



OFFICIEEL ORGAAN  
VAN DE KONINKLIJKE  
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ  
TOT BEVORDERING  
DER GENEESKUNST

# Medisch Contact

## REDACTIONEEL

### TWEE MOEILIJKE VRAGEN

Op 14 juni 1930 kwam de Algemene Nederlandsche Vereniging voor Sociale Geneeskunde tot stand door het samengaan van de Nederlandse Vereniging van Schoolartsen en de Nederlandse Vereniging Gemeentelijke Geneeskundige Verzorging. Van 20-23 mei 1970

vierde de ANVSG haar 40-jarig jubileum in de RAI te Amsterdam. Zij deed dat met het congres „De mens in zijn milieu”.

De congresdeelnemers hadden zich naar eigen keuze over een achttal secties verdeeld. Als basis voor de discussies dienden de preadviezen, die in een speciaal Congresnummer van het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde op 1 mei j.l. waren gepubliceerd. Twee dagen kregen de werkgroepen tijd om zich te bezinnen; aan het eind van de tweede dag werden de verschillende sectierapporten die daaruit resulteerden in een plenaire zitting ter discussie gesteld. Op de laatste congresdag werden, met gebruikmaking van de uitkomsten van deze discussies, de voornaamste conclusies uit de rapporten in een voorlopige formulering vastgelegd. Men vindt deze conclusie op pagina 605 en 606 van dit nummer. Ook het ludieke element ontbrak niet. De werkgroep „Studentenzorg op drift” legde aan alle deelnemers een tekening voor, met het verzoek de stelling te formuleren waartoe deze tekening aanleiding gaf. Cartoon en enquêteresultaat vindt men verderop tussen de door het congres geselecteerde conclusies gereproduceerd. Aan het bestuur van de ANVSG werd verzocht, na definitieve vaststelling van de tekst, deze conclusies ter kennis te brengen van zoveel mogelijk personen en instanties die verantwoordelijkheid dragen voor het peil van de volksgezondheid.

De voorzitter van het congres, Prof. Dr. A. Querido, hield een voordracht, die op pagina 598 e.v. van dit nummer is afgedrukt. Deze voordracht resulteerde in twee vragen, die de

#### 25e JAARGANG — No. 23 — 5 JUNI 1970 INHOUD

|  |     |
|--|-----|
| Twee moeilijke vragen .....  | 597 |
| „De dolende Aesculaap”, voordracht, gehouden door Prof. Dr. A. Querido op het jubileumcongres van de ANVSG .....                                 | 598 |
| „De mens in zijn milieu”, voornaamste conclusies ANVSG-congres, gehouden op 22 en 23 mei te Amsterdam .....                                      | 605 |
| „Gamma-Siekus”, geslaagd initiatief van Utrechtse medische studenten .....   | 607 |
| De Wereld Gezondheids Organisatie en de B.C.-wapens .....  | 611 |
| De „Pilprocedure”, verslag van de pleidooien ter terechtzitting van de Haagse Rechtbank d.d. 11 mei 1970 .....                                   | 613 |
| Uitbreiding mogelijkheden artsen via radio-telefonische weg te bereiken .....  | 616 |
| Loongrens ziekenfondsverzekerden per 1 januari 1971 verhoogd tot f 16.000,— .....  | 616 |
| Minister Veringa geeft Tweede Kamer toelichting op wetsontwerp over voorzieningen van tijdelijke aard voor het onderwijs in de geneeskunde ..... | 617 |
| Van het hoofdbestuur:  |     |
| Uitslagen verkiezingen districtsraden ...  | 622 |
| Van het Centraal Bestuur L.H.V.:   |     |
| Jaarverslag 1969 van de secretaris .....   | 623 |
| U.R.-geneesmiddelen .....  | 628 |
| Brieven aan de redactie .....  | 629 |
| Varia .....  | 631 |

Hoofdredacteur: F. A. Bol  
Redactie: J. J. van Mechelen (secr.), C. C. G. Jansens  
Colofon op bladzijde 632

spreker aan de congresgangers voorlegde. Wij willen beide vragen hier herhalen:

**Vraag 1:** „Kan men van de arts verlangen, dat hij de consequenties van zijn handelingen zal beoordelen buiten de grenzen van zijn taakopdracht?”

**Vraag 2:** „Dient de arts de problematiek die hij in zijn vak ontmoet ook maatschappij-kritisch te benaderen?”

Prof. Querido meende deze vragen met neen te moeten beantwoorden. Tot een duidelijke uitspraak van de vergadering kwam het niet, hetgeen met een vierhonderd deelnemers ook nauwelijks viel te verwachten. Wel meende de vergadering, dat de arts dient te signaleren, ook buiten de grenzen van zijn taakopdracht, en dat hij als staatsburger de vraagstukken waarvoor zijn vak hem stelt maatschappij-kritisch dient te benaderen.

Toch is het de vraag, of hiermee het laatste woord is gezegd. Het is verleidelijk om een ander voorbeeld te stellen naast de voorbeelden die Prof. Querido geeft. Neem het geval van de

jonge man die, normaal zijn werk verrichtend en bij tijden marihuana rokend, wegens dit misdrijf in aanraking komt met de justitie en wordt doorverwezen naar een psychiater. Wat moet deze psychiater doen? Moet hij trachten de rookgewoonten van deze man, die er zich wel bij vindt, te veranderen? Moet hij samen met zijn cliënt zoeken naar wegen, die het de laatste mogelijk maken straffeloos te roken? Of moet een psychiater, die de huidige wetgeving op grond van zijn ervaringen uit de tijd vindt, actief meewerken aan het veranderen van die wetgeving?

De vragen die Prof. Querido opwerpt, lijken ons belangrijk genoeg voor bespreking in de onderscheidene afdelingen van onze Maatschappij. Ook geven wij hierover gaarne het woord aan de lezer. Als leidraad van een eventuele discussie zou dan de vraag kunnen gelden - om met Milikowski te spreken: verdedigen de aanhangers van een waardenvrije wetenschap eigenlijk niet een waardeloze wetenschap?

B.

---

## **„DE DOLENDE AESCULAAP”**

### **Voordracht gehouden door Prof. Dr. A. Querido op het jubileumcongres van de A.N.V.S.G.**

Op het jubileumcongres van de A.N.V.S.G. heeft op vrijdag 22 mei j.l. Prof. Dr. A. Querido een voordracht gehouden, getiteld „De dolende Aesculaap”. Na een kort inleidend woord bracht Prof. Querido het volgende onder de aandacht van zijn gehoor:

#### *De kringloop in de biosfeer*

Het is aan de biologen te danken, dat de mens, wat zijn morfologie en de wordingsgeschiedenis daarvan betreft, in een fylogenetisch systeem kan worden geplaatst, waardoor zijn verschijningsvorm aan een ordenend beginsel kon worden toegeschreven. Hierdoor verloor hij zijn bijzonderheid als mens geenszins, maar deze bijzonderheid kon in het holistisch denkraam van de evolutieleer begrijpelijk worden gemaakt. Evenzeer heeft het werk van biologische onderzoekers het mogelijk gemaakt, de mens als verrichtingswezen een plaats te geven in het geheel van de levensverschijnselen op aarde, wanneer deze worden opgevat als één samenhangend geheel en als een gesloten stelsel van dynamische evenwichten. Er is over dit onderwerp in de laatste tijd zoveel gezegd en geschreven dat ik moge volstaan met een korte samenvatting van de

consequenties van wat men noemt de ecologische benadering. Hierbij heb ik getracht het mechanisme van de energie-uitwisseling, die toch als drijvende kracht van het gehele ecologische systeem moet worden beschouwd, voortdurend centraal te stellen.

Het kenmerkende van elk organisme is, dat het als een open systeem kan worden beschouwd waaraan energie moet worden toegevoerd — hetzij in de vorm van warmte, licht, of van stoffen, die bij omzetting energie leveren — ten einde zijn levensprocessen gaande te houden. De totale energie-hoeveelheid is echter eindig, want het aardse leven, als geheel beschouwd, vormt een gesloten systeem, een kringloop energie — materie — energie; deze kringloop is het reguleringsmechanisme dat het evenwicht tussen de verschillende energie-gebruikers bewaart.

#### *Evenwichtsverstoring in het algemeen*

Wanneer op enig punt in dit systeem het energiegebruik de gegeven grenzen overschrijdt, zal deze evenwichtsstoornis zich voortzetten langs de keten der interrelaties van de verschillende soorten levende wezens tot een nieuw evenwicht is bereikt. Aan-

tal, voortplantingssnelheid, voedselvoorraad, natuurlijke vijanden en leefgebied zijn de voornaamste variabelen, die de onderlinge evenwichten constant plegen te houden.

Het kan echter zijn dat de oorspronkelijke verandering zo ingrijpend of zo specifiek is, dat deze op een bepaald punt niet kan worden gecompenseerd. In dat geval gaat op dat punt het evenwicht verloren, de reactie gaat in één richting verlopen, verliest aan dynamiek naarmate de stabiliteit van het sub-systeem groter wordt, om tenslotte tot de absolute stabiliteit van de dood te leiden. Een soort of een reeks soorten sterft uit. Hierdoor wordt aan het systeem als geheel vrije energie onttrokken en materie als gebonden of potentiële energie toegevoegd; het totale evenwicht is hersteld, zij het op een lager niveau omdat een of meer tussenschakels — namelijk de verdwenen soorten — uitgevallen zijn.

Wanneer de evenwichtsverstoring bepaalde grenzen overschrijdt — grenzen die wij niet kennen maar waarvan het zeker is, dat zij bestaan — dan kan het gebeuren dat de relatie-ketens onherstelbaar verbroken worden zodat een nieuw evenwicht niet meer kan worden gerealiseerd. Het levende zal dan massaal in dood materiaal worden omgezet. De middelen om de in deze materie gebonden energie weer in de levenscyclus op te nemen ontbreken dan, het gehele eco-systeem gaat over in een toestand van volledige entropie, de uiteindelijke stilstand van de levenskringloop is ingetreden.

#### *De biologische mens als evenwichtsverstoorder*

In de loop van de geschiedenis van het leven hebben zich herhaaldelijk grotere en kleinere verstoringen van het ecologisch evenwicht voorgedaan, die de juistheid van deze visie bevestigen. Waarom echter begint het beeld van een algemene en daarom onherstelbare verstoring steeds dreigender te worden, en waarom staat het te vrezen dat het juist de mens zal zijn, die deze verstoring in gang zal zetten of reeds in gang gezet heeft? Waarom is de mens de milieu-bederver bij uitstek?

Zuiver biologisch is hij reeds in een zeer voordelige concurrentie-positie door zijn geringe morfologische specialisatie, waarop Bolk heeft gewezen als zijnde het meest karakteristieke kenmerk van zijn verschijningsvorm. Vooral als men deze geringe specialisatie, waardoor hij om zo te zeggen alle kanten uit kan, ziet in combinatie met zijn hoge intelligentie en enorme agressiviteit, waardoor hij zowel in staat als bereid is, nieuwe problemen, die het milieu hem stelt, aan te grijpen en op te lossen.

Zijn geringe specialisatie geeft hem bijvoorbeeld een gebit, dat niet op het verwerken van een bepaald soort voedsel met uitsluiting van andere soorten voedsel, is ingesteld. Dit maakt hem tot een alles-eter; hij is dus ecologisch niet gebonden aan een bepaalde voedselbron, die hij niet mag uitroeien op straffe van zelf te gronde te gaan. Toen zijn voorouders, waarschijnlijk onder de invloed van

klimatologische veranderingen, de aequatoriale regenwouden verlieten, waren zij vegetariërs; in de savanna's en prairielanden, die toen hun biotoop werden, waren niet voldoende bladeren en vruchten te vinden. Zij vonden in andere dieren een nieuwe voedselbron, en werden vleeseters en dus jagers. Het verdwijnen van een aantal grote zoogdiersoorten, dat historisch samenvalt met het optreden van de jagende mens, wordt door Martin en Wright op rekening van deze verandering in de menselijke voedingsgewoonten gesteld; zij schatten de op deze manier uitgeroeide soorten op ongeveer 200. Het verlies van deze voedselbron kon hij door landbouw compenseren.

Dit is echter niet de enige en zeker ook niet de voornaamste verklaring van het feit, dat de mens zo'n enorme invloed op zijn milieu kan uitoefenen. Om dit nader toe te lichten moet nog een ander begrip worden ingevoerd, dat een rol speelt in de keten der evenwichten.

#### *Homoïostasis en de ecologische kringloop*

Het begrip homoïostasis zal u niet vreemd zijn. Het werd door de Amerikaans fysioloog Cannon ontwikkeld en door hem omschreven als „de wijsheid van het lichaam”. Het houdt in dat een organisme binnen bepaalde grenzen milieu-invloeden die zijn levensfuncties kunnen belemmeren, kan compenseren, dus zich enigermate onafhankelijk kan maken van zijn milieu. In wezen betekent dit dat het organisme, in de onderlinge concurrentie voor het verkrijgen van energie, zich aan de ijzeren greep van de ecologische wetmatigheid tracht te onttrekken. Komt er een variant in de hoeveelheid van de aangeboden energie dan past het organisme zich aan deze variant enigermate aan; het evenwicht in het energie-aanbod, dat door deze variant zou kunnen worden verstoord, wordt gehandhaafd, en daarmee de kans op het voortleven van het organisme.

Naarmate het organisme gecompliceerder is heeft het meer mogelijkheden, zijn levensverrichtingen ten opzichte van de omgeving constant te houden en wordt het dus onafhankelijker. Naarmate het echter meer gespecialiseerd is zijn de voorwaarden voor zijn bestaan enger begrensd en is de compensatie voor veranderingen in het milieu moeilijker.

Homoïostasis is altijd iets, dat zich binnen het organisme afspeelt; het is een verandering van het organisme als reactie op een verandering in de buitenwereld. Echter is vrijwel geen enkel organisme in staat, de oorzaak van de milieuverandering, dus het milieu zelf, te beïnvloeden. Om het duidelijk en kort te zeggen: het kan de verandering waarom het wordt veranderd, niet veranderen. Minder kryptisch en bij wijze van voorbeeld: een warmbloedig dier heeft middelen, bij variërende milieu-temperatuur zijn eigen temperatuur constant te houden. Het kan gaan zweten, als de temperatuur oploopt, en bibberen, als het kouder wordt, hij kan schaduw of een warm plekje zoeken. De temperatuur veranderen kan hij niet. Als zijn homoïostatische middelen zijn

uitgeput en de grenzen van zijn aanpassingsvermogen zijn overschreden, rest hem slechts de dood, de vlucht of de lange en onzekere weg van de evolutie.

### *Sociale homoiostasis*

De mens is er echter in geslaagd, de beperkte mogelijkheden van zijn somatische homoiostasis te transcenderen; het is hem gelukt te komen tot een bestaansvorm waarin de onafhankelijkheid van het milieu tot zeer grote hoogte is gestegen. Hij heeft dit bereikt door zich met zijn soortgenoten te verenigen en met hen een bondgenootschap, een societas, te sluiten. De mens heeft zich een sociale homoiostasis geschapen, die hem in staat stelt, door bundeling van krachten en rolverdeling, te bereiken wat geen andere biont ooit bereikt heeft — misschien zijn alleen sommige insectengemeenschappen enigszins vergelijkbaar — en hij is erin geslaagd, de natuurlijke verhoudingen om te keren. Hij heeft zichzelf een levensmilieu geschapen, een eco-sfeer, die hij kan inrichten naar eigen behoefte.

Deze onderneming is een groot succes geworden. Het kunstmatige milieu, door de gemeenschap gevormd en georganiseerd tot maatschappij, schenkt de enkeling een onvergelijkbaar grotere veiligheid ten aanzien van de fysico-chemische en biologische variabelen dan het natuurlijke milieu aan welk ander levend wezen ook biedt. Dit was reeds waar toen de mens nog vrijwel geheel afhankelijk was van eigen spierkracht en die van zijn huisdieren voor zijn arbeidsvermogen; arbeidsvermogen dat, zoals Malthus stellen kon, gebonden was aan de voedselvoorraad. De mens bleef dus gevangen in de kringloop van de ecologie.

Toen hij er echter in slaagde, andere energiebronnen voor zijn arbeid aan te wenden, energiebronnen die tot op dat ogenblik reeds lang geen rol meer speelden in de ecologische kringloop, scheen het, of hij zich volledig uit deze kringloop bevrijd had en tot een volmaakte onafhankelijkheid ten opzichte van de gehele biosfeer was gekomen.

Het gebruik van de energie die in fossiele formaties van de aarde lag opgeslagen ontwikkelde zich, gestimuleerd door technische ontplooiing die rechtstreeks afhankelijk was van de bereikbare energiebronnen, en door geen tegenkracht geremd, als een zichzelf versnellende reactie. Immers, het kunstmatige milieu van de georganiseerde gemeenschap kon groeien in evenredigheid met het toenemend energie-gebruik. Hierdoor kon het natuurlijke milieu met steeds groter kracht worden teruggedrongen en nam het overwicht van het zelf-geschapen eco-systeem steeds toe.

