medisch contact

Nr. 45 – 5 november 1976

redactioneel

In dit nummer:

- **Het rapport van de Commissie Specialisten in Dienstverband, ingesteld door de Centrale Besturen van L.A.D. en L.S.V.**

INHOUD
I Inleiding
1. Taakopdracht
2. Samenstelling
2. Vergaderdata
4. Uitgangspunten
5. Begripsomschrijvingen
II Basisvoorwaarden voor het functioneren van een medisch specialist in dienst van een algemeen ziekenhuis
1. Bestuursvorm
2. Samenspel
3. Individuele verantwoordelijkheid
4.1. Reglementering medische staf
4.2. Intercollegiale toetsing
5.1. Middelen
5.2. Onderwijsfuncties
III Enige aan het dienstverband verbonden criteria
1. Arbeidsbelasting en taakomvang
2. Relatie inzet en inkomen
3. Beschikbaarheid en aanwezigheid
IV Aan overgang naar het dienstverband inherente financiële problematiek
1. Goodwill
2. Pensioenregeling
V Andere (externe) factoren die de problematiek beïnvloeden
1. Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven (C.O.Z.)
2. De Nationale Ziekenhuisraad (N.Z.R.) als werkgeversorganisatie
VI De C.A.O. voor het Ziekenhuiswezen
VII Slotopmerking

De L.A.D. noch de L.S.V. is voor het dienstverband, als het zó moet.

- **Handelingen van het 28e Ledencongres der K.N.M.G. (IV): Is coronarialijden een ziekte? Het is de grootste epidemie aller tijden, zegt Prof. Dr. F. L. Meijler. Niettemin, meent hij, is de medicus onvoldoende toegerust om mogelijke binnen het menselijk milieu gelegen oorzaken van het coronarialijden op te sporen. We staan er wetenschappelijk gezien met blote handen voor.**

- **Nog wat L.S.V.-nieuws. Over arts en kostenbeheersing, een L.S.V.-symposion; 10 december is de dag. Voorts wat de voorzitter zei tegen ziekenhuiseconomen.**

Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven aan de redactie **1409**
Inzenders: Dr. R. A. de Widt, Th. van Oss, A. H. C. van Senus

Specialist in dienstverband; rapport L.A.D./L.S.V.-commissie Specialisten in Dienstverband **1413**

Handelingen van het 28e Ledencongres der K.N.M.G. (IV) – Is coronarialijden een ziekte of gebrek aan gezondheid?, door *Prof. Dr. F. L. Meijler* **1424**

Ter overname aangeboden (gebruikte medische apparatuur) **1427**

L.S.V.-symposion vrijdag 10 december 1976 – Kostenbeheersing vanuit het medisch functioneren onder handhaving van de kwaliteit **1428**

L.S.V.-voorzitter A. M. Gründemann over: Specialist en ziekenhuiseconoom **1429**

OFFICIEEL **1431**

Inhoudsopgave officieel **1440**

MEDISCH CONTACT
verschijnt wekelijks

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

Bestuur Medisch Contact

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

Redactie Medisch Contact

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

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

Uitgeverij

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

Abonnementen

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

Advertenties

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

Adreswijziging

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

Oplage: 21.000 exemplaren.

Druk: Tijl, Zwolle.

Brieven

Plaatsing van brieven in deze rubriek houdt niet in dat de redactie de daarin weergegeven zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich het recht voor brieven in te korten.

VESTIGING VAN HUISARTSEN EEN KWESTIE VAN VRAAG EN AANBOD?

Het is inderdaad interessant en ook een beetje beangstigend om wat te lezen over de opvattingen die heersen in de kring van de heer Wigersma (M.C. nr. 40/1976, blz 1251). Dat is dan niet zozeer de poging om aan te tonen dat er flink wat artsen bij kunnen, waarbij een Russisch cijfer natuurlijk niets te zeggen heeft. Zoals de K.N.M.G. en de L.H.V. net als een middenstandsorganisatie of een vakbeweging natuurlijk primair moeten letten op het belang van de leden op korte termijn – anders lopen ze weg – zal een met de W.W. bedreigde aanstaande medicus zoeken naar argumenten die leiden tot de conclusie dat er nog veel dokters bij moeten. Cijfermatig is er op dat terrein weinig hard te maken en zo kan men nog jaren argumenten tegenover elkaar stellen.
Griezelig is de babbel over het ontstaan van onze 'economische crisis' die we volgens gangbaar economisch jargon gelukkig (nog) niet hebben. In dit gedeelte wordt begonnen met een denkfout waar gesproken wordt van de stelling dat verscherpte concurrentie dwingt tot *intensivering* van de produktie. Dit geldt alleen voor de landbouw, waar we dan spreken van een intensiever grondgebruik; dit gold vooral in de tijd dat er nog vele kleine randbedrijven waren. De laatste zin is ook volkomen kolder omdat, als arbeid inderdaad schaars is – zoals in de 60er jaren – juist de lonen *niet* kunnen worden gedrukt maar dan zelfs meer kunnen stijgen dan met de stijging van de arbeidsproduktiviteit overeenkomt, hetwelk inflatoir werkt.
Het tussenliggende is navenant. Als het waar is dat de sociaal-economische 'inzichten' van allerlei (half-)intellectuelen inderdaad zijn gebaseerd op slecht verteerde verouderde marxistische kost – zoals in dit geval – en (mede) het stemgedrag en de sociale activiteiten van vele jonge aanstaande academici bepalen, dan gaan de K.N.M.G. en soortgelijke verenigingen een sombere tijd tegemoet.

Maarsbergen, 6 oktober 1976

Dr. R. A. de Widt, econoom

Naschrift

Het is interessant, en eigenlijk erg bedroevend, om kennis te nemen van hetgeen de heer De Widt heeft weten te produceren als reactie op mijn artikel.
Hij munt uit in oppervlakkigheid, en gaat niet in op alle werkelijk discutabele zaken, die hem toch zeer ter harte zouden moeten gaan. Een opmerking als: 'Cijfermatig is er weinig hard te maken' (over de artsenbehoefte) is een povere poging om de discussie te ontlopen, zeker gezien het feit dat we al jaren worden doodgegooid met cijfers over dreigende artsenoverschotten. Misschien zijn de argumenten die ik geef te bedreigend voor opvattingen zoals die heersen in de kringen van de heer De Widt?
Hij is gestruikeld over mijn economische analyse. Zijn ondertekening met 'econoom' moet kennelijk borg staan voor de wetmatigheid van zijn woorden, want enige nadere uitleg geeft hij niet aan zijn kritiek. Het bekritiseren van een woordje in de eerste zin laat de strekking van die zin onaangeroerd, en terecht, want er is ook weinig tegenin te brengen. Voorts is hij het niet eens met de laatste regel. De theorie waarop hij deze kritiek baseert, houdt helaas geen rekening met de feiten. Feit is, dat de produktiviteit *per eenheid arbeidskracht* in perioden van dalende conjunctuur méér stijgt dan het loon (zie, nogmaals, noot 15 bij mijn art.), conform de kapitalistische wetmatigheid dat de waarde van een waar (in dit geval: arbeidskracht) daalt als er weinig vraag naar is.
Het tussenliggende deel van mijn artikel wordt afgedaan met één enkel woord. Een dergelijke kritiek is beneden peil; ik zal er dan ook niet verder op ingaan.
Tot slot heeft hij het wat moeilijk met de (halve) intellectuelen met een marxistische indigestie die, in zijn fantasie, de toekomst een sombere aanblik geven. Dergelijke opmerkingen kunnen slechts de lachlust opwekken, vooral omdat ze afkomstig zijn van iemand die zelf tot niet meer in staat is dan het schrijven van een armetierig en niet terzake doend commentaar.

Amsterdam, 15 oktober 1976

Lode Wigersma, arts

KOSTELIJK

– Gezonde personen vragen om griepvaccinatie zonder medische indicatie, maar verwachten wel dat dit op kosten van de (ziekenfonds)verzekering kan.
– Gezonde personen vragen vaginale uitstrijkjes, maar verwachten wel, dat dit op kosten van de (ziekenfonds)verzekering kan.
– Mensen die goed kunnen lopen, fietsen of autorijden vragen om een taxibriefje voor vervoer naar een ziekenhuis en verwachten dat dit op kosten van de (ziekenfonds)verzekering kan.
– Gezonde mensen die op vakantie gaan komen een recept vragen om hun reisapotheek aan te vullen en verwachten, dat dit op

Doorlezen naar blz. 1412

DE RELATIE ZIEKENHUIS-SPECIALIST

Een van de meest opvallende veranderingen in de geneeskunde gedurende de laatste halve eeuw is geweest, dat de technische middelen zo'n overheersende plaats zijn gaan innemen.
Zo'n 50 jaar geleden was er naast stethoscoop, reflexhamer, scalpel en narcosekapje nog maar nauwelijks sprake van electrocardiograaf en röntgenapparaat. Een middel dat in het verleden veel in het ziekenhuis werd gebruikt was rust en verzorging. Daarnaast speelde de curatieve zorg van de specialist de belangrijkste rol. Het gezicht van en de waardering voor een ziekenhuis werden in het verleden voor een groot gedeelte bepaald door de roem van de in dat ziekenhuis werkende specialist(en). Kennis en kunde van de arts bepaalden de waarde van het medisch handelen en daarmee de waarde van het ziekenhuis. Het ziekenhuis was geheel afhankelijk van de dokters die erin werkten. In een nog wat verder verleden werden praktisch alleen arme mensen in ziekenhuizen – armenhuizen – opgenomen; de rijken konden comfortabeler thuis geholpen worden.

Die eenzijdige afhankelijkheid van de dokters is er niet meer. De explosieve ontwikkeling van de middelen en de daarmee samenhangende specialisatie hebben gemaakt, dat een specialisme nauwelijks meer kan werken zonder de steun van het ziekenhuis met zijn uitgebreide apparatuur annex daarbij behorend personeel. Dat rust en verzorging daardoor plaats hebben moeten maken voor diagnose en behandeling – rust en verzorging kunnen evenwel ook behandeling betekenen – is vanzelfsprekend. Het aanzien van een ziekenhuis wordt op het ogenblik voor een groot deel, misschien zelfs voor het grootste deel, bepaald door de materiële mogelijkheden waarover het beschikt.
De kostbare apparatuur, de complexe organisatie en de grote variatie in mogelijkheden hebben een toenemend aantal ziekenhuizen genoodzaakt eisen te stellen aan de toe te laten specialisten met het oog op een doelmatig gebruik van de aanwezige middelen. Het ligt voor de hand, dat deze veranderingen in de structuur van de intramuraal beoefende geneeskunde, veranderingen die met machtsverschuivingen gepaard gingen en gaan, licht aanleiding gaven tot spanningen tussen specialisten en besturen c.q. directies.
Dat de relatie specialist-ziekenhuis veranderde was ook herkenbaar in een zich wijzigende organisatievorm van het ziekenhuis. Waren er in het verleden veel open ziekenhuizen, waar in beginsel geen directe verbinding bestond tussen bestuur en specialist, nu is het gesloten ziekenhuis regel. Ziekenhuizen van dit type vertonen een sterkere verbinding tussen bestuur en medische specialist. Hier is het het bestuur dat, uiteraard in overleg met de medische staf, bepaalt welke specialismen en hoeveel specialisten er in zijn instelling mogen werken. Nog duidelijker ligt de binding tussen bestuur en specialisten in die ziekenhuizen waar alleen artsen in dienstverband werkzaam zijn.

Het inzicht, dat beroepsvrijheid niet beslist beroepszelfstandigheid behoeft te betekenen, is duidelijk groeiende

In het rapport van de Commissie Specialisten in Dienstverband, ingesteld door de Centrale Besturen van L.A.D. en L.S.V., vindt men veel van de zojuist vermelde spanningen terug. Het is sombere lectuur. Was het in een nog betrekkelijk recent verleden zo dat een aankomende of vrij gevestigde specialist er ondanks de mogelijkheid daartoe nauwelijks aan dacht om met een ziekenhuis een dienstverband aan te gaan, momenteel is het zo dat als diezelfde specialist nu wél een dienstverband zou preferen boven werk voor eigen rekening, dit door de instanties die in deze de beslissingen nemen uiterst moeilijk wordt gemaakt. Het hoeft daarom niemand te verwonderen, dat de L.A.D. en de L.S.V. concluderen niet positief te kunnen staan tegenover een dienstverband voor medische specialisten.

Het zou te simpel zijn, te stellen dat er niets nieuws is onder de zon en dat het altijd zo is geweest dat de curatief werkzame specialist geen dienstverband wilde omdat hij meer heil zag in het vrije ondernemerschap, ook binnen de ziekenhuismuren. Het inzicht dat beroepsvrijheid niet beslist beroepszelfstandigheid behoeft te betekenen, is duidelijk groeiende. De belangstelling voor het dienstverband houdt daar gelijke tred mee.
Het is triest, dat de organisatie die binnen het ziekenhuiswezen – een miljardenbedrijf – de financiële touwtjes in handen heeft en daardoor een monopoliepositie inneemt bij het tot stand komen van zekere arbeidsvoorwaarden (bedoeld is hier het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven), daarvoor niet aansprakelijk is te stellen noch een mogelijkheid tot beroep kent. Dat er niet kan worden gesproken van een zich daartegen teweer stellende, effectieve werkgeversorganisatie, is even triest.
Het is niet mogelijk over het dienstverband van medische specialisten te schrijven zonder te wijzen op een verschijnsel dat een steeds grotere vlucht dreigt te nemen, namelijk het er op na houden van een eigen praktijk als specialist naast een betrekking in dienstverband. Vooral in de universitaire wereld is dit verschijnsel frequent. Veel hiervan berust op afspraken uit het verleden, toen salaris en pensioenbasis zeer onvoldoende waren. Dit is niet meer het geval. Een volledig dienstverband betekent een volledige dagtaak. Het zou niet dan bij zeer hoge uitzondering ruimte moeten laten voor een particuliere praktijk.

B.

kosten van hun (ziekenfonds)verzekering kan.
Talloze andere (en nog veel duurdere) voorbeelden van eenzelfde strekking zijn op te noemen. Om nog maar niet te spreken over die zaken, waarbij ten onrechte een beroep gedaan wordt op de persoonlijke inspanning van de arts. Je kunt er, per slot van rekening, beter te vroeg bij zijn dan te laat en het kan altijd ten koste gaan van een heleboel leed of zelfs een mensenleven.
Is het deze mensen kwalijk te nemen, wanneer hen in een verzorgingsstaat wordt gesuggereerd dat alles moet kunnen en ook mogelijk is?
De geneeskundigen wordt verweten onvoldoende kostenbewust te handelen. Mogen of moeten wij de betalende en de voor de gezondheidsvoorzieningen verantwoordelijke instanties niet verwijten, dat zij wél alle rechten aan hun verzekerden in alle toonaarden bekend maken en niet ophouden dit te doen? Maar waar worden deze verzekerden gewezen op alles wat ze op eigen kosten moeten doen of moeten kopen? Waar en hoe worden de verzekerden kostenbewust gemaakt door bovengenoemde instanties? En als daar eens sprake van is, moeten ze het eerst aan de dokter gaan vragen (op kosten van de verzekering!).

Beek en Donk, 16 oktober 1976

Th. van Oss, huisarts

VREEMD PROBLEEM

Mevr. Rutgers van der Loeff-Manschot (M.C. nr. 41/1976, blz. 1274), ik ben veel ouder als u, en dus ouderwets, zodat ik een kuise vrouw nog waardeer.
Toch gaat het betreffende vrouwtje ook volgens de modernen 'vreemd' en heeft dit vrouwtje een 'probleem', dat zij op haar huisarts afschuift.
Ook benijd ik uw man, als gij nog niet gescheiden bent, niet.

Capelle aan den IJssel, 14 oktober 1976

A. H. C. van Senus

Varia

Boerhaavecursus 'Regionalisatie' – Op 25-26 november 1976 organiseert de Boerhaave Commissie voor Voortgezet Onderwijs een cursus over regionalisatie van gezondheidszorg. De cursus is Engelstalig. Thema's: Introduction to the problem; Why regionalization of health services?; Example resources and functional relations in the province of South-Holland; Strategies elsewhere and in the Netherlands. Cursusleiders: Prof. Dr. D. C. den Haan, Prof. Dr. A. Querido en Prof. Dr. A. Th. Schweizer. Inlichtingen: bureau Boerhaave Commissie, Academisch Ziekenhuis, Leiden, tel. 071-147222, toestel 2797.

Managing gezondheidscentra – Met de groei van gezondheidscentra groeit ook de noodzaak om nieuwe taken binnen en buiten die centra te vervullen. Eén van die taken ligt op het terrein van leiding geven, coördineren, overleg met besturen, zorgen voor de dagelijkse gang van zaken enz. In de verschillende centra wordt die functie op onderscheiden wijze vervuld. Soms is het een nevenactiviteit voor één of meer van de hulpverleners (vaak van de artsen), soms is er iemand speciaal met deze functie belast, en in veel gevallen is er nog weinig geregeld. S1 (in samenwerkingsproject eerste lijn) – waarin zoals bekend JOINT, het Nationaal Centrum voor Kruiswerk en het N.H.I. participeren – organiseert binnenkort een bijeenkomst voor degenen die zich in hun centrum op bovengenoemde terreinen bewegen. Doel van de bijeenkomst is kennis te nemen van elkaars praktijkervaring, van problemen waar anderen op stuiten en van oplossingen die al gevonden zijn. Met deze dag hoopt S1 de start te maken voor een meer geregelde uitwisseling van ervaringen tussen 'coördinatoren'. Deze uitwisseling kan dan een begin zijn van een gerichte ondersteuning. Belangstellenden kunnen nadere inlichtingen krijgen en zich opgeven bij H. Levelink, arts of J. J. Boswijk, psycholoog. Beiden zijn bereikbaar op het N.H.I., Mariahoek 4, Utrecht, tel. 030-319946. Datum: donderdag 18 november; tijdsduur: ochtend plus middag; plaats: nader te bepalen, afhankelijk van het aantal deelnemers. Aan de dag zullen geen kosten verbonden zijn.

Bevolkingsonderzoek op tuberculose – Om röntgenologisch bevolkings- en groepsonderzoek op tuberculose te mogen verrichten, moet men een *bijzondere opleiding* hebben gevolgd. Deze bestaat uit: a. een praktische opleiding, b. een theoretische opleiding, en c. een cursus Fundamentele stralingshygiëne. De praktijkopleiding duurt 30 tot 156 dagen, ter beoordeling van het Centraal College voor bevolkingsonderzoek op tuberculose, en is afhankelijk van de opleiding en de ervaring van de betrokken arts op het gebied van het röntgenologisch borstonderzoek. Wat punt b. betreft, men is van plan de theorie te geven op donderdag 10 en dinsdag 22 februari 1977, plaats: Hogere School voor Gezondheidszorg, Utrecht. Sprekers op de eerste cursusdag zijn Prof. Dr. J. Swierenga ('Röntgendiagnostiek van niet-tuberculeuze longafwijkingen') en Dr. H. A. van Geuns ('Vroege diagnose van longtuberculose en haar recidief in de epidemiologie van de tuberculose'). Op de tweede cursusdag kan men luisteren naar Dr. T. v. d. Werf ('Röntgenonderzoek van hart en bloedvaten') en naar Mevr. M. A. Baas, arts ('Doelstelling, organisatie en resultaten van het massaonderzoek op tuberculose in Nederland, met inbegrip van de tuberculinisatie'). Voor het bijwonen van deze theoretische cursus betaalt men *f* 85,—. De cursus Fundamentele stralingshygiëne is in 1970 van overheidswege verplicht gesteld voor iedere arts die met bepaalde röntgenapparaten werkt of gaat werken. Deze cursus wordt georganiseerd door het Dr. J. A. Cohen Instituut voor Radiopathologie en Stralenbescherming te Leiden. Cursusdagen (in opzet): 28 februari-5 maart 1977 in Leiden, met een klein examen op de laatste dag. Cursusgeld hier ongeveer *f* 125,—. Belangstellenden voor (één van beide) laatstgenoemde cursussen dienen zich vóór 10 januari 1977 op te geven bij het bureau van het Centraal College voor bevolkingsonderzoek op tuberculose, p/a Mevr. A. S. Noordanus-Ackers, Soestdijkseweg 165, Bilthoven, tel. 030-783935, bij wie ook nadere inlichtingen zijn te krijgen over het verrichten van röntgenologisch massaonderzoek op tuberculose.

