



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

Langs wettelijke paden van ziekenhuisbouw naar gezondheidsvoorzieningen

Teneinde daarover gedachtenwisseling op gang te brengen heeft de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid Dr. R. J. H. Kruisinga onlangs een voorontwerp van wet gepubliceerd, houdende uitbreiding van de Wet

ziekenhuisvoorzieningen naar een Wet gezondheidsvoorzieningen. Dit voorontwerp beoogt een samenhangende structuur in de gezondheidszorg te bevorderen. Ter bereiking van dit doel acht de staatssecretaris het noodzakelijk ook de gehele extramurale zorg, voor zover die fungeert in de vorm van instellingen voor maatschappelijke gezondheidszorg — zoals sociaal-psychiatrische diensten, medisch-opvoedkundige bureaus, diensten van Kruisorganisaties e.d. — aan een wettelijk vergunningsstelsel te onderwerpen; een stelsel, dat op dezelfde manier kan worden opgevat als geldt terzake van ziekenhuisvoorzieningen in de Wet ziekenhuisvoorzieningen.

De staatssecretaris heeft echter niet alleen het oog gericht op instellingen van maatschappelijke gezondheidszorg. De bewindsman zegt zich te kunnen voorstellen — uit een oogpunt van volksgezondheid — dat ook ten aanzien van de door zelfstandige beroepsbeoefenaars uitgeoefende extramurale zorg een regeling van de spreiding nodig zou zijn wanneer, regionaal of landelijk, een onevenredige spreiding dreigt. Daarom heeft hij in zijn concept voor een wetsontwerp tevens voorzien in de mogelijkheid om — „indien gewichtige belangen daartoe aanleiding geven” — dit feitelijke stelsel van vergunning of verbod ook te hanteren ten opzichte van de zelfstandige beroepsbeoefenaar, waarbij dan in het bijzonder te denken is aan de arts en de tandarts, die zich wil gaan vestigen. Geen vergunning zal zijn vereist voor de zelfstandige beroepsbeoefenaar, die bij het in werking tre-

26e JAARGANG — No. 17 — 30 APRIL 1971

INHOUD

| | |
|---|-----|
| Langs wettelijke paden van ziekenhuisbouw naar gezondheidsvoorzieningen | 461 |
| De 157ste Algemene Vergadering der Maatschappij | 463 |
| G. C. M. van Maarsseveen erelid | 465 |
| Een volksverzekering voor gezondheidszorg? | 466 |
| Structuur van de ziektekostenverzekering . | 471 |
| Gesprek met Dr. R. J. H. Kruisinga, staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid | 474 |
| Uitspraak Centraal Medisch Tuchtcollege . | 475 |
| Brieven uit de Bibliotheek van de Maatschappij (X) | 477 |
| Van „Wet ziekenhuisvoorzieningen” naar „Wet gezondheidsvoorzieningen” | 478 |
| Medische Faculteit Rotterdam wil opgaan in rijksuniversiteit | 483 |
| Van het hoofdbestuur: Kort verslag H.B.-vergadering 'd.d. 6 maart 1971 | 484 |
| Brieven aan de redactie | 486 |
| Varia | 487 |

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

Colofon op bladzijde 488.

den van de gedachte wet reeds te eniger plaats als zodanig werkzaam is.

Hoewel wordt bepaald dat de artikelen of onderdelen van artikelen van de ontworpen wet op verschillende tijdstippen in werking zullen kunnen treden, neemt dat toch niet weg dat dan de wettelijke mogelijkheid voorhanden zou zijn om — „indien gewichtige belangen daartoe aanleiding geven” — onevenredige spreiding in de vestiging van zelfstandige beroepsbeoefenaars door middel van een vergunningsstelsel tegen te gaan.

In de Memorie van Toelichting wijst de staatssecretaris er met nadruk op dat dit systeem niet is opgezet als een regeling van boven af, maar dat de concretisering daarvan dient op te komen uit en gedragen te worden door de initiatieven, die uit de maatschappij voortkomen. Het is natuurlijk zeer welwillend van de overheid deze initiatieven af te wachten, maar stelt zij haar verwachtingen niet te hoog wanneer zij meent of hoopt dat degenen, die op grond van daartoe verworven bevoegdheid toetreden tot enige groepering van zelfstandige beroepsbeoefenaars, zich zullen willen richten naar terzake van evenredige spreiding binnen die groeperingen genomen initiatieven?

Men zou zich hierbij kunnen afvragen of niet naar andere, positieve middelen zou kunnen worden gestreefd om evenredige spreiding zoveel mogelijk te bevorderen. Te denken is bijvoorbeeld aan parkeerfaciliteiten voor artsen in grote steden, niet alleen daar waar een tekort aan huisartsen dreigt, aan het zonder veel vertraging ter beschikking stellen van goede (praktijk)woningen - al zullen deze en andere wellicht vele importantere faciliteiten natuurlijk in menig geval onvoldoende tegenwicht kunnen bieden tot desiderata, die bij overweging van vestiging verband kunnen houden met bijvoorbeeld vergrijzing van het patiëntenbestand van praktijken in verouderende stadsdelen en dergelijke.

Hoe ook, enige alternatieve initiatieven van overheidswege om evenredige spreiding van vestiging van zelfstandige beroepsbeoefenaars in de sector extramurale gezondheidszorg te bevorderen zouden, naast een vergunningsstelsel, dat geen panacee is, toch wel wenselijk kunnen worden genoemd. Zo lijkt in ruimer verband daartoe dienstig de daadwerkelijke medewerking van de overheid tot het scheppen van een zo gunstig mogelijk klimaat voor de artsen onder deze zelfstandige beroepsbeoefenaars. Klimatologisch gesproken schijnt de traagheid van de loop van het wetsontwerp Beroeps-

pensioenfondsen in dit opzicht een voortdurend bewolkte hemel te forceren.

Ter toelichting van zijn voorontwerp tot een wetsontwerp — dat men op bladzijde 478 van dit nummer met de onverkort weergegeven Memorie van toelichting kan aantreffen — wordt gezegd, dat deze uitbreiding van „Ziekenhuisvoorzieningen” naar „Gezondheidsvoorzieningen” geen wezensvreemd element brengt in de Wet ziekenhuisvoorzieningen en reeds van het begin af in de Wet ziekenhuisvoorzieningen in principe mede begrepen was. De uitbreiding of het element? Als de staatssecretaris doelt op het element stuit men toch wel op een hiaat wanneer men iets verder terugblijkt en constateert, dat dit element in 't geheel niet aan de orde is geweest bij de bron, te weten het wetsontwerp Ziekenhuisbouw (M.C. no 38 /1968, blz. 985). Dat ontwerp bepaalde zich strikt tot het geven van regelen ter bevordering van een doelmatige voorziening in de behoefte aan ziekenhuizen en andere inrichtingen van gezondheidszorg; het was, zoals in de daarbij behorende Memorie van Toelichting met zoveel woorden werd verklaard, „zo eenvoudig en zo doeltreffend mogelijk van opzet” om doelmatige voorzieningen in dit soort inrichtingen te bereiken en onnodige kosten te vermijden.

Aangaande dat wetsontwerp heeft de Vaste Commissie der Tweede Kamer voor Volksgezondheid zoveel vragen en desiderata opgeworpen, dat de staatssecretaris daarin aanleiding heeft gevonden aan zijn Memorie van Antwoord op het Voorlopig Verslag dezer Commissie een nota van wijziging toe te voegen, strekkende het ontwerp Wet ziekenhuisbouw uit te breiden tot en te herdopen in een Wet ziekenhuisvoorzieningen (M.C. no 1/1971, blz. 11). En geenszins in dit uitgebreidere en herdoopte wetsontwerp — waarbij o.a. ook de aanschaf van apparatuur in ziekenhuizen aan regelingen werd onderworpen — is dit niet wezensvreemd genoemd element opgekomen, doch eerst in de daarover met de Kamercommissie gevoerde schriftelijke gedachtenwisseling. Dit geschiedde naar aanleiding van de in het Voorlopig Verslag over het gewijzigde ontwerp neergelegde opvatting van sommige leden dezer Commissie, dat zowel een ziekenhuisbouw-wet als een ziekenhuisvoorzieningen-wet het best te bediscussiëren zou zijn in het kader van een nationale gezondheidszorg. De staatssecretaris heeft daarop in die schriftelijke gedachtenwisseling zijnerzijds gesteld dat hij voorstander was van een nationale gezondheidszorg, waarbij hij evenwel aan

dat begrip een andere inhoud wenste te geven dan bedoelde leden der Kamercommissie daaraan wilden verbinden. Het ter sprake brengen van dit begrip „nationale gezondheidszorg” leidde dan weer tot een verdere uiteenzetting van de bewindsman, waarin men dan — ergo in de gedachtenwisseling met de Kamercommissie — het niet wezensvreemd verklaarde element herkent, dat nu is ingebouwd in een concept voor wijziging van een Wet ziekenhuisvoorzieningen naar een Wet gezondheidsvoorzieningen.

Van een „zo eenvoudig en doeltreffend mogelijk” wetsontwerp Ziekenhuisbouw is men geraakt tot een wetsontwerp Ziekenhuisvoorzieningen, inmiddels tot wet verheven. Van deze

wet weer via uitbreiding naar een Wet gezondheidsvoorzieningen?

Het concept voor dit wetsontwerp roept ongetwijfeld vele vragen op, die aanleiding zullen geven tot discussie in de kringen van zelfstandige beroepsbeoefenaars en zeker in de leidingen van hun beroepsorganisaties, die, meent men toch wel te mogen aannemen, in principe naar vermogen zullen willen bijdragen om — als men zich tot de medici beperkt — een zo gunstig mogelijke spreiding van het artsenpotentieel te bevorderen. Of de overheid, om dit te enthousiasmeren, daarvoor een stok achter de deur gereed moet gaan houden?

v.M.

De 157ste Algemene Vergadering der Maatschappij

Ter inleiding van de zaterdag 24 april i.l. in het Jaarbeurs-congrescentrum te Utrecht gehouden 157ste Algemene Vergadering der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heeft de voorzitter *Prof. Dr. Th. Vossenaar* — nadat de sinds de voorgaande Algemene Vergadering aan de Maatschappij ontvallen leden waren herdacht — bij het door hem gegeven overzicht van de veelheid van onderwerpen en problemen, waarmee de Maatschappij wordt geconfronteerd, een keuze gemaakt uit de belangrijkste onderwerpen. Van grote betekenis achtte hij vooreerst de studie, die nog steeds gaande is, over de toekomstige structuur van de ziekteverzorgingsverzekering. Een bijzondere commissie van de Sociaal Economische Raad buigt zich reeds geruime tijd hierover en deze commissie heeft ook aan de Maatschappij een aantal vragen voorgelegd. Bij de beantwoording, aldus Prof. Vossenaar, stipuleerden wij uitdrukkelijk dat het Maatschappij-standpunt vrijblijvend moest zijn aangezien er geen gelegenheid was op zo korte termijn de Algemene Vergadering te raadplegen. Het verheugde de voorzitter dat in de middagvergadering uitvoerige informatie over deze problematiek zou kunnen worden gegeven.

Nauwelijks van minder belang achtte Prof. Vossenaar de studies en de daaruit voortgevloeide, voor het merendeel zeer doorwrochte nota's, hoofdzakelijk van de kant van de overheid, over de financiering van de maatschappelijke gezondheidszorg, de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg en de inmiddels door het parlement aangenomen Wet ziekenhuisvoorzieningen. De te verwachten uitbreiding van het werkingsgebied van deze wet tot de extramurale zorg zal de Maatschappij in de toekomst stellig nog in ruime mate bezig houden.

De voorzitter meende dat brede inlichting over het vele, dat in het afgelopen half jaar werd gezegd,

geschreven en gedacht terzake van de opleiding tot arts overbodig mocht heten. Hij kon wel verzekeren dat dit deel van de werkzaamheden in de afgelopen periode bijzonder veel aandacht van het hoofdbestuur en van de werkkraacht van het secretariaat heeft geëist. Vele vaak tegenstrijdige standpunten maakten de coördinatie in deze moeilijk, waarbij onverwachte tegenslagen moesten worden geïncasseerd. Toch bestaat de goede hoop dat met name de strijd rond de opleiding tot huisarts nu spoedig zal zijn uitgewoed en dat de minister van Onderwijs en Wetenschappen zal besluiten ten gunste van het door de Maatschappij onwankelbaar aangehangen standpunt: invoering van raamplan I met voldoende garanties dat de huisartsopleiding inderdaad zal worden gevolgd.

De nascholing is als onderwerp van aanhoudende zorg vanzelfsprekend nauw met de opleiding als zodanig verweven. Het stemt tot voldoening dat de plannen tot oprichting van een interuniversitair instituut tot bevordering van deze nascholing vaste vorm krijgen, een instituut waarvoor de Maatschappij met recht zich tot de ouders kan rekenen: zonder het initiatief van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst zou het voorlopig niet zover zijn gekomen! De discussies en werkzaamheden rond de oprichting van de 8e medische faculteit, de initiatieven tot het instellen van een huisartsenregistratie, zijn evenzovele facetten van deze zelfde zorg voor een goed niveau van de medische opleiding en voor de handhaving van dit niveau.

Tenslotte wilde Prof. Vossenaar in dit kader niet onvermeld laten de grote activiteit, door het Centraal College en het College Sociale Geneeskunde betoond bij de formulering en herziening van de onderscheiden opleidingseisen. Nog steeds — en gelukkig — ligt hier een gewichtig terrein waarop

de Maatschappij zich met grote kennis van zaken beweegt.

Samen met vele andere groeperingen in onze samenleving werden wij, aldus de voorzitter, geconfronteerd met het drugprobleem. Een speciale studiegcommissie binnen het hoofdbestuur belastte zich met het uitdiepen van deze problematiek. Het hoofdbestuur is voornemens, meer dan voorheen, door bepaalde, wat meer specifiek deskundige commissies uit zijn midden, onderwerpen te laten signaleren en bestuderen, zij het sociaal-economische, medische of algemeen maatschappelijke onderwerpen. Vooral het laatstgenoemde facet — de algemeen maatschappelijke zijde — zal niet minder aandacht mogen krijgen, dan de andere onderwerpen. De ervaringen op en na het ledencongres van vorig jaar, hebben wel uitgewezen dat een confrontatie met deze problematiek ons zal worden afgedwongen wanneer wij ons zelf niet openstellen voor signalen en noodkreten uit het maatschappelijk leven. Het bestaan van groepen kritische collegae kan, als zodanig, zijn nut afwerpen.

Of de vele hoofdbrekens die de volkstelling, begin van dit jaar, ook het hoofdbestuur heeft bereid, zijn nut hebben afgeworpen, wilde de voorzitter in twijfel trekken.

Na dit summiere overzicht van een aantal belangrijke algemene vraagstukken, waarmee het hoofdbestuur zich in de afgelopen zeven maanden heeft bezig gehouden, betrad Prof. Vossenaar het terrein van de Maatschappij als vereniging van individuele leden. Men zal het interesseren dat er naar wordt gestreefd de ledenservice uit te breiden waarbij met name is gedacht aan de voorlichting van onze jonge aanstaande leden, zo zeide hij. Voorts is de structuur van de contributie en zijn heffing aangepast en gereorganiseerd op basis van het welbekende rapport van enkele jaren geleden. Ook het personeelsbeleid voltrekt zich nu langs de kanalen die daarvoor in een lijvig rapport waren neergelegd en het verheugde de voorzitter zeer te kunnen mededelen dat niet lang geleden de Stichting Pensioenfonds K.N.M.G. door de notaris ten doop werd gehouden.

Het criterium aan de hand waarvan men in één der maatschappelijke verenigingen werd ondergebracht, ondervond wel enige kritiek. De voorzitter gaf de verzekering dat niets wordt nagelaten hiervoor naar passende oplossingen te zoeken die het individuele lid tevreden kunnen stellen.

Evenzeer interessant voor de leden individueel achtte de voorzitter de gedachten die werden ontwikkeld rond de associaties van specialisten die een ongelijksoortig specialisme uitoefenen en rond de groepspraktijk en de ontbinding daarvan. Tenslotte hield het hoofdbestuur zich bezig met de fluoridering van ons drinkwater, de geluidshinder en het roken — in ruimer verband de luchtverontreiniging — en betrad daarmee stap voor stap het terrein van de sociaal-geneeskundigen.

Samenvattend wees Prof. Vossenaar op de duidelijke parallel die er zijns inziens bestaat tussen de

werkzaamheden van de maatschappij in groter verband gezien en deze Algemene Vergadering. Op dezelfde wijze als men zich vandaag in het eerste deel van deze bijeenkomst met noodzakelijke technische en huishoudelijke problemen bezig houdt — in de middagzitting echter met structuren op lange termijn — op dezelfde wijze wordt ook de aandacht van het hoofdbestuur opgeëist door zeer uiteenlopende, maar steeds zeer gewichtige vraagstukken. De voorzitter hoopte van harte dat men met een gevoel van bevrediging deze tweeledige Algemene Vergadering zou kunnen volgen en met name het niet eenvoudige tweede deel de leden zou aanspreken.

Besprekingen hoofdbestuur - bestuur Medisch Contact

Na deze inleiding heeft de voorzitter, conform de aankondiging op de agenda voor deze vergadering, mededelingen casu quo voorstellen gedaan over de in de afgelopen periode gevoerde besprekingen tussen het hoofdbestuur en het bestuur van Medisch Contact. De mededelingen laten zich als volgt samenvatten:

Tussen hoofdbestuur en Medisch Contact zijn brieven gewisseld en besprekingen gevoerd, waarvoor twee startpunten zijn te onderkennen. Voor eerst de vraag of de hoofdredacteur in fulltime dienstverband zou moeten worden aangesteld, daarnaast de vraag of de balans van de belangen tussen Maatschappij en het door haar uitgegeven orgaan in evenwicht is te achten. Het hoofdbestuur heeft zich terzake van de public relations laten adviseren door een adviesbureau, dat de tegenwoordige structuur van de hand wees en van oordeel was dat het hoofdbestuur de redactionele verantwoordelijkheid voor de inhoud van Medisch Contact in eigen handen moest nemen. Het hoofdbestuur heeft, nadat men in 1957 het redactionele beleid zoveel mogelijk heeft losgekoppeld van het hoofdbestuur, gemeend de klok niet zover te moeten terugdraaien als werd geadviseerd. Wel bleef het behoefte gevoelen aan meer onderlinge communicatie en besprekingen met het bestuur Medisch Contact hebben er toe geleid dat men met wederzijdse instemming gaat komen tot de figuur, dat de secretaris-generaal en/of een lid van het hoofdbestuur de vergaderingen van het bestuur Medisch Contact bijwoont en dat een lid van het bestuur Medisch Contact tegenwoordig is in de vergaderingen van het hoofdbestuur.