### *De sociale mens als evenwichtsverstoorder*

Echter, zoals Prometheus werd gestraft omdat hij de goden het vuur ontstal, zoals Ikarus ter aarde stortte omdat hij naar de hemel wilde vliegen, zo staat de mens voor de catastrofale gevolgen van zijn streven, zich meester te willen maken — letter-

lijk en figuurlijk — van al wat hem omringt. In de eerste plaats is het kunstmatige, door hem zelf geschapen milieu, voor hem even problematisch geworden als het natuurlijke milieu was. Hij meende veiligheid te kopen, maar betaalde die met vrijheid. Het enge contact met de medemensen, een absolute voorwaarde voor het gemeenschappelijk ageren, leverde nieuwe gevaren op. Eenmaal omringd door en besloten in de beveiliging van de gemeenschap, wordt deze veiligheid daar binnen even problematisch als die daar buiten. Daar binnen: want de concurrentiestrijd die de mens als een der aggressiefste soorten in zijn natuurlijk milieu met andere soorten voerde, wordt binnen de gemeenschap tegen zijn soortgenoten voortgezet. De mens is de mens tot wolf geworden. En ook daar buiten: het blijkt een illusie geweest te zijn, dat de mens zich uit het ecosysteem zou hebben kunnen losmaken. Het is een ijdele waan, die gevoed wordt omdat het tot op zekere hoogte voor de enkeling waar schijnt, maar daarvoor is in de plaats gekomen de spanning tussen individu en collectief, een spanning die veroorzaakt wordt door de sociale, economische en politieke instituties, die de gemeenschap vormt om zichzelf in stand te houden.

Bovendien echter wordt de gemeenschap met de situatie geconfronteerd — een situatie die uiteraard weer op de enkeling moet terug slaan — dat er geenszins een gesloten systeem is geschapen, een systeem dat onafhankelijk zou zijn van de ecologische kringloop van de biosfeer. Integendeel, niet alleen blijft het oorspronkelijke probleem onopgelost, maar er is een nieuw aan toegevoegd. In plaats van met één milieu moet de mens thans met twee milieus een evenwicht zoeken. De enorme hoeveelheid energie die het collectief ontketend heeft kan niet binnen de gemeenschap worden geabsorbeerd — niet met ruimte-reizen en niet met koude of warme oorlog. Als deze energie al gebonden zou kunnen worden moet dat ten koste van het natuurlijke milieu gaan.

### *Het failliet*

De problemen, die hieruit voortvloeien, stapelen zich voor onze ogen op; iedere oplossing is een schijnoplossing en leidt tot nieuwe complicaties. In de eerste plaats is er de stralende energie, die in het geheel niet gebonden kan worden. De overlevingstijd van een aantal radio-actieve stoffen overtreft de levensduur van de sterkste containers vele malen; ook al wordt het materiaal in zee geworpen of begraven, de rekening zal worden gepresenteerd. Ook kan die rekening zich plotseling presenteren, in de vorm van een gewilde of ongewilde nucleaire catastrofe.

Directer beleefbaar — want, helaas, een dagelijkse realiteit — zijn de gevolgen van de productie-explosie, de dans van onwetendheid en hebzucht om het gouden kalf van het nationaal produkt. Opdat het productie-proces het aanbod van de energie-voorraad zal kunnen bijhouden — de om-

gekeerde wereld! — moet een obsoleetheid-op-korte-termijn in het produkt worden ingebouwd. Het wegwerp-produkt wordt ideaal. Niet alleen dus een enorme stroom van produkten, die dank zij een nietaflatende reclame in beweging wordt gehouden, maar ook een lawine van afval, die daarvoor in de plaats komt. Je gooit alles weg, ook de verpakking.

Vervolgens noem ik de populatie-explosie, die zowel oorzaak als gevolg is van de produktie-explosie. Men vergeve mij de woordspeling, die niet als een grapje is bedoeld. De populatie-explosie, gecombineerd met de industriële concentratie, leidt tot het helse verschijnsel van de urbanisatie. Op het ogenblik leeft 38% van de wereldbevolking in steden; als deze ontwikkeling zich voortzet zal over 55 jaar dit percentage 100 zijn. De Amerikanen spreken al over Boswash, één conurbatie van Boston tot Washington langs de Amerikaanse Oostkust; ook de Amerikaanse Westkust is verstedelijkt tussen San Francisco en de Mexicaanse grens, een afstand van 1000 km. Op het Oostelijk halfrond staat ons de stad Eurasia te wachten, van Glasgow tot Bangkok.

Niet alleen gaat dit alles ten koste van het natuurlijke milieu dat voor de mens onbereikbaar wordt voor zover het gespaard blijft en ten koste van ontelbare biotopen met hun flora en fauna; de grote stad is op zich zelf een van de meest kwetsbare en ongezonde leefmilieus die denkbaar zijn. De mensenophoppingen met alles wat hen omringt en wat eruit ontspruit zijn een belediging van alle zintuigen. Bovendien wordt een hoogst ingewikkelde organisatie vereist van voorzieningen, nodig voor de beveiliging, de toevoer van levensmiddelen, de afvoer van vloeibaar en vast vuil, en vooral voor de communicatie. Hoe dichter de mensen worden opgehoopt, hoe moeilijker de communicatie wordt. Hoe groter de stad, hoe groter de eenzaamheid. Boven een bepaalde grens blijken deze organisaties niet meer te kunnen functioneren. U moet eens proberen te telefoneren in Parijs of New York.

Zo is de sociale homeostasis in het tegendeel verkeerd, inplaats van een beveiliging is het een bedreiging geworden. De homeostatische actie is doorgeschoten en heeft het eco-systeem uit zijn evenwicht gebracht; de brandende vraag is of het nog mogelijk zal zijn, een nieuw evenwicht in te stellen.

#### *Het milieu als bezit; de anthropocentrische benadering*

Ik vertel geen nieuws als ik zeg, dat wij ons in een crisis-situatie bevinden; het is dagelijks in de krant te lezen. De diepere oorzaak wortelt in een menselijke trek, die zich vanaf zijn verschijnen op aarde heeft geopenbaard; zijn drang om te bouwen vindt zijn tegenpool in zijn vernietigingsdrang. Het is de hedendaagse omvang en de snelheid, waarmee de gevolgen van deze menselijke trekken zich vertonen, die er het kritieke karakter aan geven.

Ik noemde reeds het feit, dat de primitieve mens een groot aantal diersoorten heeft uitgeroeid. Er

was echter voldoende ruimte in het eco-systeem om deze agressiviteit te absorberen. Later, veel later, vooral in verband met de beginnende verstedelijking, werd het nodig de mens te beschermen tegen de milieu-bedervende activiteiten van zijn medemensen. Er was echter nooit sprake van conserveren, van het pogen, de natuur te beschermen om de wille van de natuur zelf. Het eigen belang was de enige maatstaf; schadelijke stoffen waren stoffen die voor de mens schadelijk waren; schadelijke dieren aten op, wat de mens voor zichzelf wilde behouden; woud en wild werden gespaard terwille van de jachtgenoegens van de bezitter.

Bezit is hier het operatieve woord; de natuur behoorde tot het persoonlijke bezit en kon naar willekeur door de eigenaar worden gebruikt of misbruikt. Ontbossing op een schaal die nog eeuwen later zijn invloed heeft doen voelen en de loop der geschiedenis heeft veranderd; ontbossing om oorlogsschepen te bouwen of om de houtskool te gebruiken voor het gieten van geschut. Talrijke bedrijven zijn reeds eeuwenlang berucht geweest om hun omgeving verpestende nevenwerkingen. Ik herinner bijvoorbeeld aan de looierijen, de lakenververij, de verwerking van dierlijke afval zoals de lijmbereiding. Op grond van zijn eigendomsrecht kon de eigenaar geen verplichtingen worden opgelegd, de gevolgen van zijn bedrijf voor mens en natuur in te perken. Dit werd pas anders toen de schaalvergroting van de hinder als gevolg van fabrieksmatige produktie en urbanisatie deze toestanden onontkoombaar en volkomen ondraaglijk maakten. Toen begon men de onbeperkte vrijheid van het milieu-misbruik aan banden te leggen.

Meer misschien nog onder de invloed van een groeiend sociaal begrip dan onder de indruk van de dreigende gevaren die met milieu-verontreiniging verbonden zijn, kwamen — overigens niet zonder moeite en tegenstand — wetten tot stand die het welzijn van de gemeenschap beschermden tegen de gevolgen die het ongeremde misbruik van het milieu met zich bracht. Deze maatregelen hadden in hun beperkte doelstelling een gunstig resultaat; in Nederland, met zijn Hinderwet van 1875, kan men zeggen dat van het begin van deze eeuw af tot 1945 op dit gebied weinig problematiek was. Eerst de naoorlogse industriële ontplooiing met opnieuw een reusachtige schaalvergroting en een technische ontwikkeling die geheel nieuwe problemen stelt en gevaren oproept, gaf het vraagstuk van de milieu-bescherming geheel nieuwe dimensies en uitermate urgente aspecten, welke thans aanleiding zijn tot bezinning, tot nieuwe beperkingen van het milieu-misbruik en nieuwe pogingen tot conserveren.

#### *De mens als schakel in de ecologische keten; de holistische benadering*

Echter, ik wijs erop dat deze gehele ontwikkeling verloopt onder invloed van de sinds pre-historische tijden bestaande anthropocentrische instelling.

Het doel was en is het milieu te beschermen ter wille van de mens.

Indien het alsnog mogelijk mocht blijken het ecologisch evenwicht te herstellen dan zal als eerste voorwaarde voor het slagen van deze poging een veranderde instelling ten opzichte van het milieu dienen plaats te hebben, er zal een principiële andere benadering dienen plaats te hebben en als algemeen goed aanvaard moeten worden.

Deze stelling beschouw ik als de spil van mijn betoog, en ik zou dit nog eens willen onderstrepen door een ogenblik stil te blijven staan bij de titel van het congres-thema: de mens en zijn milieu. Wat bedoelen wij met dat woordje „zijn”? Het bezittelijk voornaamwoord kan in twee betekenissen gebruikt worden, een directe en een overdrachtelijke. De directe: mijn geld, mijn schoenen. Het is mijn bezit, waarmee ik naar willekeur kan handelen; het drukt een eenzijdige relatie uit. Hiernaast staat het gebruik in overdrachtelijke zin: mijn vrouw, mijn vriend, mijn vijand, mijn stad. Hiermee wordt niet de connotatie van willekeurige beschikking uitgedrukt. Het betreft iets dat buiten mij zelf — of beter: mijn Zelf — ligt, maar zo nauw met mij verbonden is dat het ene niet kan veranderen zonder dat het andere verandert. De relatie is niet eenzijdig, maar reciproom en interdependent. Dan is het andere ook niet *van* mij, maar behoort *tot* mij, zoals ik tot het andere behoor.

De mens heeft steeds een eenzijdige relatie tot zijn milieu gehad; hij heeft steeds geleefd alsof het van hem was. Hij is thans tot het punt genaderd dat zijn verder bestaan ervan afhangt of hij kan inzien en handelen naar het beginsel dat hij *tot* het milieu behoort zoals het milieu tot hem behoort. Uit sommige pre-adviezen van dit congres blijkt duidelijk hoe vanzelfsprekend voor vele sociaal-geneeskundigen deze tweede connotatie is; de mensbeschouwing zonder gelijktijdige milieubeschouwing is voor hen niet mogelijk. Maar wat vanzelfsprekend is behoort nog niet stilzwijgend te zijn.

Het lijkt mij daarom goed deze gedachte nog eens vanaf het platform van dit congres uit te spreken: de mens bedreigt zijn bestaan en verhaast zijn ondergang als hij niet de relatie van wederkerigheid erkent welke bestaat tussen hem en het hem omringende, en als hij daarnaar niet leeft. Ook deze waarheid is niet van vandaag of gisteren. Men vindt hem in de bijbel, bij heiligen en humanisten, en in wetenschappelijke aanzet bij Malthus en Darwin. Voor de biologen is de interdependentie tussen de verschillende levensvormen reeds lang een uitgemakke zaak, en er is voor de bioloog geen reden de mens van deze interdependentie uit te sluiten.

### Weerstanden

Maar biologen zijn bescheiden geleerden, even bescheiden als de torretjes en de slakjes waarmee zij zich bezig houden; het geraas van de straalmotoren overstemt hen gemakkelijk. Dit des te eerder, omdat de consequenties van hun overwegingen

niet gaarne worden aanvaard. Immers, de mens als verrichtingswezen, als functionerend organisme, krijgt een plaats in het geheel van de biologische verrichtingsvormen, en een dergelijke democratisering wekt tegenstand op. Men herinnere zich de stormen die opstaken toen Darwin zijn „Origin of Species” en „Descent of Man” publiceerde. De menselijke waardigheid was aangetast. Overigens was het voor een lid van de Victoriaanse bovenlaag waarschijnlijk moeilijker om te verteren dat hij dezelfde voorouders zou hebben als zijn dienstpersoneel en zijn werklui, dan dat deze voorouders een dierlijke gedaante gehad hadden. In een felle strijd, die jaren duurde, werden Darwin's denkbeelden tot het absurde opgeblazen; men bestreed de afstammingsleer door er een karikatuur van te maken.

Nu is het merkwaardig dat het biologische uitgangspunt dat de mens als verrichtingswezen zijn plaats heeft in de ecologische kringloop van al het levende op zich zelf niet bestreden schijnt te worden. Dit is des te merkwaardiger als men bedenkt dat de zozeer aangevallen afstammingsleer in het geheel geen maatschappelijke gevolgen impliceerde, terwijl de holistisch-ecologische benadering deze wel degelijk en in zeer grote mate heeft. De veronderstelling, dat deze benadering geen weerstand op zou wekken, is echter niet juist. Wel wordt de weerstand niet openlijk uitgesproken en tegen de theorie zelf gericht, maar de weerstand blijkt uit het feit dat de consequenties worden gebagatelliseerd of genegeerd.

Er zijn directe, persoonlijke belangen in het spel. Rachel Carson's „Silent Spring” werd overdreven en sentimenteel genoemd, niet het minst door fabrikanten van insecticiden. In het Erie-meer werden de zuurstof-vormende bacteriën door de afvalstoffen van de staalfabrieken gedood, waardoor de gehele visstand ten onder ging. „Het zijn niet onze afvalstoffen, die zo stinken”, zei een fabrikant, „het zijn die verdomde vissen”. Van onze auto's moeten ze afblijven. Wie gelooft nu die hocus pocus van het toenemend koolzuurgehalte van de lucht en het daaruit volgende broeikas-effect, dat het ijs van de poolkappen zal doen smelten? Dat korstmossen niet tegen fabrieksdampen kunnen, laat ons koud; dode vissen zijn vies, verdwenen zangvogeltjes zielig, en dat er geen kikkers meer zijn bevordert de nachtrust bij het kamperen. Daartegenover staat de rijkere oogst, de waardevolle geneesmiddelen, de welvaart-schenkende industrie.

Hoe weinig ligt niet in de ene schaal, hoe zwaar weegt niet de andere. Alleen een flinke catastrofe, die ons met de neus op de situatie drukt, een leeggeslagen mammoet-tanker, een nucleair ongeluk, doet ons even schrikken. Eerst als men toch weer de antropocentrische benadering kiest, als het gelukt om duidelijk te maken dat het uitsterven van een soort, plant of dier, niet alleen een verarming van de natuur betekent, maar een versmalling van onze bestaansbasis heeft men misschien nog kans om gehoord te worden. Maar ecologische verschuivingen doen zich gewoonlijk slechts op de lange

duur gevoelen — de hemel beware ons, als zij versnellen! En tegen bedreigingen op lange termijn gooien wij geen geld aan — behalve als het ons dijkwezen betreft, maar dat is typisch-Nederlands en berust op een heel oude traditie.

### *De dolende arts*

Van de titel van het congressthema naar de titel van deze voordracht. Van de mens en zijn milieu naar de Aesculaap, die als mens en als arts door het milieu doolt. Zien wij — ook alweer in anthropocentrische eigenwaan — gaarne de dokter als een machtig man, beschermer van het leven, beheersers van de dood — dan zie ik hem in de situatie van leven en dood waarvoor wij thans staan als een heel klein figuurtje, verdwaald tussen de problemen, zo groot dat hij ze soms niet zien kan, laat staan tot een oplossing brengen. Is het rechtvaardig, te verwachten dat hij dit wel zou moeten kunnen?

Lege kisten maken twisten; als de huishoudbuidel leeg is doen de echtgenoten elkaar bittere verwijten. Op het ogenblik is de buidel eerder overvol, maar toch is er tekort. Allerlei zaken, die tot nu toe als vanzelfsprekend aanwezig waren zijn tot schaarse goederen geworden: de lucht, het water, de ruimte zelf. Niet alleen de producent, die de wereld volstopt met auto's en afwasmiddelen, niet alleen de consument, die met zijn rommel geen raad weet, wordt verweten dat hij zijn wereld roekeloos en egoïstisch bederft. Ook de arts krijgt het verwijt dat hij, zonder zich om de consequenties te bekommeren, op kortzichtige en stompzinnige wijze doorgaat met het bevorderen van de gezondheid, en de wereld volstopt met ongewenste en overbodige individuen; dat zijn doelstellingen niet meer van deze tijd zijn en in het geding verkeren.