Maastricht wil bouwen – De gemeenteraad van Maastricht heeft met algemene stemmen een motie aangenomen, waarin wordt geprotesteerd tegen plannen van staatssecretaris Klein om de nieuwbouw voor de Rijksuniversiteit Limburg en voor een academisch ziekenhuis niet vóór 1985 te laten uitvoeren. Die plannen zijn volgens de raad in strijd met eerdere toezeggingen van regeringswege. Daarbij komt, dat men in Maastricht de academische nieuwbouw duidelijk ziet als een stimulans voor de werkgelegenheid in de streek.

Het instrument 1977 – Van 21 tot en met 29 september 1977 zal in Amsterdam voor de twaalfde maal de tentoonstelling 'Het Instrument' worden gehouden. Voor deze vakbeurs, die door de gelijknamige vereniging van leveranciers van instrumenten voor wetenschappelijk, medisch en technisch gebruik zal worden georganiseerd, zal opnieuw het gehele RAI-Gebouw worden gebruikt. Annex de tentoonstelling zullen weer leergangen en lezingen worden georganiseerd door een aantal technische en wetenschappelijke verenigingen, terwijl door het bedrijfsleven een serie korte voordrachten over instrumenten en hun toepassingen zal worden verzorgd. Inlichtingen: Coöperatieve Vereniging 'Het Instrument' u.a., Postbus 152, Soest.

Specialisten in dienstverband

Rapport L.A.D./L.S.V.-commissie Specialisten in Dienstverband

I. INLEIDING

I.1. Taakopdracht

De Commissie Specialisten in Dienstverband werd ingesteld door de Centrale Besturen van L.A.D. en L.S.V. op 28 mei 1975 en kreeg met name tot taak:

1. De bestudering van de voorwaarden waaraan moet worden voldaan wil het voor een specialist verantwoord zijn zijn beroep in dienstverband te gaan uitoefenen.
Speciale aandacht werd gevraagd voor:

- de positie van bestuur, directie en medische staf, alsmede hun onderlinge relaties;
- de positie van de N.Z.R. als onderhandelingspartner;
- de positie van het C.O.Z. en de van daaruit gegeven en nog te geven richtlijnen.

2. Een evaluatie van de sinds januari 1974 met de in het interimrapport van de Commissie Specialisten in Dienstverband van de L.A.D.[1] vervatte gedachten en met name de met het daaraan verbonden 'model voor een arbeidsovereenkomst tussen ziekenhuis en specialist' opgedane ervaringen.

I.2. Samenstelling

De commissie werd als volgt samengesteld:

K. Visser, zenuwarts, (L.A.D.), voorzitter;
Mr. H. J. Overbeek, (L.S.V.), secretaris;
Dr. W. van Berkel, internist, (L.A.D.);
Dr. D. J. van Dijk, chirurg, (L.S.V.);
A. M. van der Heyden, orthopaedisch chirurg, (L.S.V.);
Mr. W. G. van der Putten, (L.A.D.), vanaf 1 maart 1976;
Dr. A. H. Waterman, huidarts, (L.A.D.);
Mr. J. J. Witteveen, (L.A.D.), tot 1 maart 1976.

Het notulaat werd verzorgd door de heer B. Meier.

Toelichting van de centrale besturen van L.A.D. en L.S.V.

De centrale besturen van L.A.D. en L.S.V. hebben met bijzonder veel belangstelling kennis genomen van het rapport 'Specialisten in Dienstverband'.
Beide besturen menen dat het rapport een goede analyse geeft van de problemen die zich voordoen, indien een medisch specialist in dienstverband wenst te gaan werken.
Uit het rapport blijkt dat deze problemen veelal veroorzaakt worden door externe factoren; deze liggen helaas buiten de directe invloedssfeer van L.A.D. en L.S.V.
Het rapport gaat uitvoerig in op de knelpunten met betrekking tot de overgang in dienstverband. Beide besturen achten het wenselijk, dat de gesignaleerde knelpunten in ruime kring bekend worden gemaakt.
Er zijn talrijke factoren die de rechtspositie van de specialist in dienstverband kunnen bedreigen. Daarom raden wij ieder die een dienstverband overweegt aan, zich tot het bureau van L.A.D. of L.S.V. te wenden. Tussen beide bureaus bestaan sluitende afspraken over de taakverdeling, namelijk:

- *bureau L.A.D.: problemen rondom de rechtspositie en de arbeidsvoorwaarden;*
- *bureau L.S.V.: problemen rondom het functioneren (bijvoorbeeld stafreglement) en de goodwill.*

De besturen van L.A.D. en L.S.V. stellen het op prijs reacties op dit rapport van de leden te ontvangen. Zelf stellen zij zich voor de conclusies uit dit rapport te bespreken met de overheid, de Nationale Ziekenhuis Raad en andere betrokkenen.
Tenslotte danken zij de leden van de commissie voor het tot stand brengen van dit rapport, dat helaas een sombere inhoud heeft.

Namens het Centraal Bestuur der Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband

Z. S. Stadt, voorzitter

Namens het Centraal Bestuur der Landelijke Specialisten Vereniging

A. M. Gründeman, voorzitter

I.3. Vergaderdata

De commissie kwam bijeen op 28 mei 1975, 4 augustus 1975, 3 november 1975, 16 februari 1976, 30 maart 1976, 3 mei 1976, 31 mei 1976 en 31 augustus 1976.

I.4. Uitgangspunten

a. Het geven van informatie aan de specialist door het aangeven van problemen en, voor zover binnen de mogelijkheden van de betrokken verenigingen, het aangeven van oplossingen.

b. Er mag geen verschil in medisch functioneren zijn tussen een op arbeidsovereenkomst werkzaam specialist en diens collega, die op basis van een toelatingsovereenkomst in een ziekenhuis werkzaam is.
Zowel ten aanzien van de aan het functioneren van een medisch specialist te verbinden basisvoorwaarden als met betrekking tot bepaalde kwalitatieve en kwantitatieve normeringsaspecten zal dit uitgangspunt tot uiting moeten komen.

c. Het onderzoeken van interne en externe factoren die op dit moment het optimaal functioneren van de medisch

1 Gepubliceerd in Medisch Contact nr. 3/1974, blz. 70.

specialist in dienstverband geweld kunnen aandoen en het aangeven van mogelijke oplossingen daarvoor.

d. Basis is, conform de taakopdracht, geweest het interimrapport van de Commissie Specialisten in Dienstverband der L.A.D.
Uiteraard is daarbij een aantal recente ontwikkelingen betrokken; in dit verband kan met name de C.A.O. voor het Ziekenhuiswezen worden gereleveerd.

e. Uit praktische overwegingen verdient het aanbeveling de algemene probleemstelling te beperken tot specialisten in dienst van algemene ziekenhuizen.
Hiermee wil overigens geenszins gezegd zijn dat dit rapport niet ook voor in andere situaties werkzame medische specialisten nuttige gegevens zou kunnen bevatten.

I.5. Begripsomschrijvingen[2]

a. Het *ziekenhuis* is een instituut, dat primair ten doel heeft ten behoeve van de patiënt de gunstigste omstandigheden te creëren voor een naar hedendaagse eisen adequate diagnostiek, behandeling en verzorging.

b. Het *bestuur* draagt als hoogste instantie in het ziekenhuis (en dus ook als werkgever) de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor het gevoerde en te voeren beleid.

c. De *directie* is een door het bestuur in het leven geroepen orgaan, dat belast is met de dagelijkse leiding van het instituut.

d. De *medische staf* is het in onderling overleg tussen bestuur en stafleden ingesteld orgaan, waarin de medische specialisten en de overige op min of meer rechtstreekse wijze bij de diagnostiek en behandeling van patiënten betrokken in het ziekenhuis werkzame beroepsbeoefenaren met universitaire vorming zich op basis van bij hun contract behorend stafreglement verenigd hebben.

e. De *medisch specialist* is de arts met een bijzondere deskundigheid – op grond van een speciale opleiding erkend door inschrijving in het Specialistenregister der K.N.M.G. – die voor de behandeling van zijn patiënten tot het instituut is toegelaten dan wel benoemd.

f.1. De *ondernemingsraad* is het op grond van de Wet op de Ondernemingsraden in het instituut ingestelde orgaan.

f.2. De *personeelsraad* is het op grond van het vigerende Ambtenarenreglement in publiekrechtelijke ziekenhuizen ingestelde overlegorgaan.

2. Bij de in dit rapport gehanteerde begripsomschrijvingen wordt omwille van de duidelijkheid aansluiting gezocht bij hetgeen heden ten dage in het merendeel van de ziekenhuizen geldt.

II. BASISVOORWAARDEN VOOR HET FUNCTIONEREN VAN EEN MEDISCH SPECIALIST IN DIENST VAN EEN ALGEMEEN ZIEKENHUIS

1. Het ziekenhuis moet een bestuursvorm hebben, die het vertrouwen heeft van de bevolking in het verzorgingsgebied en de werkers in het instituut.

2. Er moet een goed gereglementeerd en intensief samenspel zijn tussen bestuur, directie, medische staf en ondernemingsraad (personeelsraad).

3. De individuele verantwoordelijkheid van de medisch specialist in het kader van de arts-patiëntrelatie mag niet worden ondergraven, ook niet door hiërarchische verbanden binnen een afdeling. Daarom moeten er regels zijn, die:

- de vrijheid van behandeling binnen een professioneel bepaalde normering waarborgen;
- de vrijheid van arts- en patiëntenkeuze alsmede het beroepsgeheim, gegeven de noodzaak van continuïteit der behandeling, zo goed mogelijk waarborgen;
- het samenspel op een afdeling ten aanzien van de algemene gang van zaken en ten aanzien van de medische behandeling optimaliseren.

4. Een specialist draagt als lid van de medische staf niet alleen een – nimmer af te nemen – individuele verantwoordelijkheid voor zijn eigen persoonlijk werk, maar tevens, samen met de andere stafleden, een collectieve verantwoordelijkheid voor het niveau van het medisch handelen in zijn ziekenhuis.

5. Vanwege het ziekenhuis zullen aan de specialist het personeel en materiële voorzieningen ter beschikking moeten worden gesteld die in verband met zijn klinische en poliklinische werkzaamheden en in voorkomende gevallen in verband met een hem verleende onderwijsfunctie noodzakelijk zijn.

II.1. Bestuursvorm

De commissie wil zich geen oordeel aanmatigen over de ideale bestuursvorm. Zij zou willen volstaan met een aantal kanttekeningen bij de huidige situatie.
a. Bestuur. Het bestuur dient zodanig samengesteld te zijn, dat zowel de bevolking in het verzorgingsgebied ten behoeve waarvan het instituut bestaat als de in het instituut werkzame personen daarin vertrouwen hebben. Het gaat daarbij niet zozeer om representativiteit als wel om legitimiteit in de zin van legitiem het vertrouwen kunnen hebben, dat dit bestuur zijn verantwoordelijkheid tegenover regio en in het instituut werkzame personen kan dragen.

Op een recent te Nijmegen gehouden congres, getiteld: 'Knelpunten in de juridische structuur van het algemene ziekenhuis' kwam voor wat de samenstelling van het ziekenhuisbestuur betreft onder andere het volgende naar voren[3]:

'De wijze van benoeming van ziekenhuisbestuurders, in het algemeen coöp-

3. Zie Ars Aequi 1976:3, pag. 138 e.v.
Ook om andere redenen verdient dit congres een ruime belangstelling. Bij Kluwer is inmiddels het officiële congresverslag verschenen.

tatie, staat in toenemende mate aan kritiek bloot. In de meeste gevallen hebben patiënten en ziekenhuismedewerkers geen enkele invloed, terwijl de samenstelling van het bestuur naar maatschappelijke herkomst eenzijdig is.
'De samenstelling van de besturen bleek vooral gebaseerd te zijn op de gedachte, dat zo'n bestuur moet bestaan uit deskundigen op verschillende gebieden, zoals managers, juristen, deskundigen uit de gezondheidszorg en dergelijke. De grootste groep bleek werkzaam te zijn in de commerciële sector. Van de gedachte aan representatieve samenstelling, dat wil zeggen zodanig dat primair de belangen van de op het ziekenhuis aangewezen bevolkingsgroep worden behartigd, bleek tot nog toe weinig te zijn gekomen'.

De commissie tekent hierbij aan, dat behalve de gewenste legitimiteit bovenal aandacht zal moeten worden besteed aan het vereiste van veelzijdige deskundigheid en slagvaardigheid voor een bestuur.

b. Directie. Op het ogenblik heeft formeel het bestuur alle bevoegdheden en is de directie de uitvoerende instantie namens het bestuur. Het is gewenst de juridische positie tussen deze beide organen beter en kenbaar voor ieder te regelen.
Het is denkbaar dat men in de ene situatie kiest voor een zogenaamde Raad voor Commissarissen-model[4] en in een andere voor een Raad van Beheer-model[4]. Beide situaties vragen echter om een nadere regeling van hetgeen nu over het algemeen over de wederzijdse posities is bepaald.

II.2. Samenspel

Uitgaande van de kernfunctie (de functie die rechtstreeks is gericht op het hoofddoel) van het ziekenhuis, namelijk de medische behandeling op specialistisch niveau (het tweede echelon) heeft de medische staf een belangrijke rol in de organisatie van het ziekenhuis.
De professionele autonomie op basis van deskundigheid, gecodificeerde relaties zowel onderling als met de cliënten en onderlinge controle op de beroepsuitoefening, laat bij de medische beslissingen de verantwoordelijkheid geheel aan de specialist.
Echter ook bij medische beslissingen spelen economische en organisatorische beslissingen een rol[5]. De kernfunctie moet dus worden uitgebreid in die zin, dat het geven van een medisch-specialistische behandeling zonder het ziekenhuis als bedrijf niet meer te realiseren is.
Er dient dus een *gereglementeerde communicatie* te zijn:

door regelmatig (tenminste eens in de drie maanden) contact tussen bestuur, directie en staf (c.q. stafbestuur);
door frequente werkbesprekingen tussen directie en stafbestuur;
door de mogelijkheid van advies en/of informatieverstrekking door de staf vast te leggen;
door vast te leggen over welke onderwerpen het bestuur en de directie altijd met de staf dienen te overleggen. In dit verband kunnen met name worden genoemd[6]:

- de aanstelling van nieuwe specialisten;
- het ontslag van specialisten;
- de uitbreiding van het aantal specialismen;
- de wijziging van de functie van de afdelingen;
- de benoeming van directieleden;
- de bouwplannen;
- de jaarlijkse begroting, etc.;

door regelmatig contact tussen directie, medische staf en ondernemingsraad (respectievelijk personeelsraad[7]).

II.3. Individuele verantwoordelijkheid

De individuele specialist is zelf verantwoordelijk voor de behandeling van zijn patiënten, waarmee hij een individuele, op zijn bijzondere deskundigheid gebaseerde relatie aangaat. Door deze individuele verantwoordelijkheid is het noodzakelijk dat de specialist vrijheid van medisch handelen heeft, zij het binnen een professioneel gebonden normering.
De individuele beroepsbeoefenaar is voor wat betreft de kwaliteit van zijn zorgverlening aan een patiënt in eerste instantie verantwoording verschuldigd aan die patiënt zelf. Nu verreweg de meeste specialisten functioneren in stafverband, is de individuele specialist niet alleen verantwoordelijk voor zijn eigen persoonlijk werk maar draagt hij ook als lid van de medische staf samen met de andere stafleden een collectieve verantwoordelijkheid voor het niveau van het medisch handelen.

Daarnaast evenwel draagt ook de leiding van de instelling een algemene verantwoordelijkheid voor de totaliteit van het ziekenhuisgebeuren, onverminderd de eigen verantwoordelijkheid van de individuele beroepsbeoefenaar. Voorkomen moet worden dat deze algemene verantwoordelijkheid in strijd komt met de individuele verantwoordelijkheid van de specialist, met andere woorden zijn vrijheid van medisch handelen, zij het binnen de bovengenoemde grenzen, moet worden gewaarborgd.

Waarborgen

1. Aan het dienstverband inherente gezagsverhoudingen mogen de medische verantwoordelijkheid van de specialist in genen dele beperken. De specialist behandelt zijn patiënten onder zijn persoonlijke verantwoordelijkheid.

2. De specialist moet het recht hebben om, wanneer hij daar gegronde redenen voor meent te hebben, de behandeling van een patiënt niet op zich te nemen of een aangevangen behandeling af te breken.
Indien de specialist van dit recht gebruik wil maken, treft hij in overleg met de directie en met de huisarts van de patiënt maatregelen ten einde de continuïteit van de behandeling te verzekeren.

II.4. Reglementering medische staf

II.4.1. Naar de mening van de commissie zullen de hierboven aangegeven essentialia over het algemeen in het contract ziekenhuis/specialist, maar vooral in het bij deze overeenkomst behorend stafreglement een plaats moeten vinden. Met andere woorden: het is niet alleen de individuele medische specialist die op het handhaven

---

4. Zie het congres over 'Knelpunten in de juridische structuur van het algemene ziekenhuis' (noot 3).

5. Vanzelfsprekend geldt eveneens dat bij de organisatorische en economische beslissingen in een ziekenhuis ook medische beslissingen een rol spelen ('two lines of authority').

6. Het gaat hier uitdrukkelijk niet om een limitatieve opsomming!

7. Dit laat onverlet de mogelijkheid daarbij ook de hoofden van dienst te betrekken.

van deze belangrijke punten moet toezien, maar bovenal zijn collectivum: de medische staf.

De ontwikkeling van de geneeskundige wetenschap gaat gepaard met een vergaande specialisatie van de individuele beroepsbeoefenaren. Door dit proces van specialisering zijn de specialisten op diverse medische vakgebieden in functioneel opzicht in toenemende mate van elkander en van de overige in het ziekenhuis bij onderzoek en behandeling ingeschakelde paramedische en verpleegkundige beroepsbeoefenaren afhankelijk geworden bij de behandeling van de aan hen toevertrouwde patiënten. Mede hierdoor is het noodzakelijk geworden over te gaan tot de vorming van een medische staf in iedere instelling, waarin onder meer in die instelling werkzame specialisten verplicht verenigd zijn.

Voor die situaties waarin nog geen stafreglement vigeert of wellicht een naar de huidige maatstaven inadequaat stafreglement van toepassing is, is het van belang te weten dat in ieder geval de volgende punten regeling behoeven[8]:

– de *doelstelling* van de medische staf en de taken die uit de doelstelling voortvloeien. Als taken van de medische staf kunnen worden genoemd:

a. het onderhouden van een goede communicatie met bestuur, directie en overig personeel van de instelling;

b. het bevorderen van een collectief verantwoordelijkheidsbesef van de staf alsmede van het individuele verantwoordelijkheidsbesef van het staflid voor de kwaliteit van het medisch werk;

c. het zorg dragen voor een goed wetenschappelijk niveau van het werk van ieder staflid en van het werk van de instelling in het algemeen;

d. coördinatie en toetsing van het medisch werk;

e. het bevorderen van een efficiënte werkwijze in de instelling met begrip voor optimale behandeling en verpleging;

f. het bevorderen van een zo goed mogelijke inpassing van het medisch werk in de totale organisatie van de instelling;

g. het bevorderen van goede intermenselijke verhoudingen in de instelling;

– de *onderwerpen* waarbij bestuur en/of directie, alvorens beleidsbeslissingen te nemen, de staf dienen te consulteren[9]. Dit omdat deze onderwerpen een belangrijke invloed kunnen hebben op de medische gang van zaken, en in het bijzonder op de beroepsuitoefening van één of meer stafleden;

– de wijze waarop nieuwe specialisten kunnen worden aangetrokken *(open sollicitatie)* en het vastleggen van de rol die de staf daarbij dient te vervullen.