Ten aanzien van de aanstelling van de hoofdredacteur in volledig dienstverband bleek overeenstemming tussen beide besturen evenwel niet te bereiken. Het hoofdbestuur bleef van mening dat voor de samenstelling van Medisch Contact de journalistieke inbreng een zeer voorname taak is en de medische inbreng een meer secundaire functie heeft, welke in halftime dienstverband kan worden behartigd. Het bestuur van Medisch Contact daarentegen zag de verdere ontwikkeling van Medisch Contact slechts gediend door de aanstelling van de hoofd-

redacteur in volledig dienstverband. Een vergelijk bleek niet bereikbaar, waarop met instemming van beide besturen een commissie van drie wijze mannen is samengesteld, die te dezer zake een bindend advies zou uitbrengen. Voor de samenstelling van deze commissie is gezocht naar oud-voorzitters, die niet bij enige problematiek met M.C. betrokken zijn geweest en men heeft Dr. Schalijs, Prof. Struben en Dr. Kaiser bereid gevonden deze commissie te vormen. De wijze mannen hebben zeer recent hun advies uitgebracht, hierop neerkomend dat zij eenstemmig van mening zijn dat de hoofdredacteur van M.C. een medicus moet zijn en goede vervulling van deze functie aanstelling in volledige dagtaak vergt.

Na deze uiteenzetting van de gang van zaken lichtte Prof. Vossenaar toe dat men dit recent uitgebrachte advies nog niet in het hoofdbestuur had kunnen bespreken maar dat men van mening was dat men deze Algemene Vergadering van dit beloop op de hoogte moest stellen. De Algemene Vergadering, die eventueel haar veto over het nu kenbaar gemaakte inzicht zou kunnen uitspreken, zou zich evenwel ook thans ten principale met de gevolgde procedure kunnen verenigen dan wel zich daarover op een later tijdstip kunnen bezinnen indien meer informatie, welke zij zou kunnen wensen, haar geboden zou zijn.

Nadat de voorzitter van het bestuur van Medisch Contact *Dr. J. Degenaar*, daartoe door de voorzitter der Maatschappij in de gelegenheid gesteld, had verklaard voorlopig geen behoefte te hebben tot aanvullingen of opmerkingen naar aanleiding van hetgeen was uiteengezet, heeft *Dr. Rypperda Wierdsma* het woord gevraagd. Hij was van oordeel dat het hier om een fundamentele aangelegenheid gaat, van groot belang voor de Maatschappij en dat deze fase, waarin de Algemene Vergadering van deze gang van zaken voor 't eerst kennis heeft genomen, zich niet leende voor uitgebreide beschouwingen. *Dr. Rypperda Wierdsma* zou zich tijd gegund willen zien om over het advies van de commissie van drie terzake van het aanstellen van de hoofdredacteur in volledig dienstverband, aan welk advies hij de Algemene Vergadering niet gebonden achtte, te peinzen.

De voorzitter heeft daarop vastgesteld dat in de in oktober aanstaande te houden Algemene Vergadering, waarop ook de consequenties van de aanstelling van de hoofdredacteur in volledige dagtaak zullen worden voorgelegd, ergo in een latere fase op deze zaak zal kunnen worden teruggekomen en besluitvorming zal kunnen plaatsvinden.

Tot een op de agenda vermeld voorstel tot goedkeuring van de 14de lijst van aanvullingen en wijzigingen op het Besluit en Rapport inzake Geneeskundige Verklaringen heeft de voorzitter van de betreffende commissie *A. E. Denekamp* op de hem eigen zeer deskundige wijze een toelichting gegeven, die blijkens de reacties elke gedachtenwisseling verder overbodig maakte. Het voorstel werd zonder meer met algemene stemmen aangenomen.

G. C. M. van Maarsseveen erelid

De zaterdag 24 april gehouden Algemene Vergadering der Maatschappij heeft in een kort durend besloten gedeelte dezer vergadering bij acclamatie ingestemd met het voorstel van het hoofdbestuur tot benoeming van G. C. M. van Maarsseveen tot erelid der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Tegenover het daarop binnen geleide nieuwe erelid heeft de voorzitter der Maatschappij Prof. Dr. Th. Vossenaar toegelicht met hoeveel overtuiging deze onderscheiding was verleend op grond van een imposante reeks functies, welke Van Maarsseveen in de Maatschappij heeft verricht. Hij herinnerde er aan dat het nieuwe erelid drie maal zitting heeft gehad in het hoofdbestuur, waarbij de derde zittingsperiode van vijf jaar culmineerde in het voorzitterschap der Maatschappij. Niet alleen de vele verrichtingen, doch vooral de wijze waarop Van Maarsseveen zijn taken verrichtte, zijn grote integriteit en andere kenmerken van zijn persoonlijkheid hebben hem toch wel tot een unieke figuur gemaakt die een excellerende positie heeft ingenomen. Men mag hem zeker rangschikken onder de coryfeeën, die zowel naar binnen als naar buiten gericht in belangrijke mate hebben bijgedragen tot intensivering van de positie van de Maatschappij.

Zijnerzijds heeft Van Maarsseveen gezegd, dat hij, hoewel niet volkomen verrast door deze onderscheiding, gelet op het tot hem gerichte verzoek het begin der vergadering in een der nevenzalen te willen afwachten, daarvan niettemin onder de indruk was omdat het erelidmaatschap der Maatschappij, waarvoor hij zich in organisatorische zin als jong arts reeds heeft ingezet, voor hem de hoogste onderscheiding is, welke hem ten deel zou kunnen vallen.

Anders was de behandeling van het in M.C. no. 8/1971 gepubliceerde voorstel van het hoofdbestuur tot wijziging van de procedure van de verkiezing van afgevaardigden, respectievelijk leden van districtsraden. Hier werd van enkele kanten, vooral door *Kaiser*, bezwaar gemaakt uit overweging, dat het wegvallen van de tot nu toe ten aanzien van de benoeming van afgevaardigden aan de districtsbesturen toegedeelde taak in feite een „moord met voorbedachte rade” zou zijn. Daartegenover werd van de zijde van het hoofdbestuur bij monde van zijn lid *Dr. F. A. Sanders* gesteld, dat deze aanwijzing van afgevaardigden door districtsbesturen in feite een secundaire taak dezer besturen is, die veel meer een belangrijke opgave kunnen vinden in het onderhouden van contacten tussen de afdelingen en afdelingsbestuurders, die een district vormen. Het effect van de voorgestelde wijziging, te

weten dat elke afdeling in den vervolge zijn eigen afgevaardigde zal hebben, achtte Dr. Sanders een winstpunt. Het voorstel werd na enige discussie zonder stemming aangenomen met aantekening dat Kaiser geacht wilde worden te hebben tegengestemd.

Van de rondvraag werd geen gebruik gemaakt. Dr. Rypperda Wierdsma heeft daarvan gebruik gemaakt om te zeggen hoezeer hij waardeerde dat deze middag aan een belangrijk onderwerp een afzonderlijke bespreking zou worden gewijd, ten bewijze dat men wil voortgaan op de weg gewichtige problematiek niet weg te knellen in het beloop van een gewone vergadering. Daarnaast complimenteerde hij de voorzitter voor de wijze, waarop deze kundig en met grote welbespraaktheid leiding had gegeven aan deze vergadering.

*
**

In de middagvergadering is — bij intussen sterk toegenomen belangstelling — een symposion gehouden over de structuur van de ziektekostenverzekering. Inleiders tot dit symposion waren Prof. Mr. Dr. H. J. Leenen, hoogleraar in de sociale geneeskunde aan de Gemeente universiteit van Amsterdam en Prof. Dr. F. Hartog, hoogleraar in de economie aan de Rijksuniversiteit te Groningen. Na de door hen gehouden inleidingen — hieraan aansluitend vrijwel integraal afgedrukt — hebben vier leden van het panel — Dr. H. Festen, voorzitter van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Dr. L. P. de Jong, economisch directeur van het St. Anto-

nusziekenhuis te Utrecht, Dr. J. van Mansvelt, geneesheer-directeur van het St. Elisabeth of Grote Gasthuis te Haarlem en de huisarts A. E. G. M. Weijnenborg uit Deurne — hun inzichten met betrekking tot de visies van de twee hoogleraren geformuleerd. De daarna gehouden pauze bood de aanwezigen gelegenheid schriftelijk vragen in te dienen.

De gedachtenwisseling, die daarop volgde leerde, dat bij het onderwerp talrijke marginale problemen tevens ter sprake kwamen en dat behoudens enkele fragmenten casuïstiek de discussie zich in hoofdzaak op principiële benadering van het thema richtte en de belangstelling ononderbroken gaande hield. De voorzitter van de Maatschappij, betoogde later ten besluite van deze breed opgezette conferentie geen beknopte samenvatting van al het betoogde te willen of kunnen geven — waarbij schrijver dezer regels zich aansluit — maar deed uitkomen dat uit de gevoerde discussies aspecten naar voren zijn gebracht, die er toe kunnen leiden dat misschien dogmatisch ingenomen standpunten aan correcties onderhevig kunnen blijken te zijn. Duidelijk was zijns inziens ook gebleken met hoeveel prudentie men bij de keuze van verzekeringssystemen te werk zal moeten gaan, hoe noodzakelijk het is ontwikkelingen op dit terrein met grote aandacht te volgen opdat men tijdig ook zelf uitgangspunten zal kunnen aangeven voor een systeem, waarbij de belangen van patiënt en arts het meest zijn gediend. In zoverre achtte Prof. Vossenaar het gehoorde op deze middag een zeer positieve bijdrage tot het bepalen van uitgangspunten, met welke opvatting blijkens het zeer waarderende applaus van de zijde der vergadering volledig werd ingestemd.

v. M.

Een volksverzekering voor gezondheidszorg?

Door Prof. Dr. H. J. J. Leenen

Prof. dr. H. J. J. Leenen betoogde in zijn inleiding dat de vraag, om mede vanuit het recht op gezondheidszorg een beschouwing te geven over een (verplichte) volksverzekering tegen ziektekosten, ruimte laat voor uiteenlopende benaderingen. Men zou bijvoorbeeld een vrij theoretische benadering kunnen aanhouden over de principes, die aan het recht op gezondheidszorg ten grondslag liggen, om zo al deducerende tot een antwoord op de gestelde vraag te komen. Een andere weg tot het zoeken van een antwoord is het pogen na te gaan, hoe de opvattingen over een verplichte volksverzekering zich hebben ontwikkeld, om aan de hand daarvan vanuit de feitelijkheid af te leiden, hoe anno 1971 de Nederlandse verhoudingen over dit vraagstuk liggen. Voor de laatste werkwijze pleit, dat het recht op gezondheidszorg weliswaar theoretisch kan worden

benaderd, doch als sociaal grondrecht in concreto wordt bepaald door de feitelijke mogelijkheden en verworvenheden in de samenleving. Sociale grondrechten krijgen hun feitelijke inhoud niet vanuit een abstract beginsel doch binnen het kader van de concrete maatschappelijke verhoudingen.

Zeker nu over een volksverzekering tegen ziektekosten nog geen communis opinio bestaat, lijkt het zin te hebben in het kort het historisch perspectief aan te geven, om te zien of daaruit een ontwikkelingslijn zichtbaar wordt, en vervolgens na te gaan, hoe de argumenten thans liggen. Vanuit de theorie van de sociale grondrechten kan wellicht enige steun worden verleend bij de beantwoording van de gestelde vraag.

Wanneer men de ontwikkeling van de sociale verzekering op het gebied van de ziektekosten nagaat

blijkt duidelijk een aantal ontwikkelingslijnen. De eerste is een verandering van de rechtsopvattingen, waardoor uit de op liefdadigheid berustende hulp bij ziekte geleidelijk aan de ziekenfondsen groeien als verzekeringsinstellingen. Een tweede ontwikkeling is de kwantitatieve groei van de ziekenfondsen, waardoor een steeds grotere groep van de bevolking in het ziekenfondswezen wordt opgenomen. Betaalde rond 1900 ongeveer 10% van de bevolking de doktersrekening via de ziekenfondspremie, in 1941 bij de invoering van de verplichte ziekenfondsverzekering was dit percentage reeds tot bijna de helft van de bevolking gestegen. Door de verplicht stelling is daarna dit percentage uiteraard verder opgelopen. Een derde duidelijke trend is de verbreding van het verstrekkingenpakket.

Van een naar inhoud betrekkelijk eenvoudig geheel van verstrekkingen is de ziekenfondsverzekering gestaag in inhoud gegroeid. Zeker wanneer men de A.W.B.Z. mede in de overwegingen betreft is deze groei naar inhoud van de verstrekkingen nog geenszins aan zijn einde. Deze wet sluit ook aan op de tweede genoemde tendentie, namelijk de neiging van de ziektekostenverzekering om een zo groot mogelijk deel van de bevolking te omvatten, welke neiging bij de A.W.B.Z. voor 100% werd bevredigd. Wanneer men deze drie grote ontwikkelingslijnen in de geschiedenis vervolgt dan lijkt het, achteraf gezien, wel alsof van het begin af consequent gestreefd is zowel naar wettelijke garantie, als naar een zo groot mogelijke uitbouw van het verstrekkingenpakket en een verbreding tot een volksverzekering. In feite is niet een dergelijk consistent beleid gevoerd en is de ontwikkeling veel meer een gevolg van het op elkaar inwerken en vaak conflicteren van uiteenlopende maatschappelijke krachten. Niettemin, het is verantwoord, om bij een historische terugblik de helikopterpositie in te nemen, waardoor de details wat wegvallen. Voor ons onderwerp valt overigens wel sterk op, dat reeds in 1910 Talma de scheiding van ziektekostenverzekering en ziekengeldverzekering verdedigde met het argument, dat de eerste een algemeen volksbelang omvatte en de tweede een regeling voor alleen arbeiders. De stap naar het wetsontwerp over een verzekering tegen zware geneeskundige risico's in 1966 lijkt groot, doch bij nadere beschouwing was deze aanzet naar een volksverzekering een fase in een doorlopend proces. De Centrale Raad voor de Volksgezondheid, die in 1962 een adviesaanvraag over deze volksverzekering van de minister ontving, had in zijn in 1964 uitgebracht rapport weinig ruimte nodig, om het aspect van volksverzekering te bespreken. Dat was zonder meer duidelijk.

Vanuit de theorie van de sociale grondrechten en met name het recht op gezondheidszorg bezien, kan in dit verband op het element van de bereikbaarheid worden gewezen. Daar de sociale grondrechten onder andere rechten zijn tot het deelhebben aan de maatschappelijke verworvenheden kunnen zij ook gekenmerkt worden als rechten tot participatie. Deze participatie geldt in principe ieder lid

van de samenleving. Een proportionele gelijkheid, gericht op optimale ontplooiing, ligt in de leer van de sociale grondrechten besloten en mede op grond daarvan is een van de kernelementen van het recht op gezondheidszorg de bereikbaarheid. Deze bereikbaarheid heeft een territoriaal aspect, dat thans buiten beschouwing blijft, en een sociaal-economisch aspect. Het sociaal-economisch aspect is enerzijds gericht op het wegnemen van financiële belemmeringen voor het inroepen van hulp en anderzijds op een verzekerde financiering voor de dienstverleners.

De kwaliteit van de hulp wordt mede bepaald door een goede financiële regeling en met name ook door de zekerheid en continuïteit van financiering. Voor ons onderwerp is van belang, dat de bereikbaarheid in verband met het recht op gezondheidszorg betekent, dat er voor ieder een gelijke toegang tot de gezondheidszorg moet zijn.

Het financieringssysteem moet deze gelijke bereikbaarheid in zich hebben. Tot goed begrip wilde Prof. Leenen hierbij opmerken, dat men hieruit niet absoluut rechtlijnig de noodzaak van een volksverzekering kan afleiden. Het recht op gezondheidszorg eist een voor ieder toegankelijk systeem. In onze Nederlandse verhoudingen wijst echter de bereikbaarheids-eis wel sterk in de richting van een volksverzekering. Men zal in ieder geval vanuit het recht op gezondheidszorg het Nederlandse stelsel moeten toetsen, onder andere op de vraag, of er voor bepaalde groepen van de bevolking relatief zwaardere financiële belemmeringen bestaan. Zoals hierna nog zal blijken is de lastenverdeling voor de gezondheidszorg in Nederland niet in alle opzichten evenwichtig.

Argumenten en opvattingen

Wijst dus zowel de historische ontwikkelingsgang als de theorie van de sociale grondrechten in de richting van een volksverzekering voor de gezondheidszorg, of men deze stap zal zetten is uiteindelijk een keuze. Noch de historie, noch de theorie zijn dermate dwingend, dat zij ons de beslissingsvrijheid zouden ontnemen. De richting wordt gewezen, doch er kunnen argumenten zijn, die tot een andere keuze leiden. Het lijkt daarom nuttig de in het verband van een volksverzekering met name recent aangevoerde redeneringen en argumenten nader te bezien. Men moet daarbij overigens voor ogen houden, dat het gaat om overwegingen of argumenten voor een keuze. Wanneer men de geschriften van de laatste tijd doorneemt ontstaat de indruk, dat de voor- en tegenstanders van een volksverzekering hun benadering een zakelijk aanzien trachten te geven en de schijn van objectieve redenering pogen op te roepen, waarvoor de tegenstander toch wel zal moeten wijken. Wanneer deze dat niet doet laat men verbazing blijken, daarmede domheid bij de wederpartij suggererend. Deze schijnvertoning gaat voorbij aan het feit, dat het hier om een maatschappelijke keuze gaat en daarbij komen waarden en opvattingen aan de orde, die niet geheel rationeel zijn

te verantwoorden. Daarin schuilt niets oneerbaars; dat is de gewoonste zaak van de wereld. Het is zelfs zeer redelijk, indien men in een dergelijke discussie eigen belangen duidelijk naar voren brengt. Dit geschiedt merkwaardigerwijze nauwelijks, alsof belangen iets minderwaardigs zouden zijn. Ze zijn waard wat ze waard zijn en mogen bij een maatschappelijke keuze naar hun gewicht meetellen.