Men zal van mij niet verwachten, dat ik de stelling verdedig, dat de arts geen belangstelling behoeft — of behoort! — te hebben voor wat zich in de maatschappij afspeelt. Hij werkt in een maatschappelijk raam en zijn mogelijkheden en resultaten zijn afhankelijk van de maatschappelijke constellatie. Heel iets anders is het echter als men van de arts zou verlangen dat hij de consequenties van zijn handelen buiten de grenzen van zijn taakomschrijving overziet. Ik bied u deze stelling als discussiepunt aan; persoonlijk geloof ik dat, als deze eis inderdaad aan de arts gesteld zou worden, hem het functioneren onmogelijk gemaakt zou worden. Ik verzoek uw toestemming, deze opvatting met twee voorbeelden toe te lichten.

### *Twee voorbeelden*

In een van de pre-adviezen worden de consequenties gereleveerd, die de malaria-bestrijding op Ceylon, kort na de tweede wereldoorlog, met zich bracht. De endemische malaria maakte veel slachtoffers onder jonge kinderen en veroorzaakte veel abortus. De bestrijding was een vrijwel volledig succes, met als gevolg een sterke geboor-

tenstijging, een snelle bevolkingsaanwas, hongersnood en ellende. Stel nu dat de geneesheren, voor wie het, naar ik aanneem, niet moeilijk was het effect van de campagne te voorzien, zich eerst tot de economen hadden gewend met de vraag, of de hulpmiddelen van het land de bevolkingsaanwas zouden kunnen absorberen. Stel verder dat deze vraag, die dus nooit gedaan is, door de economen ontkenkend werd beantwoord, tenzij het land van een vrijwel autarctische landbouw- tot een geïndustrialiseerde gemeenschap overging. Stel nu verder dat dit antwoord — dat dus nooit gegeven werd — aan de beleidsvoerende politici zou zijn voorgelegd, dan was natuurlijk de vraag gekomen, hoeveel kapitaal met een industrialisatie gemoeid zou zijn en welke afzetgebieden zouden zijn te voorzien. Stel tenslotte dat het antwoord op deze vragen geluid zou hebben, dat het kapitaal in het buitenland geleend zou moeten worden, dat hieruit allerlei economische en handels-politieke consequenties zouden voortvloeien en dat die uiteindelijk zouden neerkomen op het maken van een keuze van afhankelijkheid van het Oost- of het West-blok. Laten wij dan nog aannemen dat de beleidslieden, naar ik hoop gesteund door hun volksvertegenwoordiging, deze keus niet wensten te maken en daarom het industrialisatieplan verwierpen. Vergeet verder niet dat in de jaren, waarin zich dit sprookje afspeelt, geboorteregeling op grotere schaal nog niet begonnen was en kort te voren de hals gekost had van een Directeur-Generaal van de Wereld Gezondheids Organisatie. Men kan kritiek hebben op het feit dat zich deze keten van opeenvolgend overleg niet heeft afgewikkeld, maar wat was er dan met de malaria gebeurd?

Een tweede voorbeeld: Penicilline werd in 1928 ontdekt en bleef een curiositeit tot het laatste deel van de tweede wereldoorlog, toen het werd toegepast om infecties bij verwondingen en operaties en geslachtsziekten te bestrijden. Na de oorlog is het — zoals ik u waarlijk niet uiteen behoef te zetten — met tal van andere antibiotica een van de voorname middelen geworden, het leven van bejaarden aanzienlijk te verlengen. Niemand is, toen het effect van de antibiotica steeds duidelijker werd — laten wij zeggen rond 1950 — op het idee gekomen dat een sterke toeneming van bejaarden in de verwachting moest liggen. Althans uit niets blijkt dat men de economische en sociale gevolgen heeft voorzien. Stel dat dit echter wel gebeurd zou zijn, en dat men vooraf — inplaats van achteraf, zoals nu gebeurt — zich niet in staat of niet bereid had verklaard, de offers te brengen die huisvesting en verzorging van een snel toenemend aantal bejaarden vragen, zouden dan de artsen de penicillinespuit hebben laten rusten?

### *De taak van de arts*

#### *a) waarnemen en waarschuwen*

Ik meen dat deze twee voorbeelden, die uiteraard zouden kunnen worden verveelvoudigd, de opvattingen

gen bevestigen, die ik eergisteren min of meer terloops voor u neerlegde. Wanneer wij ervan uitgaan dat wij behoren tot een eco-systeem, een levenshuishouding, welke uit uiterst gevoelige en gemakkelijk verstoorbare evenwichten bestaat, en dat juist door menselijk ingrijpen deze evenwichten ten zeerste bedreigd worden, dan is het de taak van de arts, en in het bijzonder van de sociaal-geneeskundige, dit eco-systeem vanuit zijn deskundigheid te bewaken.

Zoals de bioloog moet rapporteren over verschuivingen in de onderlinge verhoudingen tussen de levende organismen in de biotoop als geheel, zoals chemicus en fysicus de grenzen moeten bewaken van de fysico-chemische parameters van de biosfeer, zo zal de arts moeten waarschuwen en signaleren op grond van behoorlijk geëvalueerde gegevens en deze gegevens interpreteren in termen van gezondheid en ziekte als één aspect van de verhoudingen, die tussen mens en milieu bestaan. Wat verder met deze gegevens gebeurt is wel een vraag, maar geen verantwoordelijkheid van de arts. Moeten zij, zoals een van de pre-adviezen voorstelt, in handen worden gesteld van een generalist, iemand wiens vak het is, samenhangen te overzien en interpretaties in wijder verband te plaatsen? Dan komt natuurlijk de vraag naar voren - wie zal de leiders leiden?

Tenzij men deze generalisten kweekt als een soort groot-hersenige elite, die als Platonische wijzen de gemeenschap besturen, leidt dit tot technocratie en de heerschappij van de computer. Acht men dit minder gewenst — en ik ben te oud om dit anders te zien dan als een verschrikking — dan zullen de conclusies van de specialisten — al of niet door superspecialisten gezuiverd, al of niet door multidisciplinaire samenwerking op hoger niveau gebracht — tenslotte bij de politici terecht moeten komen, wier vak het is om niets te weten en alles te begrijpen. Op deze wijze raakt de eeuwige antithese tussen deskundigheid en beleid niet uit de wereld, maar dat lijkt mij geen ramp. Het pleegt tot een tamelijk bevredigend evenwicht tussen wederzijdse ergernis te leiden.

#### *b) Maatschappij-kritische benadering*

Tenslotte nog een laatste punt betreffende de rol van de arts ten aanzien van de verhouding tussen mens en milieu. Wij mogen ervan uitgaan dat de gezondheidstoestand een graadmeter is voor de kwaliteit van die verhouding. Daar van beide zijden veel variabelen in het spel zijn, is het geen gemakkelijke zaak, deze graadmeter te hanteren.

De gezondheidstoestand wordt door de arts in het algemeen op bijzonder eenzijdige wijze benaderd; hij pleegt ervan uit te gaan dat de dysfunctie in de persoon ligt. Als lid van de gemeenschap is hij meestal volkomen bereid zijn bondgenoten te steunen en zijn uitgangspunt, namelijk dat de stoornis in de verhouding tussen persoon en milieu zijn oorzaak in de persoon heeft, tot een zelfbevestigende voorspelling te maken. Het is een uitermate be-

langrijke, wellicht de belangrijkste oorzaak van de macht van de arts, dat hij een meester is in de zelfbevestigende voorspelling.

Vóór echter de uitspraak tot stand komt zou — in het besef van de wisselwerking tussen milieu en individu — deugdelijk dienen te worden onderzocht hoe de *ziekte* zich verhoudt tot het sociale stramien, waaruit de *zieke* is voortgekomen. Ook deze stelling is zo oud, dat hij weer nieuw wordt. Hij is gesteld door Neumann en Virchow in het midden der vorige eeuw, door Grotjahn in 1912, en ik geloof dat in alle inaugurale redes, die door de hoogleraren in de sociale geneeskunde na de tweede wereldoorlog gehouden zijn, dit thema behandeld wordt. Men heeft echter misschien de vraagstukken der methodologie onderschat. Want voor een antwoord op de vraag, hoe verhoudt zich milieu tot ziekte, hoe verhoudt zich de zieke tot het sociale stramien waarvan hij een deel vormt is in de eerste plaats nodig een epidemiologisch onderzoek dat de parameters van de ziekteverschijnselen bepaalt, en op de basis daarvan een ecologisch onderzoek, dat de parameters bepaalt van het milieu, waaruit de ziekte wordt geboren.

Deze methode heeft eigenlijk alleen maar goede resultaten opgeleverd bij de door micro-organismen veroorzaakte infectieziekten. Er is echter een groot aantal ziekten, dat hardnekkig weerstand biedt aan iedere epidemiologische benadering, laat staan een daarop gebaseerd ecologisch onderzoek. Men komt niet verder dan inventariseren, en noemt dit — volkomen ten onrechte — behoeftebepaling. Hiertoe behoren vele chronische ziekten en vooral ook de geestelijke afwijkingen. Het veel geciteerde onderzoek van Durham over de verspreiding van schizofrenie-lidmers in Chicago, dat vele jaren als een paradigma van ecologisch-medisch onderzoek gegolden heeft, is achteraf een treurige mislukking gebleken.

Men kan ten aanzien van dit uiterst weerbarstige probleem de vraag stellen of in deze gevallen het resultaat negatief is omdat het uitgangspunt van de vraagstelling fout is. Zoals Kartman betoogt, een Amerikaanse ecooloog die ook in een der pre-adviezen wordt aangehaald, zouden wij ons los moeten maken van de gewoonte, de proximale, de dichtst bij de patiënt gelegen oorzaak als de causale te zien, maar primair het milieu als bron van de storing moeten onderzoeken. Dit des te gereder, omdat er geen twijfel aan kan bestaan dat de belastende invloed van het milieu steeds toeneemt, en daardoor de kans dat de verhouding tussen mens en milieu in kwaliteit vermindert. Dit zou ertoe kunnen leiden dat de mogelijkheid onderkend wordt om datgene, wat door de maatschappij als ziek of deviant wordt bestempeld, juist als teken van gezondheid te waarden, namelijk een verzet tegen een ziek milieu. Een dergelijk onderzoek kan echter alleen maar met kans op succes ondernomen worden als de onderzoeker in staat is in grote vrijheid te oordelen ten opzichte van de gemeenschap, waarvan hij zelf lid is en - laten wij dit niet vergeten - die



ook hem heeft gevormd en waarvan ook hij de wisselwerking ondergaat.

Moet de arts, moet de sociaal-geneeskundige, dan tot sociater worden, tot maatschappij-genezer? Ik ontken deze vraag; de pretentie, die hij inhoudt, wordt door niets gerechtvaardigd. Wel zijn wij al dolende tot een andere vraag gekomen; het is de laatste, die ik zal stellen. Kan het de taak van de

arts zijn, de benadering van de persoon, die hij als patiënt ontmoet, maatschappij-kritisch te oriënteren? Ook deze vraag zou ik als een discussie-punt voor het panel willen laten; ik zou echter willen eindigen met u te herinneren aan de woorden, die wij in deze herdenkingsdagen nog wel eens mogen laten klinken: alleen een vrij man kan een goed arts zijn.

---

## **„DE MENS IN ZIJN MILIEU”**

### **Voornaamste conclusies A.N.V.S.G.-congres gehouden op 22 en 23 mei te Amsterdam**

Van 20-23 mei 1970 hield de Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde ter gelegenheid van haar 40-jarig jubileum een congres in het RAI-Congrescentrum te Amsterdam. Onderwerp van dit jubileumcongres was „De mens in zijn milieu”. Het onderwerp werd besproken in de verschillende secties, waarbij de deelnemers naar eigen keuze waren ingedeeld. Gediscussieerd werd naar aanleiding van pre-adviezen die waren neergelegd in een op 1 mei 1970 verschenen speciaal Congresnummer van het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde. Over de door de secties samengestelde rapporten werd naderhand in een plenaire zitting verder beraadslaagd. Aan het slot van het congres kwam men tot de opstelling van een voorlopige formulering van de voornaamste conclusies der verschillende werkgroepen. Onderstaand deze door de verzamelde sociaal-geneeskundigen uit de conclusies gemaakte selectie:

#### *Sectie medische ecologie en algemene gezondheidszorg*

1. Het overwicht van mens en milieu wordt met catastrofale verstoring bedreigd. De ecologie als wetenschap die de „stofwisseling” van de wereld (mens in milieu) als totaliteit benadert moet op wetenschappelijk niveau tot ontplooiing worden gebracht. Dit vereist aanzienlijke inzet zowel ten aanzien van mankracht als hulpmiddelen.

2. Om het noodzakelijke ecologisch gestuurd handelen mogelijk te maken zijn veranderingen in de overheidsstructuren en volksgezondheidsorganen noodzakelijk, bijvoorbeeld niet besturen per deelaspect; invoeren van ecologische adviescommissies (met openbaarheid).

#### *Sectie milieuhygiëne*

Het lijkt voor de hand te liggen dat de problemen van de milieuhygiëne proportioneel toenemen met de bevolkingsgroei. Daarom werd de behoefte uitgesproken aan meer onderzoek op de kortst mogelijke termijn naar de optimale bevolkingsdichtheid en -verdeling in Nederland en West-Europa, onder meer binnen de ANVSG.

In Nederland is expliciet plaats voor een departement voor milieubeheer naast, temidden van, boven en onder de vele organen, die als gevolg van bestaande en toekomstige wettelijke regelingen functioneren en in werking zullen gaan treden, waardoor de terugkeer naar een schoon milieu mogelijk wordt. Bij dit laatste zij nog aangetekend dat deze terugkeer opofferingen van de Nederlander en de West-Europeaan zal vragen, die thans duidelijk nog niet geaccepteerd zijn.

#### *Sectie jeugdgezondheidszorg*

De jeugdgezondheidszorg kan haar taak slechts vervullen, indien tenminste aan de twee volgende voorwaarden is voldaan:

1. de deskundigheid van de jeugdarts moet steunen op de resultaten van research. Hiervoor is een — multidisciplinair bemand — centrum vereist. Dit centrum heeft tot taak: coördinatie en uitvoering van research informaties, verstrekking aan de werkers en de opleiding in de jeugdgezondheidszorg.

2. Zowel de organisatie als de werkwijze van de jeugdgezondheidszorg dient zich snel aan te passen aan de inmiddels sterk veranderde behoeften bij de jongeren zelf en hun opvoeders.

#### *Sectie universitaire gezondheidszorg*

De sectie Universitaire Gezondheidszorg is van mening dat de bevoorrechtiging van de studenten door een aparte studentengezondheidszorg niet nodig is. Opgaan van deze zorg in een algemene gezondheidszorg dient zo spoedig mogelijk te gebeuren.

Politieke stellingname en actie van de arts is noodzakelijk, zowel om nieuwe vormen van welzijnszorg op te bouwen als om deze goed te laten functioneren. Als ideaal van deze algemene gezondheidszorg ziet de sectie de vorm van een democratisch opgezet wijkcentrum, waarin artsen, maatschappelijke werkers, psychologen, geestelijke verzorgers en anderen werkzaam zijn.

### Studentenzorg op drift

Over de in tekening gebrachte stelling deelde de sectie het navolgende mee:

„Om een beeld te geven van de aard van de onvoorstelbare hoeveelheid reacties die wij binnen kregen, eerst een overzicht in percentages: serieus 50%; ludiek 37%; gefustreerd 13%.

„Van de 50% met een serieuze benadering was  $\frac{1}{4}$  afwijzend,  $\frac{3}{4}$  ging positief op de probleemstelling in en gaf blijk de bedoeling van de tekening te hebben begrepen. Als een opsporingsinstrument voor sociaal-geneeskundigen „at risk” bleken tekening en enquête een adequaat middel gezien het volgens de kansberekening verwachte percentage van 13%. De groep van 37% die op een ludieke wijze de probleemstelling onder woorden bracht, was relatief groot, hetgeen mogelijk wijst op een toenemende invloed van de „Kabouters”.

„Een representatieve steekproef ligt bij de werkgroep ter inzage. Overigens willen wij u de ware betekenis van de prent niet onthouden en lichten deze summier toe aan de hand van één van de (50% serieuze) inzendingen.

„De economische gebondenheid van de student is oorzaak van frustraties, waarbij — evenals bij de definitie van gezondheid — drie aspecten zijn te onderscheiden: een somatische (slechte gebits-hygiëne), een psychische (seksuele remming) en een

maatschappelijke (hardnekkige misverstanden bij de arbeidende klasse).”