II.4.2. Intercollegiale toetsing (professioneel bepaalde normering)

Hierboven is gesproken over 'vrijheid van behandeling binnen een professioneel bepaalde normering' (II.3). In dit verband zij verwezen naar het recent verschenen rapport 'Intercollegiale toetsing in algemene ziekenhuizen' van de Gemeenschappelijke Commissie ingesteld door de Geneeskundige Vereniging tot bevordering van het Ziekenhuiswezen en de Landelijke Specialisten Vereniging. Hierin komt duidelijk tot uiting:

a. de specialist moet zich openstellen voor een kritische beoordeling van zijn handelen zowel in medische als in economische zin;
b. daartoe zullen binnen zijn eigen beroeps- c.q wetenschappelijke organisaties toetsingscriteria moeten worden ontworpen;
c. deze toetsingscriteria kunnen zowel landelijk, bijvoorbeeld vanuit de wetenschappelijke vereniging, komen alsook vanuit de eigen medische staf;
d. deze kritische beoordeling maakt evenals alle andere stafwerkzaamheden een essentieel onderdeel uit van de beroepsuitoefening van de specialist.

II.5.1. Middelen

Het bestuur is tegenover de specialist verplicht hem overeenkomstig de functie van het ziekenhuis de gelegenheid te verschaffen zijn klinische en poliklinische werkzaamheden in het ziekenhuis te verrichten en hem daartoe de ruimte en outillage ter beschikking te stellen. Tevens dient het zorg te dragen voor een op de functie van het ziekenhuis en de afdeling afgestemde personeelsbezetting (zie ook hierna onder II.5.2.).
De afdeling waarop en de behandelruimten waarin de specialist zijn praktijk uitoefent, zullen in een staat gehouden moeten worden welke voldoet aan de eisen van technische behoeften, bedrijfszekerheid en medisch wetenschappelijk peil. Voorts zullen de ziektegeschiedenissen op een zodanige wijze in het ziekenhuis moeten kunnen worden opgeborgen, dat de geheimhouding van de inhoud daarvan verzekerd is. Bovendien zullen de ziektegeschiedenissen, indien dit voor de behandeling van de patiënt nodig is, ook buiten de normale werkuren ter beschikking van de behandelend specialist moeten staan.

II.5.2. Onderwijsfuncties (opleiding en affiliatie)

Wanneer één of meer afdelingen van een ziekenhuis een taak hebben in het kader van de opleiding tot specialist dan wel affiliatie, dat stelt dit speciale eisen aan de personele en andere middelen die vanwege het ziekenhuis ter beschikking moeten komen. Met name zal in vele gevallen de stafbezetting een andere dienen te zijn dan in een algemeen ziekenhuis waarbinnen niet deze functies worden vervuld.
Dat aan het vervullen van deze onderwijsfuncties aparte eisen zijn verbonden, komt onder meer tot uiting in de opleidingseisen van het Centraal College voor de Erkenning en Registratie van Medische Specialisten, het rapport van de Affiliatie-Adviescommissie en het feit dat er een apart Normenrapport voor opleidings-poliklinieken bestaat[10].

---

8. In die instellingen waar nog geen gereglementeerde medische staf zou bestaan, doet men er goed aan zich te realiseren dat bijvoorbeeld in het kader van de door de Ziekenfondsraad te hanteren erkenningsnormen het aanwezig zijn van een gereglementeerde staf tegenwoordig met zo veel woorden als vereiste geldt. Te hopen valt daarom, dat L.S.V. en N.Z.R. erin zullen slagen spoedig overeenstemming te bereiken over een gemeenschappelijk modelcontract ziekenhuis/specialist met daarbij behorend model-stafregelement.

9. Zie ook onder II.2.

10. Gedoeld wordt uiteraard op respectievelijk het eerste en het tweede rapport van de Affiliatie-Adviescommissie inzake de affiliatie van universiteiten (faculteiten der geneeskunde) met niet-academische ziekenhuizen (respectievelijk uitgebracht in april 1970 en augustus 1974) alsmede op het 'Rapport Normenkommissie Poliklinieken', april 1975, uitgebracht door N.Z.R./ L.S.V./G.O.Z.

III. ENIGE AAN HET DIENSTVERBAND VERBONDEN CRITERIA

III.1. Arbeidsbelasting en taakomvang

Bij het bepalen van de arbeidsbelasting voor de specialist zullen in het algemeen zowel de belangen van de aan zijn zorg toevertrouwde patiënten alsook de aanvaardbare workload betrokken moeten worden.

De commissie is van mening, dat de arbeidsbelasting – vooralsnog – in een urennorm moet worden uitgedrukt; een andere benadering, bijvoorbeeld door middel van het normeren van de 'produktie', heeft nog geen kans van slagen omdat er te veel variabele factoren per specialist en per specialisme bestaan[11]. Het is verheugend dat de wetenschappelijke verenigingen in het kader van het N.Z.I.-onderzoek naar de specialistenplaats en -behoefte het vraagstuk van de taakomvang per specialist in een bepaald specialisme ter hand hebben genomen. Welke reële mogelijkheden deze benadering biedt, kan eerst worden beoordeeld wanneer de resultaten van dit onderzoek beschikbaar komen.

Voorts wordt hierbij aangetekend, dat de urennorm zeer wel aansluit bij het dienstverband. De huidige maatschappelijk geldende workload voor een dienstverbander beweegt zich rondom de 40-urige werkweek. Deze norm dient ook voor de specialist in dienstverband te gelden; part-time aanstellingen dienen dan ook op de 40-urige werkweek te worden berekend.
Gelet op de functie en de inkomenspositie van de specialist, zal deze, zoals ook bij andere vergelijkbare functionarissen in dienstverband het geval is, vaak meer uren dan de genoemde 40 uur per week werken en daarvoor eveneens als regel geen overwerkvergoeding willen claimen.

Anderzijds meent de commissie dat in het belang van de patiëntenzorg een bovengrens aan het aantal feitelijke werkuren gesteld moet worden. Is deze grens namelijk bereikt, dan zal – alleen al om die reden – een vacature *moeten* worden gesteld. Zolang door het ziekenhuis niet in deze vacature kan worden voorzien, komt de specialist voor het overschrijden van de urenlimiet een compensatie in vrije tijd dan wel in geld toe. Deze uiterste bovengrens kan vooralsnog worden gesteld op 60 werkuren per week.

Het begrip 'werkuur'

Binnen het totaal der werkuren dient naar de mening van de commissie te worden begrepen: het geheel van werkzaamheden voor de directe en indirecte patiëntenzorg (klinisch en poliklinisch) binnen het kader van het betreffende specialisme, derhalve ook de werkzaamheden die voortvloeien uit het staflidmaatschap (bijvoorbeeld kwaliteitsbewaking), alsmede het geven van onderwijs, voortgezette vorming, research en dergelijke.

In concrete situaties kan naast de individuele specialist ook de medische staf een belangrijke rol spelen bij de bepaling van hetgeen in een bepaald geval als reëel moet worden beschouwd.

III.2. Relatie inzet en inkomen

a. Voorop staat, dat in de hoogte van het specialisteninkomen de inconveniënten (tot aan een bepaalde grens) zijn verdisconteerd. Indien echter de specialist regelmatig wordt overbelast, zal hem door het ziekenhuis een *compensatie* moeten worden gegeven.
Deze compensatie zal, zo het geven van extra vrije tijd niet mogelijk is, in financiële vorm dienen te worden gedaan. De K.N.M.G.-adviezen inzake externe waarneming zijn als richtlijn voor deze financiële compensatie aanvaardbaar.

Ten overvloede zij er hier nogmaals op gewezen dat bij een regelmatige overschrijding van het normale aantal werkuren een vacature moet kunnen worden gesteld.
Aan de andere kant zal een waarborg moeten worden geschapen tegen het leveren van een absolute onderprestatie van een specialist ten opzichte van het ziekenhuis.

b. Het bezit van *opleidingsbevoegdheid* zal in het algemeen een andersoortige arbeidsbelasting betekenen. De opleidingsbevoegdheid rechtvaardigt op zich nog geen extra honorering; de commissie wil echter wel ruimte laten voor de overweging dat door de te veronderstellen hoge kwaliteit van de opleider(s)[12] en de te dragen verantwoordelijkheden het salarisniveau moet worden verhoogd.

c. Uitgangspunt is, dat het *salarisniveau* voor álle (categorieën van) specialisten gelijk is. De commissie acht daarnaast een differentiatie naar de *duur van de opleiding* juist; deze differentiatie moet worden vertaald in een toelage, waarvan de hoogte afhankelijk is van de opleidingsduur, boven het basissalaris en wel volgens L.A.D.-richtlijnen.

III.3. Beschikbaarheid en aanwezigheid

Betreffende de beschikbaarheids- en aanwezigheidsdiensten moet onderscheid worden gemaakt tussen bepaalde *basis-specialismen*, waarvoor in ieder ziekenhuis tenminste een specialist te allen tijde ter beschikking moet zijn, en de *neven-specialismen*, voor welke regelingen met de omliggende ziekenhuizen kunnen worden getroffen. Deze diensten zullen in een aantal werkuren, afhankelijk van het tijdstip, moeten worden uitgedrukt.

Het invallen gedurende weekends en vooral vakantieperioden voor collegae in hetzelfde ziekenhuis zal niet tot een onaanvaardbare overbelasting mogen leiden. Deze overbelasting moet worden tegengegaan door het maken van goede werkafspraken in een regio c.q. door het aantrekken van waarnemers van elders. Ook zal, in het bijzonder bij niet vervangbare specialisten, gedurende enige tijd verminderd dienstbetoon kunnen plaatsvinden, hetwelk in vele specialismen uiteraard repercussies heeft op bedbezetting, polikliniekbezetting, belasting van het laboratorium, etc.

---

11. Zoals: de werkwijze van de specialist (de per patiënt benodigde tijd), de leeftijd van de specialist, de organisatie van de praktijk, praktijk in verschillende ziekenhuizen met het daaraan verbonden tijdsbeslag aan reizen, activiteiten in het kader van de specialistenopleiding en/of de affiliatie, betrokkenheid bij commissie- of stafwerk, en dergelijke.

12. De commissie tekent hierbij aan dat een opleiding vaak in feite wordt verzorgd door een groep van specialisten, ook al staat deze formeel op naam van slechts één van hen. De commissie is daarom van mening, dat de specialisten werkzaam binnen één opleidingsafdeling allen in beginsel functioneel gelijkwaardig dienen te worden gehonoreerd.

IV. AAN DE OVERGANG NAAR DIENSTVERBAND INHERENTE FINANCIËLE PROBLEMATIEK

IV.1. Goodwill

IV. 1.1. De 'goodwill' van een specialistenpraktijk. De commissie acht het niet op haar weg liggen een waardeoordeel over het instituut praktijkoverdracht als zodanig te geven. Zij constateert ten deze:

a. Tussen N.Z.R. en L.S.V. is in het jaar 1973 een gezamenlijke intentieverklaring uitgegeven[13], waaruit blijkt dat deze beide representatieve landelijke organisaties:

- het instituut als een historisch gegeven, veelal contractueel vastgelegd recht, aanvaarden;
- gezamenlijk bezien op welke wijze tot een generale afkoop zou kunnen worden gekomen;
- zolang een dergelijke generale regeling niet is getroffen er van uitgaan dat de in enig ziekenhuis geldende (contractueel dan wel historisch) regeling ten deze zal worden gecontinueerd.

b. Sinds jaar en dag worden voor de goodwilloverdracht vanwege de K.N.M.G. (in casu de L.S.V.) richtlijnen gegeven[14].

IV. 1.2. Wil nu een reeds gevestigd specialist zijn toelatingsovereenkomst met het ziekenhuis verantwoord om kunnen zetten in een arbeidsovereenkomst, dan is het naar de mening van de commissie noodzakelijk dat hem een schadeloosstelling voor het verlies van zijn recht op praktijkoverdracht wordt geboden[15]. Deze schadeloosstelling zal gebaseerd dienen te zijn op de alsdan geldende richtlijnen der K.N.M.G.

IV. 1.3. Ook wanneer op een arts-out bassis werkzame specialist wordt opgevolgd door een specialist die in dienst van het ziekenhuis treedt, zal in het algemeen vanwege het ziekenhuis aan de vertrekkende specialist – deze is meestal op grond van zijn toelatingscontract door het bereiken van de 65-jarige leeftijd tot dit vertrek gedwongen! – een schadeloossstelling moeten worden geboden voor het feit dat hij door deze aanstelling in dienstverband zijn recht op praktijkoverdracht niet bij zijn opvolger kan effectueren. Ook deze schadeloosstelling zal gebaseerd dienen te zijn op de alsdan geldende richtlijnen der K.N.M.G.
Het is verheugend te kunnen constateren, dat met name bij het Scheidsgerecht voor het Nederlandse Ziekenhuiswezen een zelfde gedachte lijkt te heersen, zoals onder meer blijkt uit Medisch Contact nr. 42/1974, blz. 1365.

IV. 1.4. Bepaald teleurstellend is het dan echter te moeten constateren dat het C.O.Z. andere normen hanteert. Deze C.O.Z.-normen, zo valt uit jaarverslagen af te leiden, luiden als volgt:

– 'Goodwill' mag in geval van overgang naar dienstverband in de verpleegprijs worden doorberekend, wanneer aan de volgende voorwaarden is voldaan:

1. Er moet recht op praktijkverkoop aanwezig zijn.
2. De arts-out regeling dient te worden vervangen door een arbeidscontract, dat betrekking heeft op de gehele klinische en poliklinische ziekenhuispraktijk van de betrokken specialist.
3. Ale artsen in een bepaald specialisme dienen in de regeling te worden betrokken.
4. De leeftijd bij uitkoop mag maximaal 50 à 55 jaar zijn.
5. De maximale overdrachtsom wordt gesteld op *f* 150.000,00.
6. De overdrachtsom wordt in de regel afgeschreven in 10 jaar. Een andere periode is mogelijk, wanneer aflossingsverplichtingen daartoe nopen.
7. Tenzij er schulden zijn, wordt de uit te betalen som niet uitgekeerd, maar op een geblokkeerde rekening gestort. (Hierbij zij aangetekend, dat aan deze bepaling praktisch geen uitvoering wordt gegeven.)
8. Een aanvaardbaar salaris voor de specialist, waarbij men vaak aanknoopt aan L.A.D.-normen.
9. De totale kosten van deze goodwillregeling (inclusief salarissen specialisten, assistenten, secretaressen, sociale lasten daarop betrekking hebbende, poliklinieklhuur, overige administratiekosten) mogen het desbetreffende arts-out inkomen niet te boven gaan.
10. In een circulaire d.d. 31 december 1974 aan de ziekenhuizen wordt medegedeeld dat een specialistenpraktijk die ná 1 januari 1975 door een specialist van zijn voorganger is overgenomen, helemaal niet door het ziekenhuis via de verpleegprijs mag worden overgenomen.

Door deze reeks van, soms moeilijk met elkaar in overeenstemming te brengen, voorwaarden wordt in vele gevallen door het C.O.Z. een reële overgang naar dienstverband in feite financieel onmogelijk gemaakt. Bovendien dreigt naar de mening van de commissie in voorkomende gevallen – tenzij het Scheidsgerecht corrigerend optreedt – *door de gestelde leeftijdsgrens* een grove onbillijkheid te worden begaan ten opzichte van met name diegenen die lange jaren in goede samenwerking met het ziekenhuis hun praktijk hebben uitgeoefend. Die specialisten wordt dan immers een belangrijk stuk oudedagsvoorziening – wat de praktijkoverdracht ook is – onthouden.

Ook andere van de hierboven genoemde tien punten zijn als onredelijk en in feite belemmerend voor een overgang naar dienstverband aan te merken. De commissie hoopt, dat L.S.V. en N.Z.R. op korte termijn ten deze tot een gemeenschappelijk standpunt en actie kunnen komen.

IV.2. Pensioenregeling

IV.2.a. Consequenties voor de individuele specialist

Wanneer een vrij gevestigd specialist in dienst van een algemeen ziekenhuis treedt, komt hij daarmee automatisch te vallen onder hetzij het Pensioenfonds voor de Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke Belangen (P.G.G.M.), hetzij het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds (A.B.P.). De

13. Zie Medisch Contact nr. 43/1973, blz. 1209.

14. Zie Medisch Contact nr. 44/1976, blz. 1398.

15. Hierbij wordt er van uitgegaan dat de betrokken specialist recht op praktijkovername heeft, bijvoorbeeld doordat hij destijds bij zijn vestiging zijn praktijk heeft overgenomen.

wettelijk verplichte deelname aan het Pensioenfonds Medische Specialisten (P.M.S.) komt daarmee te vervallen[16]. Voor wat de in het kader van de P.M.S.-regeling tot dan toe opgebouwde rechten betreft, heeft dit de volgende consequenties:

1. De rechten op pensioen (de zogenaamde 'coming-service') zoals die bij het P.M.S. daadwerkelijk zijn opgebouwd, blijven onverkort gehandhaafd.

2. De eventuele rechten op 'back-service' worden echter gekort. Voor de wijze van berekening van deze korting zie de *bijlage* (blz 1422).

3. Het opgebouwde pensioen en de eventuele resterende rechten op 'back-service' zijn waardevast.

IV. 2.B. Consequenties voor de gehele groep

Een financieel probleem van geheel andere orde wordt gevormd door de verplichtingen die de actieve specialisten in het kader van de door het Pensioenfonds Medische Specialisten uitgevoerde wettelijk verplichte pensioenregeling op zich genomen hebben ten opzichte van een voorgaande generatie specialisten, met andere woorden: de 'back-service'verplichting, welke op het ogenblik 20% van de premie uitmaakt. Zou het aantal niet in dienstverband werkzame specialisten afnemen, dan komen óf de aan rustende specialisten en weduwen en wezen van overleden specialisten toegekende rechten in gevaar óf zou van de overblijvende groep niet in dienstverband werkzame specialisten een onaanvaardbaar extra financieel offer moeten worden gevraagd.
Men kan zich afvragen of niet deze 'back-service'verplichtingen zouden moeten worden overgenomen door de werkgever, dan wel tenminste als aan een overgang naar dienstverband verbonden kosten zouden moeten worden aangemerkt. Hierbij mag niet uit het oog worden verloren, dat het feit dat door middel van een wettelijk verplichte pensioenregeling de solidariteitsgedachte ten aanzien van vorige generaties specialisten of hun nagelaten betrekkingen (weduwen en wezen) tot uiting zou kunnen worden gebracht, in het parlement een belangrijke rol heeft gespeeld bij de aanvaarding van de Wet op de verplichte deelneming in een beroepspensioenregeling.

V. ANDERE (EXTERNE) FACTOREN DIE DE PROBLEMATIEK BEÏNVLOEDEN

V.1. Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven (C.O.Z.)

V.1.a. De plaats van het C.O.Z. ten opzichte van ziekeninrichtingen en specialisten die een arbeidsovereenkomst hebben aangegaan dan wel wensen aan te gaan

Het C.O.Z. hanteert normen betreffende een dienstverband voor medische specialisten. Deze normen zijn niet vervat in één kenbaar systeem, maar zij worden gevonden bijvoorbeeld in richtlijnen, jaarverslagen en individuele correspondenties. Het ontbreken van een systeem als aangeduid wekt onzekerheid voor de betrokken (potentiële) contractpartners in de hand.
Het C.O.Z. hanteert de genoemde normen blijkens informatie uit de periferie niet op steeds dezelfde, voorspelbare wijze. De normen worden in praktijk gebracht door medewerkers van het C.O.Z.; dit geschiedt niet als regel in de vorm van schriftelijke, door het bestuur van het C.O.Z. geparafeerde, beschikkingen.
Het afwezig zijn van een kenbaar beleid met betrekking tot het hanteren van normen veroorzaakt, zeker waar het C.O.Z. ook in bestaande arbeidsrechtelijke verhoudingen meent te kunnen ingrijpen, rechtsonzekerheid voor betrokken contractpartners.