Bij maatschappelijke keuze is ook de politiek aan de orde. Het is een zaak van het bestuur, om de maatschappelijke keuze democratisch en zo goed mogelijk voorbereid te laten plaats hebben. Het kwam Prof. Leenen merkwaardig voor, indien men beslissingen als over een volksverzekering uit het politieke bestuursproces zou willen lichten, hetgeen overigens toch niet zal lukken. Hij was het dan ook niet eens met een uiting van Dr. Van Mansvelt (Medisch Contact 1970/44. 1176) luidende: „Niet aan de orde behoort te zijn de vraag of men op politieke overwegingen een volksverzekering verkieslijker vindt dan het huidige systeem.” Een dergelijke stelling gaat aan het wezen van de beslissing als een keuze voorbij en is overigens zelf evenzeer een waarde-oordeel als de opvatting, waartegen zij zich keert. Het welles is hierbij evenveel waard als het nietes. Wanneer Van Mansvelt in dezelfde alinea spreekt van een „billijker lastenverdeling” dan zal hij toch moeilijk staande kunnen houden, dat de inhoud van deze billijker lastenverdeling niet mede zou worden bepaald door wat uiteenlopende groepen in de samenleving billijk achten. Daarmede is het bestuurlijke en dus politieke proces gegeven.

In de discussie over een volksverzekering speelt de druk van de hoge kosten op het individuele budget een belangrijke rol. Bij het wetsontwerp zware geneeskundige risico's vormden de kosten een hoofdargument en bij de blijvende kostenstijging wordt deze overweging op een steeds groter deel van de gezondheidszorg toepasbaar. De Subcommissie Grondslagen Ziekenfondsverzekering sprak als haar mening uit, dat de zorg voor een goede ziektekostenregeling voor het volksdeel met inkomens boven de welstandsgrens de overheid niet onverschillig kan laten. „De stijgende kosten van de medische verzorging zijn ook voor vele enigszins beter-geplaatste gezinnen een zware last. Een goed functionerend stelsel van ziektekostenverzekering, dat niet duurder is dan noodzakelijk, is voor deze volksgroep onmisbaar.” Verder wijst de commissie er op, dat het systeem van inkomens, casu quo loongrenzen, tot gevolg heeft, dat personen uit het ziekenfonds moeten worden uitgeschreven, die dan maar een dekking moeten zien te vinden, hetgeen met name voor degenen, die lijdende zijn aan een ziekte, problemen oplevert, minstens een hogere premie. Ook Van Mansvelt (Medisch Contact 1970/44 p. 1175) onderkent, dat de kosten voor sommige bevolkingsgroepen een te zware belasting vormen. Hij stelt in dat verband, dat hij geen bezwaar zou hebben tegen een beperkte volksverzekering, waaronder hij verstaat een verplichte verzekering voor elke Nederlander beneden een bepaald wel-

vaartsniveau. De stap naar een totale volksverzekering wordt echter nadrukkelijk afgewezen. De gronden voor deze afwijzing zijn overigens niet duidelijk omschreven.

Het argument dat een billijke lastenverdeling gewenst is hangt samen met het vorige. Door vrijwel iedereen wordt het, zij het met nuanceringen, als een reëel feit gezien, dat het huidige stelsel de lasten onbillijk verdeelt. Met name moet in dit verband worden gedacht aan de vrijwillige en de bejaardenverzekering, doch niet kan worden voorbijgegaan aan de realiteit, dat de premie voor een particuliere ziektekostenverzekering voor bepaalde categorieën van de bevolking een onevenredig zware last vormt.

Daarbij moet mede in aanmerking worden genomen, dat in de particuliere verzekeringen vaak de kosten van de huisarts, de apotheek, voor zover het receptuur van de huisarts betreft, en de tandarts niet zijn begrepen. Het verschil in tarifiering voor ziekenfondsverzekerden en particuliere patiënten brengt voorts mede, dat de particuliere patiënten een relatief te groot deel van het artsinkomen moeten opbrengen, hetgeen uiteraard een extra belasting vormt. In dit verband is zelfs wel de opmerking gemaakt, dat de particuliere patiënten de ziekenfondsen subsidiëren. Hoewel enigszins gechargeerd is deze bewering niet van grond ontbloeit.

Het onderscheid tussen zelfstandigen en werknemers is ten aanzien van de ziektekostenverzekering onjuist. Talma preludeerde in 1910 reeds op dit thema. Voor zover Prof. Leenen had kunnen nagaan is deze opvatting laatstelijk uiteengezet in het rapport „Ziektekostenvoorziening” van het Centrum voor Staatskundige Vorming (1959). Het onderscheid tussen zelfstandigen en werknemers hoort thuis in de produktie-sfeer. In de sector van de inkomensbesteding bestaat er in dit opzicht geen functioneel of maatschappelijk verschil. Ziektekosten nu liggen in de sfeer van de inkomensbesteding en het is derhalve niet juist bij de ziektekostenverzekering een onderscheid te maken tussen zelfstandigen en werknemers. Deze redenering, die later niet meer wordt teruggevonden, leek Prof. Leenen valide. Bij de A.W.B.Z. is het onderscheid verdwenen, waardoor het verschil met de andere ziektekosten des te scherper afsteekt.

Het argument dat het onderscheid tussen fondsen en particuliere patiënten moet worden opgeheven houdt de suggestie in, dat er een onderscheid in medische behandeling zou zijn tussen fondsen- en particuliere patiënten. Naar de mening van Prof. Leenen is er geen grond voor de gedachte, dat de welstand van de patiënt een rol speelt bij de medische behandeling. Men zou zelfs een andere redenering kunnen opzetten, waarbij men zou kunnen veronderstellen, dat met name de huisarts eerder bij een particuliere patiënt dan bij een ziekenfondspatiënt zal aarzelen een goed, doch duur geneesmiddel voor te schrijven. Doch hierover is weinig te zeggen. Men mag er in Nederland van uitgaan, dat de welstand geen invloed heeft op de medische behandeling. Het is dan ook geenszins duidelijk, op

welke rechtsgrond voor een gelijke prestatie een verschillend tarief wordt berekend. Een dergelijke gedragswijze, die een restant is uit de periode van vóór de ziekenfondsverzekering, toen de arts eenzijdig de solidariteit tussen zijn min- en meer- vermogende patiënten regelde, is in de huidige verhoudingen niet te verdedigen. Indien men bij gelijke behandeling een grotere service verleent zou daarin een motief kunnen liggen voor een aan die service evenredige vergoeding. Deze mogelijkheid wordt ook door de Wiardi Beckmanstichting niet verworpen, waarbij met name wordt gedacht aan luxe-verstrekingen in de klasse-verpleging.

Ook de voorzitters van de L.S.V. (Medisch Contact 1970/44 p. 1177) en van de L.H.V. (Medisch Contact 1971/6 p. 152) hebben als principe erkend, dat de discrepantie tussen fonds- en particuliere tarieven dient te verdwijnen. In het kader van de discussie over een verplichte volksverzekering heeft het argument van onderscheid tussen fonds- en particuliere patiënten dan ook weinig kracht, noch pro noch contra. Wel zou men kunnen vragen, waarom bezwaren worden gemaakt tegen een volksverzekering, terwijl de gehele bevolking reeds is verzekerd in de A.W.B.Z. Het gaat dan nog slechts om een kleine restgroep, die niet in het sociale verzekeringsstelsel valt. Komt men over de hond, dan komt men ook over zijn staart, of moet een ander spreekwoord worden genoemd, namelijk dat de laatste loodjes het zwaarst wegen?

Bij het ontbreken van een volksverzekering zou het gevaar dreigen van onderverzekering. Onderverzekering houdt het risico in van onderconsumptie. Zonder op dit laatste in te gaan, aldus Prof. Leenen, kan wel worden geconstateerd, dat onderverzekering in de vrije sector inderdaad voorkomt. Ziekenhuizen komen wel voor de noodzaak te staan nota's te verminderen of kwijt te schelden, terwijl men het ook een vorm van onderverzekering zou kunnen noemen, dat particulier verzekerden vaak alleen zijn gedekt voor intra-murale zorg en specialistische hulp. Voor bijvoorbeeld thuis verblijvende chronische zieken kunnen hier problemen ontstaan.

Onderverzekering is een argument voor volksverzekering, doch in de feitelijke Nederlandse situatie lijkt het niet doorslaggevend. Immers het merendeel van de bevolking is — meer of minder goed — verzekerd; de betreffende categorie omvat veel personen, die enige financiële armslag hebben, en iedereen is verzekerd op grond van de A.W.B.Z.

Een volksverzekering zou de solidariteit overtrekken. Het vaststellen van de grenzen van de solidariteit is een arbitraire zaak. De omvang van de solidariteit kan niet op alleen zakelijke gronden worden bepaald. Gewezen kan worden op het feit, dat vrijwel alle scribenten van de laatste jaren een volksverzekering als de A.W.B.Z., eventueel uitgebreid, nodig achten en een beperkte volksverzekering door velen wordt aanvaard, ook in de kring van de artsen. Het is de communis opinio, die hier naar voren komt. Of een volksverzekering nu de druppel van

de solidariteitsemmer doet overlopen is zeer de vraag. Reeds is gesteld, dat de rest-groep relatief zeer klein is. Dat men over solidariteit verschillend kan oordelen, blijkt bijvoorbeeld uit het feit, dat Van Mansvelt de solidariteit ten aanzien van de vrijwillige en bejaardenverzekering wil uitbreiden (Medisch Contact 1970/44 p. 1175), terwijl anderen (onder andere Van Brussel, Medisch Contact 1971/4 p. 108) daar tegenstander van zijn. Wellicht heeft het enige zin om over de solidariteit de bevolking zelf aan het woord te laten. Het gaat immers om een keuze. Uit het Makrotest-onderzoek blijkt, dat 86% van de bevolking voorstander van een nationale ziektekostenverzekering is, 7% daar tegen is en 7% geen mening heeft. Overtrekking van de solidariteit lijkt geen sterk argument in de discussie over een volksverzekering.

Een volksverzekering zou de structuur van de ziektekostenverzekering vereenvoudigen. Men kent in Nederland thans drie ziekenfondsverzekeringen, een volksverzekering tegen bijzondere ziektekosten, enige ambtenarenverzekeringen en tientallen particuliere verzekeringen, die vaak niet geheel vergelijkbare voorwaarden hebben. Niet alleen zou een volksverzekering administratieve vereenvoudigingen aan kunnen brengen, doch ook — en dat is belangrijker — zouden de rechten gelijk worden voor iedereen. Wanneer in het huidige systeem veranderingen in de sociale verzekering worden aangebracht kan dit ongewenste neveneffecten hebben, indien de andere ziektekostenverzekerders niet volgen. Een voorbeeld is de gang van zaken bij de kraamzorg. Verder zou een einde worden gemaakt aan het in- en uitschrijven van personen, die op de wip van de loongrens zitten.

De Centrale Raad voor de Volksgezondheid heeft in zijn Advies inzake een volksverzekering tegen grote geneeskundige risico's duidelijke voorkeur uitgesproken voor regeling van de verzekering voor de kosten van gezondheidszorg in één wet. Uit de context kan men de afleiding maken, dat die ene wet in de gedachten van de Centrale Raad een volksverzekering zou zijn.

Een volksverzekering zou het gevaar meebrengen van verdergaande reglementering en verambtelijking en in dit verband wordt zelfs de behandelingsvrijheid van de arts in het geding gebracht (Van Mansvelt, Medisch Contact 1970/20 p. 518). Is het reëel te veronderstellen, dat de reglementering en verambtelijking aanmerkelijk groter zou worden door de betrekkelijk kleine kwantitatieve uitbreiding, die een volksverzekering met zich mee zou brengen? Zijn de ervaringen bij de A.W.B.Z. in dit opzicht zo ongunstig? Kan men werkelijk in gemoede staande houden, dat bij de uitvoering van de huidige Ziekenfondswet en A.W.B.Z. de behandeling vrijheid in belangrijke mate wordt beperkt en is de verwachting gerechtvaardigd, dat een volksverzekering hier verslechtering zou meebrengen?

Een volksverzekering zou een rol kunnen spelen bij de kostenbeheersing in de gezondheidszorg. Dit argument lijkt weinig relevant. Hoewel het financie-

ringssysteem invloed kan hebben op het functioneren van de gezondheidszorg, zullen de kosten moeten worden beheerst met andere dan aan het financieringsstelsel ontleende beleidsinstrumenten. De kosten zijn gestegen in het geldende systeem en daar zal uitbreiding tot een volksverzekering op zich weinig verandering in brengen.

Gegarandeerde financiering via een volksverzekering zou kwalitatieve verbeteringen meebrengen. Hiervoor werd er reeds op gewezen, dat het sociaal-economische aspect van de bereikbaarheid van de gezondheidszorg onder meer gericht is op een verzekerde financiering voor de dienstverleners. De kwaliteit van de hulp wordt, zo werd betoogd, mede bepaald door een goede en gegarandeerde financiering. Een voorbeeld is de ontwikkeling van het verpleeghuiswezen, na de invoering van de A.W.B.Z. Ook de Centrale Raad voor de Volksgezondheid heeft in het eerder genoemde rapport op dit uit een oogpunt van gezondheidszorg belangrijk voordeel van een volksverzekering gewezen. Het is bovendien waarschijnlijk, aldus de Centrale Raad, dat de kwalitatieve verbetering van de zorg een gunstig effect zal hebben op de aard en omvang van de opleidingen, waarmede eveneens een volksgezondheidsbelang wordt gediend. Het kwam Prof. Leenen voor, dat dit argument van gewicht is, al sprak het duidelijker vóór de invoering van de A.W.B.Z. Doch ten aanzien van de voorzieningen — en met name die uit de extra-murale zorg — welke nog niet in het verstrekkingenpakket zijn opgenomen, blijft het zijn geldigheid behouden.

Op de wenselijkheid van een regeling van een recht op beroep is door de Centrale Raad voor de Volksgezondheid nadrukkelijk gewezen. Bij de invoering van de Ziekenfondswet was het scheppen van een recht op beroep een uit het oogpunt van rechtsbescherming belangrijk winstpunt. In een volksverzekering zou een dergelijk beroepsrecht over de gehele linie kunnen worden ingevoerd, zoals bij de A.W.B.Z. voor de door de wet bestreken verstrekkingen ook is geschied. Bij de particuliere ziektekostenverzekeringen is een dergelijke publiek-rechtelijke mogelijkheid niet aanwezig. Nu zou het denkbaar zijn dat buiten een volksverzekering om bij particuliere verzekeringen een recht op beroep wettelijk wordt geregeld, doch de stap naar een volksverzekering wordt dan weer kleiner, temeer indien men in aanmerking neemt, dat de mogelijkheid tot publieke verantwoording, zoals die bij de ziekenfondsen aanwezig is, ook ten aanzien van de particuliere ziektekostenverzekeraars geen overbodigheid zou zijn. De wenselijkheid van een wettelijk recht op beroep wijst naar een volksverzekering.

Van geheel andere aard, dan de voorgaande overwegingen, is, dat de Centrale Raad voor de Volksgezondheid onlangs een rapport heeft uitgebracht over de financiering van de maatschappelijke gezondheidszorg, waarin wordt gepleit voor het onderbrengen van de maatschappelijke gezondheidszorg in een volksverzekering, met name de A.W.B.Z. Deze gedachte lijkt door de staatssecreta-

ris te zijn overgenomen. Ten aanzien van het opheffen van de scheidingen curatief/preventief en intra-muraal/extra-muraal, welke door het huidige financieringsstelsel worden bevorderd, zou daarmee een belangrijke stap zijn gezet. De gedachte van de volksverzekering wordt in dit rapport buiten de ziektekosten uitgebreid tot de gezondheidszorg. Voor de toekomstige ontwikkeling van de gezondheidszorg is dit rapport van groot belang. Hoewel het brengen van de maatschappelijke gezondheidszorg in de A.W.B.Z. niet de consequentie inhoudt van een totale volksverzekering, versterkt dit wel de tendentie in die richting. Bij preventieve en positieve gezondheidszorg is het bovendien nog moeilijker met een welstandsgrens te werken, dan bij ziektekosten!

Wanneer men de twaalf hierboven kort besproken opvattingen en argumenten als geheel overziet, moet worden geconstateerd, zo eindigde Prof. Leenen zijn inleiding, dat er geen dwingende argumentatie uit volgt voor of tegen een volksverzekering. Dat is ook niet zo verwonderlijk, omdat het gaat om een keuze, een politieke keuze zo men wil. Argumenten kunnen de keuze ondersteunen, doch in laatste instantie zullen bij dit soort oordeelsvormingen opvattingen en waarden een rol spelen.

Dit kan aardig worden geïllustreerd aan recente uitspraken van de voorzitters van twee artsenorganisaties. Verklaarde in oktober 1970 de voorzitter van de L.S.V., dat zijn vereniging geen medewerking zou geven aan een (verplichte) volksverzekering bij het ontbreken van steekhoudende argumenten, in februari 1971 vroeg de voorzitter van de L.H.V. zich af, of er inderdaad zoveel argumenten kunnen worden ingebracht tegen een volksverzekering en hij was van mening, dat medewerking moet worden gegeven als er een betere gezondheidszorg door zou zijn te realiseren.

De historische ontwikkelingsgang beschouwende, het recht op gezondheidszorg in zijn verschillende aspecten in aanmerking nemende en de in het kader van de discussie over een volksverzekering gehouden betogen overziende, viel de keuze van Prof. Leenen uit in de richting van een volksverzekering. Wie kiest voor een dergelijke verzekering, zo zeide hij, bevindt zich in de lijn van een duidelijke ontwikkeling. Buiten beschouwing blijven in het kader van deze uiteenzetting bij een volksverzekering rijzende vragen als bijvoorbeeld over de vorm van de verzekering, het betalingssysteem, het invoeren van een eigen risico en een partiële financiering uit de overheidsmiddelen. Het gaat thans om de primaire keuze. De overige problemen komen daarna.

Reeds had Prof. Leenen in het eerste deel van zijn uiteenzetting opgemerkt, dat onder andere het recht op gezondheidszorg niet strikt een volksverzekering eist, doch wel een wettelijk geregeld, allen omvattend systeem, dat voor ieder een gelijke toegang tot de gezondheidszorg waarborgt. In de in Nederland gegroeide verhoudingen, zo voegde hij daar tenslotte aan toe, waar sociale verzekeringsfinanciering voor de gezondheidszorg als stelsel is

gekozen, betekent dit in feite wel een volksverzekering. Er zijn weinig doorslaggevende redenen om de weg van de sociale verzekeringsfinanciering niet verder te bewandelen. Men kan hier een proces van vermaatschappelijking in onderkennen.

Zou het kunnen zijn, dat de weerstand in bepaalde kringen meer wordt opgeroepen door de vrees voor socialisering, terwijl het om vermaatschappelijking gaat? Socialisering en vermaatschappelijking moeten — aldus Mertens (1967) — worden onder-

scheiden. Een behoefte aan socialisering zou kunnen ontstaan, indien de professie en de dienstverlenende instellingen in de gezondheidszorg er niet in zouden slagen met hun regelingen te anticiperen of tenminste in de pas te blijven met de voortschrijdende ontwikkelingen in de maatschappij, indien zij in vermaatschappelijking zouden tekort schieten. Deze woorden van Mertens leken Prof. Leenen ook in de problematiek van de volksverzekering veel waars te bevatten.