### Sectie Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde

In de bedrijfsgezondheidszorg wordt een evaluatie van werkzaamheden gevraagd ten behoeve zowel van het eigen medische werk als van de beleidsbeslissingen van de leiding van de onderneming. Dit is een probleem dat voor het geheel van de gezondheidszorg van de grootste betekenis moet worden geacht.

De bedrijfsgezondheidszorg kan haar doeleinden niet bereiken dan met behulp van een multidisciplinaire benadering van de problemen waarvoor zij zich ziet gesteld. Hetzelfde geldt voor het geheel der sociaal-geneeskundige bemoeiingen die een veel verdere integratie behoeven dan op dit moment pleegt te worden gerealiseerd.

### Sectie Ziekenfondsgeneeskunde

De sterk stijgende kosten van de gezondheidszorg maken een groot financieel verantwoordelijkheidsgevoel noodzakelijk bij alle betrokkenen, willen wij een optimale gezondheidszorg binnen economisch aanvaardbare grenzen bereiken.

Een onderzoek naar de doelmatigheid van het onderhavige systeem en eventuele structuurwijzigingen, is van groot belang. Dit zou kunnen leiden tot een systeem dat het meest verantwoord is.

### Sectie Verzekeringsgeneeskunde

De sociale verzekeringswetten dienen eenvoudiger en doorzichtiger te worden, zodat in één verband kan worden gewerkt. Ook wat de mankracht betreft zal dit een efficiënt gevolg hebben. Unificatie van de medische diensten lijkt gewenst.

De medici zullen zich meer bewust dienen te zijn van hun verantwoordelijkheid in kostenbewaking van de gezondheidszorg. Reeds in de opleiding dient hieraan aandacht geschonken te worden.

### Sectie Intramurale gezondheidszorg

Goede communicatie met name tussen de ziekeninrichtingen en de huisartsen is voor de noodzakelijke continuïteit in de patiëntenzorg onmisbaar en kan worden bevorderd door onder meer vorming van gezondheidscentra, waarin — naast de huisarts — onder andere maatschappelijke werkers, wijkverplegenden, consulterende specialisten en eventueel de „community-doctor” (iemand met sociaal-geneeskundige opleiding) een plaats zal hebben.

De gezondheidszorg is een collectieve zaak. De arts moet bereid zijn om in teamverband te werken. Daarenboven is goed samenspel tussen de verschillende sectoren van de gezondheidszorg noodzakelijk. Ordening, zowel van overheidswege als vanuit het particulier initiatief is voor een effectieve samenwerking onmisbaar. De ziekeninrichtingen zullen hiertoe een waardevolle bijdrage kunnen leveren, mits haar leiding en haar medische staven bereid zijn en in staat zich in de structuur van de algemene gezondheidszorg te verdiepen.



# „GAMMA-SIEKLUS”

## Geslaagd initiatief van Utrechtse medische studenten

***„De arts heeft ook andere verantwoordelijkheden  
tegenover de maatschappij dan alleen specifiek medische”***

Utrechtse studenten in de geneeskunde hebben onlangs in het kader van de zogenaamde „Gamma-siekte” een vijftal avonden belegd waarop onder grote belangstelling van vele betrokkenen heftig werd gediscussieerd over enkele zeer actuele vraagstukken betreffende de gezondheidszorg. Achtergrond, doel en opzet van deze „Gamma-siekte” werden als volgt omschreven:

„Onderwerp en centrum, waar alles om draait in de medische opleiding, is de patiënt, dat wil zeggen de mens die patiënt is. De mens is onbeschrijfbaar, tenminste in zijn totale mens-zijn. Wel kan men sommige onderdelen van dit mens-zijn uit het geheel halen en apart bestuderen, maar een totaalbeeld is

voorlopig in ieder geval niet mogelijk. Wij kennen van de mens een paar verschillende dimensies: a) de somatische dimensie, die zich goed leent voor ontleding met de ons ter beschikking staande zintuigen: dit is biologisch leven; b) andere dimensies, die niet of onvolledig en gebrekkig zijn te beschrijven met bovengenoemde zintuigen: het gevoelsleven, een „interne” dimensie, en het sociale leven, een „extern gerichte” dimensie. Wij kunnen deze alleen meten door ons eigen of collectief gemiddelde gevoels- en/of sociale leven als referentiekader te gebruiken.

„De patiënt is een mens, die niet naar behoren functioneert omdat er ergens een storing is opgetreden. De storing kan in een van boven genoemde dimensies liggen maar hoeft zich niet in dezelfde dimensiesfeer te uiten. Zo zal men bijvoorbeeld vinden dat een lichamelijke storing niet van primair lichamelijke oorsprong hoeft te zijn, maar ook zijn oorzaak kan vinden in een andere dimensie van het mens-zijn.

„De arts nu is deskundige op het gebied van de somatische dimensies van het mens-zijn. In deze functie moet de arts adviseur zijn voor de patiënt, die gezond wil zijn om zijn optimale ontplooiing en leefbaarheid mogelijk te maken. De deskundigheid van de arts is voor de patiënt het middel om zijn lichamelijke storing op te heffen.

„Een complicatie daarbij werd hierboven al even aangeroerd: het „switchen” van een storing naar een andere dimensie als uitingsmiddel, waarbij het lichaam vaak ten dienste staat aan storingen met psychische of sociale oorsprong. De deskundigheid van de arts alleen op somatisch gebied zal dus niet voldoende zijn maar gepaard moeten gaan met een goed onderlegd zijn in wetenschappen van de andere dimensies. Dit opdat hij kan weten wanneer hij iets kan doen en wat hij kan doen met zijn somatische deskundigheid. In de huidige medische opleiding wordt niet of nauwelijks aandacht besteed aan dit probleem, dat vooral belangrijk wordt bij de directe confrontatie van de arts met zijn patiënten.

„De oorspronkelijke opzet van de „Gamma-siekte” was dan ook deze in het curriculum te doen opnemen; na herhaaldelijk overleg met de centrale onderwijscommissie van de faculteit bleek dit technisch dit jaar niet uitvoerbaar.

„Hoe kan een arts, zonder enigszins onderlegd te zijn in deze andere dimensies van het mens-zijn, de achtergronden van en de consequenties voor een



patiënt die abortus of euthanasie wil, begrijpen en ontdekken en hem dan eventueel in samenwerking met deskundigen op andere gebieden een juist advies geven?

„Doel van de „Gamma-siekte” is informatie over de achtergronden van problemen te geven: het abortus- en euthanasievraagstuk; de verhouding arts-maatschappij, toegelicht door mensen die daar al een bepaalde visie op hebben; voorts gezond-

heidszorg als verder uitgewerkt onderdeel hiervan; tenslotte de confrontatie van de arts met een heel ander deel van de maatschappij: de derde wereld”.

\*  
\*\*

Op verzoek van de redactie van Medisch Contact hebben representanten van de „Actiegroep Medicijnen Utrecht” hun activiteiten met het hieronder weergegeven artikel nader toegelicht:

## **Onze getechnocratiseerde maatschappij vergeet de mens de artsen doen daar ten onrechte aan mee zij behandelen slechts ziektegevallen**

„De geneeskunde van het Westen houdt zich alleen bezig met het genezen van het lichaam van de zieke, geenszins met het wegnemen van de oorzaken der ziekten, welke grotendeels de ondeugden zijn.”

*Mahatma Gandhi*

### *De isolatie van de medische wetenschap*

Onze maatschappij maakt enorme ontwikkelingen door, vooral op natuurwetenschappelijk gebied. Deze ontwikkelingen bleven niet zonder gevolgen. Enerzijds schiepen zij grote mogelijkheden voor de toekomst, maar ook stelden zij de mens in deze maatschappij voor enorme, vaak haast onoverkomelijke problemen. Jonge mensen staan vaak opener tegenover de mogelijkheden die de technische revolutie biedt, maar zij voelen de moeilijkheden die deze ontwikkeling met zich meebrengt ook scherper aan.

Deze ontwikkelingen hebben zich eveneens op medisch gebied voorgedaan. Er bestaat een sterke tendens tot technocratisering van het medisch beroep, vooral door de vlucht die de medisch-technische wetenschappen hebben genomen. Het gevaar bestaat dat de technocratische benaderingswijze de overhand krijgt en straks wellicht de medische wetenschap isoleert. Maar het ziektebeeld van de patiënt kan niet worden geïsoleerd van de patiënt, die tenslotte een mens is. Bij het zoeken naar herstel van het evenwicht tussen de verschillende benaderingswijzen heeft men enerzijds te maken met een moraalverandering, anderzijds met een veranderde taak en plaats van de arts in de samenleving en daarmee met een ander beleid ten aanzien van de gezondheidszorg.

### *De arts als allesweter*

De moraalverandering leidt tot een andere houding van de arts en van zijn patiënten. De arts moet zijn rol van allesweter en fetisjman laten varen voor een opener verhouding met zijn patiënt. Het is noodzakelijk de mondigheid van de patiënt te accepteren

en de arts te zien in de functie van dienstverlener, en wel vanwege het optreden van grote aantallen psycho-somatische zieken. (38-50% volgens onderzoekers.) Op het ogenblik ontbreekt nog te veel het onderkennen van het psychische of sociale karakter van somatische symptomen, noch komt er vanuit de medische wereld voldoende vraag naar onderzoek op dit terrein door medische psychologen en medische sociologen.

### *Hernieuwde integratie*

De benadering van de patiënt als mens en de confrontatie met de psycho-sociale problematiek dwingen de arts tot samenwerken. Dit vergt een multidisciplinaire benadering, een hernieuwde integratie van de wetenschappen die de mens bestuderen. Het werken in teamverband met de medisch psychologen, medisch sociologen, maatschappelijk werkers en andere deskundigen is belangrijk als men alle aspecten wil integreren in de behandeling van de patiënt.

Er is nog een belangrijk voordeel van het werken in een team. Het is voor de arts een zware taak zich intensief bezig te houden met de problemen van de patiënt; bij verpleegsters doet zich hetzelfde voor, zij kunnen alle moeilijkheden van de patiënt zelf niet aan. Een Leidse socioloog heeft daarnaar een onderzoek ingesteld. Daaruit blijkt, dat met het werken in een groep, waar men open over problemen kan praten met anderen, deze moeilijkheden beter zijn op te vangen. Er valt dan een groot stuk van de belemmering weg om met de patiënten over hun problemen te praten.

### *Nieuwe taak van de arts: het team*

Het team, waarvan de arts deel uitmaakt, zal de kennis die het verwerft bij het behandelen van de patiënten operationeel moeten maken. Het signaleren van spanningen van sociale of psychische aard, en het weghalen van die spanningen, zal niet voldoende zijn. Door middel van integrerende

onderzoeken moet het team zijn kennis gebruiken ten behoeve van de preventie van spanningen (binnen een bepaald bedrijf, in een flatgebouw). Deze taakverandering zal de arts meer tijd kosten. Om hierin en in het huidige tijdgebrek, verandering te brengen zullen er meer artsen moeten komen.

#### *De opleiding*

Het is onmogelijk de arts, behalve deskundigheid in de zich snel uitbreidende medisch-technische wetenschappen, ook deskundigheid bij te brengen in de sociale wetenschappen. Het is in deze vakken noodzakelijk en voldoende, hem tijdens de opleiding zoveel mogelijk inzicht bij te brengen. Met enig inzicht zal hij de psycho-sociale problematiek kunnen herkennen.

Tijdens de medische opleiding zal de aanstaande arts verder moeten worden voorbereid op het samenwerken met andere disciplines en het werken in teamverband. De medische faculteiten moeten tenslotte voldoende artsen opleiden om aan de behoefte van de gezondheidszorg tegemoet te komen.

#### *„Gamma-sieklus” voorzag in behoefte van medische studenten*

De discrepantie tussen de benadering van de patiënt en de behandeling van zijn ziekte stond centraal tijdens de „Gamma-sieklus”. Deze bestond uit vijf avonden in februari en maart, waarop werd gediscussieerd over problemen als abortus, euthanasie, arts en maatschappij, gezondheidszorg, arts en ontwikkelings-samenwerking. Met de voorbereiding van deze avonden waren in september

1969 vijf werkgroepen van gemiddeld tien medische studenten gestart. Deze werkgroepen stelden papers samen over hun bevindingen en resultaten en nodigden sprekers uit om op de betreffende avonden hun mening over een bepaald onderwerp in een korte inleiding en in de daarop volgende forumdiscussie naar voren te brengen. De doelstelling van de „Gamma-sieklus” was, dat de gamma-vakken, die de maatschappelijke aspecten van de medische wetenschap bestuderen, zouden worden ingepast en geïntegreerd in de medisch-technische vakken van de opleiding.

#### *Positief oordeel*

De „Gamma-sieklus” werd per avond door ongeveer 500 personen bezocht. Om een wat meer gedetailleerde indruk te krijgen van de mening van de medische studenten over de doelstelling van de „Gamma-sieklus” werd zowel onder de bezoekers van de avonden als onder een random geselecteerde groep medische studenten uit alle jaren een enquête gehouden. Deze werd georganiseerd in samenwerking met het Bureau Onderwijsresearch te Utrecht. De resultaten van deze enquête waren, dat  $\pm 80\%$  van de studenten te kennen gaf, dat zij de integratie noodzakelijk vonden. Bij de bezoekers van de avonden lag dit percentage iets hoger dan bij de random geselecteerde groep.

Met de stellingen: „De arts heeft ook andere verantwoordelijkheden tegenover de maatschappij dan alleen specifiek medische, en dient dat ook in zijn beroepsuitoefening waar te maken” en „De arts moet zich niet beperken tot het oplossen van medi-



*De discussie-avonden, belegd in het kader van de „gamma-Sieklus” trokken overvolle collegezalen*

*sche problemen, maar moet zich ook actief inzetten voor het bestrijden van de oorzaken daarvan, ook als hij daardoor in conflict komt met bepaalde maatschappelijke structuren"* was respectievelijk 81% en 86% van de randomgroep het eens.

De mensen die de „Gamma-siekus“-avonden volgden, vonden dit een stimulans om genuanceerder over de besproken onderwerpen te gaan denken.

De onderwijscommissie van de faculteit heeft hierop, op ons verzoek, toegezegd in het tweedejaars curriculum éénmaal in de maand een ochtend te reserveren voor de gammavakken. Bovendien stemde de commissie in met de instelling van een team van praktijk-mensen, die dit onderwijs zal gaan verzorgen.

Dit is het begin . . . !

#### Door de actiegroep aanbevolen literatuur:

The doctor and his patient, *Samuel W. Bloom*, Ph.D., 1963  
Het gedrag van de huisarts en de tevredenheid van de patiënt, *Drs. E. Th. Cassee*, huisarts en wetenschap 12, 97  
Lof der onaangepastheid, *Dr. H. Milikowski*  
Historisch chronologisch rapport over de studiegroepen medische psychologie, *R. C. Veldhuyzen van Zanten*, NHG, 1966  
Volksgezondheidsnota, minister *Veldkamp* en staatssecretaris *Bartels*, Hoofdstuk VII, 3.1.2., bladzijde 188, 189, 1966  
Zorgen voor morgen, verslagboek congres Nationale Federatie het Wit-Gele Kruis, 1968  
Communicatie en therapeutisch gedrag, *Drs. E. Th. Cassee*, NIPG, Leiden, 1969

\*  
\*\*

Ter afronding de volgende publikatie uit het Nederlands Tijdschrift voor Medische Studenten (nr. 8, april 1970), inclusief de daar gehanteerde spelling:

### „AKSIEGROEP MEDISIJNEN“

„In Utrecht hebben studenten en verpleegkundigen elkaar gevonden in de wens om gefundeerde kritiek te leveren op de organisatie van de gezondheidszorg. Een verheugend initiatief waarvoor dit tijdschrift dan ook graag plaatsruimte ter beschikking stelt.

„Ongeveer driekwart jaar geleden ontstond bij verpleegkundigen van het stads en akademies ziekenhuis Utrecht en bij leden van de aksiegroep medische Utrecht de behoefte een groep op te zetten over gezamenlijke ziekenhuis-problemen.

„Na een vergadering in het kasieno, waar directieleden, verpleegkundigen en aksiegroepleden aanwezig waren om te praten over de toestand in het diakonessenziekenhuis, is dit initiatief uitgegroeid tot een groot aantal groepen, waaraan alle leden die in het ziekenhuis werkzaam zijn deelnemen.

„Er zijn nu 11 werkgroepen aan het draaien, waarvan er enkele parallel werken, dat wil zeggen het-

zelfde hoofdonderwerp hebben. Elke groep heeft een kontaktpersoon, die tevens lid is van de koördinaatsiegroep; deze komt periodiek bijeen om aan de totaliteit van groepen enige richting te geven, om informatie uit te wisselen en om gezamenlijke activiteiten te bespreken. Helaas kan geen werkgroep worden ingesteld die de kommunikaatsie tussen intra- en ekstra-murale gezondheidszorg bespreekt in verband met de doelstelling.