Een (mogelijk) dienstverband voor medisch specialisten wordt vanuit het C.O.Z. feitelijk tegengewerkt. De de facto gehanteerde normen – zie hoofdstuk IV – maar met name de norm, dat de 'praktijkomzet' de kosten samenhangend met het dienstverband dient te dekken, hebben althans geen stimulerende invloed op het tot stand komen van arbeidsovereenkomsten tussen ziekeninrichtingen en specialisten. De voorwaarde betreffende het kostendekkend zijn vormt een wezenlijke discriminatie van medische specialisten ten opzichte van alle andere vergelijkbare functionarissen die in de ziekeninrichting werkzaam zijn.
Deze voorwaarde komt voort uit een onjuiste, dan wel onvolledige, benadering van de positie van de specialist in dienstverband; een arbeidsrechtelijke benadering van het functioneren van de specialist is voor alles noodzakelijk, de beperkte benadering via budgettering is niet valide.

Een lichtpuntje is, dat in het jaarverslag 1975 van het C.O.Z. wordt onderkend, dat deze benadering 'niet geheel deugdelijk' is en dus ook 'niet in alle gevallen een pasklaar antwoord'[17] kan bieden. Het C.O.Z. verwijst vervolgens in dit verband terecht op problemen die zich voordoen wanneer het om een voor het ziekenhuis nieuw specialisme of om een uitbreiding van het aantal specialisten gaat. Merkwaardig is dan echter, te moeten constateren dat men niettemin ten principale aan deze onjuiste benadering blijft vasthouden door deze slechts in percentages af te zwakken.
Voor de rechtszekerheid van betrokkenen is het voorts weinig geruststellend verderop dan weer te moeten lezen, '. . . de verantwoordelijkheid voor aanstellingen gebaseerd op een te verwachten uitbreiding van de werkzaamheden in de toekomst en de daarmee samenhangende verwachting ten aanzien van de toename van de arts-out opbrengsten, geheel berust bij de aanvragende instelling'[17]. Met andere woorden: de aanstellingen in dienstverband zouden in die gevallen een niet gering risico kunnen meebrengen voor de specialist, aangezien het ziekenhuis voor zijn middelen volledig afhankelijk is van het C.O.Z. en hier openlijk wordt gespeeld met de gedachte dat als de verwachtingen ten aanzien van de arts-out opbrengst niet worden vervuld de financiële kraan dicht gaat. De specialist zou dan niet voor eigen rekening, maar wel voor eigen risico werkzaam zijn?

Ook dit standpunt van het C.O.Z. lijkt derhalve bepaald niet op al zijn conse-

16 Uiteraard tenzij hij naast het dienstverband een belangrijk stuk praktijk, particulier dan wel ziekenfonds, voor eigen rekening en risico blijft uitoefenen.

17. Zie het jaarverslag 1975 van het C.O.Z., blz. 46 en 47.

quenties doordacht en draagt typisch het kenmerk van een ad hoc-beleid. Dit laatste blijkt ook uit de praktijk in de ziekenhuizen, omdat er medische specialisten onder de meest uiteenlopende voorwaarden in de meest uiteenlopende constructies in dienstverband functioneren dan wel gaan functioneren.

Het gesignaleerde ad hoc-beleid met de daaraan voor de specialist-werknemer met betrekking tot zijn rechtspositie verbonden bedenkelijke onzekerheden komt voorts ook nog tot uiting in het feit dat de richtlijnen aan veranderingen onderhevig zijn. Veranderingen, die tot stand komen zonder dat de betrokken (aanstaande) werknemers hierbij betrokken zijn.

V.1.b. Het tot stand komen van arbeidsvoorwaarden voor diegenen, die in een privaatrechtelijke ziekeninrichting werkzaam zijn en voor wie geen bindende regelingen zijn vastgesteld

De hier bedoelde arbeidsvoorwaarden worden overeengekomen tussen de ziekeninrichtingen en de functionarissen. Het is juridisch niet relevant, door welke adviezen contractpartners zich hebben laten leiden. Relevant is dat de beschikkingsbevoegde partijen met elkaar overeenkomen, waardoor partijen rechten en verplichtingen jegens elkander aangaan.

Het C.O.Z. spreekt zich vooraf dan wel naderhand uit over het in de verpleegprijs verdisconteerd zijn van de kosten, samenhangend met de hier bedoelde overeenkomsten. Vanuit de ziekeninrichtingen wordt hierom veelal vooraf bescheid gevraagd bij het C.O.Z. Dit leidt er toe, dat het C.O.Z. de facto arbeidsvoorwaarden vaststelt zonder dat met het C.O.Z. kan worden onderhandeld, zonder dat van het C.O.Z. nakoming kan worden gevraagd, zonder dat vaststaat dat het gegeven bescheid in de toekomst niet zal worden veranderd. Voor beroep vatbare beschikkingen worden door het C.O.Z. niet gegeven, een uitspraak van het bedoelde Scheidsgerecht voor het Nederlandse Ziekenhuiswezen wordt door het C.O.Z. niet bindend geacht.

Het is noodzakelijk, dat enige bevoegdheid op een overeenkomstige verantwoordelijkheid is gebaseerd. In het bovenstaande is een poging gedaan om aan te tonen, dat dit in deze niet het geval is.

V.1.c. Verstoring intercollegiale verhoudingen

Door het C.O.Z. is zonder voorafgaand overleg met de specialisten verordonneerd dat voor consulten verleend aan particuliere patiënten door specialisten in dienstverband, door het ziekenhuis volgens een gemodificeerd ziekenfondstarief zou moeten worden gedeclareerd.

Dit is zeer verbazingwekkend, omdat het C.O.Z. zich tot dan toe altijd op het standpunt had gesteld, dat het zich bij het bestaan van externe richtlijnen aan die externe richtlijnen zou conformeren. Dat doet het C.O.Z. enerzijds wel door tegenover de ziekenfondsen te stellen dat voor de poliklinische behandeling van *ziekenfonds*patiënten door specialisten in dienstverband, door de betrokken ziekenhuizen conform het ziekenfondstarief (verwijs- en herhalingskaarten) dient te worden gedeclareerd. Anderzijds doet het C.O.Z. dit dus niet, door zich ten aanzien van particuliere patiënten niet aan de landelijk geldende richtlijnen voor de particuliere honoraria, welke nota bene via een Prijzenbeschikking van de minister van Economische Zaken, de minister van Sociale Zaken en de staatssecretaris van Volksgezondheid wettelijke geldingskracht hebben, te conformeren.
Dit is te meer betreurenswaardig, omdat hierdoor niet alleen de collegiale verhoudingen binnen een specialisme kunnen worden verstoord, maar ook de relatie arts-patiënt. Immers, voor bijvoorbeeld een dermatologisch consult bij een specialist in dienstverband zou ineens een ander tarief gaan gelden dan bij zijn collega die niet in dienstverband werkzaam is. De commissie hoopt, dat haar Centrale Besturen alles in het werk zullen stellen ten einde de beslissing van het C.O.Z. ook in deze te doen herzien.

V.1.d. Monopoliepositie C.O.Z.

Uit het voorgaande blijkt, dat het C.O.Z. thans feitelijk optreedt als een instituut dat een monopoliepositie ten opzichte van de tarifering en van het totstandkomen van zekere arbeidsvoorwaarden inneemt. Deze monopoliepositie wordt niet onderbouwd door een duidelijk parlementaire of gouvernementele controle, de beslissingen van het C.O.Z. zijn niet vatbaar voor beroep in een duidelijke voor betrokkenen kenbare procedure.

De samenstelling van het C.O.Z. is zodanig, dat de medewerkers in de ziekeninrichting als zodanig helaas buiten de besluitvorming staan.
Terzijde wordt opgemerkt, dat de medewerkers vanzelfsprekend niet kunnen worden geacht te worden vertegenwoordigd door de Nationale Ziekenhuisraad, een zich als werkgever opstellende instantie, die ook in haar belangenbehartigende taak daartoe niet geschikt is.

V.1.e. Conclusie

De huidige situatie – hierboven in meerdere opzichten slechts summier aangeduid – heeft ertoe geleid dat op dit tijdstip de L.A.D. noch de L.S.V. als vereniging positief kan staan ten opzichte van het dienstverband voor medisch specialisten.

V.2. De Nationale Ziekenhuisraad (N.Z.R.) als werkgeversorganisatie

De N.Z.R., zijnde de overkoepelende vereniging van ziekeninrichtingen, stelt zich op als werkgeversorganisatie in de sector van de intramurale gezondheidszorg. Door zowel deel te nemen in onderhandelingen over collectieve arbeidsvoorwaarden, het uitgeven van salarisrichtlijnen (voor wat betreft de specialisten alleen nog voor psychiaters), alsook uit recente aansluiting bij de overkoepelende werkgeversorganisaties (V.N.O. en N.C.W.) probeert de N.Z.R. deze werkgeversrol waar te maken.
In de praktijk echter blijkt deze rol niet altijd effectief te zijn. Hoewel N.Z.R.-leden tien zetels in het C.O.Z.-bestuur bezetten, kan niet worden gezegd dat afspraken of overeenkomsten met de N.Z.R. in alle gevallen worden geëffectueerd.
Voor de rechtszekerheid van de werknemers in deze sector en met name voor de specialisten in dienstverband is het bestaan van een effectieve werkgeversorganisatie van het grootste belang. Voor zover de commissie bekend, heeft de N.Z.R. nog geen pogingen gedaan om de factoren die de overgang naar het dienstverband kunnen belemmeren, weg te nemen. De relatie die de N.Z.R. met de financierende instanties, het C.O.Z. en het ministerie heeft of geacht wordt te hebben, geeft deze vereniging de mogelijkheid de belemmerende factoren eliminabel te maken.

VI. DE C.A.O. VOOR HET ZIEKENHUISWEZEN

Op 1 juli 1976 is de collectieve arbeidsovereenkomst (C.A.O.) getekend, welke overeenkomst de rechtspositie en de secundaire arbeidsvoorwaarden voor de werknemers in dienst van de ziekeninrichtingen – met uitzondering van de directeuren – regelt. Onzekerheid is nog aanwezig over de ingangsdatum van de C.A.O.; deze datum is afhankelijk van het te voeren regeringsbeleid ten opzichte van de loonpolitiek.
De Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband heeft aan de onderhandelingen deelgenomen en de C.A.O. mede-ondertekend, hetgeen tot gevolg heeft gehad dat ook de specialisten in dienstverband in de werkingssfeer van de C.A.O. zijn betrokken.
De commissie is van mening, dat de C.A.O. een verbetering of in ieder geval een consolidering van het geheel van rechten en verplichtingen voor de specialist betekent, met dien verstande dat het professioneel functioneren van de specialist nog regeling in het kader van deze C.A.O behoeft. Deze C.A.O. is naar de mening van de commissie niet compleet, omdat regelingen essentieel voor het functioneren van de specialist, op dit moment nog ontbreken (zie hoofdstuk II). Een aantal van deze regelingen is op dit moment vervat in de geldende reglementen voor de medische staf. Andere betreffen de professionele zelfstandigheid van de specialist. Zolang een gestandaardiseerde regeling in het kader van de C.A.O. ontbreekt, is het naar de mening van de commissie noodzakelijk dat op deze punten aanvullende bepalingen in de individuele arbeidsovereenkomst worden opgenomen.

De C.A.O. impliceert, dat de individuele specialist geen ruimte meer wordt geboden om te onderhandelen over die rechtspositionele regelingen en andere arbeidsvoorwaarden, die reeds in de C.A.O. zijn opgenomen. Ook het ziekenhuis – de werkgever – heeft deze ruimte niet meer.
Specialist en ziekenhuis zijn wel vrij om de overige zaken in de individuele arbeidsovereenkomst te regelen; deze zijn:

1. de keuze tussen een arbeidsovereenkomst voor bepaalde of een voor onbepaalde tijd (zie art. 4 C.A.O.);
2. de duur van de opzegtermijn (zie art. 35 C.A.O.);
3. de duur van de proeftijd (zie art. 3 lid 2 onder F C.A.O.);
4. de taakomschrijving (zie art. 3 lid 2 onder G C.A.O.);
5. de salariëring;
6. het aantal arbeidsuren per week;
7. pensioenregeling;
8. het lidmaatschap van de medische staf;
9. geschillenregeling;
10. vrijheid van medisch handelen;
11. overige zaken.

ad 5. De C.A.O. voorziet nog niet in een salarisregeling voor specialisten in dienstverband. De regeling van het salaris (aanvang, periodieken, maximum) is derhalve een punt van overleg tussen het ziekenhuis en de specialist; beide kunnen zich laten leiden door de adviezen van hun respectievelijke beroepsorganisaties (voor het ziekenhuis, de N.Z.R. en voor de arts de L.A.D.). Het interimrapport van de commissie (Medisch Contact nr. 3/1974) bevat salarisadviezen voor specialisten in dienstverband, die nog steeds van kracht zijn. In een aantal gevallen voelt het ziekenhuis zich gebonden aan de normen die het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven (C.O.Z.) ter zake van de salarismaxima stelt. Dit laat echter onverlet het gegeven, dat de salarisregeling uitsluitend ter competentie van werkgever en werknemer strekt.

ad 6. Het uitgangspunt is, dat een full-time dienstverband voor een specialist de 40-urige werkweek in zich houdt; part-time aanstellingen worden naar deze 40 uur berekend. De Uitvoeringsregeling Overwerk van de C.A.O. bevat voorts de urengrenzen, waarboven recht op overwerkvergoeding en op vacaturestellingen ontstaan. Deze urengrenzen worden bepaald door de hoogte van het salaris.

ad 7. In deze sector is de deelneming in het Pensioenfonds voor de Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke belangen (P.G.G.M.) verplicht gesteld. Dispensatiemogelijkheden betreffen met name part-time functies en functies van tijdelijke aard.

ad 8. Het recht op het lidmaatschap van de medische staf dient te worden opgenomen in de arbeidsovereenkomst. Het artikel waarin dit recht wordt geconstitueerd zal naar de mening van de commissie luiden:
'Uit hoofde van deze arbeidsovereenkomst verkrijgt de specialist het lidmaatschap van de medische staf en aanvaardt hij de rechten en verplichtingen, zoals deze in het stafreglement worden omschreven. De specialist verklaart een exemplaar van het stafreglement vóór het sluiten van deze arbeidsovereenkomst te hebben ontvangen en met de inhoud daarvan bekend te zijn'.

ad 9. Ziekenhuis en specialist dienen een keuze te maken uit de twee mogelijkheden voor de geschillenregeling, namelijk: de burgerlijke rechter dan wel het Scheidsgerecht voor het Nederlands Ziekenhuiswezen. Het scheidsgerecht, dat is ingesteld door de N.Z.R. en onder andere de K.N.M.G., kan worden geacht de meest adequate oordelaar over geschillen tussen ziekenhuis en specialist te zijn.

ad 10. De C.A.O. noemt de vrijheid van medisch handelen (professionele zelfstandigheid) niet expliciet. Deze dient dan ook in de individuele arbeidsovereenkomst te worden bepaald, althans zolang de code, die deze zaak onder meer regelt, nog niet per beroepsgroep is geformuleerd en bekrachtigd (zie voor dit laatste art. 6 der C.A.O.).

ad 11. Tenslotte verdient het aanbeveling overige specifieke afspraken voor de beroepsuitoefening van de specialist en de oude rechten, voor zover nog niet in de C.A.O. geregeld (zie art. 41), in de arbeidsovereenkomst vast te leggen.

Bovenstaande punten dienen in de arbeidsovereenkomst te worden vastgelegd; voor het overige is de C.A.O. van toepassing.

Er zij op gewezen, dat het model van een arbeidsovereenkomst, als opgenomen in het interimrapport van de commissie, door de C.A.O. zijn noodzaak verliest. De commissie gaat er van uit, dat de belangrijkste bepalingen uit genoemd model-contract in de C.A.O. zijn verwerkt.

VII. SLOTOPMERKING

De commissie is enerzijds niet gebleken, dat zich in voorkomende gevallen problemen zouden hebben voorgedaan met de tussen een ziekenhuis en een specialist op basis van het bij het interimrapport van de L.A.D.-commissie gegeven model, gesloten arbeidsovereenkomst. Anderzijds echter acht zij deze ervaringen te incidenteel om daar een absoluut oordeel aan te verbinden.
Bovendien zijn er op dit moment, zoals uit het rapport blijkt, nog al wat structurele knelpunten die de problematiek beïnvloeden. De reële problemen liggen naar de mening van de commissie dáár en in het algemeen niet bij de individuele arbeidsovereenkomst. Niet in het minst, omdat in de meeste gevallen kan worden geprofiteerd van het zogenaamde afspiegelingseffect ten opzichte van de meerderheid der specialisten, die nu eenmaal niet in dienstverband werkzaam is. Dit komt onder meer tot uiting in het feit, dat het onverbrekelijk aan een toelatingsovereenkomst verbonden stafreglement in voorkomende gevallen door middel van de individuele arbeidsovereenkomst van toepassing wordt verklaard.

BIJLAGE 2

Berekening van eventuele rechten op 'back-service' binnen de P.M.S.-regeling

Als een vrijgevestigd specialist in dienstverband treedt, heeft dit de volgende consequenties ten aanzien van de 'back-service' van de regeling van het Pensioenfonds Medische Specialisten (P.M.S.):

I

'Back-service'rechten kunnen die specialisten hebben, die voor 1 januari 1968 deelnemers aan het P.M.S. zouden zijn geweest als het P.M.S. destijds al zou hebben bestaan. De voornaamste voorwaarden om aanspraak op back-service te kunnen maken zijn:

a. de aanpassingscoëfficiënt (art. 12 van het pensioenreglement) dient groter te zijn dan 1;

b. er dient ten genoege van het bestuur van het P.M.S. te worden aangetoond, dat – en gedurende hoeveel jaren en maanden – de deelnemer of gewezen deelnemer vanaf een tijdstip, waarop hij de 35-jarige leeftijd reeds had bereikt en dat gelegen is voor 1 januari 1968, tot 1 januari 1968 onafgebroken zijn hoofdinkomen genoot

– uit de uitoefening van het beroep van medisch specialist anders dan in dienstverband, en
– dat hij deelnemer zou zijn geweest als het pensioenreglement reeds in werking zou zijn getreden.

Blijft de specialist tot het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd als vrijgevestigd specialist werkzaam, dan wordt bij de toekenning van rechten op 'back-service' de volgende berekening tot vaststelling van het pensioenbedrag uit hoofde van back-service gemaakt:

Uitgegaan wordt van een opbouw van het pensioenbedrag van *f* 42,— per maand (de opbouw per maand toen de regeling per 1 januari 1973 van start ging). Als een specialist n maanden vóór 1 januari 1968 – onder de voorwaarden in b. vermeld – zijn beroep heeft uitgeoefend, dan geldt voor de 'back-service'berekening : n × *f* 42,—. *Deze n × f 42,— wordt verder het basisbedrag van de eventuele rechten op 'back-service' genoemd.*
Vervolgens wordt dit basisbedrag vermenigvuldigd met de aanpassingscoëfficiënt (D), die van kracht is op het moment van het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd en die dan – zie a. – groter moet zijn dan 1. *De aanpassingcoëfficiënt wordt in beginsel jaarlijks door het bestuur van het P.M.S. vastgesteld.*
De formule voor dit tweede bedrag luidt dan: D × n × *f* 42,—. Het bedrag van de 'back-service'rechten verkrijgt men tenslotte door de twee hierboven gevonden bedragen met 2/3 te vermenigvuldigen. In formulevorm:

$$2/3\,(D \times n \times 42 - n \times 42)$$

II

Treedt een specialist echter in dienstverband in de periode na 1 januari 1973, dan vindt een korting plaats op zijn rechten op 'back-service'.

a. Men stelt het basisbedrag vast waarover de eventuele rechten worden berekend.

b. Men berekent het pensioenbedrag dat opgebouwd had kunnen worden in de periode vanaf 1 januari 1973 tot het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd van de specialist.

c. Men stelt het pensioenbedrag vast dat de specialist daadwerkelijk heeft opgebouwd in de periode vanaf 1 januari 1973 tot de datum van indiensttreding.

d. Men trekt het onder c. gevonden bedrag af van het onder b. gevonden bedrag.

e. Het onder d. gevonden bedrag wordt met 2 vermenigvuldigd.

f. Het onder e. gevonden bedrag wordt afgetrokken van het onder a. gevonden bedrag.

g. Als het onder f. gevonden bedrag 1. negatief of 0 is, dan zijn er geen aanspraken meer op 'back-service'; 2. positief is, dan wordt dit bedrag vermenigvuldigd met 2/3 en vervolgens met de aanpassingscoëfficiënt (D) zoals die op het moment van het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd is.