Structuur van de ziektekostenverzekering

Door Prof. Dr. F. Hartog

Prof. Dr. F. Hartog betoogde dat de uitgaven van de sociale verzekering als percentage van het nationale inkomen ongeveer iedere tien jaar verdubbelen. In 1938 bedroeg dat percentage (exclusief pensioen) 2, in 1948: 4; in 1958: 9 en in 1969: 18. Gaat dit zo door dan wordt over 25 jaar het hele nationale inkomen door de sociale verzekering opgeslokt. Telt men bij het huidige percentage van 18 ook nog de pensioenpremies ten bedrage van 7% en de belastingen ten bedrage van 30%, dan wordt van het totale nationale inkomen thans reeds 55% afgetapt voor collectieve voorzieningen.

Men kan zich afvragen, aldus Prof Hartog, of de trendmatige ontwikkeling van de sociale verzekering op de duur niet moet worden teruggebogen als de steeds toenemende welvaart de grote massa van de bevolking meer en meer in staat stelt bepaalde risico's zelf te dragen, of, desgewenst, particulier te verzekeren. Een belangrijke indicator is in dit verband de toeneming van het reële beschikbare loon. Deze toeneming bedraagt in de laatste tien jaar rond 4% per jaar. Met name zijn er verschillende voorzieningen in het huidige ziekenfondspakket die voor teruggave aan de particuliere bestedingsvrijheid in aanmerking komen. De sociale verzekering kan zich in deze gedachtengang steeds meer terugtrekken op de grote risico's, die vrijwel niemand particulier kan dragen.

De huidige overheidsbijdragen aan de ziekenfondsverzekering en A.W.B.Z. kunnen moeilijk worden gehandhaafd in verband met toenemende aanspraak van steeds dringender wordende algemene collectieve voorzieningen op de belastingmiddelen. Dit in verband met het feit dat de belastingschroef reeds vrijwel is dolgedraaid. Een bedrag van f 700 miljoen per jaar moet dus op de duur worden toegevoegd aan de kosten die door de verzekerden zelf moeten worden gedragen of particulier verzekerd.

Ook de herverdeling via de premieheffing roept nadelen op. Omdat het ziekterisico niet afhankelijk is van het inkomen, zou een kostendekkende premie

ook bij voorkeur in nominale bedragen moeten worden uitgedrukt. Doet men dit niet, dan treden aan beide uiteinden vertekeningen op, met moeilijk aanvaardbare consequenties. Aan het onder eind zijn er groepen die minder betalen dan hun uitkeringsrechten bedragen. Er worden op deze wijze gevestigde belangen geschapen, die zich met hand en tand verzetten tegen afschaffing of inkrimping van door de algemene welvaartsstijging achterhaalde voorzieningen. De sociale verzekering heeft dus de neiging te verstarren. Nooit kan men minder dringend geworden voorzieningen inruilen voor inmiddels dringender geworden voorzieningen. Er komt altijd bij en er gaat nooit iets af. Zo is de sociale verzekering geworden tot de torenhoge last die zij thans is.

Wil het pakket „up to date” blijven, dan is het zaak, een sociale verzekering altijd zo op te zetten dat zij ook weer zonder pijn kan worden afgeschaft. Bij zulk een situatie behoren geen herverdelingselementen. Aan het bove eind ontstaat een vertekening in omgekeerde richting. Daar worden steeds hogere inkomensgroepen er in gedwongen niet om ze, zoals eigenlijk het doel zou moeten zijn, te vrijwaren tegen risico's die ze eigenlijk niet kunnen dragen, maar met de onzuivere bedoeling, op hen over te houden. Hoe moet de herverdeling uit de sociale verzekering worden verwijderd? Door gebruik te maken van de geleidelijke stijging in welvaart van de onderste inkomensklassen. De huidige te lage premie kan worden gezien als een voorschot op toekomstige welvaartsstijging. Wat zij thans nog niet kunnen dragen kunnen zij morgen wel dragen. Een deel van hun welvaartsstijging kan dus in beslag worden genomen door optrekken van de premie tot kostendekkend peil.

Het voorgaande concretiserend tot een plan voor herziening van de ziektekostenverzekering leidde Prof. Hartog tot het volgende schema:

- a. Wat ook op de lange duur niemand kan dra-

gen zijn de voorzieningen van de AWBZ en de ziekenhuiskosten. Daarom wordt voorgesteld, de AWBZ uit te breiden met de verzekering tegen ziekenhuiskosten.

b. Voor de resterende thans onder de ziekenfondsverstrekkingen vallende voorzieningen wordt voorgesteld, tot een geleidelijke afschaffing te komen van de verplichte verzekering. Deze geleidelijkheid kan worden bereikt door de welstandsgrens niet meer te laten oplopen aan de hand van het gemiddelde van loon- en prijsstijging, maar aan de hand van de prijsstijging alleen en deze grens ook niet meer structureel te verhogen. Uitgaande van een loon voor ongeschoolde arbeiders van f 11.500 op dit moment en rekening houdend met een toekomstige stijging van het reële beschikbaar inkomen van $3\frac{1}{2}\%$ per jaar — lager dan de huidige 4% in verband met toenemende belastingsdruk — kan met behulp van samengestelde interest worden berekend dat de arbeiders met de laagste inkomens dan na twaalf jaar boven de welstandsgrens komen. Dan is iedereen er doorheengestroomd en is de ziekenfondsverzekering geleidelijk uitgestorven.

c. Om te vermijden dat de voorzieningen ten dele scheef getrokken worden door poliklinische specialistische hulp over te brengen naar klinische specialistische hulp worden de eerste twee verpleegdagen in een ziekenhuis, wat betreft de verblijfkosten, niet meeverzekerd.

d. Mede in verband met dit laatste en omdat bij deze gedachtengang de verplichte ziekenfondsverzekering toch geleidelijk verdwijnt, wordt geen eigen risico voorgesteld voor de onder de ziekenfondsen vallende verstrekkingen.

e. De subsidie aan de bejaardenverzekering wordt geleidelijk afgeschaft doordat zij niet meer wordt verleend aan personen die de 65-jarige leeftijd bereiken. De hogere premielasten die daaruit voortvloeien worden over alle verzekerden omgeslagen.

Voor de berekening van de kosten van de AWBZ-nieuwe stijl, dus met inbegrip van de ziekenhuiskosten en met daaronder begrepen het huidige subsidie, ontleende Prof. Hartog de gegevens van het rapport „Zeven pijlers”, dan komen we tot het volgende totaal:

| | |
|------------------------------------|-----------------|
| Door premie gefinancierd | f 1.122 miljoen |
| Overheidsbijdrage | „ 475 miljoen |
| Ziekenhuiskosten | „ 1.993 miljoen |
| | <hr/> |
| | f 3.580 miljoen |

Men moet verder de totale bevolking herleiden tot verzekeringseenheden. Rekent men een volwassene voor één eenheid en een kind van 16 jaar of jonger voor een halve eenheid, dan heeft men rond 11 miljoen eenheden. Per eenheid komen de kosten dus op ca. f 325 per jaar. Bij deze berekening zijn de totale ziekenhuiskosten opgevoerd, dus inclusief de kosten van de eerste twee ligdagen die in dit voorstel

buiten de verzekering blijven. Voor de kosten per verzekerde maakt het namelijk geen verschil of deze ze in de vorm van premie draagt of in de vorm van eigen risico.

Omdat bij dit voorstel de verplichte ziekenfondsverzekering toch geleidelijk verdwijnt, moet men de procentuele premieheffing maar tot het eind toe meeslepen. Deze premie kan worden verlaagd door het er uit lichten van de ziekenhuiskosten. Aan de hand van het aandeel van de ziekenhuiskosten in de totale kosten van het ziekenfondspakket (44%) en uitgaande van een premie van $7,5\%$ kan worden berekend dat de premie met 3,3 punten kan worden verlaagd tot $4,2\%$.

Om te zien of in hoeverre bij de nieuwe opzet de kosten kunnen worden gedragen door groepen onderaan de inkomensladder nam Prof. Hartog als uitgangspunt het loon van een ongeschoolde arbeider, van f 11.500, verder aannemende dat dit een modaal gezin betreft, met 3 verzekeringseenheden. De huidige ziektekosten voor zulk een gezin bedragen $8,8\%$ (som van ziekenfondspremie en premie AWBZ) van het looninkomen, of wel rond f 1.000. Bij de nieuwe opzet moet worden (betaald $3 \times f 325 = f 975$ voor de AWBZ en $4,2\%$ van f 11.500 = f 482 voor het ziekenfonds. Samen dus rond f 1.450. Het nadelige verschil van f 450 kan natuurlijk niet in één keer worden overbrugd. Daarvoor is een geleidelijke aanpassing nodig. Het maakt in wezen geen verschil of de premie wordt gedragen door de werknemer dan wel door de werkgever: ook de laatste wordt bekostigd uit dezelfde ruimte waaruit het loon wordt betaald.

De mogelijkheid van zulk een aanpassing vloeit voort uit de geleidelijke stijging van het reële beschikbare inkomen ($3,5\%$ per jaar), waarbij natuurlijk ook rekening moet worden gehouden met de toeneming van de ziektekosten. Deze laatste bedraagt globaal gesproken $12\frac{1}{2}\%$ per jaar.

Neemt men aan dat daarvan de helft prijsstijging is, die moet worden bestreden uit het zuiver nominale deel van de welvaartstijging, dan wordt de reële druk van de ziektekosten voor de minimum-arbeider jaarlijks rond f 100 hoger. Als van zijn reële inkomensverbetering van f 400 per jaar f 100 in beslag genomen wordt door deze toenemende druk van de

Bundel: Toekomstige structuur gezondheidszorg in Nederland

De serie publikaties over de toekomstige structuur van de gezondheidszorg in Nederland, zoals verschenen in de nummers 2 tot en met 14 van Medisch Contact 1971, zal worden gebundeld en ter beschikking van belangstellenden worden gesteld. Tegen vergoeding van de kosten ad f 1.50 per stuk zal de bundel na bestelling worden toegezonden door de secretarisse van Medisch Contact, Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-88 54 11, toestel 222.

ziektekosten, resteert f 300 voor het omzetten van de te lage premie in een kostendekkende premie. Neemt men hiervoor per jaar nog eens f 100 in beslag, dan is er 4¹/₂ jaar nodig voor deze sanering van het premiestelsel. Zijn reële beschikbare loon neemt buiten de ziektekosten nog jaarlijks met f 200, ca. 1³/₄% toe. Als gezegd moet de aanvankelijk te lage premie gezien worden als een voorschot op toekomstige welvaartsstijging. Als die welvaartsstijging inderdaad komt kan de premie geleidelijk kostendekkend worden gemaakt.

Er is nog het probleem van de honoraria van de medewerkers. Die worden thans onder druk gezet vanwege de ziekenfondsen. Wat de medewerkers daaraan tekort komen leggen zij in het algemeen op hun particuliere tarieven. Daardoor ontstaat een belangrijke discriminatie. Bij het voorgestelde systeem kan die discriminatie geleidelijk verdwijnen, tegelijk met het afsterven van de verplichte ziekenfondsverzekering. Het aantal particuliere patiënten wordt als gevolg van het uit het ziekenfonds groeien steeds groter, zodat ook het draagvlak voor de particuliere tarieven jaarlijks toeneemt. De situatie wordt voor de medewerkers dus geleidelijk gunstiger. Dit kan een grond zijn voor een „gentlemen's agreement” over normen voor het tarief-gedrag, waarbij de regering het platform kan leveren en de andere partij bestaat uit vertegenwoordigers van de ziektekostenverzekeraars.

Voor moeilijke gevallen (bijv. extreem grote gezinnen) is er altijd het vangnet van de sociale bijstand als de kinderbijslag niet voldoende is. Ook dat heeft alleen maar tijdelijk te worden gebruikt, want de welvaart stijgt in absolute zin veel sterker dan de ziektekosten.

Samenvattend zag Prof. Hartog bij invoering van het hier voorgestelde systeem het volgende bereikt.

a. De herverdeling, die in strijd is met de ruilrechtvaardigheid en die verstarrend werkt op het pakket, verdwijnt geleidelijk.

b. De ziektekostenverzekering wordt op den duur beperkt tot de risico's die vrijwel door niemand particulier te dragen zijn. Daardoor komt er ruimte voor optrekking van andere sociale verzekeringen die wel hard nodig zijn, zoals pensioenvoorzieningen.

c. Door afschaffing van de overheidsbijdragen wordt ook in het overheidsbudget ruimte gemaakt voor collectieve voorzieningen die voor iedereen nuttig zijn. Inkomenstoelagen worden steeds minder



dringend naarmate de welvaart stijgt, maar onderwijsuitgaven, wegenbouw, recreatievoorzieningen e.d. worden juist steeds dringender.

d. De discriminatie tussen ziekenfondsleden en particuliere patiënten verdwijnt geleidelijk.

e. Scheefftrekking van poliklinische naar klinische behandeling kan worden voorkomen door de eerste twee ligdagen niet in de verzekering op te nemen.

f. Bij geleidelijk invoeren hoeft niemand er op achteruit te gaan.

g. De positie van de medewerkers wordt aantrekkelijker, waar tegenover een blijvende vorm van overleg over de tarieven wenselijk is.

h. Er wordt geen onderscheid meer gemaakt tussen bejaarden en andere volwassenen. De hogere kosten van de bejaarden worden uitgesmeerd over allen. Ieder die de verzekering binnen treedt maakt immers een grote kans eenmaal bejaard te zijn. Het is dus geen nieuw herverdelingselement, maar een „life time”-premie.

i. De berekening van een premie per hoofd of half hoofd is het eenvoudigste systeem dat men kan bedenken. Er wordt dus ook uitgespaard op de administratiekosten.

Gesprek met Dr. R. J. H. KRUISINGA

staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid

„De biologische problematiek is in het kader van de gezondheidszorg zo sterk op de voorgrond gekomen, dat deskundigheid dienaangaande bij het te voeren overheidsbeleid even onmisbaar is als op bijvoorbeeld het gebied van wetgeving of van financiën juridische of economische geschooldheid noodzakelijke voorwaarde is”.

Zo ongeveer het antwoord van staatssecretaris Dr. R. J. H. Kruisinga op onze vraag of de vier nu ten einde lopende jaren van zijn deelneming in de regering van ons land hem al dan niet tot de overtuiging hebben gebracht dat aan het hoofd van „Volksgezondheid” een medicus moet staan. Nadat wij vier jaar geleden bij de benoeming op 16 april 1967 van Dr. Kruisinga tot staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid een — in M.C. no. 18/1967 blz. 407 weergegeven — gesprek met de toen aantredende bewindsman hebben gehad, dat zich meer bepaalde tot de introductie van zijn persoon en zijn werkzaamheden tot dan toe, was er aanleiding dit gesprek aan het einde van de vierjarige kabinetsperiode af te ronden. Dr. Kruisinga vonden wij daartoe gaarne bereid. Zijn hierboven weergegeven antwoord moet men lezen als de essentie van een bredere beschouwing. Want Dr. Kruisinga plaatste deze eis van deskundigheid in de zijns inziens niet minder geldende noodzakelijkheid, dat deelneming aan een regeringsteam een all-round oriëntatie op voorhand vergt ten opzichte van het gehele maatschappelijke leven en de daaraan inherente vraagstukken.

„Uiteraard wordt een bredere oriëntatie vanzelfsprekend in de samenwerking in een team, waarvan de leden hun specifieke deskundigheid inbrengen, aanzienlijk verdiept” — aldus Dr. Kruisinga — „en in dat opzicht hebben vier jaren staatssecretariaat voor de eigen persoonlijkheid en voor het beschouwelijk inzicht in de omvangrijke problematiek, waarvoor men heden ten dage nationaal en internationaal wordt gesteld, een belangrijke winst aan rijping gebracht. In samenwerking tussen de leden van een regeringsteam is het dan daarnaast van eminent belang dat ten aanzien van gezondheidszorg een medicus als deskundige kan meespreken. Terugziende op deze vier jaren ben ik er zeer erkentelijk voor dat functie en waarden van de gezondheidszorg — vóór mijn optreden toch ook werkelijk niet miskend — een duidelijke plaats hebben gekregen in het totaal van regerings-zorgen. Vanzelfsprekend zijn er ten opzichte van velerlei maatschappelijk gewenste en/of noodzakelijke voorzieningen prioriteiten te stellen binnen het raam van het financieel of technisch mogelijke, doch ook bij het afwegen van belangen hebben motieven en overtuigingen, die ik mijnerzijds meende te moeten aanvoeren, volledig

meegespeeld. Dat Volksgezondheid een bijwagen zou zijn van Sociale Zaken kan bezwaarlijk worden beweerd, zeker wat deze laatste vier jaren betreft, wanneer men constateert wat op het gebied van wetgeving, maatregelen, opdrachten, adviesaanvragen e.t.q. in de sector volksgezondheid aan de orde is geweest. Overigens is die ontplooiing ook een logisch gevolg van een steeds sterker accent, dat op gezondheidszorg komt te liggen. De aandacht en zorg voor milieuhygiëne is daarvan een actueel voorbeeld, dat tevens duidelijk maakt dat in ons tijdsbestek de biologische problematiek sterk op de voorgrond is gekomen. De gezondheidssector is dimensionaal vergroot. Dat op zichzelf vraagt steeds meer om wetenschappelijk onderzoek, tot de uitvoering waarvan biologische scholing steeds meer voorwaarde wordt”.

Dat de behartiging van de gezondheidszorg een dimensionaal vergroot. Dat op zichzelf vraagt steeds nauwer betrokken voelt en ook betrokken wil worden, is staatssecretaris Kruisinga tot zijn persoonlijke voldoening duidelijk gebleken uit reacties op zijn beleid. Een niet lang geleden door de televisie uitgezonden vraaggesprek met hem heeft, bij herhaling, aangetoond hoezeer hier kan worden gesproken van zaken van groot publiekelijk belang.

„Ik vind deze respons uit het publiek op mijn inzichten en beleidsoverwegingen een werkelijk onmisbaar element in het voor goede democratische verhoudingen zo wenselijke contact tussen bestuurden en bestuurders. Daarbij wil ik er wel eerlijk voor uitkomen dat ik mij door adhesie uit het publiek — en natuurlijk is er ook afwijzing — toch bepaald wel gesteund voel. Ik behoor niet tot de politici die verklaren zich van reacties uit het publiek niets aan te trekken, althans ik vind deze respons voor mij — al ben ook ik natuurlijk niet gespeend van enige persoonlijke ijdelheid — toch wezenlijk van waarde en, als gezegd, functioneel voor een goed democratisch stelsel.”