#### Doelstelling

„Op de eerste koördinaatsievergadering is de volgende doelstelling voor de groepen geformuleerd:

#### Optimalisering van de gezondheidszorg.

„Hiertoe kan bijdragen:

- uitwisseling van informatie en daardoor een betere kommunikaatsie tussen de verschillende gedingen die zich bezighouden met de gezondheidszorg.
- Bezinning op het huidige systeem van de gezondheidszorg.
- Het gezamenlijk werken aan projecten en aksies.

#### Hierargiese structuren in het ziekenhuis

„Deze groep is opgesplitst in drie seksies; verpleegkundigen, fiesioterapeuten en de rest, die elk voor hun eigen situaatsie een analiese maken van de bestaande strukturen.

*Mediese etiek* (Dit zijn 3 werkgroepen die als hoofdonderwerp hebben: arts-patiënt (pasient?) relaatsie, taboe van de dood en eutanase. Er wordt literatuur onderzoek gedaan.

„*Onderwijs demokratisering van de verpleegkundige opleiding*. Werpt een kritiese blik op de opleiding tot verpleegkundige en tracht alternatieven aan te bieden.

„*Groepspraktijk*. Deze groep bekijkt aan de hand van een bestaande groepspraktijk de finansiele aspekten, de interne verhoudingen en de konsekwensies voor de patiënt.

„*Monsteraksie Vietnam*. Deze groep verzamelt medisijnenmonsters bij artsen in de provinsie Utrecht. De monsters worden via het medies komitee nederland-vietnam naar noord-vietnam gestuurd (opbrengst vorig jaar f 30.000,—). Verder houdt deze groep zich bezig met het onder de aandacht brengen van de vietnamese problematiek.

„*Het klassensysteem in ziekenhuizen* (2 groepen) Houdt enketes en maakt literatuurstudies over het klassensysteem en de verhouding partikulier-fonds patiënt.

„*Psiego-somatiese ziekten* (2 groepen) groep 1. Heeft een projekt in een niet nader te noemen ziekenhuis, waar de verpleegsters ekstreem

veel rugklachten en huiltuien hebben en waar tevens het percentage ziekteverzuim erg hoog ligt. Men heeft een hiepotese voor de mogelijke oorzaak opgesteld. Men houdt enketes.

*groep 2.* Maakt studie van een saneringswijk in Utrecht en bekijkt persentages van tiepiese psiegomatiese klachten in vergelijking met andere wijken. Men maakt interviews en enkettes.

#### *Lange termijn planning*

„De werkgroepen bestaan uit 10-12 mensen en zijn samengesteld uit zoveel mogelijk geledingen. Iedere groep heeft een vertegenwoordiger voor de koordinaatsie groep. Op 18 en 19 april werd een

weekend gehouden op het instituut voor fiesiotherapie. Hier werden de door de verschillende groepen opgestelde voorlopige werkstukken bediskussieerd. Alle deelnemers aan de groepen en geïnteresseerden waren aanwezig. Het totaal aan werkstukken zal gebundeld en uitgegeven worden als voorlopig „ultraviolet-boek-ziekenhuis”.

„*Aan de werkgroepen nemen deel* medische studenten, ko-assistenten, verpleegkundigen uit alle (8) utrechtse ziekenhuizen, fiesioterapeuten, sosjologen, artsen, stafleden en dosenten, maatschappelijk werk(st)ers, patiënten en klienies psiegologen. Verdere inlichtingen: Paul van Dijk, Stationsstraat 14, aksiegroep medisijnen, Utrecht.”

---

## De Wereld Gezondheids Organisatie en de B.C.-wapens

In M.C. nr. 11/1970, blz. 255 worden als onderwerp de B.C.-wapens genoemd, onder de kop: Internationaal perspectief. Naar mijn mening bestaat hier een fundamentele samenhag met de medische ethiek, zoals die internationaal is samengevat in de Verklaring van Genève.

Artsen worden nu overal ter wereld betrokken bij nationaal en bondgenootschappelijk medisch-militair gericht onderzoek. Bij het onderzoek naar de bescherming van militairen en burgers tegen de gevolgen van het gebruik van biologische en chemische wapens door een vooronderstelde vijand komen eveneens aan de orde de door dat onderzoek gebleken mogelijkheden tot ontwikkeling van afschrikwekkende biologische en ook chemische defensieve (en preventieve) aanvalswapens. Het huidige bewapenings-vredesevenwicht is wederzijds gebaseerd op het handhaven van een voorondersteld evenwicht tussen vijandelijke agressieve en eigen defensieve middelen. In deze omschrijving kan men althans vaststellen, dat medisch gesproken de grens tussen die agressieve en defensieve middelen is weg te denken. Het een kan niet zonder het ander bij het onderzoek naar aanvals- en verdedigingsmiddelen. Het betreft hier oorlogsmiddelen: medisch-biologisch gelijk naar uitgangspunt, en doelgericht, namelijk militair-technisch van aard. Waarom zouden wij bij dit gebeuren de ware naam „oorlog” omschrijven als „defensie” van „ons” (welke partij dan ook) tegenover „agressie” van de „ander” (welke partij dan ook)? Hier en nu is belangrijk, dat, gezien van het standpunt van de W.H.O., in een dergelijke oorlog fatale middelen zullen worden gebezigd.

Wat vinden wij van algemeen menselijk standpunt gezien vermeld in de elkaar opeenvolgende artsen-geloften, eden en gebeden? Ik noem, uitgaande van mijn persoonlijke voorkeur: de eed van Hippocrates (460 v. Chr.); het morgengebed van de arts, toegeschreven aan Maimonides (1135-1204 na Chr.); de

Verklaring van Genève (1948); de eed van de Hebreeuwse arts (13 mei 1952). Aan de hand van deze geloften, eden en gebeden kom ik samenvattend tot de volgende erecode: eerbied voor, arbeid in dienst van, verantwoordelijkheid voor het leven van enkeling en mensheid. Het komt mij voor, dat deze drie een eenheid vormen: doel en middelen in de medische ethiek, ook in het dagelijks leven te betrachten, niet vrijblijvend voor de zwijgende menigte. Dit alles ten bate van een als geheel bekeken reeds doodzieke mensheid, welke wordt bedreigd met de door haarzelf bedachte produkten van geestelijke en materiële werkzaamheid.

In het in de aanhef aangehaalde artikel komt het medisch-biologisch instituut van de Rijksverdedigingsorganisatie TNO ter sprake. De resultaten van het onderzoek dat daar wordt verricht worden niet allemaal gepubliceerd in de vakliteratuur. Zekere gegevens —  $x\%$  — moeten geheim blijven, omdat zij ter beschikking moeten staan van zuiver militair gericht onderzoek. Het beweerde zuiver defensieve gebruik dat van deze gegevens wordt gemaakt, rechtvaardigt hun geheimhouding niet. Over het algemeen belang als criterium mogen wij ons geen geruststellende illusies maken. Geheimzinnigheid en geheime, ook medisch-biologische, wapens worden gebruikt als dreigement, als afschrikwekkend verdedigingsmiddel (maar het blijven aanvalswapens) tegen een „vijand” die hetzelfde tegenover ons doet. Als arts wil ik vragen: wat bepaalt ons handelen, de „internationale” medische ethiek als door mij in de ere-code samengevat, of de geheimhouding van het leven bedreigende mogelijkheden en middelen? Houden wij ons aan de ere-code, dan moeten wij ook medisch-biologische dodelijke middelen bekend maken, ook de bescherming daarentegen. Mijns inziens ligt het op de weg van iedere artsenvereniging — ook van onze Maatschappij — de geheimhouding, juist hier en nu, aan de orde te stellen, ook ten aan-

zien van een eventueel geheime hearing van de Tweede Kamer-commissie voor de civiele verdediging.

Dan is er in nationaal perspectief de officieren-eed. De Nederlandse artseneed, onze Maatschappijstatuten en Huishoudelijk Reglement geven beperkingen op de geloften van Hippocrates tot Jeruzalem 1952, en mijns inziens eveneens op de doelstellingen van de W.H.O. De artseneed spreekt van: "... Ons houden aan de Nederlandse wettelijke bepalingen inzake de uitoefeningen van de geneeskunst. Ten aanzien van de geheimhouding wordt voorbehoud gemaakt". Statuten en Huishoudelijk Reglement van de Maatschappij spreken van: „Bevordering van de belangen der geneeskundigen, de wetenschap, de kennis, de volksgezondheid en het hooghouden van de gedragsregels binnen de bepalingen van de Nederlandse wetten voor Nederland en de buiten Nederland gelegen delen van het Rijk”. De officierseid luidt: „Ik zweer trouw aan de koningin, gehoorzaamheid aan de wetten en onderwerping aan de krijgstucht. Zo waarlijk helpe mij God almachtig”. Ik mis hierin de directe aansluiting van de Nederlandse wetten met de mondiale medische ethiek. Een klassiek voorbeeld van het conflict van plichten dat zo kan ontstaan, is te lezen in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, jaargang 1934, bladzijden 1891, 2013, 2123, 2530, 3301, 3303, 3506, 3611, 3820 en 4000. Het betrof de zaak van de collega arts-officier B. Moest hij als officier, desnoods gewapend, het initiatief nemen tot herstel van de krijgstucht onder de muiters op de „Zeven Provinciën”, en mocht of moest hij wel of niet hulp verlenen aan „muiters”, en vielen deze wel onder de begrippen „vriend en vijand”? Was hulpverlening als arts ondersteuning van de munterij? Er is een staat in het Midden-Oosten, waar de leemte van het ontbreken van een directe aansluiting van de nationale wetten met de mondiale medische ethiek niet bestaat. Mijns inziens kan men in Nederland de Koningin, het vaderland en de mensheid dienen, wettelijk geregeld, maar buiten de nationale krijgswetten en krijgstucht.

In de aankondiging van de redes van onze voorzitter en Dr. C. P. Sporken (M.C. nr. 12/1970, blz. 273) wordt herinnerd aan het feit, dat een aantal (medische) vraagstukken slechts tot oplossing kan komen vanuit een dialoog met de buitenwereld, vraagstukken die niet specifiek onder het begrip „medische ethiek” zijn te rubriceren. Ik wil deze vraagstelling juist omkeren en vragen: „Zijn wij collectief bereid en in staat aan die buitenwereld werkelijk een waardevol, positief alternatief te bieden, als er zich sociale vraagstukken in nationaal en mondiaal verband voordoen”? De huidige belangstelling in eigen kring en in de Nederlandse buitenwereld lijkt het heel veraf en irreëel ten opzichte van de medisch-ethische vraagstukken op mondiaal niveau. Abortus provocatus, doodstijdstip, orgaantransplantaties en reanimatie lijken nietigheden op

ons gebied, vergeleken met de eerdergenoemde geheime en openlijke voorbereidingen ook van de B.C.-oorlogsvoering, enige jaren geleden in „Soteria” (december 1965) reeds genoemd „het belangrijkste sociale probleem, dat ook aan ons artsen wordt voorgehouden”. Hebben wij naast, met of tegenover onze politieke en handelsbelangen iets specifiek op medisch-ethisch gebied te brengen? Of staan wij met collectief lege handen en zijn wij gelijkvormig aan buitenlandse zusterorganisaties tegenover haatcampagnes als voor 1939, ten tijde van de psychologische oorlogsvoorbereiding, machteloos in onze tekortkomingen tegenover het welzijn van de mondiale samenleving? Toch lijkt het er soms op, of het ons wel raakt en emotioneert, als ergens ter wereld door direct menselijke en andere oorzaken doden vallen en ziekten worden verwekt. Hoe staan andere volken, andere zusterorganisaties hier tegenover? Als een zwijgende meerderheid, vrijblijvend als bij ons tegenover de Verklaring van Genève? Hebben wij verbindingen met wellicht kleine minderheden als in het Duitsland van voor 1939, die anders denken, anders willen, anders handelen? Wat doet de medische pers: zoekt deze informatie; geeft deze informatie? Wat was er voor 1939 een jammerlijk gebrek aan informatie over en contact met bijvoorbeeld Duitse artsen, waaronder er waren, die internationaal medisch ook ethisch georiënteerd dachten en handelden. Een laatste Nederlandse poging voor 1939 was mijns inziens die van Dr. J. Roorda en zijn helpers, een oproep gericht tot zusterverenigingen over de gehele wereld, gevolgd door een brief aan de staatshoofden, met het instemmend antwoord van Koningin Wilhelmina als voornaamste resultaat. Het betrof het voorkomen van oorlog, als medische aangelegenheid.

Wie en wat zal onze medische ethiek bepalen? Internationaal, het levens reddende inzicht en het medisch „geweten”, of de internationaal gelijkvormige krijgswetten en krijgstucht? Hebben wij in voldoende mate onze aandacht en voelhorens gericht op artsen buiten onze grenzen, vooronderstellend en ten dele ook zeker wetend, dat er zijn die voor precies dezelfde vragen staan? Kennen wij hun medisch-ethische gedragsregels; kennen zij de onze? Dr. Roorda bewees, dat overal geestverwanten waren, maar helaas te weinigen en te laat voor velen.

Judas kreeg inzicht en berouw, en pleegde zelfmoord. De hel voor velen, „verdiend” of niet, wordt op aarde reeds voorbereid. Zij is er reeds. Aan de zwijgende meerderheid ontbreekt mijns inziens het inzicht, medeplichtig te zijn aan die hel op aarde. Het berouw over wat gebeurde, gebeurt en zal gebeuren, ontbreekt. Dat lijkt mij het verschil tussen ons en Judas. Deze schuldige zelfmoord is al zorgvuldig „prefabricated”.

Epe, 5 mei 1970

E. E. Meursing



## **DE „PILPROCEDURE”**

Ter terechtzitting van de Haagse Rechtbank d.d. 11 mei 1970 vonden de pleidooien plaats in het geschil over de vraag of pilconsulten al of niet onder het abonnementstarief vallen. Voor de gezamenlijke ziekenfondsorganisaties voerde Mr. J. W. M. van der Grinten uit Nijmegen het woord. De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en de Landelijke Huisartsen Vereniging vonden in Mr. A. G. Maris te Den Haag hun pleitbezorger.

Mr. van der Grinten stelde op voorhand vast, dat het geschil alleen betreft de vraag of de ziekenfondsen aan de huisartsen een extrahonorering moeten geven voor de medische consulten voorafgaande aan of tijdens het gebruik van de pil, in de gevallen dat de pil zelf niet medisch is geïndiceerd. Het eigenlijke geschil betreft dus niet de vraag of deze huisartsenhulp wel onder het verstrekkingenpakket valt. Dit punt is er naderhand door gedaagden bijgehaald en werd door pleiter als een procesueel verweer gekwalificeerd. Dit verweer zal moeten falen, omdat het in strijd is met de interpretatie die de huisartsen zelf aan de wet geven.

Ter verklaring hiervan ging de pleiter uitvoerig in op de omvang van de huisartsenhulp tijdens de werking van het Ziekenfondsbesluit 1941. Uit de tekst van het Ziekenfondsbesluit en de daarop gebaseerde uitvoeringsbesluiten kan slechts de conclusie worden getrokken, dat de verzekerde recht heeft op volledige hulp door een huisarts. Deze volledige hulp is echter geenszins beperkt tot curatieve hulp: het is volledige huisartsenhulp zonder onderscheid tussen preventieve en curatieve geneeskundige verzorging. Ter adstructie van deze stelling beriep pleiter zich op het commentaar van Schuurmans Stekhoven „Het nieuwe Ziekenfondsrecht” en van Lochem in het handboek „Preventieve geneeskunde 1936”.

Er is geen enkele aanwijzing te vinden dat de Ziekenfondswet en de daarop gegronde uitvoeringsvoorschriften op een of andere wijze de huisartsenhulp zouden beperken in vergelijking tot de situatie onder het Ziekenfondsbesluit 1941. In de memorie van toelichting op de wet wordt gesproken over de volledige hulp van de huisarts waarop de verzekerde recht heeft. In het voorlopig verslag van de Tweede Kamer en de memorie van antwoord van de minister komen diverse passages voor, waaruit blijkt, dat men van de vroegere situatie niet wenste af te wijken.

Weliswaar wordt in het verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering, de huisartsenhulp in omvang bepaald door hetgeen in de kring van de beroeps- genoten gebruikelijk is, maar deze formulering dient

om de huisartsenhulp af te bakenen van de specialistenhulp. Bovendien moet bij het al of niet gebruikelijk-zijn van een bepaalde verrichting door de huisarts niet worden gedacht aan een bepaald percentage huisartsen dat deze verrichting doet maar of een bepaalde hulp in de kring van de huisartsen wordt beschouwd als te behoren tot de taak van de huisarts. In dit laatste ligt het criterium. Ook de Ziekenfondsraad stelt zich op het standpunt, dat de pilconsulten behoren tot de taak van de huisarts en derhalve vallen onder de huisartsenhulp waarop de ziekenfondsverzekerde recht heeft. De huisartsen erkennen dat de pilconsulten behoren tot de taak van de huisarts.

Noch in de Ziekenfondswet noch in het Verstrekingenbesluit wordt de huisartsenhulp beperkt tot curatieve hulp. De ratio van de wet is gelegen in de regeling van de geneeskundige verzorging zonder enig onderscheid door middel van ziekenfondsverzekering.