In symbolen:

A: basisbedrag 'back-service';
B: pensioenbedrag dat opgebouwd had kunnen worden vanaf 1 januari 1973 tot het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd.
C: pensioenbedrag dat opgebouwd is vanaf 1 januari 1973 tot de datum van indiensttreding;
D: aanpassingscoëfficiënt.

De formule voor de 'back-service' berekening wordt dan:

$$2/3\,D\,\{A - 2(B-C)\}$$

Voorbeelden

I

Een specialist geboren op 30-6-1919, heeft zich gevestigd per 30-9-1952 en treedt per 1-4-1980 in dienstverband. Deze specialist bouwt per maand *f* 42,— aan pensioenrechten op.
De berekening van de eventuele 'back-service' luidt:

A: Het basisbedrag. Hiervoor zou gelden de periode 30-9-1952 tot 1-1-1968. Per 30-9-1952 was de specialist nog geen 35 jaar. Deze periode wordt: 30-6-1954 tot 1-1-1968, dat wil zeggen 162 maanden.

162 × *f* 42,— = ... *f* 6.804,— (A)

B: Het bedrag dat de specialist aan pensioenrechten had kunnen opbouwen in de periode vanaf 1-1-1973 tot 30-6-1984, dat wil zeggen 138 maanden.

138 × *f* 42,— = ... *f* 5.796,— (B)

C: Het bedrag, dat de specialist daadwerke-

lijk aan pensioenrechten heeft opgebouwd vanaf 1-1-1973 tot 1-4-1980, dat wil zeggen 87 maanden.

87 × *f* 42,— ..... *f* 3.654,— (C)

D: Stel D in 1984 op 2,33 (8% verhoging per jaar; 1973 = 1). Het 'back-service'bedrag wordt dan:

2/3 × D { A − 2 (B − C) } =
2/3 × 2,33 { *f* 6.804,— − 2 (*f* 5.796,— − *f* 3.654,—) } =
f 3.915,— (guldens 1984).

II

Een specialist, geboren op 27-3-1923, heeft zich gevestigd per 1-7-1959 en treedt per 1-10-1979 in dienstverband. Betreffende specialist bouwt per maand *f* 42,— aan pensioenrechten op.

A: Berekening basisbedrag 'back-service'. Hiervoor geldt de periode 1-7-1959 tot 1-1-1968, dat wil zeggen 102 maanden.

102 × *f* 42,— = ... *f* 4.284,— (A)

B: Het bedrag dat de specialist aan pensioenrechten had kunnen opbouwen in de periode vanaf 1-1-1973 tot 1-4-1988, dat wil zeggen 183 maanden.

183 × *f* 42,— = ... *f* 7.685,— (B)

C: Het bedrag, dat de specialist daadwerkelijk aan pensioenrechten heeft opgebouwd in de periode vanaf 1-1-1973 tot 1-10-1979, dat wil zeggen 81 maanden.

81 × *f* 42,— = ... *f* 3.402,— (C)

D: Stel D in 1988 op 3,16 (8% verhoging per jaar; 1973 = 1). Berekening 'back-service':

2/3 × D × { A − 2 (B − C) } =
2/3 × 3,16 × { *f* 4.284,— − 2 (*f* 7.685,— − *f* 3.402,—) },
waarin *f* 4.284,— − 2 (*f* 7.685,— − *f* 3.402,—) negatief is.

Ergo de 'back-service'rechten komen te vervallen.

Centraal Bestuur der L.H.V. neemt afscheid van Mr. H. A. Veenstra





In zijn vergadering van 20 oktober j.l. heeft het Centraal Bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging afscheid genomen van Mr. H. A. Veenstra, die eind oktober 1976 de pensioengerechtigde leeftijd heeft bereikt. De scheidende oud-directeur van het bureau der L.H.V. heeft de laatste tijd wegens gezondheidsredenen zijn functie niet meer kunnen waarnemen.

In genoemde vergadering van het Centraal Bestuur is door verschillende sprekers nog eens benadrukt hoe verdienstelijk Mr. Veenstra de Landelijke Huisartsen Vereniging jarenlang heeft gediend. Zo bracht L.H.V.-voorzitter S. van Randen in herinnering hoe de 'oude meester' vanaf 1946 tot in 1974 èn buitengewoon actief èn met volledige persoonlijke inzet de L.H.V.-zaken − zowel die met betrekking tot de binnenlandse als buitenlandse belangen − heeft gecoördineerd en behartigd. Mr. Veenstra werd grote dank betuigd − mede namens alle Nederlandse huisartsen − voor de vele en voortreffelijke diensten door hem de Landelijke Huisartsen Vereniging bewezen.

Nadat Mr. Veenstra van de gelegenheid gebruik had gemaakt zijn gehoor nog eens te laten genieten van de hem eigen relativerende en wijze visie op de doelstelling van de L.H.V. en de daaraan te ontlenen taakstelling van het Centraal Bestuur, was men tenslotte nog tot in de kleine uurtjes feestelijk bijeen in een der ontvangstruimten van de Domus Medica te Utrecht.

Handelingen van het 28e Ledencongres der K.N.M.G. (IV)

Is coronarialijden een ziekte of gebrek aan gezondheid?

door *Prof. Dr. F. L. Meijler*
hoogleraar Hart- en Vaatziekten aan de Rijksuniversiteit te Utrecht

De organisatoren van het huidige congres van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst hebben zich voorgesteld dit congres te wijden aan het streven naar een 'Zo gezond mogelijke' samenleving, waarbij speciaal aandacht zal worden gegeven aan de bijdrage van de arts aan de gezondheidsbevordering. Gezondheidsbevordering is daarbij een onderdeel van de gezondheidszorg die wordt verdeeld in Geneeskunde in engere zin (diagnostiek van ziekten en het gehele spectrum der therapieën) en de eerder genoemde gezondheidsbevordering.
Uit de doelstellingen van het congres volgt dat ik de problematiek vanuit een bepaalde optiek zal belichten. Bepaalde uitgangspunten die ik u vandaag voorhoud moet u dan ook zien als vooral te zijn ontleend aan de specifieke opzet van dit congres en niet zozeer, althans niet noodzakelijkerwijs aan mijn eigen opvattingen.
Dit betekent niet dat ik de doelstellingen van de organisatoren afwijs of in sterke mate wil relativeren. Ik beoog slechts vanuit mijn vakgebied een bijdrage te leveren aan dit congres.



Grootste epidemie

Dat als één der sprekers een cardioloog werd uitgenodigd, komt vrij zeker voort uit de opvatting dat hartziekten en met name coronaire hartziekten eerder een manifestatie zijn van onvoldoende gezondheid dan van een ziekte waarvan het agens als duidelijk substraat voorhanden is. In woord en geschrift komt men allerwegen de opvatting tegen dat de oorzaak of de oorzaken van het coronarialijden mede gezocht moeten worden in onze samenlevingsstructuur of om de voorzitter van het congres te citeren in 'bedreigin-

gen vanuit het menselijk milieu (in de ruimste zin van het woord)'.
Onder coronarialijden wil ik verstaan die vorm van coronairsclerose (atherosclerose van de coronairarteriën) die tot klinische symptomatologie in welke vorm dan ook aanleiding geeft of heeft gegeven. Dit uitgangspunt dat atherosclerose in het algemeen en het coronarialijden in het bijzonder wordt veroorzaakt – althans sterk bevorderd – door onze huidige leefgewoontes, voert als het ware automatisch naar het streven die eventuele milieu- of psycho-sociale factoren op te sporen, die – geënt op de fysicochemische voedingsbodem van ons organisme – deze grootste epidemie aller tijden teweeg brengt.
Dit congres heeft voorts als uitgangspunt aanvaard, dat het op de weg van de geneeskunde en haar beoefenaren ligt in nog grotere mate dan voorheen aan de gezondheidsbevordering mee te werken. Traditiegetrouw beperken wij ons inderdaad niet tot de behandeling van de zieke; nee, wij willen daadwerkelijk meehelpen ziekte te voorkomen en daarmee de gezondheid bevorderen, ook – of misschien wel juist – als die moderne ziekteverwekkers sterk lijken af te wijken van die we zo gewend waren, namelijk die met een duidelijk moleculair of morfologisch substraat.
Het coronarialijden lijkt bij uitstek een ziekte of een gezondheidsbeperking, die zich door de complexiteit in de verschijningsvorm en van de causae leent voor een multi-disclipinaire en meer maatschappelijke benadering. Het lijkt niet aannemelijk dat er zoiets als een tastbare, zichtbare, fysisch-chemisch aantoonbare atherosclerose bacil bestaat. De uiterst vage begrenzing tussen gezondheid en ziekte is met name bij patiënten met een coronarialijden opvallend. Dit blijkt niet alleen bij de diagnostiek, maar vooral ook bij de behandeling.
Manifeste klinische somatische symptomatologie van de patiënt met een coronarialijden kan nogal eens tot verdwijning worden gebracht door de patiënt van werk te laten veranderen, te bevorderen dat hij of zij een andere levenspartner vindt, door de patiënt te beschermen tegen ergernissen en frustraties – kortom door beïnvloeding van het psycho-sociale maatschappelijke milieu waarin hij of zij bestaat.

Causale betekenis

Ieder praktizerend arts kent deze factoren. En als deze factoren een zo belangrijke rol spelen bij wat genoemd wordt de secundaire preventie, dus bij het manifest worden van de ziekte, dan is er een gerede kans dat dergelijke factoren ook een causale betekenis hebben, dus van invloed zijn op de primaire preventie. In deze zin voortredenerend, kan het coronarialijden worden gezien als te worden bevorderd door bepaalde psychosociale milieufactoren en dus als een aantasting van de gezondheid, rechtstreeks aan de maatschappij zelf ontleend.
Of, en zo ja in hoeverre, veranderingen binnen onze samenleving zullen bijdragen tot de primaire preventie van het coronarialijden, dient te worden afgewacht.
Het is bovendien niet eenvoudig en vrij zeker ook niet verstandig suggesties ten aanzien van zulke veranderingen in de samenleving te doen. Want daarvoor moeten we toch weten welke factoren in onze samenleving of kenmerken van ons menselijk milieu als bedreigingen van de gezondheid een rol spelen.
Lawaai van vliegtuigen, burengerucht in grote flatgebouwen, uitlaatgassen van het verkeer, gifwolken van industrieën, waterverontreiniging enz. zijn in ieder geval meetbare factoren die een ongunstige invloed op onze gezondheid zouden kunnen hebben en die met geld en goede wil kunnen worden beperkt. Daarnaast zijn er dan nog niet meetbare factoren zoals frustratie, 'Struggle for high life', een mislukt huwelijk, jaloezie – en noem maar op – die al evenmin als gezondheid bevorderend worden ervaren. Of al deze factoren de gezondheid aantasten, het is niet bekend. Dit congres vraagt van ons er een open oog voor te hebben en dat is al belangrijk genoeg.
Het diagnostisch arsenaal van de moderne cardiologie is zo langzamerhand zeer uitgebreid. We zijn meestal in staat afwijkingen in vorm en functie van het hart en het coronair systeem kwantitatief en morfologisch vast te stellen. En als dan de ernst van het coronarialijden en de verwoesting die het eventueel in de hartspier en het geleidingssysteem heeft aangericht is vastgesteld, dan zijn ook de therapeutische mogelijkheden die de cardioloog zijn patiënt kan bieden doorgaans erg groot; in ieder geval vergeleken met een of twee decennia geleden. Ik wijs u bijvoorbeeld op de β-blokkers, de elektronische behandeling van ritme- en geleidingsstoornissen en de ontwikkeling van de cardiochirurgie en met name van de coronairchirurgie.
De cardiologie heeft, wellicht meer dan welk ander specialisme, haar ontwikkeling aan de moderne technologie te danken. Dezelfde moderne technologie die zo kenmerkend is voor onze huidige samenleving en ons huidig cultuurpatroon en als zodanig wellicht medeverantwoordelijk is voor de verbreiding van het coronarialijden. Maar, zoals gezegd, de ware oorzaak respectievelijk de echte oorzaken van het coronarialijden waar we al dat technologische diagnostische en therapeutische geweld op los laten, kennen we niet.

Werkhypothese

Als spreker op dit congres met als motto en 'Leitmotiv' 'Zo gezond mogelijk' en als kwantitatief ingesteld arts, ben ik graag bereid als werkhypothese te aanvaarden en u ook voor te stellen dat de causale factoren van de gesel van onze tijd, het coronarialijden, inderdaad mede gezocht moeten worden in de wijze waarop we leven, werken, ons voeden, liefhebben en haten. Slechts als een werkhypothese, omdat de historici onder ons maar al te zeer beseffen, dat voor alle grote kwalen die de mensheid in het verleden hebben bezocht, de oorzaken gezocht werden bij de zondige mens zelf, tot het moment dat het ware substraat van de ziekteverwekker door toeval of door gericht wetenschappelijk onderzoek werd ontdekt.
Bedreigingen vanuit de maatschappij, de samenleving het menselijk milieu als ziekteverwekkers, althans aantasters van onze gezondheid, is een uitgangspunt dat onze aandacht volledig waard is mits we bereid zijn te aanvaarden dat het niet méér is (maar ook niet minder) dan een werkhypothese. Een werkhypothese die een uitputtende exploratie zeker verdient.
Andere, meer patho-fysiologische – zo u wilt technologische – werkhypothesen voor het opsporen van ziekteoorzaken mogen hierdoor echter niet worden verdrongen. Met name ten aanzien van het coronarialijden hebben we met een gigantisch en complex probleem te maken, waarbij naast familiaire belasting, stofwisselingsstoornissen, fysische en chemische milieu-invloeden en voedingsgewoonten, psycho-sociale factoren een belangrijke rol lijken te spelen.
U heeft kunnen bemerken, dat ik de definiëring van gezondheid en ziekte zorgvuldig heb vermeden. Al op de collegebanken werd ons geleerd dat de begrenzing van deze begrippen uiterst

vaag is. Maar vanuit de cardiologische optiek bezien kan vrij veilig worden vastgesteld dat iemand ziek, althans niet meer gezond is, als de coronairsclerose, die vroeger of later bij de meesten in onze samenleving optreedt, zover is voortgeschreden dat de doorbloeding van de hartspier zodanig wordt belemmerd, dat een scala van klinische symptomen, die ik vandaag niet met u zal bespreken, zich openbaart.
Zonder twijfel zal de diagnostiek en de therapie bij degenen die hun eerste manifestatie van een coronarialijden overleven verder worden verbeterd en verfijnd. Maar het is, en dat zij volmondig erkend, gekriebel in de marge. Geen ziekte is effectief te bestrijden, laat staan uitroeibaar, als we de oorzaak niet kennen. Dit geldt ook voor het coronarialijden, ondanks alle aandacht en alle middelen tot dusverre aan de fysische, chemische en technologische facetten van de ziekte besteed.

Kwantitatieve analyse

Onze werkhypothese weer oppikkend, de werkhypothese dat althans een aantal causale factoren van het coronarialijden in het menselijk milieu zelf gezocht moeten worden, zijn we dan als arts voldoende intellectueel geëquipeerd die factoren op te sporen? Ik leg deze vraag aan u voor en laat het antwoord gaarne aan u over. Maar indien het antwoord ontkennend zou zijn – en ik persoonlijk geloof dat dat zo is – op welke wijze stellen wij ons dan voor die maatschappij aan een kritische, kwantitatieve analyse te onderwerpen? Ik kan u geen pasklaar antwoord geven, maar zonder kwantitatieve analyse van eventueel bestaande, de gezondheid aantastende aspecten van onze samenleving lijkt een oplossing ver verwijderd.
En stel dat anderen – niet-artsen – ons die analyse verschaffen, hoe combineren we dan de kennis van de kwantitatieve analyse van onze samenleving met de kennis van de kwantitatieve analyse van ziekten, zieken en ziek zijn? Met nadruk gebruik ik hier het woord 'kwantitatief' zo vaak, omdat er, om Casimir te citeren, maar één wetenschappelijke methode bestaat, namelijk die van het zorgvuldig waarnemen van verschijnselen, het systematisch ordenen is een logische klassificatie en het zoeken naar causaal verband.
We moeten, vrees ik, vooralsnog vaststellen dat ziekteverwekkende factoren in onze samenleving – ervan uitgaande dat ze aanwezig zijn – zich in belangrijke mate aan ons waarnemingsvermogen onttrekken en zo we ze al kunnen observeren kan er van een systematisch ordenen in een logische klassificatie geen sprake zijn zolang een meet- en weegtechniek van die factoren niet beschikbaar is. Immers, eerst nadat waarnemen een kwantitatief karakter krijgt kan van meten worden gesproken. Vooralsnog zijn frustratie, verdriet, zorgen en gebrek aan liefde en genegenheid niet in maat en getal vast te leggen.
Maar dit ontslaat ons niet van de plicht die knelpunten in de samenleving te helpen opsporen die intuïtief als ziekteverwekkend worden ervaren. Het is echter wel verstandig vast te stellen, dat we er wetenschappelijk gezien letterlijk en figuurlijk met blote handen voorstaan. Ik sta achter de organisatoren van dit congres als ze stellen, dat vanuit de geneeskunde de impuls – in ieder geval een impuls – moet komen die – ik herinner u aan onze werkhypothese – psycho-sociale, de gezondheid aantastende, agentia in onze samenleving wil opsporen en te lijf gaan.
Als er zoiets als een γ-wetenschap bestaat, en als de geneeskunde ziekteverwekkers zoekt binnen het gebied der γ-wetenschappen, dan zal er een vorm gevonden moeten worden om de γ-wetenschappen en de geneeskunde zover tot elkaar te brengen dat vruchtbare samenwerking mogelijk wordt. Want ik geloof niet dat we het volledig aan die wetenschappen kunnen overlaten. Het opsporen en behandelen van ziekten is een uniek vak, geneeskunde genaamd, en dat vak mag – zoals u weet – niet onbevoegd worden uitgeoefend.