Op de vraag of het ambt van staatssecretaris hem, die voorheen in verschillende functies werkzaam is geweest — huisarts, specialist, inspectie volksgezondheid, directeur wetenschappelijk onderzoek en planning van Sociale Zaken en Volksgezondheid en directeur-generaal volksgezondheid — voldoening heeft geschonken, of het werk hem is gaan boeien, volgt een bevestigend antwoord.

„Het vraagt aan bezinning op beleidsbepaling en beleidsvoering veel concentratie en tijd, er worden vele uren gevraagd voor gezamenlijk beraad op hoogste niveau en nog weer eens vele uren is mijn aanwezigheid vereist bij Kamercommissies en in de Kamers, van enkele internationale taken en van

representatieve verplichtingen nog gezwezen. Maar voor ieder geldt dat hij zich alle inspanningen wil getroosten wanneer het werk hem pakt en in dat opzicht vorm ik dus geen uitzondering op anderen, die zich voor hun werk naar beste vermogen inzetten".

In dit gesprek is ook het thema geestelijke gezondheidszorg aan de orde gekomen en daarbij kon Dr. Kruisinga niet nalaten nog eens, zoals hij al meer heeft gedaan tijdens openbaar optreden, zijn grote bezorgdheid uit te spreken over de toenemende psychische verontreiniging.

„Een conflict moet men natuurlijk niet uit de weg gaan, maar het wordt bedenkelijk als conflicten worden geforceerd om wille van het conflict". Een kritiek en verzuchting tegelijk, welke Dr. Kruisinga aanvult met te wijzen op de toenemende onverdraagzaamheid, het behagen in het streven naar excessieve acties en reacties, het teloor gaan van de zin voor oprechtheid en waarheid, van het

respect voor de persoon, in ruime zin: de agressie en de daarmee gepaard gaande toeneming van het geweld.

„Soms is de psychische verontreiniging bij personen of bij groepen niet minder een bedreiging voor de geestelijke volksgezondheid dan milieuverontreiniging voor de lichamelijke. Maar hoe van overheidswege door wetgeving of anderszins de bedreiging van het mentale welzijn af te wenden?"

Op deze ons voorgelegde vraag zijn wij het antwoord natuurlijk schuldig gebleven. Wellicht weet Dr. Kruisinga, mocht hij straks andermaal tot een politieke beleidsfunctie worden geroepen, toch nog wegen te vinden, die kunnen leiden naar een réveil ten gunste van gezonde samenlevingsstructuren. Blijkens de wijze, waarop hij nu vier jaar de functie van staatssecretaris heeft vervuld zal het hem aan energie voor het begaan van die nog te vinden wegen zeker niet ontbreken.

v.M.

UITSPRAAK CENTRAAL MEDISCH TUCHTCOLLEGE

Falende organisatie

van interne communicatie in ziekenhuis

Het Centraal Medisch Tuchtcollege heeft de navolgende beslissing gegeven inzake: *Mevr. A.*, wonende te B, klaagster; tegen: *C.*, neuroloog psychiater, wonende te D., de arts over wie is geklaagd;

Het Centraal Medisch Tuchtcollege; Gezien de stukken, waarbij een tussenbeslissing van het Centraal College van 28 augustus 1969; Gehoord partijen, alsmede E als getuige;

Overwegende dat klaagster zich met een op 17 juli 1968 gedateerde klacht heeft gewend tot het Medisch Tuchtcollege te F met een klacht betreffende de arts over wie is geklaagd, zakelijk hierop neerkomende, dat haar echtgenoot op 5 januari 1968 met een gedeeltelijke verlamming is opgenomen in het ziekenhuis te G., waar hij onder behandeling kwam van de arts over wie is geklaagd; dat hij tijdens zijn verblijf in dit ziekenhuis op verschillende punten onvoldoende werd verzorgd en onder meer uit bed viel en tenslotte met hoge koorts op 10 april 1968 naar de kliniek te H. werd vervoerd, waar hij na enkele dagen is gesuiccombeerd; dat later bleek, dat de arts over wie is geklaagd van het vervoer van de patiënt noch van diens overlijden op de hoogte bleek;

dat het College in Eerste Aanleg bij een op 31 oktober 1968 gewezen beslissing de klacht als ongegrond heeft afgewezen, van welke beslissing klaagster op 13 november 1968 is mededeling gedaan;

dat klaagster bij een op 2 december 1968 — en mitsdien tijdig — ingekomen beroepschrift van deze beslissing is in appèl gekomen;

Overwegende dat het Centraal College bij beslissing van 28 augustus 1969 met toepassing van artikel 87 sub b van het Reglement Medisch Tuchtrecht een nieuw voorlopig onderzoek heeft opgedragen aan de voorzitter van het College in Eerste Aanleg, omdat:

a) het Centraal College nòch uit het onderzoek ter terechtzitting in eerste aanleg nòch uit het onderzoek in hoger beroep een voldoende duidelijk beeld heeft kunnen verkrijgen van hetgeen met betrekking tot de in de klacht gestelde feiten als bezeugen aangenomen zou moeten worden;

b) het Centraal College onvoldoende inzicht heeft kunnen verkrijgen omtrent de verantwoordelijkheid voor eventuele tekortkomingen in de behandeling in het ziekenhuis te G. alsmede omtrent de verantwoordelijkheid voor het feit, dat de patiënt zonder voorkennis van de arts over wie is geklaagd, die de behandelende geneesheer was, is vervoerd naar een revalidatie-kliniek in een toestand die dat ongewenst maakte;

Overwegende dat de voorzitter van het College in Eerste Aanleg ter uitvoering van de opdracht van het Centraal College vijf getuigen heeft gehoord, te weten de geneesheer-directeur van het ziekenhuis in G. en leden van het verplegend personeel, waar-

onder het waarnemend hoofd van de afdeling waar de patiënt was verpleegd; dat het voorlopig onderzoek vervolgens op 31 december 1970 is gesloten en het Centraal College de zaak te zijner terechtzitting van 25 februari 1971 opnieuw heeft behandeld;

Overwegende dat bij dit onderzoek de volgende feiten zijn gebleken:

1. Klaagsters echtgenoot, geboren 5 augustus 1901, werd op 5 januari 1968 acuut opgenomen wegens een rechtszijdige hemiplegie van cerebrale oorsprong; hij leed voorts aan een ernstige diabetes, terwijl tijdens de opnameperiode recidiverend longontsteking optrad. De lichamelijke toestand van de patiënt is tijdens de klinische opname, hoewel wisselend, toch onafgebroken zorgelijk geweest; hij was zwak en levensmoe en had af en toe koorts. De arts over wie is geklaagd achtte enige tijd na de opname overbrenging naar een kliniek in een nabijgelegen plaats geïndiceerd met het oog op de meer gedifferentieerde mogelijkheden van revalidatie aldaar. Op 19 maart 1968 bereikte hem de mededeling, dat opname in laatstbedoelde kliniek te zijner tijd zou kunnen plaatsvinden. Op 10 april 1968 is de patiënt vervoerd. Een of twee dagen tevoren was hij uit bed gevallen, waardoor hij voorzover zichtbaar lichte verwondingen had opgelopen. Op de dag van het transport was zijn lichamelijke conditie slecht. Bij aankomst in de kliniek bedroeg zijn temperatuur 38,8, welke ondanks de op pneumonie gerichte therapie steeg tot 40°. Op 16 april 1968 is de patiënt overleden.

2. De arts over wie is geklaagd, behandelend geneesheer van de patiënt, was onbekend met het feit dat zijn patiënt een of twee dagen vóór het vervoer uit bed was gevallen. Hij is er ook niet van in kennis gesteld dat bericht van de kliniek was binnengekomen dat de patiënt kon worden opgenomen en dat deze op 10 april 1968 vervoerd zou worden. De beslissing omtrent dit vervoer op deze dag is buiten hem om door derden genomen. Van de toestand van de patiënt tijdens het vervoer was hij niet op de hoogte. De arts bezocht de patiënt ongeveer tweemaal per week. Er was geen zaalassistent die hem op de hoogte had kunnen brengen van de toestand van de patiënt op de dagen dat hij hem niet bezocht.

De arts over wie is geklaagd heeft enige tijd na de bovenbeschreven gebeurtenissen door vestiging elders zijn band met het ziekenhuis verbroken mede omdat het ziekenhuis naar zijn mening als gevolg van interne communicatiestoornissen niet optimaal functioneerde;

Overwegende thans met betrekking tot de ingediende klacht,

dat de klacht dat klaagsters echtgenoot uit bed is gevallen feitelijk juist is zoals is verklaard door het verplegend personeel en het gevolg was van het

vergeten het zogenaamde schrikhek na het voeden van de patiënt te herplaatsen;

dat het feit dat dit kon gebeuren blijk geeft van onvoldoende zorgvuldige verzorging in het ziekenhuis;

dat dit echter niet aan de arts over wie is geklaagd verweten kan worden, weshalve de klacht in zoverre ongegrond is;

dat het in een ziekenhuis regel behoort te zijn dat de behandelende geneesheer tevoren ervan in kennis wordt gesteld dat een patiënt vervoerd zal worden naar een ander ziekenhuis of kliniek en wel zó tijdig, dat de behandelende geneesheer de patiënt zo nodig nog kan onderzoeken en kan nagaan of de toestand van de patiënt vervoer gedooft;

dat de leiding van een ziekenhuis aan deze vanzelfsprekende regel streng de hand behoort te houden;

dat uit de vastgestelde feiten blijkt, dat de organisatie van het onderhavige ziekenhuis in dit opzicht gefaald heeft;

dat immers klaagsters echtgenoot is vervoerd toen hij in een zodanige toestand verkeerde, dat vervoer beter achterwege had kunnen blijven, zulks zonder dat de behandelende geneesheer tevoren van dit vervoer op de hoogte was gesteld en daardoor zonder dat deze een beslissing omtrent het vervoer had kunnen nemen;

dat klaagster dan ook terecht klaagt over de behandeling die haar echtgenoot heeft ondergaan, doch de arts over wie is geklaagd hiervan in zoverre geen verwijt gemaakt kan worden als de verantwoordelijkheid voor hetgeen geschied is niet zozeer bij hem dan wel bij het ziekenhuis ligt;

dat het Centraal College echter wel van oordeel is, dat de arts over wie is geklaagd, wetende dat de organisatie van het ziekenhuis op het gebied van de interne communicatie faalde — zoals hij heeft erkend —, ter voorkoming van fouten als in casu door het ziekenhuispersoneel zijn gemaakt, er beter aan zou hebben gedaan de frequentie van zijn bezoeken aan deze ernstig zieke patiënt te verhogen en hij zich bovendien had kunnen realiseren dat de toestand, waarin de patiënt inmiddels was komen te verkeren, overbrenging naar een revalidatiekliniek niet langer gewenst deed zijn, zodat hij deze beter kon afgelasten;

dat dus niet gezegd kan worden dat de arts te dezen in het geheel geen blaam treft;

dat de arts zich echter naar het oordeel van het College niet aan een zodanig ernstige nalatigheid heeft schuldig gemaakt, dat hij daardoor het ver-

trouwen in de stand der geneeskundigen heeft ondermijnd, nu de verantwoordelijkheid voor het gebeurde in beginsel bij de leiding van het ziekenhuis lag, van welke verwacht mocht worden dat een bericht over vervoer als bedoeld tijdig ter kennis wordt gebracht van de behandelende geneesheer en dat er een zodanige discipline heerst dat ongevallen als het uit bed vallen van een ernstig zieke patiënt terstond worden gerapporteerd;

dat het Centraal College de klacht derhalve ook in dit opzicht zal moeten afwijzen;

Overwegende dat mitsdien de beslissing van het College in Eerste Aanleg met wijziging van gronden moet worden bevestigd;

Overwegende dat de onderhavige beslissing op gronden aan het algemeen belang ontleend openbaar gemaakt dient te worden in voege als het Centraal College hieronder zal bepalen;

Rechtdoende in hoger beroep:

Verwerpt het beroep;

Bevestigt de beslissing waarvan beroep met wijziging van gronden;

Beveelt bekendmaking van deze beslissing door toezending aan het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, afdeling Externe Betrekkingen, en door aanbieding aan de redacties van de weekbladen „Medisch Contact” en „de Nederlandsche Jurisprudentie”.

Aldus gegeven op 25 februari 1971 door de heren: Mr. R. Prins, plv. voorzitter; H. H. Santman, W. Hoekstra en P. J. Kaiser, leden-geneeskundigen; Prof. Dr. S. A. de Lange, plv. lid-geneeskundige; in tegenwoordigheid van Mr. P. Mout, secretaris.

Brieven uit de Bibliotheek van de Maatschappij (X)

Een brief van Franciscus Cornelis Donders aan Carel Eduard Daniëls

De korte brief van Donders luidt:

Weled. Z. geleerd Heer!

Het is mij aangenaam U dank te zeggen voor de toezending van een exemplaar van het door U vertaalde handboek van Wundt. Het schijnt mij duidelijk en eenvoudig geschreven en voor medici zeer bruikbaar. Dat ik voor studenten verre de voorkeur geef aan het uitstekende werk van Hermann heb ik onzen vriend Koster waarschijnlijk ook wel te kennen gegeven.

Hoogachtend heb ik de eer te zijn

Utrecht, 5 Oct. 1864

Uw dw. F. C. Donders

De brief gaat over de fysiologieboeken van Wundt en Hermann. Het leerboek der fysiologie van Hermann, evenals dat van Wundt ook in het Nederlands vertaald, werd in het begin van deze eeuw nog door de medische studenten gebruikt.

Wilhelm Wundt, fysioloog, psycholoog en wijsgeer is 16 augustus 1832 te Neckarau in Baden geboren. Hij werd in 1865 buitengewoon hoogleraar in de fysiologie in Heidelberg, in 1874 hoogleraar in de wijsbegeerte in Zürich en in 1875 in Leipzig en hij is 21 augustus 1920 overleden te Grossbothen bij Leipzig.

Ludimar Hermann is in Berlijn geboren op 21 oktober 1838. Hij studeerde geneeskunde in Berlijn en werd in 1868 hoogleraar in de fysiologie te Zürich en in 1884 te Konigsbergen, waar hij 6 juni 1914 is overleden.

Franciscus Cornelis Donders, beroemd fysioloog en oogheelkundige, is in Tilburg geboren op 27 mei 1818. Hij studeerde in Utrecht en promoveerde in Leiden in 1840. Daarna was hij officier van gezondheid en ging in 1842 naar Utrecht om anatomie, histologie en fysiologie te doceren aan de militair-geneeskundige school. In 1858 richtte hij het „Nederlandsch Gasthuis voor Ooglijders” op in Utrecht en in 1862 werd hij aldaar benoemd tot hoogleraar in de fysiologie. In 1888 trad Donders af als hoogleraar en 24 maart 1889 is hij overleden.

Carel Eduard Daniëls is 4 juni 1839 te Hillegom geboren. Hij studeerde in Leiden o.a. onder Surinagar, Pruijs van der Hoeven, Simon Thomas. In juni 1862 promoveerde hij in de medicijnen en in oktober van hetzelfde jaar in chirurgie en verloskunde. Daniëls was van 1883 tot 1919 bibliothecaris van de Maatschappij. Hij had als zodanig grote verdiensten en werd in 1913 erelid van de Maatschappij. Hij was oprichter van het Geneeskundig Medisch Pharmaceutisch Museum te Amsterdam en medeoprichter van „Janus, archives internationales pour l'histoire de la médecine et pour la géographie médicale”. In 1919, bij het neerleggen van het bibliothecarischap, verhuisde Daniëls van Amsterdam naar 's-Gravenhage, waar hij 25 januari 1921 overleed.

Nederland had omtrent de tijd van deze brief beroemde fysiologen. Behalve Donders moeten o.a. genoemd worden Moleschott, die naar Italië ging, Gerrit Jan Mulder en Adrianus Heijnsius, beiden vooral bekend op het terrein der fysiologische chemie.

Dr. J. A. van Dongen

Van „Wet ziekenhuisvoorzieningen” naar „Wet gezondheidsvoorzieningen”

Gepubliceerd is een ontwerp van wet houdende uitbreiding van de „Wet ziekenhuisvoorzieningen” tot een „Wet gezondheidsvoorzieningen”. In het ontwerp wordt voorgesteld dat bij algemene maatregel van bestuur categorieën van gevallen kunnen worden aangewezen, waarin het verboden is zonder vergunning niet-klinisch genees- of heelkundig onderzoek en -behandeling, kraamzorg, sociaal-medische begeleiding of verpleging en verzorging te verrichten ter bevordering van de gezondheid of ter voorkoming van ziekte. Tevens kan dan bij algemene maatregel van bestuur de omvang van de behoefte aan voorzieningen, vallende onder een dergelijk verbod, kunnen worden aangegeven. Voor zover de onder dit verbod vallende werkzaamheden worden verricht door zelfstandige beroepsbeoefenaars of een samenwerkingsverband hiervan, worden de daarbij bedoelde gevallen van categorieën alleen aangewezen indien gewichtige belangen daartoe aanleiding geven.

Ten aanzien van de extramurale zorg, voor zover deze wordt uitgeoefend door zelfstandige beroepsbeoefenaars, kan de indiener van het ontwerp, staatssecretaris Dr. R. J. H. Kruisinga, zich voorstellen dat een regeling van de spreiding uit een oogpunt van volksgezondheid nodig zou zijn, hetzij landelijk dan wel regionaal of plaatselijk, wanneer een onevenredige spreiding van die deskundigen over het land dreigt. De staatssecretaris wijst er met klem op dat dit systeem niet is opgezet als een regeling van bovenaf, maar dat de concretisering hiervan dient op te komen uit en gedragen te worden door de initiatieven die uit de maatschappij voortkomen en die eerst regionaal, dan landelijk met elkaar in verband worden gebracht en op elkaar worden afgestemd.

Memorie van toelichting

De Memorie van Toelichting op het ontwerp van wet laten wij in de originele vorm — de „ondergetekende” is de staatssecretaris — hier onverkort volgen:

Inleiding. Bij de openbare behandeling van het ontwerp Wet ziekenhuisvoorzieningen in de Tweede Kamer der Staten-Generaal heeft de ondergetekende er op gewezen, dat deze wet, die zich nu richt op de intramurale gezondheidsvoorzieningen, ook zal moeten worden uitgebreid tot de sector van de

extramurale voorzieningen. Hij deelde in dat verband mede, dat een dergelijke uitbreiding van deze wet — naar zijn mening door toevoeging van een extra hoofdstuk — zo spoedig mogelijk zou worden voorbereid, en dat hij hoopte, kort nadat het desbetreffende wetsontwerp de beide Kamers was gepasseerd, een vóórontwerp aan de betrokken adviesinstanties te kunnen toezenden.