Nu erkennen de huisartsen dat het bij de pilconsulten gaat om medisch en medisch noodzakelijke begeleiding, dus om een vorm van geneeskundige verzorging; dan moet wel duidelijk zijn dat met name ten aanzien van de hulp van huisartsen het onderscheid tussen curatief en preventief volstrekt niet bestaat. Wordt in de parlementaire stukken op diverse plaatsen wel een onderscheid gemaakt tussen curatieve en preventieve gezondheidszorg, dan duidt dit op de algemene tegenstelling tussen huisartsen- en specialistenhulp enerzijds en talloze instanties, die zich op het terrein van de preventieve gezondheidszorg bewegen, anderzijds.

Onder de curatieve gezondheidszorg achten de huisartsen de individuele preventieve gezondheidszorg ingeval van ziekte, afwijking of ongeval, indien en voorzover de patiënt dientengevolge een verhoogd risico loopt, medebegrepen. In dit verband moeten de medisch begeleidende consulten bij pilgebruik als curatieve gezondheidszorg worden aangemerkt, omdat nu juist het pilgebruik een verhoogd risico meebrengt. Daarnaast moet worden bedacht dat de huisarts in talrijke gevallen hulp verleent zonder dat er van ziekte als zodanig sprake is. (De voorlichtende taak van de huisarts over periodieke onthouding, raad bij gezins- en schoolmoeilijkheden etc.). De centrale plaats, die de huisarts in de gezondheidszorg inneemt, is niet beperkt tot strikt medisch curatieve hulp. Voor deze niet strikt medisch curatieve hulp heeft nimmer een huisarts aan zijn ziekenfonds-patiënten een rekening gestuurd, of deze hulp apart gedeclareerd bij de ziekenfondsen.

De pilconsulten behoren tot bovenbedoelde huisartsen hulp. Dit blijkt uit een advies van de Centrale

Raad voor de Volksgezondheid betreffende orale anti-conceptionele middelen. Het al of niet gebruikelijk zijn van een verrichting in de kring der beroepsgenoten geeft volgens pleiter aan, dat aan huisartsen in zekere zin is overgelaten te bepalen waarop de verzekerden aanspraak hebben. Een verzekerde kan zich tot zijn huisarts wenden en gratis hulpverlening eisen ten aanzien van al datgeen wat in de kring der beroepsgenoten tot de taak van de huisarts wordt gerekend.

Volgens Mr. van der Grinten komt het erop neer, dat de huisartsen, hetzij door een verhoging van een overeengekomen abonnementshonorering, hetzij door een aparte honorering per verrichting, extra betaling willen hebben van deze pilconsulten. Dit verlangen wordt gefundeerd door een beroep op meerwerk. Maar dan dient men daarbij ook te betrekken het zogenaamde minderwerk als gevolg van het verdwijnen van bepaalde ziekten, de vermindering van het aantal visites aan huis, de efficiëntere werkwijze etc. Bovendien is er geen mogelijkheid om buiten het overeengekomen abonnementshonorarium de pilconsulten, die behoren tot de door de ziekenfondsen te verstrekken huisartsenhulp, afzonderlijk te honoreren. Het zogenaamde abonnementsstelsel verhindert dit. Ook al leidt dit abonnementsstelsel tot toeneming van de medische consumptie, de huisartsen verwerpen overigens dit stelsel niet. Bovendien heeft de zogenaamde commissie Van der Ven een duidelijke uitspraak gedaan over de materiële positie van de huisarts. Bij de berekening van de honorering wordt uitgegaan van netto-verdiensten van de huisarts waarbij de inhoud en omvang van het feitelijke werk volstrekt irrelevant zijn. Volgens Mr. van der Grinten gaat het in de onderhavige procedure om de nakoming van de overeenkomst voor vier jaar getekend, die nog loopt tot het einde van dit jaar. Hoe partijen zich in de toekomst zullen opstellen is z.i. onzeker. Dit is echter niet van invloed op de interpretatie van de huidige overeenkomst die door haar generaal en integraal karakter de pilconsulten omvat en moet omvatten.

Hierna was Mr. Maris aan het woord. Volgens hem gaat het geschil om de uitleg van de overeenkomst tussen de organisaties van ziekenfondsen en de huisartsen voor de jaren 1967, 1968, 1969 en 1970 betreffende honorering van de geneeskundige en verloskundige hulp, welke bij of krachtens de Ziekenfondswet door huisartsen aan ziekenfondsverzekerden wordt verleend. Het is namelijk de vraag of onder „de geneeskundige en verloskundige hulp die bij of krachtens de Ziekenfondswet door huisartsen aan ziekenfondsverzekerden wordt verleend” de pilconsulten onder medische indicatie vallen. De huisartsen beantwoorden deze vraag ontkennend en hun argumentatie hiervoor is drieërlei: a) op grond van de Ziekenfondswet, b) op grond van het Verstrekkingsbesluit ziekenfonds verzekering, c) op grond van de overeenkomst van 10 april 1967. Pleiter ontkende dat de vraag of de pilconsulten wel

onder het verstrekkingspakket vallen pas in de procedure door de huisartsen is gesteld. Voor een principiële stellingname is dit punt nimmer prijs gegeven. Weliswaar was de huisarts onder de vigour van het Ziekenfondsbesluit 1941 verplicht volledige hulp aan de ziekenfondsverzekerde te verstrekken, maar dit zegt nog niets over de aard en de inhoud van die hulp. In dit verband heeft pleiter van de ziekenfondsen zo treffend de gezondheidsnota 1966 geciteerd, waarin wordt gesproken over volledige gezondheidszorg, die betreft zowel lichamelijke als geestes„ziekten”. Dit laatste is in overeenstemming met de memorie van toelichting op artikel 8 lid 1 van de Ziekenfondswet, waarin wordt gesteld dat de verstrekkings vrijwel geheel in de sector van de curatieve gezondheidszorg liggen.

Wel nemen ziekenfondsen, aldus de memorie, in de laatste jaren bepaalde vormen van zogenaamde individuele preventie in iets ruimere mate voor hun rekening dan voorheen het geval was. Deze zienswijze van de minister is noch in het voorlopig verslag der kamerleden noch tijdens het mondelinge debat in de Tweede Kamer bestreden. Hieruit valt af te leiden, dat de Ziekenfondswet bij geneeskundige verzorging en hulp het oog heeft op uitsluitend curatieve zorg. De ziekenfondsverzekerde kan aanspraak maken op niet meer dan curatieve zorg. Daarnaast kunnen de ziekenfondsorganisaties preventieve zorg voor hun rekening nemen, maar de verzekerden hebben in gevolge de Ziekenfondswet geen aanspraak op deze hulp. Consequentie van een en ander is, dat preventieve zorg ook niet onderwerp is van de overeenkomst d.d. 10 april 1967.

Gaat deze opvatting te ver, dan wordt door gedaagden aangevoerd, dat de Ziekenfondswet bij „geneeskundige” verzorging het oog heeft in hoofdzaak op curatieve zorg en slechts op individuele preventieve zorg in geval van bestaande ziekte, ongeval of afwijking, indien en voorzover de verzekerde diensgevolge een verhoogd risico loopt. In dit verband moet worden gedacht aan bijvoorbeeld de inenting tegen griep van hart- en longlijders. Een ziekte of afwijking van hart of longen doet hen een verhoogd risico lopen in geval van griep. Evenbedoeld verhoogd risico doet zich echter niet voor bij gezonde vrouwen, die de pil gebruiken.

In de eerst bedoelde opvatting valt onder geneeskundige verzorging en hulp curatieve zorg in enge zin, in de laatst bedoelde opvatting curatieve zorg in ruime zin. Een keuze tussen deze twee opvattingen hoeft niet te worden gemaakt, omdat de pilconsulten zonder medische indicatie in beide gevallen buiten de geneeskundige verzorging en hulp volgens de Ziekenfondswet vallen. In het geschil gaat het immers om pilconsulten aan vrouwen, die de pil niet behoeven als curatief middel en evenmin als preventief middel, omdat zij wegens bestaande ziekten, ongeval of afwijking tengevolge daarvan een verhoogd risico lopen. In de procedure gaat het om pilgebruik uit sociale overwegingen.

De hierboven ontwikkelde gedachtengang is ook die van de Ziekenfondsraad, welke blijkt uit de

circulaire „Preventieve gezondheidszorg” d.d. december 1967 en de circulaire van 15 april 1964, waarin de farmaceutische strekking van orale anti-conceptionele middelen „in gevallen waar zich geen medische maar uitsluitend sociale overwegingen voordoen” niet als verstrekking voor rekening van ziekenfondsen wordt beschouwd. De conclusie is dan ook gewettigd, dat de pilconsulten niet onder geneeskundige verzorging volgens de Ziekenfondswet vallen.

De omstandigheid, dat de huisartsen de pilconsulten tot hun taak en terrein rekenen doet hieraan niet af. De taak en het terrein van huisartsen zijn ruimer dan geneeskundige verzorging en hulp volgens de Ziekenfondswet. Periodiek geneeskundig onderzoek en inentingen van gezonde volwassenen en kinderen behoren zonder twijfel ook tot taak en terrein van de huisarts maar vallen toch buiten de verstrekkingen, waarop de verzekerden volgens de Ziekenfondswet aanspraak hebben.

Uit het bovenstaande volgt, dat de pilconsulten zonder medische indicatie niet vallen onder de geneeskundige verzorging en hulp volgens de Ziekenfondswet. Derhalve heeft de overeenkomst van 10 april 1967 geen betrekking op pilconsulten zonder medische indicatie.

Als tweede verweer bracht Mr. Maris naar voren, er van uitgaande, dat pilconsulten zonder medische indicatie wel onder geneeskundige verzorging en hulp volgens de Ziekenfondswet vallen, dat deze pilconsulten niet noodzakelijkerwijs onder het Verstrekkingsbesluit ziekenfondsverzekering vallen. In artikel 3 van het Verstrekkingsbesluit wordt de omvang van de huisartsenhulp als volgt geformuleerd: „De genees- en heelkundige hulp die door een huisarts wordt verleend, wordt in omvang bepaald door hetgeen in de kring van de beroepsgenoten gebruikelijk is”. De huisartsen ontkennen, dat de consulten zonder medische indicatie in de kring van de beroepsgenoten gebruikelijk waren of zijn. De ziekenfondsorganisaties dienen het tegendeel te bewijzen.

In dit verband is van belang het beoordelingstijdstip van de gebruikelijkheid der pilconsulten in de kring der beroepsgenoten. Met betrekking tot het gebruikelijk zijn in de kring der beroepsgenoten zou onderscheiden moeten worden tussen de verschillende motieven voor pilconsulten en pilgebruik. Dit standpunt wordt gedeeld door de Ziekenfondsraad in circulaire van 15 april 1964 en de beschikking van de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid d.d. 7 augustus 1967, waar de aard van de overweging voor pilconsulten en het pilgebruik bepalend wordt geacht voor het antwoord op de vraag of sprake is van een verstrekking voor rekening van de algemene ziekenfondsen. Bovendien moet bij het gebruikelijk zijn in de kring van de beroepsgenoten rekening worden gehouden met het grote aantal vrouwen, die in theorie als „patiënten” in aanmerking komen. Van het periodiek geneeskundig onderzoek hebben de ziekenfondsorganisaties gesteld dat deze verstrekking nog niet gebruikelijk is in de

kring van de beroepsgenoten, omdat de wenselijkheid of de noodzakelijkheid nog niet algemeen wordt ingezien en de patiënten nog niet algemeen voor zodanig onderzoek naar de huisarts gaan. Dit geldt ook voor de pilconsulten. Indien slechts 10% van de patiënten de hulp vragen en verkrijgen, kan men niet spreken van „gebruikelijk” in de kring van beroepsgenoten. Bovendien stuit pil-gebruik op godsdienstige en medische bezwaren. Deze bezwaren en weerstanden werken het beweemde gebruikelijk-zijn in de kring der beroepsgenoten tegen.

Op grond van een en ander is de conclusie terecht, dat pilconsulten zonder medische indicatie in de jaren 1966 tot 1970 niet gebruikelijk waren en zijn in de kring der beroepsgenoten als bedoeld in artikel 3 van het Verstrekkingsbesluit en derhalve geen onderwerp zijn van de overeenkomst van 10 april 1967. Naast de opvatting dat de pilconsulten zonder medische indicatie niet onder de Ziekenfondswet en niet onder Verstrekkingsbesluit vallen menen de huisartsen dat de overeenkomst van 10 april 1967 niet het oog heeft op deze consulten. In deze overeenkomst gaat het om de honorering van de geneeskundige en verloskundige hulp, die bij of krachtens de Ziekenfondswet door huisartsen aan de ziekenfondsverzekerden wordt verleend, dit wil zeggen op 10 april 1967 wordt verleend. De datum van 10 april 1967 is dus het beoordelingstijdstip voor het gebruikelijk-zijn van de pilconsulten zonder medische indicatie in de kring van beroepsgenoten. De honoreringsregeling, neergelegd in de brief van 10 april 1967 betreft de geneeskundige hulp, zoals die toen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk was. Toen waren pilconsulten in de kring der beroepsgenoten niet gebruikelijk. Dit is in overeenstemming met de eerder genoemde circulaire van de Ziekenfondsraad d.d. 15 april 1964 en de beschikking van de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Staatscourant 1967 no. 157. De circulaire van 22 februari 1968 waarin de Ziekenfondsraad als haar mening naar voren brengt dat de pilconsulten met het oog op family-planning onder geneeskundige hulp volgens de Ziekenfondswet en Verstrekkingsbesluit vallen is volgens de huisartsen een novum. Maar indien deze consulten in 1968 in de kring van de beroepsgenoten gebruikelijk waren geworden, betekent zulks, dat de in 1967 overeengekomen honorering niet op de pilconsulten zonder medische indicatie betrekking had en heeft. De ziekenfondsorganisaties stellen nu wel dat het onderwerp van de overeenkomst en van het abonnementstarief een flexibele zaak is met dien verstande dat het meerwerk wordt opgevangen door het minderwerk, maar uit onderzoeken blijkt dat het aantal verrichtingen door de huisarts per patiënt jaar op jaar toeneemt.

Tot slot ging pleiter nog in op de eigenlijke motieven, die aan de circulaire van de Ziekenfondsraad d.d. 22 februari 1968 ten grondslag liggen. Deze circulaire beperkt zich tot pilconsulten met het oog op family-planning. Deze pilconsulten behoren volgens de circulaire tot de taak van de huisarts en vallen

derhalve volgens de Ziekenfondsraad onder de huisartsenhulp, waarop verzekerden recht hebben en waarvoor het overeengekomen abonnementshonorarium is bedoeld.

Zonder nadere motivering voegt de Ziekenfondsraad daaraan toe, dat aan deze conclusie niet af doet, „dat de pil als zodanig voor dit doel geen verstrekking is”. Het is echter onbegrijpelijk en onaanvaardbaar, dat de ziekenfondsverzekerde geen recht heeft op de pil maar wel op het pilconsult. Op deze inconsequentie heeft eveneens het Eerste Kamer-lid Prof. Querido gewezen en de opvatting van de Ziekenfondsraad wordt helemaal onaanvaardbaar en onbegrijpelijk wanneer men denkt aan het geval van de apotheekhoudende huisarts: zijn pilconsult is gratis, maar zijn pil moet worden betaald.

Volgens pleiter zijn de motieven voor de opvatting van de Ziekenfondsraad van financiële en politieke aard. Maakt men de pil met het oog op family-planning tot farmaceutische verstrekking, dan kost dat enkele tientallen miljoenen, zoals staatssecretaris Kruisinga in de Tweede Kamer heeft medegedeeld. Echter het pilconsult met het oog op family-planning zou volgens de Ziekenfondsraad wel een verstrekking zijn. Dat is financieel volkomen begrijpelijk. Het verklaren van het pilconsult tot verstrekking kost namelijk niets. De prijs ervoor zou immers begrepen zijn in het abonnementshonorarium voor de huisartsen, dat volgens de overeenkomst van 10 april 1967 voor 4 jaar is vastgesteld.

Als politieke reden moet worden aangemerkt dat de Ziekenfondsraad in feite bevolkingspolitiek bedrijft. Men streeft naar algemene geboorteregeling of family-planning, door middel van de pil. Wie de pilconsulten met het oog op family-planning onder de verstrekkingen van de Ziekenfondswet brengt, maakt zich schuldig aan misbruik van recht. Wie dat op kosten van de huisarts doet, maakt zich schuldig aan misbruik van macht.

\*  
\*\*

De Rechtbank heeft intussen voorlopig uitspraak gedaan en een comparitie van partijen gelast om een schikking te beproeven.