Logische klassificatie

Maar zelfs nadat er een logische klassificatie op basis van een kwantitatieve analyse van mogelijke psycho-sociale ziekteverwekkende factoren in de samenleving heeft plaatsgevonden, dan nog moet het causale verband met de ziekte worden gelegd. De tuberkelbacil en de tuberculose moeten bij elkaar gezocht worden, of – in dit geval – de atherosclerose 'bacil' moet bij de atherosclerose worden gezocht.
De leefgewoonten die we kennen en waarvan we weten dat ze het coronarialijden bevorderen, zijn – ik herhaal – factoren die het coronarialijden weliswaar bevorderen, maar niet veroorzaken. Ik noem u het nicotinegebruik in de vorm van sigarettenroken en bepaalde voedingsgewoonten, zoals een overmatig gebruik van vet en keukenzout. En wie weet zijn het legaliseren van het druggebruik of het sanctioneren van abortusklinieken (met de klemtoon op klinieken) factoren die te zijner tijd het coronarialijden blijken te hebben bevorderd.
Als de atherosclerose 'bacil' van psycho-sociale huize is, dan zijn we die bacil op dit moment niet duidelijk op het spoor en ontbreken de middelen en mogelijkheden, ontbreekt het instrumentarium, dat spoor te vinden. Als dus de arts, de man of vrouw die bevoegd is de geneeskunde uit te oefenen, wil gaan zoeken of helpen zoeken naar psycho-sociale causae van somatische ziekten, dan zouden er andere artsen moeten komen.
Ik zeg nu niet, dat ik vind dat dat moet – ik stel slechts vast dat de arts zoals die nu wordt opgeleid en functioneert niet in staat is (gebleken) eventueel aanwezige ziekteverwekkende, gezondheid aantastende, psycho-sociale

Overdrukken 'Huisarts waarheen'

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

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

factoren in de samenleving op te sporen en systematisch te ordenen in een logische klassificatie.
Geachte mede-congresleden, als cardioloog en beoefenaar van een bij uitstek technologisch specialisme, heb ik het coronarialijden gebruikt als model voor de probleemstelling van dit congres. Ik ben ervan uit gegaan, dat de organisatoren de patiënt met een hartziekte in belangrijke mate beschouwen als een slachtoffer van zijn levensomstandigheden. Nogmaals, een naar het zich laat aanzien veelbelovende werkhypothese, waarvan zelfs als werkhypothese de consequenties voor de geneeskunde in haar huidige vorm nog niet zijn te overzien, maar een werkhypothese die onze aandacht ten volle verdient.

Luchtbrug

In dit gezelschap mag ik me wellicht nog één opmerking veroorloven. De zogenaamde luchtbrug voor hartpatiënten heeft ons geleerd dat de gezondheidszorg – evenals de energievoorziening of het milieubeheer – geen zaak meer is die we in Nederland zelf voor Nederland kunnen regelen. Door de communicatie-explosie is de gezondheidszorg, dus ook de gezondheidsbevordering, geen exclusief nationale zaak meer.

We zullen nauwlettend moeten toezien hoe de geneeskunde zich om ons heen ontwikkelt. Gaat de arts zich professioneel bemoeien met aanwijsbare (?) psycho-sociale knelpunten van onze samenleving? Ik verwacht dat dit zal gebeuren zonder te weten of dit voor de geneeskunde een gunstige ontwikkeling is. Ik geloof echter dat de organisatoren van dit congres de geneeskunde, en niet alleen de Nederlandse, een grote dienst hebben bewezen door ook in ons land de ogen van de arts voor dit aspect te openen.
Ik dank de organisatoren dat ik vanuit een stuk technologische geneeskunde tot de probleemstelling van dit congres heb mogen bijdragen.

TER OVERNAME AANGEBODEN: OVERCOMPLETE MEDISCHE APPARATUUR

Op de door Dr. J. W. Swaan in M.C. nr. 9 (1974) 29, blz. 258, gelanceerde gedachte van een centraal registratieadres voor ter overname aangeboden gebruikte medische apparatuur reageerde de Sectie Documentatie van het Nationaal Ziekenhuisinstituut door zich beschikbaar te stellen als bemiddelende instantie. In dit kader zal zij periodiek een overzicht verstrekken van voor overdracht ter beschikking gekomen apparatuur en gebruiksgoederen.

*Achtste opgave**

- 4 Infusstandaards.
- 3 Leestafels.
- 8 Warmwagens.
- 3 Uitschepwagens.
- 40 Bedklossen.
- 25 sterilisatietrommels (verschillende maten).
- 34 instrumentenbakken.
- 150 st. o.k.-sluiers wit.
- 90 st. o.k.-schoenhoezen wit.
- 200 st. o.k.-maskers groen.
- 77 st. spreien, gemêleerd grijs, 70 × 100 cm.
- 80 st. spreien, idem, 150 × 150 cm.
- 4 rollen spreistof wit, 1.50 breed, 15 à 20 meter per rol.
- 150 st. T-verbanden wit.
- Ophthalmometer (Haag-Streit).
- Zware draaitafel.
- Bjerrum scherm.
- Elektrische sterilisator.
- Siemens tweepuls röntgengenerator 'Heliophos-4E' voor buisspanningen tot 125 kV en buisstromen tot 500 mA; hoogspanningsgenerator met seleniumgelijkrichters, uitgevoerd voor het aansluiten van twee röntgenbuizen, voor aansluiting aan 380 V, 50 Hz. Voortransformator voor aansluiting aan netspanningen van 190 V tot 260 V.
- Colposcoop d.d. 1963, fabrikaat Zeiss.
- Pertubatie-apparaat d.d. 1968, fabrikaat Grafax.
- Een ziekenhuisbed.
- Een toiletledikant.
- Hoog-laag bed.
- Oostwoud bed (aan één zijde verstelbaar).
- Twee patiëntenliften (stalen verpleegster) Bakker.
- Zuurstofapparaat in koffer.
- Tandheelk. oliepompstoel Fabr. Ritter.
- Spittoon Fabr. Fröschke.
- Instrumentenkast Fabr. Admi.
- Extractietangen, wortel-elevatoren, beitels.
- Madson transistor batterij-audiometer.
- Hasslinger bronchoscoop en oesophagoscoop met toebehoren.
- 1 set div. operatie-instrumenten.
- 36 stuks Trendelenburgledikanten Curamé (zonder matras) rijdbaar, inclusief Centraal Hefmechanisme, afwerking in Duralon: mechanisme, poten etc. in Niros dubbelchroom. Ligvlak verstelbaar in 3 standen. Afmeting 90 × 195 cm.
- Dermatis röntgen-install. Enraf. met access.
- Gynaecol. onderzoekbank.

Philips Metallix CT Röntgen-install., omgebouwd in 1955 tot CT-buis met mica-berylliumvenster. Nieuwe buis in 1970.

- Mettler analytische balans 1973 niet gebruikt.
- Ziekenhuisbedden, tafels en stoelen (rotan, hout en staal) niet ouder dan 4 jaar.
- Eenkanaals cardiograaf; Fabr. Schwarzer.

---

* 1e opgave: MC no 31/1974 blz. 984
2e opgave: MC no 41/1974 blz. 1302
3e opgave: MC no 14/1975 blz. 404
4e opgave: MC no 26/1975 blz. 784
5e opgave: MC no 46/1975 blz. 1488
6e opgave: MC no 15/1976 blz. 464
7e opgave: MC no 29/1976 blz. 936

Informatie over in deze rubriek genoemde artikelen kan worden ingewonnen bij het N.Z.I., sectie documentatie en wel bij de heer W. C. Proosten, Oudlaan 4, Utrecht, tel. 030-739911, tst. 448.

L.S.V.-symposion vrijdag 10 december 1976

Kostenbeheersing vanuit het medisch functioneren onder handhaving van de kwaliteit

Een onderwerp, dat momenteel meer dan ooit in Nederland in de belangstelling staat, is de stijging van de kosten van de gezondheidszorg. Bedroegen de kosten van de gezondheidszorg in 1963 4,5% van het bruto nationaal product, in 1975 was dit percentage opgelopen tot 8,6%. Afhankelijk van de vooronderstellingen waarvan men ten behoeve van de calculaties uitgaat, komen de ramingen voor 1980 neer op percentages liggend tussen 9,3 en 11%.
De opvatting dat op het ogenblik de kosten van de totale collectieve sector te zwaar drukken, krijgt steeds meer aanhangers. Het principebesluit van de Nederlandse regering, dat de gezamenlijke collectieve uitgaven tot 1980 met niet meer dan 1% per jaar mogen worden verhoogd, wijst ook nadrukkelijk in deze richting. Voor de kosten van de gezondheidszorg zou dit betekenen, dat circa 5% (in 1980 in guldens 1,5 à 2 miljard) zou moeten worden bezuinigd. Of en hoe dit doel te bereiken is, is de vraag, waarvoor allen die direct of indirect met de gezondheidszorg in Nederland hebben te maken, zich zien gesteld.

Patiënt – overheid – medische professie

Een feit is, dat in de gezondheidszorg een aantal ingebouwde versnellers is verborgen dat een verhogende invloed op de gezondheidsuitgaven uitoefent. Te denken valt aan:

- de vergrijzing van de bevolking;
- de ontwikkeling van de medische wetenschap en het daaruit voortvloeiende recht van de bevolking op het beste, dat dikwijls niet het goedkoopste is;
- het streven van de leveranciers van de zorg om bovenstaand recht te verwezenlijken;
- 70% van de kosten bestaat in arbeidsintensieve bedrijven als ziekenhuizen uit loonkosten. Deze loonkosten zijn, vooral ook door de stijging van de sociale lasten – ook relatief – sterk toegenomen.

Het is in principe de patiënt die besluit om al dan niet gebruik te maken van medische diensten. Is hij eenmaal in het tweede echelon beland, dan zijn het de specialisten die in overleg met de patiënt beslissen van welke gezondheidsvoorzieningen gebruik zal worden gemaakt. De specialisten zullen dan ook blijvend alert moeten zijn op mogelijke besparingen in het tweede echelon. Medewerking aan verdere bezuiniging zal echter nooit ten koste mogen gaan van de kwaliteit.

Sterker gezegd: handhaving, respectievelijk verbetering van de kwaliteit van de zorg dient te allen tijde gewaarborgd te blijven.
Mocht de overheid evenwel besluiten via kwaliteitsvermindering tot bezuiniging te komen, dan is dat een zuiver politieke beslissing, waarvoor alleen de overheid verantwoordelijkheid draagt.

Welke mogelijkheden liggen er voor de medische professie nog te bezien in het kader van de kostenbeheersing?

- een verschuiving van klinisch naar poliklinisch behandelen;
- reorganisatie van bepaalde voorzieningen en diensten;
- de samenwerking in ziekenhuizen; gebeuren er op dit moment in de ziekenhuizen onnodig dubbele onderzoeken?
- in het kader van de opleiding tot arts en tot specialist meer aandacht besteden aan de aan het medisch werk verbonden kosten;
- de werkplanning.

Het L.S.V.-symposion

De L.S.V. organiseert op vrijdag 10 december 1976 in de Jaarbeurs Congreszaal te Utrecht een symposion over 'kostenbeheersing van het medisch functioneren onder handhaving van de kwaliteit'. De L.S.V. beoogt met dit symposion een wezenlijke bijdrage te leveren in de discussie rondom de problematiek van de kostenbeheersing in de gezondheidszorg.

Hopelijk zal het symposion uitmonden in enkele conclusies, die allen in de gezondheidszorg kunnen onderschrijven. Hierdoor zal dan een verantwoorde bijdrage aan de kostenbeheersing onder handhaving van de kwaliteit van het medisch functioneren kunnen worden bereikt.

De kosten voor deelname aan dit symposion bedragen *f* 100,—, inclusief koffie, lunch, thee, aperitief en koud buffet. Praktizerende artsen en artsen in opleiding tot specialist die lid zijn van de K.N.M.G. betalen slechts *f* 65,— per persoon. De laatste twee categorieën ontvangen automatisch een aanmeldingsformulier.

Voor toezending van een aanmeldingsformulier kunt u zich wenden tot mej. G. A. C. Enzerink van het bureau der L.S.V., tel.: 030-885411 toestel 249.
Nadere informatie over het programma en de opzet van dit symposion volgt.

L.S.V.-voorzitter *A. M. Gründemann* over:

Specialist en ziekenhuiseconoom

L.S.V.-voorzitter A. M. Gründemann heeft op de najaarsledenvergadering van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuiseconomen een inleiding gehouden over de taken en bevoegdheden van enerzijds de medische professie en anderzijds (de economische discipline) van de ziekenhuisdirectie bij de aanpak van de kostenproblematiek.

De heer Gründemann, die zijn inleiding de titel 'Specialist en ziekenhuiseconoom' had meegegeven, gaat er van uit dat specialist en econoom tezamen moeten werken aan het optimaal (dat wil zeggen zowel in medische als in economische zin) functioneren van *hun* ziekenhuis. 'In het veld van de kostenbeheersing behoeft er aldus tussen specialist en econoom geen wezenlijke tegenstelling te bestaan.

Ja sterker nog, zij zullen zo nodig – uiteraard als goede staatsburgers een open oog hebbend voor het algemeen belang – gezamenlijk tegen de overheid of andere externe instanties ten behoeve van hun ziekenhuis moeten optreden. In dit veld van gemeenschappelijke kostenbeheersing blijft echter de primaire taak van de medische specialist dat hij moet staan voor een optimale kwaliteit. Deze primaire doelstelling kan en mag de specialist nooit verlaten. De econoom dient deze doelstelling ten volle te eerbiedigen en waar nodig krachtig te ondersteunen.

De specialist van zijn kant moet begrijpen dat de econoom vanuit zichzelf en vaak nog extra daartoe aangezet door de buitenwereld, bij voortduring druk zal uitoefenen om de aan het medisch handelen verbonden kosten waar mogelijk te drukken.'

Aldus de L.S.V.-voorzitter die in dit verband herinnerde aan het op vrijdag 10 december a.s. door zijn vereniging te houden symposium 'Kostenbeheersing vanuit het medisch functioneren onder handhaving van de kwaliteit' (zie ook blz. 1928 van dit M.C.-nummer). Over het kostenvraagstuk betoogde de heer Gründemann onder meer als volgt:

'In de eerste plaats zal de aandacht moeten worden gericht op de kostenbewustmaking. Mijnerzijds is met veel belangstelling kennis genomen van de discussie die in uw kring is geëntameerd over de budgettering als middel tot kostenbeheersing. Als eenvoudig specialist zou ik in dit verband willen benadrukken dat kostenbewaking begint met het stellen van een begroting. Het lijkt mij van uitzonderlijk belang de medische professie in de vorm van de medische staf bij de opstelling van een ziekenhuis-begroting daadwerkelijk te betrekken. Uit persoonlijke ervaringen moet ik helaas zeggen dat met de begroting van een ziekenhuis somtijds wordt gehandeld alsof het om een uitermate geheimzinnig gebeuren gaat, dat zich q.q. aan de waarneming van de specialisten dient te onttrekken.

'Wanneer een begroting een gezamenlijk werkstuk is geworden dat door alle betrokkenen gedragen en begrepen kan worden, zal daar alleen al een heel belangrijke kostenbewustmaking van uit gaan.

'Een volgend punt dat de aandacht vraagt is de bewaking van een eenmaal opgestelde begroting. Ook een ziekenhuisbegroting functioneert pas dan optimaal wanneer aan de verantwoordelijke mensen dat wil zeggen ook (maar niet alleen) aan de medische specialist, op gezette tijden gegevens worden verschaft waaruit voor hen duidelijk wordt in hoeverre de oorspronkelijk gestelde verwachtingen met de feitelijke uitkomsten overeenstemmen.

'Een derde punt, dat ik vooral ook in het kader van de kostenbewustmaking zou willen noemen, is het investeringsbeleid. Het is van het grootste belang de medische specialisten ook hierbij zowel individueel als in stafverband te betrekken. Ik vraag mij daarbij af of de investeringen in zuiver medische zin wel voldoende worden gerelateerd aan de investeringen in gebouwen, meubilair e.d.

'Een vierde punt dat ik zou willen noemen is de bewaking van het aantal ligdagen. Weliswaar is er een proces op gang gekomen waarbij het aantal ligdagen in Nederland terugloopt, doch ik zie hier wel degelijk mogelijkheden voor de medische staf om tezamen met de econoom dit proces verder te katalyseren. Daarbij doet zich wel de belangrijke vraag voor in hoeverre het ziekenhuis de gevolgen van het verder uitbouwen van zo'n proces kan opvangen. Een verdere beperking van de ligduur impliceert zonder meer een grotere turn-over, en dat betekent weer een grotere belasting voor het ziekenhuispersoneel, eventueel uitbreiding daarvan en een grotere aanspraak op de capaciteit van afdelingen als röntgen, laboratorium, operatiekamer en de centrale diensten. Op u als econoom rust de taak de met name aan een dergelijk proces verbonden financiële organisatorische en ruimtelijke consequenties op zijn haalbaarheid te bezien.'

Hiermee was de L.S.V.-voorzitter als vanzelf gekomen op het punt waar alom in den lande om wordt geroepen, te weten een verdere accentverschuiving van kliniek naar polikliniek. Hij herinnerde er aan dat de L.S.V. al jaren geleden op de mogelijkheden die hier liggen heeft gewezen. Zij heeft ook uit dien hoofde de afsplitsing der poliklinickkosten – en in dit verband de totstandkoming van een Normenrapport Poliklinieken – sterk gestimuleerd. 'Aan u als economen nu de taak de financiering op deze nieuwe ontwikkeling af te stemmen', aldus de heer Gründemann die aldus vervolgde:

'Nog een actueel punt vormen de kosten van de geneesmiddelen. Hier doen zich vragen voor als: het belang van het al of niet in een ziekenhuis aanwezig zijn van een eigen apotheek, wat is met behoud van de beroepsverantwoordelijkheid van de apotheker de beste werkwijze qua beheer en hoe kan het best tegen verspilling in het ziekenhuis worden gewaakt?

'In hetzelfde vlak ligt de bewaking rond het voorschrijven van geneesmiddelen. Hierover kunnen in onderling overleg binnen de medische staf regels worden gesteld. Waarbij ik wel direct wil aantekenen dat het mijns inziens zinloos is om over de massageneesmiddelen die over het algemeen van eenvoudige aard zijn, beperkende regels vast te stellen. Het lijkt mij meer zinvol en ook veel beter doenlijk, om ten aanzien van bepaalde zeer dure groepen geneesmiddelen, zoals sommige antibiotica en cortico-steroid-preparaten, bepaalde stringente regels vast te stellen. Iets waarmee ongetwijfeld niet onaanzienlijke besparingen binnen bereik liggen. Een geheel ander punt, maar niet minder vermeldenswaard, is de differentiatie in soorten verpleging. Op het ogenblik wordt algemeen aandacht gevraagd

voor gespecialiseerde afdelingen als de coronary-care en special-care. Hierbij is gespecialiseerde kennis van de verpleging, alsmede een 24-uurs bewaking en gespecialiseerde apparatuur noodzakelijk. Maar waarom ook niet meer naar de andere kant van het spectrum gekeken? Een grote groep patiënten heeft nu eenmaal geen 24-uurs bewaking en gespecialiseerde verpleging nodig.

'Moet men hier niet de consequentie uit trekken om ook zowel in verpleegkundig als in economisch opzicht de aandacht te richten op maxi-, medium- en low-care units. Een dergelijke stratificering zou vooral tegemoet komen aan de gedifferentieerde belangstelling die er binnen het verpleegkundig beroep nu eenmaal is, als ook aan een vaak geuite wens tot een meer functionele tarifering waarin wat mij betreft heel best nog enige stimulantia tot bepaalde wenselijke ontwikkelingen zouden mogen worden ingebouwd.

In dit opzicht ben ik het derhalve niet eens met Professor Groot, wanneer deze zegt het tarief onbelangrijk te vinden. Ik dacht dat het alleen uit een oogpunt van een beter inzicht in de kostenstructuur wel degelijk zin had om per afdeling een aangepaste tarifering te hebben'.

Aldus L.S.V.-voorzitter Gründemann die in dit verband ook nog even wilde laten weten dat het door het C.O.Z. vastgestelde poliklinisch ligdagentarief van *f* 50,— een misser is: 'en het heeft mij verbaasd dat daartegen juist vanuit uw kring – althans openlijk – niet meer bezwaren zijn geuit'.

Tenslotte: 'Als specialist en econoom in samenspraak 'opereren', dan zal men – het eenmaal eens geworden – ook gezamenlijk voor zijn beslissing moeten staan. En net zo min als de econoom zich door de specialist bij voorbaat onder de tafel laat praten, moet hij zich dit zeker niet laten doen door zijn collegae van het C.O.Z. Pas wanneer ook in dit opzicht de specialist meer vertrouwen is gegeven, zullen de specialisten in een ziekenhuis over *hun* econoom en de ziekenhuiseconoom over *zijn* specialisten kunnen praten.

'Er van uitgaande dat uit het wederzijdse gebruik van deze possessiva niet de illusie van een hiërarchische ondergeschiktheid, doch wel een zekere vereenzelviging met de taak van de ander spreekt, is daarmee de specialist ook econoom en de econoom in zekere zin specialist geworden'. Aldus L.S.V. voorzitter Gründemann.

