en 3 mei 1975.

Het *jaardiner* vond plaats te Vreeland op 14-11-1975.

De *Commissie van Gedelegeerden* kwam 13× bijeen en wel op: 14/1, 11/2, 11/3, 15/4, 13/5, 10/6, 23/6, 8/7, 19/8, 16/9, 14/10, 11/11 en 9/12.

Gedelegeerden vergaderden met het *D.B. van het N.H.G.* op: 5/3, 15/4, 15/5, 21/5, 9/6, 3/9, 29/9 en 1/12, in totaal 8×.

Gedelegeerden vergaderden 1× met delegaties van N.H.G. en N.H.I. op 11/3 en 1× met de P.H.V., respectievelijk districtsvoorzitters van Nijmegen, Utrecht en Rotterdam op 15/7.

De *Commissie Ziekenfondstarieven* (medische sectie) kwam 14× afzonderlijk bijeen en wel op: 8/1, 13/2, 27/2, 10/3, 17/3, 9/4, 17/4, 1/5, 4/6, 10/9, 6/10, 17/11, 24/11 en 15/12.

Met de *V.T.C.* werd 1× vergaderd op 15/5 en 2× met vertegenwoordigers van de L.S.V. op 16/6 en 14/7.

In de *Onderhandelingscommissie medische sectie* (O.C.m) werd 6× vergaderd, namelijk op 13/2, 17/3, 9/4, 17/4, 17/11 en 16/12. De O.C. vergaderde met de L.S.V. op 15/12.

De *Commissie Ziekenfondstarieven* (farmaceutische sectie) vergaderde afzonderlijk 7× en wel op: 9/1, 24/2, 4/3, 18/4, 7/5, 17/6 en 1/12.

In de *Onderhandelingscommissie farmaceutische sectie (O.C.f.) werd 4× vergaderd, namelijk op 26/2, 18/4, 16/5 en 3/12.*

De Apotheekcommissie (A.C.) kwam 9× bijeen en wel op: 22/1, 19/2, 26/3, 14/5, 20/8, 10/9, 15/10, 19/11 en 22/12, alsmede 1× met K.L.O.Z. op 25/6 en 1× met Clanag op 17/9. Het A.C.-weekend werd gehouden op 20 en 21 juni te Wagenberg.

De *Verrichtingstarievencommissie* (V.T.C.) kwam in het verslagjaar 8× bijeen, namelijk op 16/1, 20/3, 17/4, 19/6, 21/8, 18/9, 16/10 en 20/11 alsmede 1× met Z.T.C. op 15/5.

De *Commissie Voorlichting en Communicatie* (C.V.C.) vergaderde 9× en wel op 20/2, 12/3, 10/4, 9/7, 5/8, 2/10, 30/10, 18/11 en 8/12.

De *U.E.M.O.-delegatie* kwam tweemaal apart bijeen en wel te Utrecht op 28-1-1975 en op 30-10-1975. Het Bestuur van de U.E.M.O. vergaderde tweemaal in Amsterdam, namelijk op 1 maart en op 6 december 1975, terwijl de Algemene Vergadering op 7 december 1975 eveneens in Amsterdam bijeen kwam. Vergaderingen der U.E.M.O.-Commissies werden gehouden op 2 en 3 mei in Luxemburg, op 27 en 28 juni in Dublin en op 17 en 18 oktober in Venetië.

personalia K.N.M.G.

Adspirant leden

D. W. Bakker, v. Hogendorpstraat 68, Leiden.
Mevr. D. A. M. G. Bongers-Janssen, Weezenhof 63-25, Nijmegen.
A. van Deelen, Malderburchtstraat 420, Nijmegen.
R. T. Eekhof, Herensingel 34, Leiden.
H. F. W. J. Engelaar, Molukkenstraat 66, Nijmegen.
S. J. Gerbers, Meidoornstraat 47, Heerlen.
P. L. G. Haenen, Klaroenstraat 19, Nijmegen.
J. A. M. v.d. Ham, Molenweg 2, Nijmegen.
M. M. Hendriks, Lauwerszeeweg 89, Eindhoven.
M. J. J. M. van Hengstum, Lange Hezelstraat 101, Nijmegen.
C. A. van Heukelem, Bekkerstraat 1, Utrecht.
J. A. M. Irsel, Sneeuwbalstraat 39, Nijmegen.
G. R. H. J. Jansen, Alex. Numankade 21, Utrecht.
W. Joosten, Nipkowplein 20, IJsselstein.
Mevr. M. G. van Klinken, L. Davidsstraat 75, Den Haag.
H. C. Klomps, v. Vollehovenlaan 116, Utrecht.
J. M. G. Köppen, Ingenhouszstraat 21, Nijmegen.
D. J. van Lammeren, Past. Schelstraeteweg 5, Nijmegen.
R. M. van Mechelen, Malvert 11-12, Nijmegen.
B. Ch. F. Muller, Kagerstraat 20, Leiden.
J. Patijn, Doedestraat 72B, Rotterdam.
Mevr. A. L. van Ravesteijn-Weber, Catharinastraat 8, Leiden.
C. J. A. van Ruth, A. Noorduynstraat 27, Nijmegen.
R. P. C. Rijke, Zwaansteeg 2, Schiedam.
H. M. Schaap, Lindelaan 8, Bennekom.
R. J. P. Schmidt, Steenstraat 18, Leiden.
S. P. T. Sinkeler, Amsterdamseweg 97, Arnhem.
E. van der Veen, Hanedoesstraat 46, 's-Gravenhage.
Mej. M. V. S. Voitus van Hamme, Drift 5 bis, Utrecht.
L. S. de Vries, Sportlaan 27, Gouda.
P. B. M. Went, Langestraat 20, Leiden.
A. L. Winters, Bilderdijkstraat 15 zw. Haarlem.
E. F. Zwaanswijk, Lorentzlaan 11, Heemstede.
A. v.d. Zwart, Oude Vest 35, Leiden.