Deze uitbreiding brengt geen wezensvreemd element in de Wet ziekenhuisvoorzieningen, doch was van het begin af aan reeds in principe in de opzet van de wet mede begrepen. In de memorie van toelichting wordt reeds duidelijk gesteld, dat het systeem van de provinciale planning de basis kan zijn voor een verdergaande uitbouw van de planning op het terrein van de volksgezondheid. Hierbij dienen de provinciale besturen onderling overleg te plegen, voor zover de behoefte aan voorzieningen in de ene provincie samenhangt met die in een andere provincie. Met nadruk wees de ondergetekende er in dit verband op, „dat hierdoor ook banden kunnen worden gelegd tussen de verschillende delen van de gezondheidszorg, zodat deze kunnen worden aangesloten tot een goed functionerend systeem van voorzieningen. Ook bij de extramurale voorzieningen zal worden getracht de regionalisatie waar mogelijk te bevorderen. Geleidelijk wordt op deze wijze getracht te komen tot een geïntegreerd pakket van voorzieningen, zowel intra- als extramurale, in regionaal verband, waarbij de provincie als bestuurlijke eenheid een belangrijke rol zal kunnen spelen”.

In de memorie van antwoord aan de Tweede Kamer bij het desbetreffende wetsontwerp is de ondergetekende nader ingegaan „op de voordelen van een systeem van provinciale planning, welke tevens als basis gebruikt kan worden voor de planning van andere voorzieningen op het terrein van de volksgezondheid; ook hiervoor zou dan een in elkaar sluitend provinciaal plan kunnen worden opgesteld. Hierdoor kan een stramen van onderling rationeel op elkaar afgestemde dienstverleningen van een gebied, een regio van een zekere omvang ontstaan. Op deze wijze zal een geïntegreerd pakket van voorzieningen in regionaal verband, zowel wat betreft ziekenhuizen en andere inrichtingen als op het gebied van de maatschappelijke gezondheidszorg tot stand kunnen komen, waarbij de provincie als een bestuurlijke eenheid coördinerend kan optreden. In het bijzonder met het oog op de persoonlijke inzet en het dragen van grote verantwoordelijkheden door degenen, die de diensten verlenen, welke kenmerkend zijn voor de dienstverlening in de sector

van de gezondheidszorg, is decentralisatie niet alleen gewenst, maar terwille van een doelmatige en efficiënte uitvoering juist noodzakelijk. Plaatselijke en regionale inschakeling bij de planning en de uitvoering van de dienstverlening zal het plaatselijk gevoel van betrokkenheid bevorderen en kan daardoor ook de doelmatigheid dienen. Vereisten hierbij zijn dat enerzijds door een democratische opzet de inspraak van de „consument” van de diensten voldoende gegarandeerd is en dat men anderzijds over adequate deskundige adviezen beschikt; wat dit laatste betreft, zullen de op landelijk niveau tot stand gekomen wetenschappelijk verantwoorde normen een leidraad moeten zijn”.

Met het onderhavige wetsontwerp wordt beoogd, een samenhangende structuur van de gezondheidsvoorzieningen te bevorderen. Alvorens nader in te gaan op de opzet van dit wetsontwerp, meent de ondergetekende goed te doen door eerst de toenevende betekenis van de samenhang tussen de verschillende gezondheidsvoorzieningen te belichten en vervolgens aandacht te schenken aan de financiering hiervan.

Samenhang tussen intra- en extramurale gezondheidsvoorzieningen

Als de belangrijkste vormen van extramurale voorzieningen kunnen in het huidige stadium worden vermeld de sociaal-psychiatrische diensten en de jeugd-psychiatrische diensten, de medisch-opvoedkundige bureaus, de medische consultatiebureaus voor alcoholisten, de consultatiebureaus voor t.b.c., de kraamcentra, de schoolartsendiensten, en de sociaal-medische en sociaal-hygiënische diensten van de kruisorganisaties.

De extramurale voorzieningen zijn gedeeltelijk reeds van oude datum zoals verscheidene diensten welke de kruisorganisaties verlenen. In de sector van de geestelijke volksgezondheid zijn deze voorzieningen veelal later tot stand gekomen. Ten dele zijn zij ontstaan als een sequeel van de intramurale zorg, zoals sommige sociaal-psychiatrische diensten.

In de praktijk zijn de beide soorten van voorzieningen een eigen leven gaan leiden. Dit is te verklaren omdat hun werkterrein op zichzelf reeds een omvangrijk geheel vormde, waardoor de samenhangen met andere voorzieningen slechts als randverschijnsel aan de dag traden. Het onafhankelijk van elkaar opereren werd nog versterkt doordat de diverse voorzieningen uitgaan van verschillende organisaties, een geheel verschillende opzet en structuur hebben, en bovendien nog verschillend worden gefinancierd.

Geleidelijk wint thans het inzicht veld, dat hier een van de hoofdproblemen ligt voor de ontwikkeling van een goede en moderne gezondheidszorg. Een tijdige hulp- en dienstverlening bij de patiënt thuis of in zijn naaste omgeving kan in een niet onbelangrijk aantal gevallen intensieve therapie en behandeling in een later stadium voorkomen. Een

goede opvang na de intramurale behandeling kan aan de resultaten hiervan ten goede komen en tot gevolg hebben dat geen nieuwe opname meer nodig is.

Derhalve dient te worden gestreefd naar het ontwikkelen van een stelsel waarbij de onderscheidene intra- en extramurale voorzieningen alsmede geschakeerde tussenvoorzieningen doelmatig in elkaar grijpen, en op een ook voor de patiënten overzichtelijke wijze functioneren.

Financiering van de extramurale zorg

De noodzaak van een nauwe samenhang tussen de intra- en extramurale voorzieningen is uitvoerig ter sprake gekomen bij de behandeling van het wetsontwerp dat geleid heeft tot de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Daarbij is met name gewezen op de aanzuigende werking van de intramurale zorg zolang de extramurale zorg nog niet in het verstrekkingspakket is opgenomen. De ondergetekende acht dit inderdaad een belangrijke factor, die in betekenis toeneemt naarmate de sector van de intramurale zorg vollediger tot ontwikkeling komt, speciaal met betrekking tot de verpleeginrichtingen en zwakzinnigeninrichtingen.

Hij heeft er echter in dat verband op gewezen, dat hij deze problematiek gaarne in bredere samenhang beziet, tegen de achtergrond van de gehele ontwikkeling van de gezondheidszorg. Juist gezien de zeer snelle ontwikkeling van de medische wetenschap en in aansluiting daaraan van de noodzakelijke voorzieningen op het terrein van de gezondheidszorg, zo stelde hij daar, mag voor de toekomst worden verwacht dat het goed functioneren van de intra- en de extramurale voorzieningen nauw met elkaar samenhangt.

Met het oog op het doelmatig functioneren van het volksgezondheidsapparaat en het verkrijgen van zo groot mogelijke resultaten met zo weinig mogelijk kosten, moeten „de vormen van extramurale zorg, die het experimentele stadium hebben doorlopen en die tenminste in een zodanige kwantiteit aanwezig zijn, dat zij althans in iets meer dan een minimum van de behoefte kunnen voorzien, zo spoedig mogelijk in het verstrekkingspakket worden opgenomen”.

Op deze wijze kan enerzijds worden bereikt, dat het verstrekkingspakket een overzichtelijk en goed op elkaar afgestemd geheel wordt van extramurale en intramurale voorzieningen alsmede van de tussenvoorzieningen tussen de extramurale en de intramurale zorg die vooral in de sector van de geestelijke volksgezondheid een steeds belangrijker functie gaan vervullen. Anderzijds kan worden bereikt, dat de financieringsbasis van de extramurale zorg even sterk is als die van de intramurale zorg, zodat zij volwaardig tot ontwikkeling kan komen en doelmatig kan functioneren.

Een eerste stap hiertoe vormde de adviesaanvraag aan de Ziekenfondsraad d.d. 27 juli 1970 over het brengen van de zorg van sociaal-psychiatrische

diensten onder de A.W.B.Z.; dit is inmiddels — zij het in voorlopige vorm — gerealiseerd. Inmiddels is op 2 februari aan de hand van het Interim-advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid over de Financiering Maatschappelijke Gezondheidszorg een uitgewerkte adviesaanvraag over deze materie tot de Ziekenfondsraad gericht.

De voorgenomen financiering van de extramurale zorg op basis van de A.W.B.Z. is een reden te meer voor een snelle totstandkoming van de Wet gezondheidsvoorzieningen. In het huidige stadium bestaat er door middel van de subsidiëring een zekere mate van stuurmogelijkheid ten aanzien van de omvang en de spreiding van de instellingen voor extramurale zorg, zij het dat de verdeling van de subsidiëring over diverse subsidiënten niet aan de werking van deze stuurmogelijkheid ten goede komt. Bij het vervallen hiervan, zou de A.W.B.Z. als enig regulerende mogelijkheid overblijven. Deze is echter in eerste instantie gericht op de financiering, en kan hoogstens tijdelijk als reguleringsinstrument worden gehanteerd.

Principieel acht de ondergetekende het ook juist, de financiële bereikbaarheid van de voorzieningen in een andere wetgeving te regelen dan de functionele bereikbaarheid. De financiële bereikbaarheid houdt in, dat er geen financiële belemmeringen in de weg staan aan de bereikbaarheid van de gezondheidszorg. De functionele bereikbaarheid wil zeggen dat er een organische structuur tot stand moet komen tussen ziekenhuizen en poliklinieken, verpleegtehuizen, zwakzinnigeninrichtingen en de diverse vormen van extramurale zorg.

Opzet van het wetsontwerp

Nu voor de intramurale zorg in de hierboven bedoelde functionele bereikbaarheid wordt voorzien door de Wet ziekenhuisvoorzieningen, ligt het voor de hand de doelmatige omvang en spreiding van de extramurale zorg en de goede afstemming op de intramurale zorg ook te baseren op dezelfde wetgeving. Deze dient daartoe te worden uitgebreid, waarbij uiteraard met de eigen aard van de extramurale voorzieningen volledig rekening moet worden gehouden.

In principe acht de ondergetekende het noodzakelijk, de gehele extramurale zorg, voor zover deze fungeert in de vorm van instellingen voor maatschappelijke gezondheidszorg, aan een wettelijk vergunningstelsel te onderwerpen, dat op eenzelfde manier kan worden opgezet als dit in de Wet ziekenhuisvoorzieningen ten aanzien van de ziekenhuizen is vervat.

Hij kan zich echter voorstellen, dat ook ten aanzien van de extramurale zorg, voor zover deze wordt uitgeoefend door zelfstandige beroepsbeoefenaars, een regeling van de spreiding uit een oogpunt van volksgezondheid nodig zou zijn, hetzij landelijk dan wel regionaal of plaatselijk, wanneer een onevenredige spreiding van die deskundigen over het land dreigt.

Op deze wijze kan een stramen van onderling rationeel op elkaar afgestemde voorzieningen worden verkregen, die het gehele gebied van de volksgezondheid omvatten, en zodoende tezamen meer levensvatbaar zijn dan de som van een aantal los van elkaar opererende dienstverlenende instanties.

Met klem wil de ondergetekende er hierbij op wijzen, dat dit systeem niet is opgezet als een regeling van bovenaf, maar dat de concretisering hiervan dient op te komen uit en gedragen te worden door de initiatieven die uit de maatschappij voortkomen, en die eerst regionaal, dan landelijk met elkaar in verband worden gebracht.

Aan het leggen van het onderlinge verband zal ten goede komen dat de planning voor de gezondheidsvoorzieningen in eerste instantie geschiedt door de provinciale besturen, en dat zij voor de verschillende voorzieningen wordt gecoördineerd door eenzelfde College; hiertoe krijgt het College voor ziekenhuisvoorzieningen de naam College voor gezondheidsvoorzieningen en wordt zijn samenstelling dienovereenkomstig gewijzigd.

Aangezien de verschillende plannen zo veel mogelijk op elkaar moeten worden afgestemd, is het wenselijk dat de voorbereiding van de plannen ook zo mogelijk gelijktijdig geschiedt. In elk geval dient de planning in een samenhangend landelijk plan van gezondheidsvoorzieningen te worden neergelegd.

Bij de gehele uitwerking van de planning is de medewerking van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid van groot belang. Zoals de ondergetekende reeds eerder opmerkte kunnen de provinciale besturen rekenen op de medewerking van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, een regionaal gedeconcentreerd rijksoverheidsapparaat met een lange traditie van nauwe samenwerking met de provinciale besturen, een apparaat ook waarin grote deskundigheid is bijeengebracht.

Bij het verlenen van de concrete vergunningen zullen uitdrukkelijke bepalingen worden opgenomen teneinde de nodige samenwerking tussen de regionale inrichtingen en instellingen te waarborgen.

De verstrekkingen van documentatiegegevens en het opstellen en publiceren van financiële gegevens zal bij de instellingen voor maatschappelijke gezondheidszorg op een in principe gelijke wijze dienen te geschieden als bij de ziekenhuizen.

Op de hierboven geschetste wijze, waarop bij de artikelsgewijze behandeling nader wordt ingegaan, kan naar het oordeel van de ondergetekende worden bereikt dat de gezondheidsvoorzieningen als een structurele eenheid gaan functioneren en ook als zodanig worden ervaren. Voor een werkelijk doelmatig gebruik van de beschikbare middelen en mankracht acht de ondergetekende de onderhavige regeling dan ook onontbeerlijk.

Raakvlakken met andere beleidssectoren

De gezondheidszorg heeft vele raakvlakken met andere welzijnstaken. Instellingen op dit terrein hebben allerlei verbindingen naar instellingen, die an-

dere vormen van dienstverlening behartigen. Met name is hier de maatschappelijke dienstverlening van belang. De ondergetekende is van mening, zoals ook via vele anderen naar voren is gebracht, dat afstemming van het beleid met betrekking tot deze voorzieningen zowel op overheidsniveau als bij de uitvoerende instellingen moet worden bevorderd. Realisering hiervan in wettelijke regelingen is op dit moment nog moeilijk. In een memorandum hebben de bewindslieden van C.R.M. weliswaar hun denkrichting aangegeven met betrekking tot een wetgeving op het maatschappelijk en cultureel welzijn, maar de vormgeving in wetten is nog niet aanwezig, zodat de wederzijdse afstemming in de wetgeving nog niet kan plaatsvinden. Anderzijds moet geconstateerd worden dat de historische ontwikkeling in de gezondheidszorg en bij de maatschappelijke dienstverlening verschillend is geweest, terwijl ook de aard van de voorzieningen soms moet leiden tot verschillen in te stellen regelen.

Zo ligt een meer centrale planning bij gezondheidsvoorzieningen eerder voor de hand dan bij de maatschappelijke dienstverlening. De wet ziekenhuisvoorzieningen kent dan ook een centrale planning, al hebben hierbij de provincies een zeer wezenlijke functie te vervullen. Het onderhavige ontwerp handhaaft dit systeem ook voor de uitbreiding van deze wet tot een wet gezondheidsvoorzieningen. Het bovengenoemde memorandum en ook een ontwerp van wet op uit de A.W.B.Z. gefinancierde voorzieningen voor maatschappelijke dienstverlening waarvan de bewindslieden van C.R.M. binnenkort de indiening zullen bevorderen, legt de planning vooral op gemeentelijk en provinciaal niveau, zij het aan de hand van algemene regels.

De ondergetekende is met zijn ambtgenoot van C.R.M. tot de conclusie gekomen dat met de huidige stand van zaken de afstemming met betrekking tot de planning het best geregeld kan worden door in het onderhavige ontwerp te bepalen dat bij of krachtens algemene maatregel van bestuur regels worden gegeven waardoor de afstemming van de plannen met betrekking tot de extramurale voorzieningen van gezondheidszorg en van de plannen met betrekking tot de maatschappelijke dienstverlening wordt bevorderd.

De bewindslieden van C.R.M. gaan bij het in te dienen ontwerp van wet tot regeling van uit de A.W.B.Z. gefinancierde maatschappelijke dienstverlening van dezelfde gedachten uit als leidraad was bij het ontwerp van wet ziekenhuis (gezondheids)voorzieningen, n.l. dat het beleid met betrekking tot de voorzieningen niet afhankelijk mag zijn van de wijze van financiering. De uitwerking van die gedachten moet evenwel in beide ontwerpen verschillend zijn, ten dele door het verschil in fasering, ten dele door de aard van de voorzieningen. Zo werkt de wet gezondheidsvoorzieningen met vergunningen en de wet op de maatschappelijke dienstverlening met erkenningen. Hoewel hiertussen een wezenlijk verschil is, hebben zij gemeen dat een goed functioneren bevorderd wordt.

Voor de afstemming van het beleid is het verschil — hoe wezenlijk het overigens moge zijn — niet van betekenis.

Voorts is rekening gehouden met de bijzondere verantwoordelijkheid die op de minister van Justitie rust. Het strafrechtelijk beleid — in de ruime zin — is in grote mate afhankelijk van de mogelijkheden van extramurale voorzieningen, zoals sociaal-psychiatrische diensten, consultatiebureaus voor alcoholisten en medisch-opvoedkundige bureaus. Ook het beleid van de kinderrechter is hierbij betrokken in de gevallen waarin deze in verband met onmaatschappelijk gedrag van een minderjarige bepaalt, welke maatregel van kinderbescherming hij moet opleggen. De rechter en het openbaar ministerie moeten er van verzekerd zijn dat er reële mogelijkheden zijn van behandeling, gericht op het voorkomen van recidive, op resocialisering en tevens op bescherming van de maatschappij.

Daarom is in één algemeen artikel — het nieuwe artikel 2 - zowel de algemene inspraak van de minister van Justitie wettelijk vastgelegd, als ook aan deze de bevoegdheid toegekend, zo hij dit nodig oordeelt voor een goede uitvoering van de hem bij andere wettelijke regelingen opgedragen taak, speciale maatstaven vast te stellen voor de gezondheidsvoorzieningen waarvan door of voor „Justitiepatiënten” gebruik wordt gemaakt. Het toezicht zal, ook voor wat deze patiënten betreft, ingevolge artikel 29 worden uitgeoefend door ambtenaren van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid. De aanwijzing van de met dit toezicht te belasten ambtenaren zal echter ingevolge artikel 2 geschieden door de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid in overeenstemming met de minister van Justitie.