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

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

- **een vaste omslag bevattende alle min of meer constante gegevens;**
- **een medicamentenkaart, te gebruiken wanneer een patiënt langdurig sterk werkende geneesmiddelen gebruikt;**
- **een antistollingskaart, die hetzij door een trombosedienst, hetzij anderszins uitgereikt kan worden aan alle patiënten die onder behandeling staan met orale anti-coagulantia;**
- **een vaccinatiekaart, uit te reiken zodra de patiënt wordt geïmmuniseerd;**
- **een transplantatie-verklaring waarmee de patiënt zijn instemming betuigt met orgaantransplantatie na zijn dood.**

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

Per set bedragen de kosten *f* 1,25 (inclusief plastic hoes).

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

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

Deze kaarten kunnen vanaf heden uitsluitend per briefkaart met vooruitbetaling bij de K.N.M.G. in Utrecht worden besteld. Een voorbeeld van de gewenste bestel- en betaalwijze, met een minimum bestelling van *f* 2,50, vindt u hieronder afgedrukt. Bij toezending ontvangt men automatisch een bestelkaart voor de volgende bestelling. Tevens worden formulieren meegezonden waarop de patiënt, voor uitreiking, een aantal gegevens kan invullen. Dat vergemakkelijkt de opmaak van de medische informatiekaart door praktijkassistente of secretaresse.

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

Verzoeke aan onderstaand adres spoedigst te zenden:

..... Medische informatiekaarten	à 25 ct. *f* .....
..... Medicamentenkaarten	à 25 ct. *f* .....
..... Antistollingskaarten	à 25 ct. *f* .....
..... Vaccinatiekaarten	à 25 ct. *f* .....
..... Transplantatiekaarten	à 25 ct. *f* .....
..... Plastic etuis	à 10 ct. *f* .....
..... Volledige sets inclusief etuis	à 125 ct. *f* .....
..... Aanvraagformulieren van patiënten	(gratis) ————
	Totaal (minimaal *f* 2,50) *f* .....

Met blokletters invullen a.u.b.

Naam .....

Adres .....

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

Het verschuldigde bedrag werd overgeschreven t.g.v. Postrekening nr. 58083 t.n.v. K.N.M.G. te Utrecht, met vermelding 'bestelde Medische Informatiekaarten'.

Datum: ..... (handtekening) .....

medisch contact

Nr. 45 – 5 november 1976

officieel

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Dagelijks Bestuur	Dr. J. L. A. Boelen, voorzitter, Dr. H. W. A. Sanders, ondervoorzitter, C. F. A. Heyen, L. Th. G. Rozeman, Mevr. E. Smit, leden; S. van Randen (voorzitter L.H.V.), Z. S. Stadt (voorzitter L.A.D.) en Dr. C. H. van Erk (ondervoorzitter L.S.V.), adviserende leden.
Secretariaat	J. Diepersloot, secretaris-generaal; secretarissen: Drs. P. Brandes, Mr. W. B. van der Mijn, Dr. H. Roelink, Mr. B. Schultsz; N. G. Huetink, hoofd van de administratie.
Bureau voor waarneming en vestiging	Van 08.00 tot 16.30 uur: Mej. J. de Graaf, tel. 030-885411.
Afdeling comptabiliteit	J. A. Alst; Postgironummer der K.N.M.G.: 58083; AMRO-bank nummer; 45 64 48 969.
Ledenregister	N. W. G. Pastoor (ook voor alle mutaties).
Afdeling buitenland	Mr. B. Schultsz; Mej. M. Th. van der Meulen, secretaresse.
Stichting Ondersteuningsfonds (O.F.)	H. Frese, secretaris-penningmeester, Tussenlanen 23, Bergambacht, telefoon 01825-1223; postgironummer 111.950 t.n.v. de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Bergambacht.
Landelijke Huisartsen Vereniging (L.H.V.)	Mr. N. de Graaff, directeur; Mevr. M. J. Blok, chef de bureau.
Landelijke Specialisten Vereniging (L.S.V.)	Mr. H. J. Overbeek, directeur; Mej. G. A. C. Enzerink, secretaresse.
Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (L.A.D.)	Mr. W. G. van der Putten, directeur; Mevr. J. C. Steenbrink, secretaresse.
Centraal college voor de erkenning en registratie van medische specialisten (C.C.)	W. J. de Jager, secretaris; Mej. J. Th. M. Bruggink, secretaresse.
Specialisten Registratie Commissie (S.R.C.)	Dr. L. P. H. J. de Vink, secretaris; Mevr. G. G. A. Brunger, secretaresse.
College voor Sociale Geneeskunde (C.S.G.)	Mr. B. Schultsz, secretaris; Mej. J. Th. M. Bruggink, secretaresse.
Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (S.G.R.C.)	Mr. P. Swenker, secretaris; bureau (tst. 242) van 8.30-12.30 uur, Mevr. A. van Zwol, H. Ciuráns, secretaresse.
College voor Huisartsgeneeskunde (C.H.G.)	Dr. H. Roelink, secretaris; Mej. L. Beljaars, secretaresse.
Huisarts Registratie Commissie (H.R.C.)	J. I. van der Leeuw, secretaris; Mevr. M. J. Zweers-Westenberg, secretaresse.
Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (O.L.M.A.)	Drs. S. Duursma, directeur; Mevr. E. M. Scheltema de Heere, secretaresse.
Stichting Beroepspensioenfondsen Artsen (S.B.A.)	J. M. G. Hoes, directeur; Mej. Mr. H. van Boxtel, directiesecr. tel. 030-887021 en 885411.

van het centraal bestuur L.H.V.

Begroting 1977

Hierbij treft u aan de begroting voor het verenigingsjaar 1977, welke sluit met een totaaltelling van *f* 2.950.000,—.
Deze begroting werd opgesteld na bespreking van een ontwerpbegroting in achtereenvolgens de Commissie van Gedelegeerden, in de Financiële Raad, in het Centraal Bestuur en met de Financiële Commissie. Separaat treft u aan de begroting 1977 voor de specifieke apotheekhoudende belangen.
De indeling van de begroting sluit thans zoveel mogelijk aan bij die der K.N.M.G., van enige efficiency-verbetering mag dan ook wel gesproken worden. Bovendien zijn de kosten verbonden aan het bureau buitenland thans geïncorporeerd in het bureau van de vereniging. Evenwel ter bevordering van de inzichten in de activiteiten op het 'buitengebied' zijn de vergaderkosten wel als aparte post opgevoerd.

Vorig jaar werd u een begroting voor het jaar 1976 aangeboden welke was gestoeld op een realistischer aanpak dan voorheen mogelijk was. Op dat moment kon gebruik worden gemaakt van een betere informatiestroom vanuit de afdeling comptabiliteit der K.N.M.G. Evenwel was voorzichtigheid geboden daar de afdeling comptabiliteit over minder concrete L.H.V.-wensen kon beschikken dan het eigen bureau. Daarom moesten op sommige punten buffers worden ingecalculeerd (met het risico dat deze stootkussens voor niets waren ingebouwd) en aanleiding zouden geven tot mogelijke overschotten.
Hoewel nog geen volledig inzicht op dit moment mogelijk is mag nochtans niet ontkend worden dat ook in 1976 op de exploitatierekening een overschot zal prijken, zij het reeds beduidend lager dan in 1975. Tijdens de reglementaire ledenvergadering van juni 1977 zal een nadere bestemming aan het dan werkelijk bekende overschot moeten worden gegeven. Als vermoedelijke oorzaken van het overschot kunnen worden aangewezen:

a. het achterblijven op de verwachting van de realisatie van de plannen van de Stichting Nascholing Huisartsen;
b. het niet vervullen van vacatures in het personeelsbestand en het weinig gebruik maken van waarnemend personeel;
c. een betere verrekening van de aan anderen verleende diensten, waardoor een correctie komt op de posten P.T.T. en kantoorbehoeften;
d. uit het toenemende vermogen zijn grote rentebedragen ontvangen.
Gezien de te verwachten uitspraken van de ledenvergadering betreffende de bestemming van de overschotten 1974 en 1975 kan in 1977 met een gelijkblijvende contributiegrondslag worden volstaan, daar het begrotingstotaal met nog geen 2% stijgt en wordt uitgegaan van nog steeds 3.700 volle L.H.V.-contribuanten. Hoewel absoluut genomen de omvang van de vereniging wel toeneemt is ook waar te nemen dat de organisatiegraad van de Nederlandse huisartsen langzaam afneemt en dat ook in de contributieklassen een verschuiving opvalt ten gunste van de lagere contributieklassen. Als redenen kunnen worden opgegeven het beneden de norm vallend inkomen uit de huisartsenpraktijk of een gedeeltelijk dienstverband en derhalve een gedeeltelijke contributiebetaling aan de L.A.D.

Toelichting begroting 1977

In de kolom 'verwacht resultaat 1976' zijn de cijfers opgenomen zoals deze geëxtrapoleerd werden op basis van de cijfers over het eerste halfjaar, zij het dat – voor zover bekend – positieve en negatieve correcties zijn toegepast. Voor 1976 is een trendontwikkeling aangenomen van 8% waarbij de verkregen bedragen naar boven werden afgerond. Enkele posten zijn evenwel op een andere wijze aangepast.

A. Lasten

I *Vergaderkosten*

1.1 Vervoer: In de loop van 1976 zijn – bijna naar verwachting – de autokilometervergoedingen met ca. 25% verhoogd. Het bedrag voor deze post wordt niet alleen bepaald door de vervoerskosten van de bestuurs- en commissieleden, doch ook door het aantal declaraties van vervoerskosten van afgevaardigden ter ledenvergadering. Over grote afstanden zijn – als men alleen rijdt – de autokosten aanmerkelijk hoger dan de kosten van het openbaar vervoer, in talrijke gevallen wordt echter samengereisd zodat daar een besparing geconstateerd mag worden. Veel factoren, elkaar versterkend of tegenwerkend (in positieve of negatieve zin), bepalen de omvang van deze post. Exact begroten blijft daarbij toch een toevalstreffer.

Begroting L.H.V.

LASTEN		resultaat 1975	begroting 1976	verwacht resultaat voor 1976	begroting 1977
		f	*f*	*f*	*f*
I.	*Vergaderkosten*				
1.1	vervoer	59.076	71.300	70.000	80.000
1.2	overige kosten	116.573	143.000	135.000	150.000
1.3	buitenland:				
	1. reis-, verblijf- en overige kosten	47.296	62.300	70.000	80.000
	2. contributie U.E.M.O.				6.000
II.	*Tegemoetkomingen*				
2.1	bestuursleden	462.000	520.000	520.000	628.000
2.2	commissieleden	18.044	22.000	20.000	25.000
III.	*Bureaukosten*				
3.1	salarissen:				
	1. vast personeel		646.500		630.000
	2. los personeel	513.906	15.000	600.000	20.000
	3. notulaat		40.000		55.000
	4. waarnemend personeel		15.000		—
3.2	sociale lasten + pensioen	172.286	238.900	180.000	210.000
3.3	reiskosten		28.750	40.000	44.000
3.10	aanschaf, onderhoud, afschrijving inventaris	37.334	26.450	15.000	20.000
3.11	kantoorbehoeften	33.115	33.900	34.000	35.000
3.12	P.T.T.	55.697	85.100	75.000	80.000
3.13	documentatie	6.956	8.000	9.000	10.000
3.14	drukwerk	13.277	21.500	20.000	15.000
3.15	vademecum	18.269	21.500	20.000	27.000
3.16	diverse bureaukosten		P.M.	5.000	P.M.
IV.	*Afdracht aan K.N.M.G.*				
4.1	aandeel administratiekosten	73.003	87.200	82.500	90.000
4.2	aandeel computerkosten	35.092	25.000	18.000	25.000
4.3	aandeel huisvesting	59.711	64.000	65.000	65.000
4.4	aandeel servicekosten	102.927	122.350	110.000	120.000
V.	*Overige kosten*				
5.1	public relations	30.530	50.850	40.000	50.000
5.2	onderzoeken en adviezen	48.774	125.000	100.000	100.000
5.3	St. Nascholing Huisartsen	63.416	200.000	100.000	100.000
5.4	diversen/onvoorzien	8.398	76.700	70.000	125.000
VI.	*Bijdragen/contributies*				
6.1	contributie U.E.M.O.	4.608	5.100	5.100	—
6.2	N.H.I.	53.000	54.600	54.600	60.000
VII.	*Reservering*				
7.1	algemene reserve	90.000	90.000	90.000	100.000
		2.123.288	2.900.000	2.548.200	2.950.000

A. Lasten (vervolg toelichting)

1.2. Overige kosten: Naast de u al bekende kosten voor huur van vergaderruimten binnen en buiten Domus Medica, de verblijfskosten van bestuurs- en commissieleden, alsmede de gedeclareerde P.T.T.-kosten herbergt deze post ook de

BATEN	Begroting 1977	Verwachting 1976	Resultaat 1975
	f	*f*	*f*
1. contributies 3700 × *f* 736,— = ca./resp.	2.720.000	2.720.000	2.713.000
2. rente.	+ 230.000	+ 200.000	+ 131.000
	2.950.000	2.920.000	2.844.000
uitgaven begroot/verwacht/werkelijk	-/- 2.950.000	-/- 2.550.000	-/- 2.123.000
batig saldo	0	370.000	721.000

waarnemerskosten. Gezien het besluit de regeling voor de waarnemingskosten uit te breiden zal deze post danig verhoogd moeten worden. Daar echter de onzekerheid bestaat over het aantal te verwachten declaraties wordt toch de bovengenoemde algemene berekening toegepast.

1.3. Buitenland: Belangrijk is het hierbij in ogenschouw te houden dat in de Nederlandse gelederen de voorzitter en de secretaris-generaal van de U.E.M.O. verkeren en het algemeen secretariaat bij de L.H.V. is ondergebracht. Een toegenomen aantal commissievergaderingen in het buitenland maakte het noodzakelijk de reiskosten voor 1976 te verhogen. Of deze trend zich in 1977 zal voortzetten is thans niet te overzien. De vakantiegelden zijn aangepast en met de gestegen waarnemingskosten is tevens rekening gehouden.

II *Tegemoetkomingen*

Naast de aanpassing volgens de algemene trend van 8% wordt het bedrag voor de bestuursleden extra aangepast. Ook de tegemoetkomingen voor de commissieleden zijn meer dan trendmatig verhoogd daar de vakatieregeling ook voor hen zal worden uitgebreid. Hoeveel extra commissieleden en vertegenwoordigers der L.H.V. voorgedragen/benoemd door het Centraal Bestuur van deze regeling gebruik zullen gaan maken valt echter niet te voorspellen.

III. *Bureaukosten*

In de salarisposten is een verschuiving opgetreden daar er eigenlijk geen gebruik wordt gemaakt van 'waarnemend personeel' anders dan door middel van 'los personeel', reden om de post 'waarnemend personeel' niet meer op te nemen. Onder het vaste personeel valt ook het personeel ten behoeve van de buitenlandse activiteiten. Rekening is gehouden met de personeelsmutaties, het niet vervullen van een vacature op administratief niveau, de toekenning van periodieke verhogingen voor een groot aantal personeelsleden en een algehele verhoging wegens een te verwachten prijscompensatie per 1 januari 1977. De sociale lasten en pensioenplichten worden telkenmale benaderd door 1/3 te nemen van de post 'vast personeel'. De posten 3.10, aanschaf, onderhoud inventaris; 3.11, kantoorbehoeften; 3.12, P.T.T.; 3.13, documentatie; 3.14, drukwerk en 3.15, vademecum ondergaan de trendverhoging of zelfs minder daar eerst meer inzicht moet worden verkregen in deze kosten nà doorberekening van de kosten aan derden, voor wie gewerkt wordt met het L.H.V.-apparatuur.

IV. *Afdrachten aan de K.N.M.G.*

Op basis van de resultatenrekeningen van de L.H.V., L.S.V., L.A.D., S.R.C., H.R.C., Medisch Contact en Maatschappij worden een aantal diensten die de K.N.M.G. verleent omgeslagen over de deelnemers.
Bij de administratiekosten worden slechts de salarissen van de betrokkenen doorberekend aan de hiervoor genoemde deelnemers.
Het computerprogramma ondergaat een revisie en daaraan zal moeten worden meebetaald. Door het minder snel stijgen van de L.H.V.-resultatenrekening ten opzichte van de andere deelnemers zal hun relatieve bijdrage sterker stijgen. De ontwikkeling van deze kostensoorten is door de L.H.V. nauwelijks te beïnvloeden.

Door een over de gehele linie toenemend gebruik van de vergaderzalen zal per deelnemer de post 'overige vergaderkosten' navenant toenemen. Het gevolg hiervan is dat dat onderdeel van de huisvestingskosten afneemt, zodat voor 1977 met een gelijk bedrag aan dat voor 1976 moet kunnen worden volstaan. Verwacht wordt dat de servicekosten meer dan trendmatig moeten worden aangepast – onder deze post vallen de kantine – waar een verhoogde opbrengst is na de prijsverhoging voor de te leveren diensten: schoonmaak, telefooncentrale, conciërge, receptie, verwarming, gas, licht en water.

V. *Overige kosten*

5.1. Public relations: Meer en meer zal aandacht besteed moeten worden aan het verbeteren van de interne en de externe communicatie. Naast een aantal bekende zaken die onder deze post vallen – zoals Informatiebulletin, agenda, werkrelatie met Medisch Contact, persconferentie – zijn er ook verborgen activiteiten. Onder:

A. Interne communicatie vallen:	zie post:
1. Vademecum	Vademecum
2. ledenbrieven	kantoorbehoeften, P.T.T.
3. ontvangst van leden	salarissen, aandeel servicekosten
4. telefonische informatie	salarissen, P.T.T.
5. documentatie	salarissen, kantoorbehoeften, P.T.T.
B. Externe communicatie vallen:	zie post:
1. voorlichting op U.H.I.'s	salarissen, reiskosten
2. Voorlichting aan doctoraal studenten en buitenlanders	salarissen, reiskosten
3. correspondentie	salarissen, kantoorbehoeften P.T.T.
4. contacten met overheden	tegemoetkomingen, salarissen, P.T.T., kantoorbehoeften

Dit apart onderbrengen bij de P.R. is weinig zinvol en geeft meer aanleiding tot onoverzichtelijkheid dan het meer inzicht zou verschaffen.

5.2. Onderzoeken en adviezen: In het licht van de afspraken omtrent de bestemming van de overschotten 1974 en 1975 kan voor 1977 dit bedrag gehandhaafd blijven voor de normale adviezen en kleine onderzoeken.

5.3. Stichting Nascholing Huisartsen: Ondanks ver uitgewerkte ideeën lijkt het niet zinvol, vooruitlopend op de concretisering van die ideeën, thans een hoger bedrag te bestemmen voor de activiteiten van de Stichting. Mocht de Stichting in 1977 aan verwerkelijking van haar plannen toekomen dan kunnen in een later stadium de daarvoor benodigde middelen gefourneerd worden naar aanleiding van een dan in te dienen suppletoire begroting. Hetzelfde voor de kosten van een te ontwikkelen kadercursus.

5.4. Diversen/onvoorzien: Een typische restpost, die niet alleen gebruikt wordt om het begrotingstotaal op te hogen, doch waarin ook rekening gehouden wordt met mogelijke onverwachte gebeurtenissen. Van exact 'berekenen' kan dus geen sprake zijn.
Op basis van een telefonisch overleg met het N.H.I. wordt ten behoeve van het N.H.I. een bedrag opgenomen van *f* 60.000,—.
Om de geldontwaarding van het verenigingskapitaal tegen te gaan zal een bedrag ad *f* 100.000,— aan de reserves moeten worden toegevoegd.