## **INTERNATIONALE AUTO EMBLEMEN**

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

## **Uitbreiding mogelijkheden om artsen via radio-telefonische weg te bereiken**

De Nationale Frequentie Commissie (NFC) heeft een beslissing genomen waardoor ten behoeve van artsen de mogelijkheid wordt geschapen tot het vormen van mobilfoon- of portofoonnetten, waarbij rechtstreeks tweezijdig radioverkeer mogelijk is tussen een basisstation (op een vast adres geplaatste zend/ontvanger) en bij het net aangesloten artsen, die over een mobilfoon (in een auto gemonteerde zend/ontvanger) of een portofoon (gemakkelijk mede te dragen kleine zend/ontvanger) beschikken. Voor deze netten zal gebruik moeten worden gemaakt van dezelfde frequentiekanalen, als die, welke zijn toegewezen aan ambulancediensten.

De NFC is tot deze beslissing gekomen, omdat, in verband met de gewenste grotere bewegingsvrijheid van de arts, het gebruik van mobilfoon- of portofoonnetten voor de artsen een waardevolle aanvulling kan betekenen op de bestaande mogelijkheden voor draadloze communicatie, namelijk de openbare mobilfoondienst en de semafoondienst. De voor bovenbedoelde mobilfoon- of portofoonnetten benodigde apparatuur (basisstation, mobilfoon, portofoon) kan door de belanghebbende artsen zelf worden aangeschaft dan wel van de PTT worden gehuurd.

Voor de aanleg en het gebruik van eigen apparatuur, die aan de door de PTT gestelde technische eisen moet voldoen, is een radiozendmachtiging vereist, welke kan worden aangevraagd bij de Centrale Directie der PTT te 's-Gravenhage. Inlichtingen omtrent de huur van de benodigde apparatuur van PTT kunnen worden verkregen bij de directeur van het telefoondistrict waaronder men ressorteert.

## **Loongrens ziekenfondsverzekerden per 1 januari 1971 verhoogd tot f 16.000**

Bijkens berichten in dagbladen verschenen bij het ter perse gaan van dit nummer van Medisch Contact heeft de regering besloten de loongrens in de Ziekenfondswet per 1 januari 1971 vast te stellen op minstens f 16.000. Bovendien zal worden voorgesteld om deze grens ook op die datum nog aan te passen aan de gemiddelde stijging van de indexcijfers van lonen en prijzen over 1970.

Vorig jaar bedroeg deze loongrens f 13.800. Aanpassing per 1 januari 1970 leidde tot f 14.850. De Ziekenfondsraad had nu voorgesteld de grens auto-noom te verhogen tot f 16.000, omdat de kosten van de gezondheidszorg de laatste jaren belangrijk meer zijn gestegen dan de inkomens van de werknemers, waardoor deze kosten extra zwaar drukken op mensen van wie het inkomen juist boven de loongrens ligt.

# Minister Veringa geeft Tweede Kamer toelichting op wetsontwerp over voorzieningen van tijdelijke aard voor het onderwijs in de geneeskunde

Na een uitvoerige behandeling in de Tweede Kamer van het wetsontwerp „Voorzieningen van tijdelijke aard inzake de regeling van de toelating tot het bijwonen van het onderwijs in de faculteiten der geneeskunde van de universiteiten” (zie Medisch Contact nr. 8 van 20 februari 1970, bladzijde 183 e.v.), heeft de indiener van dit wetsontwerp, minister Dr. G. H. Veringa, onder meer het volgende als toelichting op de onderhavige problematiek naar voren gebracht:

De indiening van het ontwerp van wet, als het onderhavige, is mij enigszins zwaar gevallen, omdat de gevolgen van dit wetsontwerp in laatste instantie de keuze betreffen van individuele leden van de jonge generatie, op wier legitieme wensen op grond van externe, even legitieme factoren een inbreuk van overheidswege zou kunnen worden gemaakt. Ik weet, dat elke vrijheid een vrijheid in gebondenheid is. Ik weet dat bovendien voortdurend de ene vrijheidswaarde tegen andere moet worden afgewogen en dat vrijheidsbeginselen ook met andersoortige en soms zwaardere belangen in confrontatie moeten worden gebracht. Ik weet ook, dat de burger dagelijks in aanraking komt met beperkingen en bepalingen, nodig om andermans vrijheid te waarborgen en nodig om het gemeenschappelijke naar evenredigheid te verdelen en met een nuchter oog voor de gegeven schaarste beschikbaar te stellen. Dat er dan regels gelden, is uit een oogpunt van algemene belangenbehartiging een noodzaak en soms een voordeel. In de regeling waar wij vandaag over spreken handelt het over jonge burgers, die hun toekomst bouwen op verwachtingen maar die deze verwachtingen misschien enigszins doorkruist zouden kunnen zien. Ik meen, dat uiterste behoedzaamheid en zorgvuldigheid in onze overwegingen moeten passen. Met vreugde heb ik tijdens de schriftelijke voorbereiding en de debatten van vandaag bemerkt, dat men dit streven naar behoedzaamheid en zorgvuldigheid in het algemeen met mij tot leidraad wil kiezen. Ik ben de Kamer daarvoor erkentelijk.

Ik heb behoedzaamheid en zorgvuldigheid nagestreefd door in de eerste plaats naast het vele studiemateriaal van de commissie-Van Walsum nog meer informatie operationeel te maken. Ik ben de commissie-Verdam erkentelijk voor de wijze, waarop zij mij daarbij als intermediair heeft willen dienen. In de tweede plaats heb ik mij er in samenwerking met de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid van vergewist, dat een redelijke groei van het artsenbestand gewaarborgd blijft. In de derde plaats heb ik behoedzaamheid en zorgvuldigheid trachten na te streven door de wettelijke voor-

zieningen van tijdelijke aard te doen zijn en door de eventuele wachttijd na het propaedeutisch examen in elk geval tot een jaar te beperken, daarmede vooralsnog het risico nemende dat ik de voor noodgevallen voorgestelde toelatingsaanpassing naar rangorde van prestatie, wat dit beginsel van een waardering op grond van cijfers betreft, zelf al enigermate doorkruis. Het kan namelijk niet worden uitgesloten, dat het geval zich zou voordoen, dat een kandidaat met een hoger cijfergemiddelde moet wijken voor een kandidaat die reeds een jaar heeft moeten wachten. Voorts heb ik zorgvuldigheid en behoedzaamheid trachten na te streven door — dit is mijns inziens niet het minst belangrijke — in de mogelijkheid van een toelatingsregeling te voorzien, niet door een duidelijke dam te construeren, maar door een naar mijn mening op dit ogenblik maximale verfijning aan de regeling ten grondslag te leggen. Ik doel hier op de instelling van de door mij voorgestelde capaciteitsadviescommissie. Ik acht deze capaciteitscommissie zo belangrijk, dat ik over de tekst van het intitulé lang heb geaarzeld en heb overwogen om te stellen: Ontwerp van wet houdende tijdelijke instelling van een vaste adviescommissie etc. Ik vreesde echter, dat daarmede wellicht toch te weinig aandacht zou worden gevestigd op de voortdurend dreigende nood van de medische faculteiten en de noodzaak om dan een verantwoorde regeling bij de hand te hebben. Aan die aandacht is de Regering alles gelegen, mede uit een oogpunt van volksgezondheid.

Dit neemt echter niet weg, dat de voorgestelde commissie voor mij de kern van de regeling is. Ik constateer, dat er zich noodsituaties hebben voorgedaan en zoals de commissie-Verdam heeft aange-toond, blijven deze een acute dreiging vormen. Ik constateer tevens, dat de noodsituaties niet alleen voortkomen uit conflicten, maar ook weer nieuwe conflictsituaties oproepen. Juist in conflictsituaties tussen algemeen belang en deelbelang, maar ook tussen deelbelangen onderling, hebben wij naar mijn overtuiging een maximale behoefte aan democratisch vastgestelde beheersingsmogelijkheden. Ik mag constateren, dat een onafhankelijke, gespecialiseerde commissie, een commissie van arbitrage — dit is wellicht enigszins overtrokken, maar wel duidelijker —, een commissie die alle betrokkenen hoort alvorens advies uit te brengen, toch het beste evenwichtsorgaan is, dat wij ons ter beschikking kunnen stellen. Ik wil op deze plaats nog eens nadrukkelijk onderstrepen, dat de faculteiten instemmen met de totstandkoming van een dergelijke commissie. Dit betekent, dat zij een stap naar openheid doen. Aan de wettelijke verantwoordelijkheid van de

faculteiten voor de inrichting en de goede gang van het onderwijs wordt weliswaar geen afbreuk gedaan, maar de faculteiten accepteren bij de bepaling van de voorwaarden, die het dragen van hun verantwoordelijkheid — ik spreek nog niet eens over de verantwoordelijkheid voor de patiëntenzorg — mogelijk moet maken, een door de wet geregelde adviesprocedure. Deze openheid op voorhand van de zijde van de faculteiten verdient naar mijn mening alle appreciatie. Ik wil een beroep doen op de mogelijkheid, een regeling te aanvaarden, die voorziet in een procedure van hoor en wederhoor, van advies en open informatie en van een evenwichtige en met waarborgen omringde afweging.

In het wetsontwerp kom ik in overeenstemming met de reeds dikwijls geuite opinie, dat het aanbrengen van cesuren niet voorafgaand aan, maar na afsluiting van de propedeuse dient te geschieden. Het wetsontwerp voldoet aan de eis, die naar mijn mening in verband met de mogelijkheden tot open democratische controle gesteld moet worden. Ik kom dan tot de figuur van een evenwichtsmechanisme, dat in werking treedt bij alarm en dat wordt uitgeschakeld zodra dat alarm loos blijkt te zijn of zodra de indicatie blijft ophouden te bestaan.

Ik zal nu vooral spreken over het „hoe” van mijn voorstel en niet zozeer meer over het „waarom”. Na het uitvoerige debat over de Nota medisch wetenschappelijk onderwijs mag dit op dit ogenblik wellicht ook niet van mij worden verlangd. Het rapport van de commissie-Verdam is beknopt, maar spreekt boekdelen. De faits et gestes van de leden van die commissie geven bepaald geen aanleiding tot de indruk, dat zij voor alles tot de regelaars willen worden gerekend. Wanneer mensen met een dergelijke distantie na onderzoek en na hearings tot urgentie concluderen, is het moeilijk om te twifelen. Wij moeten ons nogmaals realiseren, dat de opleidingscapaciteit van juist een medische faculteit niet eindeloos rekbaar is, zelfs niet bij de prioriteit in de toedeling van regeringszorg, die deze faculteiten in de afgelopen jaren al hebben genoten. Hoe moeilijk de grenzen, vooral in de preklinische fase, zijn vast te stellen, weten wij, maar deze kennis mag niet leiden tot escapisme. Zo onduidelijk is het ook niet voor degenen, die kennis hebben genomen van de capaciteitsonderzoekingen, die de faculteiten zelf met toenemende mate van precisie hebben uitgevoerd, die kennis hebben genomen van het betoog van de subcommissie uitbreiding opleidingscapaciteit van de commissie-Van Walsum en bovenal hebben kennis genomen van tegelijk simpele en duidelijke uiteenzetting van de commissie-Verdam op dit punt en deze naar waarde weten te schatten. Ik herhaal wat ik in het begin stelde: de afweging is mij, en zoals is gebleken verschillende geachte afgevaardigden, zwaar gevallen, maar ik meen toch dat wij twee dingen moeten garanderen. Op de eerste plaats dat de kwalitatieve eisen niet in het gedrang komen ten opzichte van alleen maar kwantitatieve ontwikkelingen. Het moet ons ook gaan en wél vooral om de patiënt van morgen. Ten tweede, dat

de rust wordt geschapen om een arbeidsklimaat te verzekeren, waarin aan de bij uitstek dynamische ontwikkeling van medisch onderzoek en onderwijs met vrucht kan worden gewerkt. De aanwezigheid van een reguleringsmechanisme bij potentieel alarm is van uitermate groot belang. Laten wij daarnaast niet vergeten, dat de medische faculteiten hard op weg zijn met de herprogrammering en een nieuwe operationalisering van doelstellingen, die over de gehele linie van het wetenschappelijk onderwijs van zo vitale importantie zijn. Het zo geheten nieuwe curriculum is daarvan een eerste maar zeker geen laatste voorbeeld.

Het thans in behandeling zijnde ontwerp van wet is slechts een onderdeel, maar ik herhaal, een vitaal onderdeel van een veel meer omvattend beleidsplan. Figuurlijk is reeds de eerste paal geslagen voor een achtste medische faculteit en mij dunkt dat de voortvarendheid van de voorzitter van de desbetreffende commissie duidelijk maakt, wat ik daarmee bedoel. Als ik daarnaast de motie van de heer Van Dijk c.s. ter harte neem, zeg ik steun toe aan de plannen van vooral de technische hogescholen om bij te dragen aan de uitbreiding van de mogelijkheden voor medisch wetenschappelijk onderzoek. Niet in de laatste plaats vormt het affiliatiebeleid voor mij een punt van voortdurende aandacht.

#### *Affiliatie*

Aan die affiliatie hebben verschillende geachte afgevaardigden woorden gewijd. Mag ik hierover het volgende zeggen? Op 11 november 1968 heb ik samen met de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid de Affiliatie-adviescommissie ingesteld, die ons zou adviseren over het op kortere en langere termijn te voeren beleid. De moeilijkheid, waarvoor deze commissie zich gesteld zag, is dat op korte termijn reeds beleidsuitspraken werden gevraagd, terwijl de algemene beleidslijnen op langere termijn nog moesten worden getrokken. De meningsvorming kon zich slechts geleidelijk ontwikkelen. Verschillende geachte afgevaardigden hebben erop gewezen, dat de affiliatie een uitermate complex probleem is. In de commissie hadden vertegenwoordigers zitting van uiteenlopende groeperingen, behorende tot de sector van onderwijs en wetenschappen enerzijds en van volksgezondheid anderzijds. Zowel bestuurlijk, voor wat betreft de universiteiten en de faculteiten der geneeskunde in verhouding tot de besturen der algemene ziekenhuizen, alsook op onderwijsgebied voor wat betreft de faculteitsleden in hun verhouding tot de specialisten in de niet academische ziekenhuizen, moesten en moeten nieuwe organisatorische vormen en werkwijzen worden gevonden, en ook voor de ziekenhuisdirecties brengt de institutionalisering van de affiliatie organisatorisch de nodige problemen met zich. Het behoeft niemand te verwonderen dat de Affiliatie-adviescommissie enige tijd nodig heeft gehad voor terreinverkenning, ten einde door intern beraad de leden van de commissie van ieders problematiek op de hoogte te stellen. Geleidelijk aan

heeft de commissie deze problematiek kunnen aanvatten en het stemt mij tot voldoening, te kunnen mededelen, dat terwijl uw Kamer, mijnheer de voorzitter, in vergadering bijeen is, de affiliatiecommissie heeft vergaderd en zojuist de tekst heeft vastgesteld van het rapport, dat zij dezer dagen aan mij en aan staatssecretaris Kruisinga hoopt aan te bieden.

In dit rapport zal de commissie haar fundamentele overwegingen met betrekking tot de affiliatie neerleggen. Voorts zal zij aandacht schenken aan de taak en de positie van de functionarissen, die bij de affiliatie zijn betrokken en uiteraard ook aan de invloed die de affiliatie op de patiëntenzorg zal hebben. Naar mij ondershands door de voorzitter van de commissie werd medegedeeld, zal het uit te brengen rapport heel concrete aanbevelingen bevatten over de organisatie en vooral ook over de financiering van de affiliatie. Er bestaat naar mijn mening eveneens reden tot voldoening over de totstandkoming van een aantal affiliatie-overeenkomsten tussen universiteiten en niet academische ziekenhuizen, ondanks het feit dat de adviescommissie zich nog bezon over de grondslagen van het totale affiliatiebeleid op langere termijn. De subcommissie uit de Affiliatie-adviescommissie, die mij adviseert over deze overeenkomsten, heeft reeds een viertal gevallen behandeld en andere op dit ogenblik in studie. Ik denk nu aan de rijksuniversiteit Leiden - gemeenteziekenhuis Den Haag, Katholieke universiteit Nijmegen - gemeenteziekenhuis Arnhem, Vrije Universiteit - Katholiek ziekenhuis Amsterdam - Gemeente universiteit Amsterdam - Emma-Kinderziekenhuis Amsterdam. Verder zijn in voorbereiding: rijksuniversiteit Groningen - Deventer ziekenhuizen, rijksuniversiteit Leiden - Juliana-Kinderziekenhuis Den Haag, met daarbij een aantal, waar de reeds nu beschikbare capaciteit kan worden uitgebreid, en een aantal, dat op dit ogenblik in naartijdige studie is en waarvoor een concept-overeenkomst grotendeels rond is. Er zijn op dit ogenblik al een aantal honderden plaatsen beschikbaar.

Over de inschakeling van de niet-academische ziekenhuizen in Eindhoven en Twente, waarnaar de geachte afgevaardigde de heer De Vreeze heeft gevraagd, zijn besprekingen gaande. In dit verband zou ik in het bijzonder willen wijzen op de rol, die ook de technische hogescholen in Eindhoven en Twente ter zake kunnen spelen. Zo is het denkbaar — ik krijg thans de indruk, dat het de geachte afgevaardigde de heer Dijkstra is die hiernaar in feite heeft gevraagd —, dat de medische faculteit Groningen met ziekenhuizen in Twente met steun van de Technische Hogeschool aldaar tot een capaciteitsuitbreiding zou kunnen komen. Nijmegen heeft contacten met het Canisius-ziekenhuis. Groningen is in overleg met ziekenhuizen in Twente. De moeilijkheden bij de affiliatie-overeenkomsten zijn toch nog zeer vele.