Voor de extramurale voorzieningen die rechtstreeks uitgaan van academische ziekenhuizen is, evenals voor deze ziekenhuizen zelf, geen vergunning vereist, indien zij in het landelijk plan zijn opgenomen. Op deze wijze kan een goede onderlinge afstemming worden bereikt, welke van het grootste belang moet worden geacht. Voor de extramurale voorzieningen die uitgaan van gemeenten of provincies geldt in principe dezelfde regeling als voor de particuliere voorzieningen. Wel kan het nodig zijn, afwijkende regelen te stellen voor het verstrekken van financiële gegevens. Hiertoe wordt - evenals bij de intramurale voorzieningen — de mogelijkheid geboden.

Artikelen en toelichting

Verscheidene artikelen van het ontwerp van wet, houdende uitbreiding van de Wet ziekenhuisvoorzieningen, beogen redactionele wijzigingen in die wet alsook bijvoorbeeld wijziging van namen, zoals die van het College voor ziekenhuisvoorzieningen in een — qua aantal leden groter — College voor gezondheidsvoorzieningen. De artikelen, waarvan de materiële inhoud bepalend is voor nieuwe regelingen laten wij hieronder met onmiddellijk daarachter de daarbij behorende toelichting uit de Memorie van

Toelichting hier volgen; ingevoegd worden dienaangaande drie artikelen:

Artikel 23

1. Bij algemene maatregel van bestuur worden categorieën van gevallen aangewezen, waarin het verboden is dat instellingen voor maatschappelijke gezondheidszorg dan wel zelfstandige beroepsbeoefenaars of een samenwerkingsverband hiervan zonder vergunning van Onze Minister niet-klinisch genees- of heelkundig onderzoek en -behandeling, kraamzorg, sociaal-medische begeleiding, verpleging en verzorging, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding verstrekken of andere werkzaamheden verrichten ter bevordering van de gezondheid of ter voorkoming van ziekte.

2. Alvorens tot vaststelling, wijziging of intrekking van een algemene maatregel van bestuur als in het eerste lid bedoeld wordt overgegaan, wordt het College gehoord, alsmede de Centrale Raad voor de Volksgezondheid dan wel de Gezondheidsraad.

3. Alvorens op de aanvraag om een vergunning te beslissen, wint Onze Minister het advies in van het College en van gedeputeerde staten van de provincie, waarin de beoogde werkzaamheden zullen worden verricht, alsmede, voor zover daartoe naar zijn oordeel gegronde redenen bestaan, van gedeputeerde staten van andere provincies.

4. Ten aanzien van de vergunning zijn de artikelen 12, 18, 19, eerste, zesde en achtste lid en 20 van overeenkomstige toepassing.

5. Een vergunning is niet vereist ten aanzien van extramurale voorzieningen door of vanwege academische ziekenhuizen, voor zover deze in het landelijk plan voor extramurale voorzieningen zijn opgenomen.

Toelichting: In het eerste lid van artikel 23 is een algemene omschrijving gegeven van de extramurale zorg. Bij de redactie hiervan zou kunnen worden uitgegaan van de werkzaamheden die moeten kunnen worden geregeld, of van de instellingen die deze werkzaamheden verrichten. Beide begrippen dekken elkaar niet. Het komt voor, dat gelijksoortige instellingen verschillende varianten van de werkzaamheden verrichten, welke bovendien deels wel, deels niet onder de A.W.B.Z. vallen. Omgekeerd worden meermalen dezelfde werkzaamheden door niet gelijksoortige instellingen verricht; ook overheidsdiensten spelen hierbij een rol. In het wetsontwerp is gekozen voor de werkzaamheid als uitgangspunt van de regeling. Het begrip instelling komt alleen aan de orde met het oog op de verschillende uitwerking voor instellingen en voor zelfstandige medische beroepsbeoefenaars.

Artikel 24

1. Voor zover de in artikel 23 bedoelde werkzaamheid wordt verricht door instellingen of diensten voor maatschappelijke gezondheidszorg, kan een vergunning uitsluitend worden verleend aan een

rechtspersoon van wie mag worden aangenomen dat zijn werkzaamheid niet gericht is op het behalen van winst.

2. Een vergunning, als in het eerste lid bedoeld, kan slechts worden geweigerd indien:

a. de beoogde werkzaamheid niet past in hetgeen krachtens artikel 19, tweede lid, met betrekking tot zodanige voorzieningen is aangegeven;

b. de opzet van de werkzaamheid uit het oogpunt van doelmatigheid tekortschiet, voorzieningen bevat die niet een noodzakelijk bestanddeel van de werkzaamheid vormen, of kan leiden tot toepassing van tarieven die hoger zijn dan in het algemeen belang verantwoord is te achten;

c. aannemelijk is dat de kwaliteit van de werkzaamheid tekort zal schieten.

3. Onze minister kan de in het tweede lid gestelde maatstaven nader omschrijven. Een zodanig besluit wordt in de *Staatscourant* bekend gemaakt.

4. Het bepaalde in het tweede lid, onder a, is niet van toepassing, voor zover de bedoelde werkzaamheid bij het in werking treden van het verbod reeds op dezelfde plaats en in dezelfde omvang werd verricht.

5. In een vergunning aan een instelling of dienst kan worden bepaald voor welk werkterrein zij geldt, welke omvang de werkzaamheid en taakuitoefening mogen hebben, en met welke ruimte, outillage en personeel de werkzaamheid mogen worden verricht en welke samenwerking met ziekenhuizen of instellingen voor maatschappelijke gezondheidszorg moet worden onderhouden.

6. Een vergunning kan worden ingetrokken, indien de kwaliteit van de werkzaamheid tekortschiet.

7. Een vergunning kan mede worden ingetrokken, indien de werkzaamheid niet of niet in voldoende omvang wordt verricht, nadat de vergunning onherroepelijk is geworden en meer dan een jaar is verstreken.

Toelichting: Artikel 24 behelst de toepassing van artikel 23 op de instellingen en diensten voor maatschappelijke gezondheidszorg.

Artikel 25

1. Op werkzaamheden, verricht door zelfstandige beroepsbeoefenaars of een samenwerkingsverband van dezen, kan een aanwijzing krachtens artikel 23, eerste lid, slechts betrekking hebben voor zover gewichtige belangen daartoe aanleiding geven. Hieromtrent wordt tevoren de organisatie van de betrokken beroepsbeoefenaars gehoord.

2. Een vergunning kan slechts worden geweigerd indien de beoogde werkzaamheden niet passen in hetgeen krachtens artikel 8 met betrekking tot zodanige voorzieningen is aangegeven.

3. Geen vergunning is vereist, voor zover de bedoelde werkzaamheden bij het in werking treden van het verbod reeds op dezelfde plaats werden verricht.

4. Een vergunning kan worden ingetrokken in-

dien de werkzaamheden, met het oog waarop zij is verleend, niet of vrijwel niet worden verricht, nadat meer dan een jaar is verstreken, te rekenen van het tijdstip waarop haar verlening onherroepelijk is geworden.

Toelichting: In artikel 25 wordt de nadere toepassing van artikel 23 gegeven met betrekking tot de zelfstandige beroepsbeoefenaars. De reden hiervoor is in het algemeen gedeelte, paragraaf 4, uiteengezet.

In het eerste lid is bepaald, dat de toepassing van de wet op de zelfstandige beroepsbeoefenaars alleen plaats kan vinden, indien gewichtige belangen daartoe aanleiding geven. Met name valt te denken aan een onevenwichtige spreiding over het land. Deze spreiding kan zowel landelijk zijn, als regionaal of plaatselijk. De aanwijzing van categorieën van gevallen waarvoor een vergunning vereist is, kan dan ook geografisch beperkt zijn.

Over de vraag of er inderdaad zodanige gewichtige belangen zijn, wordt tevoren de organisatie van de betrokken beroepsbeoefenaars gehoord.

De toetsing voor de vergunning vindt blijkens het tweede lid uitsluitend plaats aan de criteria van behoefte en spreiding.

De reeds ter plaatse gevestigde beroepsbeoefenaars hebben dan ook ingevolge het derde lid van artikel 21 geen vergunning nodig.

Het vierde lid maakt intrekking van de vergunning mogelijk indien hiervan na een jaar nog geen gebruik is gemaakt.

Medische Faculteit Rotterdam wil opgaan in Rijksuniversiteit

Het algemeen bestuur van de Medische Faculteit Rotterdam heeft aan de minister van onderwijs en wetenschappen medegedeeld, dat het onder voorbehoud van enkele wijzigingen en er van uitgaande dat de federatieve opzet niet is te realiseren, de „Proeve van een voorontwerp van Wet inzake de vestiging van een Rijksuniversiteit te Rotterdam” aanvaardt. Daarbij heeft het algemeen bestuur zich van te voren met de diverse M.F.R.-geledingen verstaan. Aldus een publikatie in „Uitleg” (14 april 1971) weekblad van het departement van Onderwijs en Wetenschappen. Deze publikatie vervolgt aldus:

Het algemeen bestuur verklaart in zijn schrijven dat het een overtuigd voorstander is van de totstandkoming in Rotterdam van een rijksuniversiteit. Die universiteit ware op te bouwen uit de Nederlandse Economische Hogeschool (N.E.H.) en de Medische Faculteit Rotterdam (M.F.R.), welke dan niet langer twee (gescheiden) instellingen van wetenschappelijk onderwijs in Rotterdam dienen te zijn. Genoemde universiteit wordt door het algemeen bestuur van de M.F.R. gezien als de meest doeltreffende aanpak tot intensieve samenwerking tussen de reeds bestaande

ADVERTENTIES

Opgaven van advertenties dienen ter bespoediging van de plaatsing rechtstreeks te worden aangeboden aan:

Uitgeversmaatschappij Kruyt n.v.
Groot Hertoginnelaan 28,
Bussum
(Telefoon: 02159 - 3 22 59)

faculteiten, alsmede tot het verkrijgen van nieuwe faculteiten en tot het vormen van een centrale interfaculteit.

Uit de reacties van enige M.F.R.-groepen blijkt, dat een als „alternatief” gegeven opzet (de M.F.R. zou als rijksinstelling en de N.E.H. zou als een bijzondere instelling met een zekere overkoepeling blijven bestaan) niet aanspreekt. Ook het algemeen bestuur van de M.F.R. ziet in een dergelijke alternatieve opzet geen heil.

In de M.F.R. bleek, volgens het schrijven van het algemeen bestuur, geen overeenstemming te bestaan over de wijze waarop volgens de „proeve” hoogleraren en lectoren zouden worden benoemd. Het algemeen bestuur gaat er dus van uit dat de minister terug zal gaan naar de benoemingsprocedure zoals deze in de Wet Universitaire Bestuurshervorming 1970 (de W.U.B.) is geregeld.

Ter zake van de numerus fixus en het judicium abeundi merkt het algemeen bestuur op, dat de betrokken artikelen — in tijd gezien — niet ongelimiteerd zouden moeten gelden en dat het judicium abeundi iets is dat met de nodige voorzichtigheid gehanteerd dient te worden.

De overgangsbepalingen hebben bij de M.F.R. groepen bezwaren opgeroepen, omdat zij hierin een te vergaande vertraging van de invoering van de W.U.B. zien. (Inmiddels is gebleken, dat de minister voornemens is te bevorderen, dat in de aanstaande zomer de W.U.B. voor het midden- en basisoniveau op de M.F.R. van toepassing wordt verklaard, hetgeen bij de M.F.R. als een tegemoetkoming aan de bezwaren ter zake wordt aangevoeld).

Het algemeen bestuur behoudt zich uitdrukkelijk het recht voor zijn instemming met de „proeve van een Wet inzake de vestiging van een Rijksuniversiteit te Rotterdam” te herzien, indien de proeve veranderingen zou ondergaan in een door het algemeen bestuur ongewenste richting.

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

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

Voorzitter: Prof. Dr. Th. Vossenaar.

De voorzitter opent om 13.30 uur de vergadering.

Ledenservice. Medegedeeld wordt dat er door de gezamenlijke „Officia Nobilia” een brief inzake de ledenservice is opgesteld en ter beoordeling aan de vertegenwoordigers van de Maatschappij in de contactcommissie met de Officia Nobilia zal worden voorgelegd. Op korte termijn kan dit schrijven tegemoet worden gezien. Wellicht kan dit aanleiding zijn de discussie over de ledenservice in breder verband te gaan voeren.

Het Congres van de World Medical Association 1972. Het hoofdbestuur gaat met algemene stemmen akkoord dat Prof. Vossenaar voor het in 1972 te Amsterdam te houden W.M.A.-congres zal worden voorgedragen als president-elect.

De Volkstelling. Een delegatie van de Maatschappij heeft over dit onderwerp een gesprek met de minister van Economische Zaken gevoerd. De minister had begrip voor de bezwaren van de Maatschappij terzake. Aan een uitstel der volkstelling achtte hij echter teveel nadelen verbonden. Er werd echter wel voor een belangrijk deel aan de bezwaren tegemoet gekomen, doordat de periode van 10 jaar, waarin een gedeelte der gegevens bewaard zou blijven, is vervallen, terwijl de vernietiging van het materiaal zal worden bespoedigd, zodat na 2 à 2½ jaar terugkoppeling niet meer mogelijk zal zijn.

Hearing Vaste Kamercommissie inzake Geestelijke Volksgezondheid. Een Maatschappij-delegatie woonde deze hearing bij en bracht daarbij de inzichten van de Maatschappij voor wat betreft de praktische moeilijkheden om aan deze structuur gestalte te geven, naar voren.

Interuniversitair Instituut Nascholing. Tijdens de bespreking met de minister van Onderwijs en Wetenschappen en de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid inzake de nascholing werd afgesproken dat de statuten nog eens grondig door enkele juristen zouden worden gezien, waarna deze terug zouden worden gezonden naar de minister ter verspreiding onder de curatoria. Deze taak is inmiddels vervuld; de stukken zijn teruggegaan naar de

minister en deze heeft er zijn goedkeuring aan gehecht. Binnenkort zullen zij aan de curatoria der universiteiten worden gezonden met het verzoek ze door te geven aan de faculteiten. Waarschijnlijk zal aan een der universiteiten gevraagd worden het initiatief te nemen.

Zonwering aan de zuid- en westzijde van het Maatschappijgebouw. Het hoofdbestuur gaat akkoord met een zonwering aan de buitenzijde, bestaande uit geplastificeerd doek, welke continu bevestigd blijft.

Structuurcommissie van de Sociaal Economische Raad. Besloten wordt om Dr. L. van der Drift als plaatsvervanger voor C. Landheer in de structuurcommissie te benoemen.

Registratiecommissie van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie. Het hoofdbestuur gaat akkoord met de benoeming van Prof. Dr. J. van der Veen en Prof. Dr. K. C. Winkler als lid c.q. plaatsvervangend lid in deze registratiecommissie.

74. Deutsche Aerztetag te Mainz. Het hoofdbestuur gaat akkoord met de afvaardiging van Dr. H. Roelink als vertegenwoordiger van de Maatschappij.

De ontwikkelingen t.a.v. de medische opleiding. In overeenstemming met de principiële voorkeur, die het hoofdbestuur heeft uitgesproken voor alternatief 1 van het „raamplan voor de opleiding van de huisarts van het I.O.G.” heeft het hoofdbestuur zijn adhesie betuigd aan het standpunt, dat te dien aanzien door de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening in haar rapport „Wijziging Artsenopleiding” wordt ingenomen. Het in dit rapport door de commissie gedane voorstel laat zich in drie onderdelen splitsen: a. de opleiding tot arts wordt zes jaar; b. na deze opleiding kan op basis van vrijwilligheid een opleiding tot huisarts plaatsvinden, welke zal leiden tot het verkrijgen van de beschermde titel van huisarts; c. slechts zij die de titel van huisarts mogen voeren, zullen door de ziekenfondsen e.d. als medewerker voor het verlenen van huisartsenhulp worden aanvaard. De laatste regeling is dus min of meer analoog aan de thans voor de specialisten bestaande regeling. In dit voorgestelde kader valt de nadruk op de mogelijkheid om na het artsexamen een gerichte huisartsenopleiding te volgen. De benodigde financiële en personele middelen zullen daarvoor ter beschikking moeten worden gesteld en aan hen die de opleiding tot huisarts hebben gevolgd zal het uitsluitende recht moeten wor-

den verleend tot het voeren van de titel van huisarts. Het hoofdbestuur heeft er bij de overheid op aangedrongen op de kortst mogelijke termijn een beslissing te nemen door zich principieel uit te spreken voor de realisering van deze keuze.

Het drugprobleem. Na een uitvoerige discussie wordt besloten dat de Maatschappij op dit moment gezien de vele onzekerheden nog niet met een standpunt inzake het drugprobleem naar buiten zal treden. Getracht zal worden de publiciteit rondom deze materie in rustige banen te leiden. De commissie wordt verzocht de ontwikkelingen te blijven volgen en zich met name te beraden over een eventuele uitspraak van de Maatschappij binnen afzienbare tijd.

Commissie Organisatiecriterium. Besloten wordt om deze commissie op te heffen.

Commissie Kadercursus. Het hoofdbestuur gaat met het volgende voorstel inzake de kadervormingsactiviteiten 1971 akkoord: 1. geen bijscholingscursus te organiseren; 2. één kadercursus, in totaal circa 4 à 5 korte weekends omvattend, te organiseren ten behoeve van zowel de nieuw-gekozen leden der landelijke bestuursorganen als een aantal geïnteresseerde gegadigden uit de periferie. Wat het programma voor deze cursus betreft denkt de commissie aan een training in vergadertechniek alsmede aan de behandeling van enkele actuele Maatschappijproblemen.

Goedkeuring van het gewijzigde huishoudelijk reglement van de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband. Medegedeeld wordt dat het gaat om de infrastructuur van de L.A.D., die men opgebouwd denkt uit categorale groepen en districtsverenigingen. Er is gebroken met het systeem van de districtscommissies en afdelingen. Daarnaast is er de samenstelling van de Ledenvergadering, waarin alleen stemrecht zal worden toegekend aan vertegenwoordigers van geïnstitutionaliseerde groepen; dat geldt zowel districtsverenigingen als categorale groepen. In de derde plaats speelt een rol de samenstelling van het centraal bestuur, die via de bundelingen van categorale groepen zo gevarieerd mogelijk zal worden. Het hoofdbestuur gaat akkoord met de voorgestelde wijziging, met dien verstande dat artikel 22 van het huidige reglement in de nieuwe versie zal worden opgenomen.