Overleden

F. W. F. Arndt, Weerdestein 134, Amsterdam.
Dr. C. Belonje, Herenweg 188, Heemstede.
Dr. G. Blomhert, Adelheidstraat 14, 's-Gravenhage.
R. K. Brouwer, Pr. Beatrixstraat 1, Hoogeveen.
E. E. M. van Gilse, Nieuwlandersingel 46, Alkmaar.
J. H. Jager, De Oppens 2, Drachten.
Dr. J. R. Jansma, 's-Gravenlandseweg 39, Hilversum.
H. J. Oosterhuis, Vlaskamp 132, Den Haag.
A. G. Reyers, Graaf Ottoweg 79, Lobith.
Dr. Th. A. Vos, Laan van Meerdervoort 394, Den Haag.

van de S.R.C.

Kort verslag plenovergadering d.d. 20 maart 1976

In bespreking kwamen onder andere de navolgende punten:

Het zevende jaar

Wegens de aanvang van het zevende jaarscurriculum aan sommige universiteiten wordt de vraag gesteld, of een gedeelte van dit zevende jaar in mindering mag worden gebracht op de opleiding tot specialist. Dit laatste blijkt slechts mogelijk te zijn voor de duur van een half jaar, indien de opleidingen hier te lande langer duren dan de minimumduur van de opleidingen, die zijn vastgesteld door de Raad van Europa. Indien de opleidingsduur gelijk is, kan geen verkorting worden verleend. De in het zevende jaar voor een bepaald specialisme gevolgde opleiding kan dus niet altijd meetellen voor de opleiding na het arts-examen. Deze aftrek geldt wel voor de specialismen heelkunde, oogheelkunde, keel-, neus-, oorheelkunde, plastische chirurgie, cardio-pulmonale chirurgie, cardiologie, bacteriologie, revalidatie, dermatologie en allergologie.
De hoogleraren, die deze specialismen doceren, dragen de verantwoordelijkheid voor deze stage. Opgemerkt moet worden, dat de beoordeling van dit half jaar opleiding, waarna de verdere specialistenopleiding wordt gevolgd, door de toekomstige opleider na verblijf van 2 jaar geschiedt. Wanneer deze positief is, kan dit half jaar meetellen voor de gespecialiseerde opleiding.

Clearing house

De door het H. B. geaccepteerde benaming voor de instelling van een Registratie- en Informatiecentrum opleidingen (R.I.O.) wordt overgenomen. Ten aanzien van de opdracht aan de werkgroep om een centrum te vormen in het kader van vraag en aanbod van opleidingsplaatsen heerst echter de mening, dat er voor de opleiders een zekere gebondenheid in het aantrekken van assistent-geneeskundigen zal ontstaan. Hierbij wordt aan de mogelijkheid gedacht om de Concilia van de wetenschappelijke specialistenverenigingen in te schakelen om deze 'pooling' van hun specialismen ter hand te nemen.

Erkenningen van opleiders en opleidingsinrichtingen

Anesthesie – Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit te Amsterdam: voortzetting van de opleiding met 5 jaar.

Cardiologie – Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit te Amsterdam: voortzetting van de A-opleiding voor 5 jaar.

Heelkunde – Sint Jozef Ziekenhuis te Deventer: de B-opleiding is verleend voor 5 jaar. Diaconessenhuis te Hilversum: Over de voortzetting van de B-opleiding wordt de visitatiecommissie geraadpleegd. Havenziekenhuis te Rotterdam: B-opleiding verleend voor 5 jaar.

Inwendige geneeskunde – Juliana Ziekenhuis te Apeldoorn: voortzetting van de B-opleiding voor 5 jaar. Bleuland Ziekenhuis te Gouda: B-opleiding verleend voor 2 jaar. Sint Lambertus Ziekenhuis te Helmond: voortzetting van de B-opleiding voor 5 jaar. Eudokia Ziekenhuis te Rotterdam: voortzetting van de B-opleiding voor 2 jaar.