B. Baten

Aan renten wordt in 1977 een bedrag verwacht van *f* 230.000,—. De financieringsbehoefte bedraagt dan *f* 2.950.000,— -/- *f* 230.000,— = *f* 2.720.000,—.
Bij 3700 volle L.H.V.-contribuanten betekent dit dat de maximum contributie gehandhaafd kan blijven op *f* 736.,—.

van het Centraal College

Ingevolge artikel 1008 lid 4 van het huishoudelijk reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst wordt hier gepubliceerd het besluit no 1-1976 van het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten, ter aanvulling van het besluit no 2-1975 dat is gepubliceerd in Medisch Contact van 27 februari, no 1976/9, blz. 283.
Het besluit treedt in werking op 16 december 1976.

Utrecht, 27 oktober 1976

Besluit no 1-1976 van het Centraal College Opleiding tot specialist in het buitenland

(Aanvulling van het besluit no 2-1975)

Het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten in vergadering bijeen op 21 juni 1976;

gezien artikel 2 van het op 1 maart 1976 inwerkinggetreden besluit no 2-1975 inzake opleiding tot specialist in het buitenland, waarin is bepaald dat de in dat besluit opgenomen regels en bepalingen gelden voor zover zij niet door anderen moeten worden vervangen na de inwerkingtreding van de richtlijn 75/362 van de Raad van Europese Gemeenschappen inzake de onderlinge erkenning van de diploma's, certificaten en andere titels van de arts en van de richtlijn 75/363 inzake de coördinatie van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen betreffende werkzaamheden van de arts;

overwegende dat bovengenoemde richtlijnen vóór het einde van 1976 in werking zullen treden;

gehoord de Specialisten Registratie Commissie;

gelet op artikel 1007, lid 2a, en artikel 1008 van het huishoudelijk reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst,

heeft besloten

Artikel 1

Onderdanen van de Lid-Staten van de Europese Gemeenschap die in een andere Lid-Staat dan Nederland een diploma, certificaat of andere titel van specialist (hierna te noemen het diploma) voor een in die Lid-Staat en in Nederland erkend specialisme hebben verkregen en die voldoen aan de minimumeisen genoemd in de artikelen 4 en 5 van richtlijn 75/363/E.E.G., worden – behoudens het bepaalde in artikel 2 – na aanmelding bij de Specialisten Registratie Commissie door de S.R.C., nadat deze de benodigde gegevens heeft geverifieerd, in Nederland voor dat specialisme in het register van erkende specialisten ingeschreven.

Artikel 2

Indien een voor de inwerkingtreding van de richtlijnen afgegeven diploma niet voldoet aan de in de richtlijnen voorgeschreven minimum opleidingseisen, is ingevolge artikel 9 lid 2 van richtlijn 75/362/E.E.G. het volgende van toepassing. Verlangd kan worden dat het diploma vergezeld gaat van een bewijsstuk, waaruit blijkt dat de arts de betrokken werkzaamheden als specialist heeft uitgeoefend gedurende een periode welke gelijk is aan tweemaal het verschil tussen de duur van de opleiding tot specialist in de Lid-Staat van oorsprong of van herkomst en in de richtlijn voorgeschreven minimum opleidingsduur. Is hieraan voldaan, dan wordt het eerder bedoelde diploma als genoegzaam erkend.

Artikel 3

Voor hen die in het buitenland gedeeltelijk een opleiding hebben gevolgd of zullen gaan volgen, blijven de relevante regels en bepalingen van het besluit no 2-1975 onverminderd van kracht.

Artikel 4

Dit besluit treedt in werking op 16 december 1976, de datum waarop de bovengenoemde richtlijnen in werking treden, waarmede artikel 2 van het besluit no 2-1975 is vervallen.

Utrecht, 22 juni 1976.

Het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten

N.B. Bovenstaand artikel 2 heeft betrekking op de beoordeling van de gelijkwaardigheid van de specialistenopleiding. De beoordeling van de gelijkwaardigheid van het arts-diploma, waarover artikel 9 lid 1 van richtlijn 75/362 spreekt, staat uitsluitend ter beoordeling van de overheid.

van het centraal bestuur L.A.D.

Voorbeschouwing L.A.D.-ledenvergadering d.d. 13 november 1976

V. Voorstel tot het invoeren van dubbellidmaatschap L.A.D./L.S.V. (zie agendapunt 8).

L.S.V. open voor specialisten in dienstverband?

Toelichting

Op grond van reglementaire bepalingen worden tot op heden K.N.M.G.-leden, die als specialist in volledig dienstverband werken, lid van de L.A.D.; het L.S.V.-lidmaatschap is tot op heden niet mogelijk. De centraal besturen van L.S.V. en L.A.D. hebben in 1975 een werkgroep ingesteld, die tot opdracht kreeg de mogelijkheid tot wijziging van het organisatiecriterium te onderzoeken. De werkgroep heeft gerapporteerd, dat de specialisten, lid van de K.N.M.G., bij de ontwikkelingen betreffende het functioneren van de specialist betrokken dienen te worden (zoals intercollegiale toetsing, stafvorming e.d.). Dit houdt in, dat de L.S.V., die zich ook op deze aspecten richt, opengesteld dient te worden voor de specialisten in dienstverband. De L.S.V. krijgt daardoor een taakuitbreiding; zij wordt een vereniging, die zich vooral richt op:
1. Het functioneren van de specialisten en;
2. Op de belangenbehartiging van de niet in dienstverband werkzame specialisten.
De L.A.D. blijft de collectieve en de individuele belangenbehartiging voeren. Tussen L.S.V. en L.A.D. zal nog intensiever dan voorheen moeten worden samengewerkt in verband met de interdependentie tussen rechtspositie en functioneren. Deze rapportage is door de beide besturen in grote lijnen aanvaard.

Voorstellen

Aan de ledenvergaderingen van L.S.V. (op 15 oktober 1976) en van L.A.D. (op 13 november 1976) worden voorstellen voorgelegd, die uitwerkingen zijn van de bovenbeschreven gedachten. Deze zijn:
1. Wijzigingen in L.S.V.-reglement.
a. Lid van de L.S.V. zijn alle specialisten in Nederland die gewoon lid zijn van de K.N.M.G. en die als medisch specialist in Nederland praktizeren, met uitzondering van degenen, die schriftelijk aan het centraal bestuur van de L.S.V. te kennen hebben gegeven geen lid van de L.S.V. te willen zijn.
b. Onder specialist bij a. wordt verstaan: het lid van de K.N.M.G., dat zich in de praktijkuitoefening bepaalt tot het beoefenen van dat specialisme voor hetwelke hij in het Specialistenregister werd ingeschreven.
c. Invoering bij L.S.V. van vaste commissies: commissie Specialisten in Dienstverband en de commissie Tariefzaken. De voorzitters van deze commissies worden door het centraal bestuur uit zijn midden benoemd. Deze voorzitters hebben zitting in het Dagelijks Specialisten Bestuur.
d. Betreffende de ledenvergadering: bij stemming over specifieke belangen van die leden die niet of slechts voor een deel in dienstverband praktizeren, worden alleen stemmen uitgebracht door afgevaardigden die zelf ook niet of slechts voor een deel in dienstverband werkzaam zijn.

2. Datum inwerkingtreding: per 1 januari 1977.

3. Geen financiële consequenties voor L.S.V.-lidmaatschap in 1977. Voorgesteld wordt, dat specialisten in volledig dienstverband naast de L.A.D.-contributie in beginsel met ingang van 1 januari 1978 de helft van de laagste contributieklasse (= *f* 31,25) en met ingang van 1 januari 1979 de laagste contributieklasse der L.S.V. (= *f* 62,50) betalen.

4. Het ingangsjaar 1977 wordt beschouwd als proefjaar.

Het centraal bestuur der L.A.D. adviseert de afgevaardigden om in te stemmen met de bovenstaande punten.
De invoering van het dubbelcriterium brengt met zich mede, dat het centraal bestuur een commissie Specialisten in Dienstverband zal formeren, die zo mogelijk een personele unie zal zijn met de L.S.V.-commissie Specialisten in Dienstverband. Over de samenstelling en taakopdracht van deze commissie zal overleg tussen beide besturen worden gevoerd. Het dubbelcriterium heeft geen invloed op het Huishoudelijk Reglement en de contributieheffing van de L.A.D.

C.B.-vergadering der L.A.D. dd. 10 september 1976

Mededelingen naar aanleiding van de vergadering van het centraal bestuur der L.A.D. gehouden 10 september 1976

1. Vestigingsbeleid

Van het K.N.M.G.-besluit om het overleg in de projectgroep vestigingsbeleid op te schorten is met instemming kennis genomen.

2. Specialisten in dienstverband

Het rapport van de Commissie Specialisten in Dienstverband, dat informatie geeft over basisvoorwaarden en belemmeringen voor het dienstverband van specialisten, is door de besturen van L.S.V. en L.A.D. voor publikatie vrijgegeven.

3. Opleiding geneeskundigen

Op verzoek van de K.N.M.G. heeft de L.A.D. aan het Hoofdbestuur der K.N.M.G. kandidaten voorgedragen voor het in te stellen Adviesorgaan, Opleiding Geneeskundigen. Dit orgaan zal tot taak krijgen de minister van Onderwijs en Wetenschappen en de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne te adviseren over de gewenste afstemming van de beroepsopleiding tot arts, de voortgezette specifieke beroepsopleidingen en de postacademische na- en bijscholing; een en ander tegen de achtergrond van de kwantitatieve en kwalitatieve maatschappelijke vraag naar gezondheidszorg. De leden van dit adviesorgaan zullen door de betrokken ministers worden benoemd.

4. Lidmaatschap N.C.H.P.

Aan de aanstaande ledenvergadering zal worden voorgesteld om de relatie met de N.C.H.P. te verbreken wegens de hoge kosten van het lidmaatschap enerzijds en de geringe voordelen voor de betrokken leden van de L.A.D. anderzijds.

5. Leden-circulaire

Alle leden van de L.A.D. worden gepolst over nut en noodzaak van een ledenbrief, die achtergrondinformatie over de activiteiten van de L.A.D. en over zaken rondom het dienstverband zal bevatten.

6. L.V.A.G.

De ledenvergadering zal positief worden geadviseerd betreffende een verzoek van de L.V.A.G. tot erkenning als categorale vereniging.

7. Dubbellidmaatschap L.S.V./L.A.D.

Naar aanleiding van een notitie van de werkgroep ad hoc dubbelcriterium is gediscussieerd over de werkingssfeer van het dubbellidmaatschap. Dit punt wordt opnieuw in Gedelegeerden besproken, waarna ter zake van de gehele materie een voorstel aan de ledenvergadering zal worden gedaan.

8. Assistent-Geneeskundigen

De K.N.M.G. zal worden verzocht om bij de staatssecretarissen van Onderwijs en Volksgezondheid aan te dringen op spoed en duidelijkheid naar aanleiding van de inhoud van het Tweede Interimrapport van de Commissie Assistent-Geneeskundigen.

9. Universitaire artsen

Besloten is om de Taakgroep Universiteit, die onder andere de enquête onder universitaire artsen heeft gehouden, op te heffen onder dankzegging aan de leden van deze taakgroep voor de vele bewezen diensten.

10. Artsen in overheidsdienst

Het centraal bestuur heeft kennis genomen van de bezuinigingsmaatregelen, die de regering voor alle ambtenaren en in het bijzonder voor het wetenschappelijk corps heeft aangekondigd. Nadere mededelingen zullen hierover volgen.

11. C.A.O.-Ziekenhuiswezen

De invoeringsdatum van de C.A.O. is door de huidige loonmaatregel onzeker geworden. Een delegatie zal aanwezig zijn bij het overleg tussen N.Z.R. en L.S.V. over de financiële consequenties, die uit de C.A.O. voor specialist-opleiders zouden kunnen voortvloeien.

Administratie N.V.A.B. in Domus Medica

Met ingang van *1 april 1976* is het Administratiebureau van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde overgeplaatst naar Domus Medica in het gebouw van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon: 030-88 54 11. Mevrouw D. C. Heeres-Hartog heeft als part-time secretaresse het beheer van het administratiebureau overnemen. Zij is 's morgens van 8.30 tot 12.30 uur telefonisch bereikbaar.

---

van de O.L.M.A.

Medewerkers buitendienst

Indien u contact wenst te hebben met een buitendienstmedewerker van de O.L.M.A. kunt u hem, hetzij rechtstreeks, hetzij via het bureau van de O.L.M.A. bereiken:

Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (O.L.M.A.), tel. 030-88 54 11.
Drs. S. Duursma, directeur; Mevr. E. M. Scheltema de Heere, secretaresse.
Stafmedewerkers: J. van Elzelingen Skabo-Brun, onderdirecteur, Keizersgracht 259, Amsterdam, tel. 020-22 92 25; R. Th. van der Garden, Klembergerweg 9, Epse-Gorssel, tel. 05759-18 25; E. J. M. Ghering, Burg. Vissersstraat 13, Tilburg, tel. 013-68 21 34; M. Rebergen, Roggeveld 6, Veenendaal, tel. 08385-1 52 77.

personalia K.N.M.G.

Nieuwe leden

A. V. J. Mattart, Broekstraat 20 a, Ool-Herten.
A. E. Meinders, Schelmseweg 23, Oosterbeek.
J. Meulstee, Smetanalaan 28, Schiedam.
W. W. Meijer, Galjoenstraat 16, Den Helder.
A. van der Molen, Ophoviuslaan 148, 's-Hertogenbosch.
G. M. van der Molen, Raaphorst 119, Leiderdorp.
A. W. Moll van Charante, Platolaan 11, Zeist.
Th. J. van Munster, Cruquiuslaan 24, Leiden.
C. M. M. Nefs, Telderslaan 83, Utrecht.
J. C. de Nie, W. de Zwijgerstraat 15, Utrecht.
F. L. van Nierop, 1e Helmersstraat 181^{I}, Amsterdam.
A. J. O. Nurmohamed, Europalaan 419, Brunssum.
Mevr. K. S. van Oenen-Henniger, Willemsparkweg 59 hs, Amsterdam.
Mej. N. van Oosten, Dr. Janssenstraat 106, Wijk bij Duurstede.
R. J. Peters, Passage 40, Den Haag.
Mej. A. M. Roodenburg, Biltstraat 40^{II}, Utrecht.
C. Rothengatter, Dennenweg 27, Rozendaal.
E. Sarlui, M. Michielshof 45, De Rijp.
J. Th. Servaas, St. Stephanusstraat 44, Nijmegen.
S. P. T. Sinkeler, Amsterdamseweg 97, Arnhem.
J. R. Soedirman, Loenermark 497, Amsterdam.
A. H. Schaars, Keppelseweg 19, Hummelo.
R. Scholten, Geulstraat 21^{III}, Amsterdam.
J. G. van der Schroeff, Van Cuycklaan 16, Oegstgeest.
O. M. Sechterberger, Houtsmastraat 38, Doetinchem.
I. W. A. Smulders, Emmasingel 27, Weert.
A. M. H. Spauwen, Willem III straat 4, Maasdijk Z.H.
W. Th. van Tuuren, Marsmanhof 16, Haren. Gr.
M. H. J. Vaessen, Drievogelstraat 21, Kerkrade.
J. J. A. de Vreede, v. Leeuwenhoekstraat 5, Den Haag.
P. Walsma, Dr. de Waardlaan 14, Grijpskerk.
B. C. Wensing, Peyerstraat 78, Echt. L.
N. v. Wermeskerk, Scheveningse bos 90, Zoetermeer.
A. J. M. van Wieringen, van Ostadestraat 91^{II}, Amsterdam.
J. K. van der Woude, Vaarwerkhorst 105, Enschede.
Mevr. F. M. Zanen-Kolk, Kraaiheide 14, Leiden.
D. Zeilstra, Mauritsstraat 33, Groningen.

Adspirantleden

S. K. Adhin, Ruisdaelstraat 81, Nijmegen.
G. van den Berg, Moeidoornstraat 56, Wezep.
Mej. L. C. Braber, Oostzeedijk 36, Rotterdam.
G. J. J. Burgers, Korte Mare 14 a, Leiden.
M. F. van Driel, Gert-Jan Mulderstraat 90, Rotterdam.
C. Groeneveld, Noordeinde 46, Leiden.
Mej. M. F. Hasper, Poelestraat 26, Groningen.
Mevr. W. G. Holwerda-van der Maat, Columbuslaan 471, Utrecht.
I. J. Klompmaker, J. Baart de la Faillestraat 26 a, Groningen.
Mevr. A. Kranenberg-van Leeuwen, Weteringschans 108, Amsterdam.
Mej. F. G. Pingen, Prof. Huybersstraat 91, Nijmegen.

Overledenen

Dr. H. Navis, Joris v. Haagenlaan 22, Arnhem.
A. Roskott, Regentesselaan 18^{II}, Apeldoorn.
G. J. van Helden, Voorstraat 60, Buitenpost.

van de S.P.M.S.

Vergadering deelnemersraad

Overeenkomstig artikel 15, vijfde lid van de statuten van de Stichting delen wij u mede, dat de vergadering van de deelnemersraad van het pensioenfonds waarin het jaarverslag 1975 wordt besproken wordt gehouden op dinsdag 16 november 1976 in het Jaarbeurs Vergader- en Congrescentrum te Utrecht (nabij het Centraal Station).
De vergadering vangt aan om 19.00 uur en is toegankelijk voor deelnemers en pensioengerechtigden, die als toehoorder aanwezig kunnen zijn.
De tekst van het jaarverslag 1975 wordt aan iedere deelnemer, gewezen deelnemer en pensioengerechtigde op aanvraag toegezonden (Postbus 3047, Utrecht).

Namens het bestuur,

Dr. D. W. Swijgman, secretaris

Kandidaat-plaatsvervangend lid deelnemersraad

Aan de deelnemers in de pensioenregeling voor medische specialisten wonende in district XII, Utrecht, Utrecht Periferie, Woerden en omstreken.

Op grond van artikel 14, lid 3 van de statuten van de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten (S.P.M.S.) heeft het bestuur een rooster van aftreden van de leden en plaatsvervangende leden van de deelnemersraad vastgesteld in de vergadering van 14 maart 1974. Op grond van voornoemd rooster is Dr. R. W. van Nordheim, oogarts te Utrecht, ultimo 1975 afgetreden als plaatsvervangend lid van de deelnemersraad. Het districtsbestuur draagt ter vervulling van de ontstane vacature op grond van artikel 14, lid 2 van de statuten van de S.P.M.S. de heer G. Th. Lauwers, uroloog te Utrecht, voor als kandidaat-plaatsvervangend lid van de deelnemersraad.
Krachtens artikel 14, lid 2 van de statuten van de S.P.M.S. kan op schriftelijk verzoek door tenminste tien deelnemers uit het district ondertekend, aan de voordracht voor een vacature een andere kandiaat toegevoegd worden. Dit verzoek dient binnen twee weken na deze publikatie bij het bestuur te worden ingediend. Indien tijdig één of meer tegenkandidaten voor een vacature zijn gesteld zullen binnen zes weken in het desbetreffende district verkiezingen gehouden worden. Zijn binnen genoemde termijn geen tegenkandidaten gesteld, dan wordt de voorgedragen kandidaat geacht te zijn gekozen.

Collegialiter,

Dr. P. J. A. van Voorst Vader, voorzitter,
Dr. D. W. Swijgman, secretaris.

inhoud officieel

Van het Centraal Bureau L.H.V.:
Begroting 1977 met toelichting **1432**

Van het Centraal College:
Besluit no 1-1976 – Opleiding tot specialist in het buitenland (Aanvulling van het besluit no 2-1975) **1436**

Van het Centraal Bestuur L.A.D.:
Voorbeschouwing L.A.D.-ledenvergadering d.d. 13 november 1976 (V) **1437**

C.B.-vergadering der L.A.D. d.d. 10 september 1976 ..... **1438**

Van de O.L.M.A.:
Medewerkers buitendienst **1439**

Personalia K.N.M.G. **1439**

Van de S.P.M.S.:
Vergadering deelnemersraad **1440**

Kandidaat-plaatsvervangend lid deelnemersraad **1440**

Nr. 45 – 5 november 1976