Besluit nr. 1-1971 van het Centraal College inzake de opleidingseisen voor het specialisme verloskunde en gynaecologie. Aangegeven wordt op welke punten deze eisen verschillen van de vigerende:

1. de regeling is meer uitgewerkt dan voorheen; met name worden het aantal opnamen, het aantal bedden en het aantal aanwezige andere specialisten genoemd;
2. de strenge schematische indeling der oplei-

ding is losgelaten, een gedachtengang die ook in het Academisch Statuut wordt aangetroffen;

3. de mogelijkheid is geopend in noodsituaties een wat afgezwakte B-inrichting te erkennen. Deze voldoet dus niet geheel aan de eisen, maar door de behoefte aan opleidingsplaatsen bleek dit bij dit specialisme noodzakelijk;

4. de genoemde getallen zijn iets verlaagd; voor wat betreft het aantal bevallingen is dit bijvoorbeeld teruggebracht van 750 naar 500;

5. tenslotte is bepaald dat de opleiding in de B-inrichting, die tot nu toe alleen aan het eind van het 5e jaar mogelijk was, nu ook in andere stadia der opleiding kan plaatsvinden.

Het hoofdbestuur gaat akkoord met dit besluit.

Besluit nr. 2-1971 van het Centraal College inzake de opleidingseisen voor het specialisme huid- en geslachtsziekten (dermatologie). Hier betreft het eveneens een wat uitgewerkte regeling met twee aparte punten. In het verleden konden alleen universitaire ziekenhuizen als opleidingsinstituut fungeren, nu ook groepen niet-universitaire inrichtingen. Verder is in dit besluit opgenomen een opleiding inzake ioniserende stralen. De opleiding moet zodanig zijn dat men zonder enige aanvullende eis daarmee kan werken. Het hoofdbestuur gaat akkoord met dit besluit. In de begeleidende brief zal erop worden gewezen dat het aanbeveling verdient ook aan de sociale kanten van de beoefening van beide specialismen aandacht te besteden.

Besluit nr. 1-1971 van het College voor Sociale Geneeskunde inzake de eisen te stellen aan de opleidingsinrichtingen voor de theoretische opleiding van sociaal-geneeskundigen, tak arbeids- en bedrijfsgeneeskunde. Dit besluit betreft de eisen te stellen aan opleidingsinrichtingen, voor de theoretische opleiding, maar de inrichtingen zijn verantwoordelijk zowel voor de theoretische als de praktische opleiding. Zonder discussie gaat het hoofdbestuur met dit voorstel akkoord.

Mededelingen. De voorzitter deelt mede dat er een bespreking met het I.O.G. is geweest. Aan de orde kwamen de volgende onderwerpen:

- het zevende jaar van het medische curriculum;
- de huisartsenregistratie; hiervoor is de toezegging gekregen dat het I.O.G. twee vertegenwoordigers à titre personnel zal benoemen in de Commissie Huisartsenregistratie;
- de nascholing;
- een onderzoek naar de mogelijkheden voor een selectieprocedure voor de aanvang van de studie.

De vertegenwoordigster van het I.O.G. deelt mede dat conform de gemaakte afspraak het I.O.G. zich

inzake de realisering van Raamplan I met een schrijven tot de minister zal wenden. Ook het hoofdbestuur zal zich tot de minister wenden met een schrijven waarin het standpunt van de Staatscommissie medische beroepsuitoefening (zoals hierboven vermeld) wordt ondersteund. De voorzitter van de Landelijke Huisartsen Vereniging deelt mede, dat men in het contact met het ministerie van Economische Zaken inzake de particuliere tarieven min of meer tot een overeenkomst gekomen is, welke op 17 maart 1971 aan de Ledenvergadering van de Landelijke Huisartsen Vereniging zal worden voorgelegd. Vervolgens deelt hij nog mede dat een delegatie van de L.H.V. naar de hearing van de bijzondere Kamercommissie onder voorzitterschap van professor De Vreeze is geweest.

Te 17.30 uur sluit de voorzitter de vergadering.

Maatschappij-agenda 1971

| | |
|-------------------|--|
| 25 juni | — Ledenvergadering L.H.V. |
| 23 september | — Centraal Bestuur L.S.V. met districtsvoorzitters |
| 7, 8 en 9 oktober | — Ledencongres Maatschappij |
| 23 oktober | — Ledenvergadering L.S.V. |
| 30 oktober | — Alg. Vergadering Maatschappij |
| 13 november | — N.H.G.-congres |
| 19 november | — Ledenvergadering L.H.V. |
| 27 november | — Ledenvergadering L.A.D. |

MC

BRIEVEN AAN DE REDACTIE

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

TECHNOPATHIE?

Op 2 april j.l. kwam het A.N.P.-persbericht door, dat staatssecretaris Kruijsing de Technische Hogeschool van Eindhoven een subsidie heeft gegeven voor het ontwikkelen van een scoliose-operatie en van diagnostiek-instrumenten voor lage rugklachten (zie Medisch Contact nr. 16 van 23 april j.l. blz. 459). Twee bio-ingenieurs worden voor het werk vrij gemaakt voor twee jaar. Vanwege het nationale belang komt er ook een begeleidingscommissie van deskundigen, uit heel Nederland. Tot zover het A.N.P.

Hier hebben we dan een project, zoals Ir. Tromp wel op het congres van de Maatschappij in oktober zou kunnen hebben bedoeld, toen hij sprak van behoefte aan een medisch-ingenieur, misschien ook wel aan een ingenieur-medicus. Hij gaf toen ook aan, dat we achter waren in medisch-biologische research, vergeleken bij Amerika. We lopen in sommige opzichten inderdaad achter bij Amerika. Zo schiet onze politie onze studenten nog niet dood en hebben we geen genocidaal oorlogje lopen. In andere opzichten zijn we verder dan Amerika, slechts een minimaal gedeelte van on-

ze bevolking is bijvoorbeeld ondervoed.

Het nationale belang, dat wordt bepleit bij het bio-ingenieuze onderzoek kan pas op de lange duur blijken. Bij voorbaat staat er nog niets van vast.

Wellicht heeft 25% van de lage-rug patiënten een dikke buik, zodat we dan van Philips een ingenieuze adipometer mogen verwachten en misschien van Nutricia een blik smakelijke anti-nutriënten (natuurlijk wel gevitaminiseerd). Zou een 25% van de lage-rug patiënten een conversie-hysterie hebben, dan zullen de bio-ingenieurs voor de diagnose daarvan misschien een speciale erratische-bewegingen-video-tape kunnen ontwikkelen en voor de therapie misschien een nieuw thalamotom.

Laten we voor de experimentele scoliose-patiënten het beste hopen, want die lopen een goede kans om onder het mes te komen, nadat tevoren rachitisch gemaakte konijnen, ratten en aapjes hebben laten zien hoe goed de nieuwe operatie hen wel heeft gedaan.

De leiding van geneeskundige experimenten gaat blijkbaar nu al in technische handen over. Wat gek, dat we in de medische pers geen discussie en dat we van de K.N.M.G. geen commentaar op dit plan hebben gehoord. Aanvaarden de genees- en heelkundigen deze technocratische machtsverschuiving, of hebben ze het niet in de gaten?

Beverwijk, 6 april 1971

J. H. van Meurs, zenuwarts

IMMORELE ZAAK

Collega Van Es is blijkens een artikelletje in M.C. nr. 14/1971, bladzijde 402, verontrust over de absolute afwijzing en veroordeling van abortus door collega Van der Does de Willebois in het semi-officiële A.Z. Magazine en verwijt de redactie, dat deze geen enkele kritiek heeft gegeven op het abortusbeleid in genoemd magazine, waarvan een grote oplage in handen komt van leken. Die verontrusting deel ik niet, omdat de leken tegenwoordig toch zo mondig zijn, dat zij zelf wel kunnen oordelen. Met Haya van Someren ben ik het roerend eens, dat: „het echte vrije woord krijg je toch niet in een dwangbuis, al maak je nog zulke ingewikkelde constructies en al laat je nog zulke partijdige lieden optreden” (Telegraaf 10 april 1971, Jacques Gans).

Vermoedelijk berust de visie van collega Van Es op de zuiver autonome ethiek van Kant, waarbij de mens de enige norm van zedelijk handelen uitsluitend bij zichzelf vindt en wel in de eis van de praktische rede, welke dicteert onze handelingen te stellen, om enkel plichtsmotief. Hieruit volgt, dat Kant noch de Bijbel noch de persoon van Christus als maatstaf wil laten gelden, terwijl Van der Does dit juist wel doet, al gaat het alleen maar om het vijfde gebod. De brug van de Kantiaanse visie naar de Christelijke is moeilijk te slaan door het echte vrije woord in een dwangbuis te verstoppert. De zuivere ethiek laat ruimte voor beide visies, want niemand mag worden gedwongen Kantiaan of Christen te

zijn. Derhalve juich ik, ook uit het oogpunt van geestelijke gezondheid, toe dat de redactie — zonder commentaar — Van der Does aan het woord laat. Tegenwoordig getuigt zoiets van moed.

Een zeer praktische noot moge worden gevonden in het feit, dat meerdere gynaecologen in lange jaren van dienst nooit een abortus hebben opgewekt, maar alle vraaggevallen door een goede begeleiding tot een goed of aanvaardbaar einde hebben gebracht. Wat mijzelf betreft heb ik in 40 jaar al deze gevallen kunnen opvangen (sociale — psychische — ziekten van hart of nieren). Of de bevalling kwam tot een goed einde met later veelal veel dank, of er kwam vanzelf een miskraam. Slechts eenmaal heb ik bij een verkrachting de hulp van een psychiater en een gynaecoloog ingeroepen. Gelukkig kwam er een verlate menstruatie. Meermalen werd een kind geadopteerd. Eenmaal is het zelfs gelukt, dat de ouders van niets afwisten, en het bijzondere is, dat sommigen met kind en al later tot een uitstekend huwelijk kwamen. Dus hulde aan de redactie.

Baarn, 10 april 1971

Dr. A. A. van der Kroon

EEEN JOEGOSLAVISCH GEZONDHEIDSCENTRUM

Dr. Jovanic is al enige jaren de — door de medewerkende artsen — gekozen directeur van een gezondheidscentrum, dat een buitenwijk van Belgrado en enige dorpen bestrijkt. Aan dit centrum zijn 106 artsen verbonden (algemene practici, met een volledige opleiding voor internist, en specialisten), 10 apothekers (het centrum beschikt over een eigen apotheek) en 23 tandartsen.

Een belangrijk punt is dat de 200.000 ingeschreven omwonenden verplicht zijn hun medewerking te verlenen aan de preventieve afdelingen. Daarnaast zijn er de poliklinieken voor de verschillende specialismen, naast een grote revalidatie-afdeling. De eerste grote afdeling is die waar alle kinderen van 0-6 jaar (9% der bevolking) ingeschreven zijn. Per 800 kinderen werken 1 arts en 1 verpleegster. Er zijn 2 afdelingen (met één kartotheek) met aparte ingangen, slechts verbonden door een desinfectiesluis voor het geval een ziek kind verkeerd binnenkomt. 60% van het werk ligt op preventief terrein (met ook bezoeken aan huis), 40% op curatief terrein. De afdeling beschikt over een eigen keuken waar

jonge moeders kookkles kunnen krijgen. De tweede afdeling (met 1 arts en 1 verpleegster per 1300 ingeschrevenen) is voor jongeren van 7-17 jaar. Er is een jaarlijks controle-onderzoek. Ook hier wordt 60% van de arbeid als preventief, 40% als curatief omschreven. Aan deze afdeling is ook de schoolhygiënische dienst verbonden. De derde afdeling is die voor 12.000 ingeschreven vrouwen. Deze afdeling licht voor en helpt op het terrein der contraceptie (een abortuscommissie onderzoekt de — gemakkelijk gehanteerde — indicaties voor abortus), en verzorgt de zwangerschapscontrole (met na de geboorte een speciale zuster voor de zorg van moeder en kind). Voor de oudere vrouwen bestaat er twee maal per jaar de verplichting te komen voor het laten maken van een cervixuitstrijk (op 12.000 uitstrijkjes worden er 6 als verdacht beschouwd met de noodzaak van verder onderzoek). Een vierde afdeling is in oprichting, die voor de gerontologie.

Het centrum heeft een sociaal-medische dienst, die zich bezighoudt met de problemen der 200.000 ingeschrevenen wat woning, water, voeding, arbeidsomstandigheden betreft. Er is een centrumraad, die als eerste beroepscollege fungeert bij conflict-situaties. Met trots laat Dr. Jovanovic zijn statistieken zien. In Belgrado daalde in het algemeen tussen 1958 en 1967 de mortaliteit van 48 0/00 tot 33 0/00 en rond zijn centrum van 65 0/00 tot 27 0/00. Als doodsoorzaken werden in de eerste plaats cardiovasculaire aandoeningen vermeld, in de tweede plaats maligne en in de derde traumata. De dieetgewoonten der 200.000 ingeschrevenen zijn uitvoerig bestudeerd, al blijkt het niet eenvoudig daar veranderingen in te brengen. Er wordt te veel brood en te veel vet, te weinig dierlijke eiwitten gegeten (iets wat de liefhebber van de Joegoslavische keuken vreemd zal aandoen). Bij de morbiditeit komen ziekten der ademhalingswegen op de eerste plaats (roken, airpollution, infecties, waaronder t.b.c.), dan cardiovasculaire aandoeningen, daarna aandoeningen der extremiteiten, lumbago enz., terwijl op de vijfde plaats psychische aandoeningen komen. De financiële administratie is geen eenvoudige aangelegenheid: de ziekteverzekeringen moeten worden betaald en subsidies moeten worden aangevraagd.

Een stoute vraag was die naar de „inspraak” van de 200.000 ingeschrevenen. Het antwoord was zeer openhartig: voor ieder goed idee is er een open oor, maar van enige comissionale bemoeienis is geen sprake

meer: de artsen mogen de verantwoordelijkheid zelf dragen! Een verantwoordelijkheid die des te zwaarder telt, gezien de verplichting voor de patiënt om mee te werken.

Utrecht, april 1971

W. J. Quarles van Ufford

Naschrift: Naar aanleiding van de „stoute vraag” verwijzen wij de lezers naar het artikel van collega Pfaff in M.C. nr. 48/1971, bladzijde 1301. *Red.*

MC

VARIA

Aan de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Dr. R. J. H. Kruisinga, is op zijn verzoek een interim-rapport uitgebracht van de commissie post-concentratiekampsyndroom. Geadviseerd wordt tot de bouw van een kliniek van ongeveer 20 bedden ten behoeve van oorlogsslachtoffers, lijdend aan dit syndroom alsmede tot verdere wetenschappelijk onderzoek op dit terrein. Dr. Kruisinga heeft zich met de conclusies van het rapport verenigd. De oprichting van een stichting met dit doel zal worden bevorderd. Tot verlening van overheidsgarantie voor de totstandkoming van een dergelijke kliniek is zijnerzijds in beginsel besloten. Ook zal aan het verdere wetenschappelijke onderzoek op dit terrein steun worden verleend.

¶

„Geluidhinder in het woonmilieu” is het thema van een studiedag van de Nederlandse Stichting Geluidhinder, donderdag 10 juni 1971 in het Jaarbeurs Congresgebouw te Utrecht. Sprekers zijn stichtingsvoorzitter Prof. Dr. L. Burema („Geluidhinder als milieufactor”), wethouder H. C. G. L. Polak van Rotterdam („Samenwerking van burgers en overheid”), Ir. F. Klein, stedenbouwkundige („Geluidhinder als aspect van stedenbouw en ruimtelijke ordening”) en het hoofd Bijzondere dienst van de technische advies- en voorlichtingsafdeling van de Nationale Woningraad, de heer A. W. Mulder („Geluidhinder als aspect van de woningbouw”). Opgave van deelneming kan alleen geschieden door storting van f 15,— per persoon op gironummer 2315065, ten name van de penningmeester van de stichting, postbus 2200, Den Haag, onder vermelding van „Geluidhinder Studiedag 1971”. Desgewenst kan worden deelgenomen aan een gezamenlijke koffietafel; men

kan zich daarvoor opgeven door gelijktijdige storting van f 7,85 per persoon.



De Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie houdt van 15-17 oktober van dit jaar in Mainz een congres met als thema: „Modelle psychotherapeutischer Versorgung, Ausbildung und Weiterbildung“. Belangstellenden kunnen zich voor informatie richten tot Prof. Dr. D. Langen, Klinik und Poliklinik für Psychotherapie, Langenbeckstr. 1, B-6500 Mainz, Duitsland.



Onderzoekingen op het gebied van de nucleaire geneeskunde zullen van overheidswege worden gestimuleerd. Zojuist ondertekende staatssecretaris Kruisinga van Sociale Zaken en Volksgezondheid een contract met de N.V. Philips-Duphar, de Nijverheidsorganisatie T.N.O. en de Rijksuniversiteit te Groningen, betreffende research ten behoeve van de ontwikkeling van een snelle en betrouwbare test voor vetresorptie. De toepassing van nucleaire technieken in de geneeskunde schept onder meer kansen voor uitbreiding en verbetering op het terrein van de diagnostiek; dergelijke toepassingen zullen voor de patiënten vaak minder onaangenaam zijn dan het gebruik van andere methoden. Ook in het buitenland wint de aanwending van nucleaire technieken op het vlak van de geneeskunde veld.



Van 2-4 maart 1972 vindt te Hannover het 18e symposium van de Vereniging van Endocrinologen in West-Duitsland plaats. Hoofdt thema is de endocrinologische diagnostiek van de functies. Inlichtingen: Prof. Dr. J. Kracht, Pathologisches Institut, Klinikstr. 32 g, D-63 Giessen, Duitsland.



Een viertal Winthrop-symposia in mei en juni: 22 mei 1971, 13.30 uur, 't Gulden Vlies, Alkmaar, Pijnsymposium (voorzitter H. J. Plis, internist); 3 juni 1971, 19.30 uur, Stadsschouwburg, Sittard, symposium „Pijn en pijnbestrijding“ (voorzitter Drs. J. Janbroers); 7 juni 1971, 10.30 uur, Stadsschouwburg, Nijmegen, symposium „Pijn en pijnbestrijding“ (voorzitter Drs. J. Janbroers); 8 juni 1971, 20.00 uur, Beatrixgebouw Nieuwe Congressentrum, Utrecht, symposium over „Urineweg-infecties“ (voorzitter Dr. J. A. van Wijk, uroloog).

MEDISCH CONTACT

Verslijnt wekelijks

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

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

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

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

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

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

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

Oplage: 16.960 exemplaren.

Druk: Verweij Mijndrecht.

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-885411

Postgiro K.N.M.G.: 58083

Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen:

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

Raad van Beroep:

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

* * *

Bureau voor waarneming en vestiging:

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

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

Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfondsen Artsen:

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-887021