Neurologie – Academisch Ziekenhuis te Utrecht: voortzetting van de A-opleiding voor 5 jaar.

Orthopedie – Westeinde Ziekenhuis te 's-Gravenhage: voortzetting van de A-opleiding voor 5 jaar. De Wever Ziekenhuis te Heerlen: voortzetting van de A-opleiding voor 3 jaar. Annakliniek te Leiden: voortzetting van de A-opleiding voor 3 jaar.

Radiodiagnostiek en Urologie – Sint Clara Ziekenhuis te Rotterdam: voortzetting van de A-opleiding voor 5 jaar. Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit te Amsterdam: voortzetting van de A-opleiding voor 5 jaar. Rode Kruis Ziekenhuis te 's-Gravenhage: voortzetting van de A-opleiding voor 3 jaar. Academisch Ziekenhuis te Groningen: voortzetting van de A-opleiding voor 5 jaar. Academisch Ziekenhuis Rotterdam Dijkzigt te Rotterdam: voortzetting van de A-opleiding voor 5 jaar.

Besloten is twee verzoeken tot opleidingsbevoegdheid niet te verlenen.

Ziekenhuizen en specialistenopleiding

De publikatie van Dr. Vermeyden in Medisch Contact over dit onderwerp wordt op zijn waarde beoordeeld. Tegen het daarin behandelde vetorecht voor het ziekenhuiswezen in het algemeen tegen de in het kader van de specialistenopleiding te nemen besluiten bestaat kritiek, omdat dit recht slechts toekomt aan de Minister van Onderwijs en Wetenschappen. Het is onlogisch om een orgaan, van wie de gedelegeerden medewerken aan de besluitvorming in het Centraal College een vetorecht toe te kennen. Wél heeft de S.R.C. waardering voor de positieve inbreng van het ziekenhuiswezen en zal zij de mogelijkheden onderzoeken tot een afvaardiging in de Commissie van Uitvoering. Ook het verlenen van stemrecht van de gedelegeerden van de groep opleidingsziekenhuizen in de plenovergaderingen der S.R.C. zal worden bestudeerd. Wél zullen deze voorstellen de goedkeuring behoeven van het Centraal College, dat als wetgevend orgaan hiervoor een modus zal moeten vinden.

Een filosofie over de opleiding tot specialist

De door Prof. Dr. J. J. G. Prick opgestelde beschouwing, waarin de intermenselijke aspecten welke niet in de opleidingseisen zijn opgenomen maar toch voor de in opleiding zijnde artsen van groot belang zijn, heeft de algemene instemming van de vergadering. Het stuk wordt zodanig belangrijk geacht dat er de benaming: 'een filosofie over de opleiding tot arts en specialist' aan kan worden gegeven. De publikatie zal in Medisch Contact verschijnen.

Concept-opleidingseisen specialisme klinische chemie

De door het Centraal College in concept opgestelde eisen geven aanleiding tot vragen speciaal met betrekking tot de groepen medici en niet-medici. In het register zijn thans 9 klinische chemici ingeschreven. Veel belang wordt gehecht aan de functie van de arts als klinisch chemicus in het laboratorium. Het zal met betrekking tot de opleiding de aandacht moeten hebben, dat een arts als opleider fungeert. De concept-eisen te stellen aan de opleiders behoeven verduidelijking, hetgeen aan het Centraal College zal worden bericht.

Opleiding specialisme longziekten

De mogelijkheid wordt overwogen deze opleiding aan het Sint Radboud Ziekenhuis te Nijmegen te verlenen. Een visitatie betreffende de opleidingen in dit ziekenhuis, alsmede in de Van Spanjekliniek en Dekkerswald, zullen moeten worden verricht. Nadat de visitatierapporten zijn ontvangen zal de S.R.C. een beslissing nemen.

ATTENTIE

Ter voorkoming van misverstanden hierbij nogmaals de juiste data van drie binnenkort te houden ledenvergaderingen:

- **zaterdag 15 mei 1976 een ledenvergadering van de L.S.V. (zie convocatie M.C. nr. 16, blz. 494);**
- **donderdag 3 juni 1976 een ledenvergadering van de L.H.V. (zie convocatie M.C. nr 18, blz. 573);**
- **donderdag 10 juni 1976 een extra ledenvergadering van de L.S.V. (zie convocatie M.C. nr 19, blz. 608, waarbij abusievelijk het vignet van de L.H.V. is afgedrukt).**

---

inhoud officieel

Van het Hoofdbestuur:
Steunt Stichting Artsen naar Ontwikkelingslanden **630**

Van het Centraal Bestuur L.S.V.:
Kandidaatstelling **631**

Van het Centraal Bestuur L.H.V.:
Verslag over het jaar 1975 van de secretaris der L.H.V. **632**

Personalia K.N.M.G. **642**

Van de S.R.C.:
Kort verslag plenovergadering d.d. 20 maart 1976 ..... **643**

Nr. 20 – 14 mei 1976