Enkele meer fundamentele problemen blijven een rol spelen. Ik noem hiervan: 1. op welke blijvende capaciteit moet worden gerekend? 2. hoe moeten de niet constante toppen worden opgevangen? 3. enke-

le specialismen geven meer zorg dan andere; met name de oor-, neus-, keelziekten, de oogheelkunde en de huidziekten en op sommige plaatsen ook de verloskunde en de kindergeneeskunde. Alle faculteiten zoeken naar oplossingen en naar ik hoor heeft men overal contacten voor affiliatie en zoekt men op dit ogenblik naar organisatorische oplossingen. Het is echter duidelijk, dat met name ten aanzien van de te verwachten toppen tijdelijke oplossingen zullen moeten worden gevonden.

Met zorg zal ik medewerken bij de verdere verfijning van de in eerdere rapporten gehanteerde sleutels bij de berekening van het aantal co-assistenten ten opzichte van de voorraad beschikbare opleidingsbedden, die juist met het oog op het nuchter onder de ogen zien van de principiële beperking van nut kan zijn. Deze verfijning regardeert niet alleen het onderscheid tussen zogeheten „grote” en „kleine” specialismen, maar ook de gevolgen, die uit het in het nieuwe curriculum naar voren schuiven van de klinische fase en de toenemende verplechting daarvan met preklinische onderdelen van de opleiding zullen voortvloeien. Ik verwacht daarnaast ook veel van het verder exploreren van de affiliatiemarkt, dat wil zeggen van het in kaart brengen van de werkelijk voor de all-round opleiding geschikte mogelijkheden in de voor opleidingsdoeleinden gekwalificeerde algemene ziekenhuizen. Ik vertrouw hierbij mede op een heel goede gezindheid ten aanzien van de bepaling in het reglement van het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten, waarin wordt gesproken over de vereiste bereidheid van de opleidingsziekenhuizen, co-assistenten te aanvaarden. Aan de suggestie van de commissie-Verdam om een nadere regeling bij de wet op dat vlak niet te schuwen, meen ik uit hoofde van dat vertrouwen thans nog niet gehoor behoeven te geven. Mij staat een toekomstbeeld voor ogen, waarin de academische ziekenhuizen kernen vormen van een nationaal opgezet ziekenhuisplan. Dit plan zal dan vormen het geheel van functionele regiones in plaats van slechts door traditionele, op de landkaart aanwezige, lijnen begrensde districten.

#### *Capaciteit*

De door respectievelijk het Inter-universitaire overleg der Nederlandse faculteiten der geneeskunde, de commissie-Dijkhuis en de commissie-Verdam mogelijk geachte maximale opleidingscapaciteitsgetallen zijn wel met elkaar in overeenstemming te brengen, omdat daartussen een functioneel tijdsverschil bestaat, dat naar ik meen met het u voorgelegde totale beleidsplan kan worden overbrugd. Wanneer men verschillen constateert tussen 1040, 1090 en 1140, komt dit voort uit de nadere bepaling van de klinische capaciteit. Aan het landelijke beoordelingsstelsel hecht ik, ook los van het aannemen van het onderhavige wetsontwerp, veel belang. Ik heb in de memorie van antwoord enkele verrekennings- respectievelijk ijkingsmethoden uiteengezet, waardoor ervoor wordt zorggedragen, dat een lan-

delijke gelijktijdige constantie van de normen kan worden bereikt. Voorts acht ik ook constantie van de normen in de diepte, van tijd tot tijd, dus van jaar tot jaar voorwaarde. Ook daarvoor bestaan technisch heel goed uitvoerbare methoden, zoals bijvoorbeeld professor De Groot heeft uiteengezet. Beide constanten in examennormen zijn voor mij in de aangehangen examenfilosofie wel uiterst belangrijk. Ik heb overigens alle vertrouwen, daar immers juist het initiatief tot het landelijk beoordelingsstelsel zonder verstarrende neveneffecten uit de boezem van de onderwijscommissie van het inter-facultair overleg geneeskunde is voortgekomen.

Het woord loting is verschillende malen gevallen. Ik geef toe, dat tegen het bepalen van een rangorde naar cijfers kunnen pleiten, zoals de heer Schuring heeft opgemerkt, het soms optredende gebrek aan correlatie tussen propedeusecijfers en doctoraalcijfers, de jachtigheid van elke competitie, waardoor een aantal problemen ook in de intermenselijke sfeer tussen studenten kan ontstaan en het feit, zoals ik eerder opmerkte, dat ik in zoverre het principe zelf heb doorbroken, dat ik degenen, die reeds een jaar hebben gewacht, voorrang geef op anderen met betere cijfers. Toch heb ik het idee, dat vóór het hanteren van de cijferindicatie nog meer argumenten pleiten. Ik meen, dat dank zij de herprogrammering van het propedeutisch onderwijs, deze fase steeds meer een representatief en informatief karakter krijgt. De correlatie waarover ik zojuist sprak wordt daarmee een belangrijke factor. Nog belangrijker is, dat in een informatieve fase ook de student recht heeft op een zo exact mogelijke informatie, dus op een zo precies mogelijke uitdrukking van de waarde van zijn prestaties. Dat vereist in ieder geval de handhaving van een cijferschaal, wat men daarmee ook doet. Met de cesuur: gezakt of geslaagd kan niet worden volstaan, want verdere classificatie binnen de categorie van geslaagden is ook weer een zaak van billijkheid. Een examen, dat voldoet aan de normen van objectiviteit, zowel bij landelijke verrekening als in de tijd gezien, dat daarnaast voldoet aan eisen van representatieve en informatieve waarde, is toch wel iets anders dan alleen maar een lot uit de loterij. Die correlatie moet ik toch verwerpen.

Er is ook gevraagd, of nu juist dit jaar de hele kwestie van het reguleringsmechanisme zo verschrikkelijk urgent is. De urgentie is in dit voorstel niet zozeer gebonden aan een concreet tijdstip, dat nu kan worden aangegeven, maar aan het argument dat de grootst mogelijke behoefte aan ingebouwde veiligheid bij de planning en de ontwikkeling van het medisch onderwijs, het medisch onderzoek en de patiëntenverzorging bestaat. Een noodrem legt men eigenlijk liever niet pas aan als de rem niet meer kan functioneren. Wanneer ik zou moeten berekenen, hoeveel kandidaten dit jaar voor het propedeutische examen zullen slagen, zou ik onvermijdelijk — zowel voor hen die voor de eerste keer deelnemen als voor de recidivisten — een soort van gemiddeld slagingspercentage uit het verleden tot ba-

sis moeten nemen. Ik zou op dit ogenblik de mogelijkheid niet willen uitsluiten dat een en ander reeds dit jaar zal moeten gebeuren, ofschoon ik goede hoop heb dat dit wetsontwerp pas het volgend jaar in werking zal behoeven te treden.

\*  
\*\*

Na deze wat meer algemene opmerkingen ga ik nader in op enkele punten die de geachte afgevaardigden hebben genoemd. Ik ben de geachte afgevaardigde de heer Diepenhorst erkentelijk voor de schets die hij heeft gegeven van de zorgelijke ontwikkeling ten aanzien van het medisch wetenschappelijk onderzoek, het medisch wetenschappelijk onderwijs en de volksgezondheid. Ik heb goede nota genomen van zijn woorden over de organisatorische en de economische aspecten van de affiliatieproblematiek. Na wat ik reeds daarover heb opgemerkt, mag ook hij zich verzekerd weten dat dit vraagstuk in al zijn facetten mijn bijzondere aandacht heeft.

De geachte afgevaardigde de heer Dijkstra wil ik onder de aandacht brengen, dat ik zijn mening niet deel, dat — zoals ik meende te beluisteren — er zelfs nog geen begin zou zijn gemaakt met een volksgezondheidsbeleid op langere termijn. Dit is een vraagstuk dat de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid regardeert, maar ik mag mijnerzijds wel wijzen op de onder het vorige kabinet door minister Veldkamp uitgebrachte Volksgezondheidsnota, op de wetgevende arbeid van staatssecretaris Kruisinga, op de arbeid van de commissie-De Kock Van Leeuwen en op de arbeid van professor Querido, welke laatste, zoals bekend, een onderzoek instelt naar de wijze, waarop verbetering kan worden gebracht in de organisatie en de planning van het medisch wetenschappelijk onderwijs, mede in relatie tot de eisen te stellen door het beleid ten aanzien van de volksgezondheid. Professor Querido heeft zijn eerste verkennende rapport inmiddels bij mij en staatssecretaris Kruisinga ingediend.

Naar aanleiding van de vraag van de geachte afgevaardigde de heer Dijkstra betreffende de werking van een landelijk beoordelingsstelsel wil ik nog eens herhalen, hoe een landelijke beoordeling te werk zou kunnen gaan. In de eerste plaats de omschaling van de resultaten per faculteit naar één schaal. In de tweede plaats de bepaling van de grens gezakten-geslaagden uit het gemiddelde van de grenzen per faculteit. Het gevolg daarvan is niet een gelijk percentage, maar wel een naar elkaar toegroeien van de percentages. Het betekent dat een goed jaar een goed jaar blijft, al zal de grens gezakten-geslaagden wellicht iets verschuiven.

De geachte afgevaardigde de heer Masman heeft gevraagd — met verwijzing naar de artikelen 2 en 5 van het wetsontwerp —, of de faculteiten wel verplicht zullen zijn, zich naar een op advies van de capaciteitscommissie genomen beslissing te richten en wat de minister kan doen, als de faculteiten niet bereid zijn, dit te doen. De heer Masman vreest



hier, naar ik heb begrepen, moeilijkheden, omdat artikel 59 van de Wet op het Wetenschappelijk Onderwijs niet uitdrukkelijk voor de medische faculteiten en wat de hier bedoelde zaak betreft buiten werking wordt gesteld. Ik wil erop wijzen, dat het hier om een nadere wettelijke regeling gaat, die onmiskenbaar een zekere beperking van de eigen beslissingsbevoegdheid van de medische faculteiten inhoudt. Deze nieuwe wettelijke regeling wijkt dus in dit opzicht af van de algemene regeling van artikel 59 van de Wet op het Wetenschappelijk Onderwijs, die voor alle faculteiten geldt en die in algemene zin de bevoegdheid tot zelfstandige regeling van het eigen onderwijs van die faculteiten erkent. Het spreekt naar mijn mening vanzelf, dat de medische faculteiten gebonden zijn aan deze voor een op hun terrein liggend speciaal geval geldende nieuwe nadere wettelijke regeling die op dit punt, wat de medische faculteiten betreft de meer algemene regeling duidelijk inperkt. In technisch-juridische terminologie is het een *lex specialis* die derogeert aan de *lex generalis*.

Ik wil de geachte afgevaardigde de heer De Vreeze gaarne zeggen, dat ik ten aanzien van de capaciteitsbepaling van mening ben, dat deze in principe de totale opleiding betreft, doch dat voorlopig de klinische elementen het uitgangspunt dienen te zijn tot zolang niet ook andere gegevens die dit standpunt zouden kunnen aantasten ter beschikking komen. Ik dacht dat ook de capaciteitscommissie daarvan moest uitgaan, al wil ik de commissie wel opdracht geven, zich meer inzicht te verwerven in speciaal de capaciteitselementen van de totale opleiding inclusief juist de pre-klinische jaren.

De geachte afgevaardigde de heer Masman heeft gevraagd, of de voorstellen van de commissie-Smallenbroek reeds zijn ingevoerd en welke effecten daarvan zijn te melden. Daarbij heeft hij gezegd, dat deze voorstellen inzake een bijzondere honoreringsregeling zich niet uitstrekken tot de leden van het medisch wetenschappelijke corps in de zogenaamde basisvakken. Het interimrapport dat de commissie-Smallenbroek eind verleden jaar aan mij heeft uitgebracht, heb ik op voorstel van de commissie toegezonden aan de colleges van curatoren en besturen van academische ziekenhuizen met het verzoek dit stuk intern in de kring van betrokkenen onderwerp van bespreking te maken en de resultaten daarvan rechtstreeks aan de voorzitter van de commissie ter kennis te brengen. De commissie stelt zich voor na bestudering van dat commentaar zo spoedig mogelijk tot een eindrapport te komen.

De commissie heeft van een enkele instelling commentaar gehad. Van andere instellingen wordt nog commentaar ingewacht. Er is gevraagd, de inzending van het commentaar te bespoedigen. In enige hoorzittingen heeft de commissie ook mondeling nadere informatie omtrent de inzichten uit de kring van belanghebbenden verkregen. Daarbij is ook het punt aan de orde gekomen, of en zo ja op welke wijze de regeling, die de commissie zich denkt, ook tot niet-klinici zal dienen te worden uitgestrekt. In

haar interimrapport heeft de commissie niet het standpunt ingenomen, dat de regeling zich tot de klinici zal moeten beperken, terwijl expliciet de betekenis van de basisvakken ook voor het niveau van de patiëntenverzorging is onderkend. Ongetwijfeld zal de commissie in het eindrapport veel meer concreet dan in het interimrapport op deze zaak terugkomen.

Vervolgens wil ik aansluiten op een tweetal vragen van de geachte afgevaardigde de heer Masman, die stelde: De minister heeft destijds zeer duidelijk gezegd, dat hij met het investeringsschema, zoals het er nu ligt, geen beperkende bepalingen behoeft in te voeren; later heeft de minister met betrekking tot de medische situatie — de tandheelkunde en de diergeneeskunde — toch een aantal nadere verzachtingen van zijn eerder ingenomen standpunt bekendgemaakt. In discussies met de geachte afgevaardigde de heer Tans — deze discussies herinner ik mij nog zeer goed; als ik het mij goed herinner, was er in deze discussies een bepaald verschil van mening; de één sprak over 1972, de ander sprak over 1975 en op een bepaald ogenblik sprak ik over het jaar 1973 — ging het om de vraag, of ik met het huidige investeringsschema tussen nu en 1980 globaal gesproken de studenten in de verschillende universiteiten kon opvangen. Al op dat ogenblik maakte ik een duidelijke uitzondering voor de medische studie. Op de zeer pertinente vraag van naar ik meen de geachte afgevaardigde de heer Tans, namelijk of een eventuele achtste medische faculteit zou moeten worden gefinancierd uit de op dit ogenblik vastgelegde gelden, heb ik geantwoord, dat dit niet het geval was. Voorts heb ik in een aantal commissievergaderingen, ook openbare, heel duidelijk gesproken over het feit, dat het op een bepaald ogenblik niet alleen gaat om het geld, maar dat zich ook andere situaties kunnen voordoen, waarin men gewoon lange tijd nodig heeft, langer dan men op een bepaald ogenblik kan voorzien, voordat men op een gegeven ogenblik aan alle studenten in een bepaalde studierichting een bepaalde mogelijkheid kan bieden. Ik behoef hierbij maar op de problematiek rond de tandheelkunde te wijzen. Kort voordat een beslissing ter zake werd genomen, zouden er nog 60 plaatsen over zijn. Een aantal maanden later was er plotseling een tekort van 90 plaatsen. Ik heb toen gezegd: Als een minister zich bijvoorbeeld niet kan baseren op de cijfers genoemd in het rapport van de commissie-Dalmulder, is het voor een minister niet mogelijk, enigermate een redelijk beleid te voeren. Ik heb dus vanaf het begin gesteld, dat ik van mening was — na overleg met een medewerker van het Centraal Planbureau die eenzelfde formule had opgesteld — dat ik, uitgaande van het middenalternatief van de commissie-Dalmulder, voor de periode van nu tot 1980 met inschikkelijkheid en eventueel met het huren van een aantal gebouwen enz. de situatie zou kunnen opvangen. In Amsterdam wordt bijvoorbeeld een groot, nieuw transitorium voor de psychologie gebouwd. Er is natuurlijk tijd nodig om zo'n transitorium af te bouwen. Als

zich intussen knelpunten voordoen, kunnen die alleen worden opgelost door improvisatie. Ook als ik bereid ben met curatoren tot tijdelijke voorzieningen te komen, is het nog mogelijk dat inschikkelijkheid vereist is. Ik zie niet in, waarom een zekere mate van die inschikkelijkheid niet ook zou mogen worden gevraagd bij het wetenschappelijk onderwijs.

Wat de diergeneeskunde betreft, heb ik gezegd — en dat blijkt ook uit de memorie van antwoord bij het onderhavige wetsontwerp — dat mijn vrees een andere basis had. Door de Maatschappij tot Bevordering van de Diergeneeskunst is duidelijk gesteld, dat, als wij doorgaan met het jaarlijks aannemen van het huidige aantal studenten, valt uit te rekenen dat er op een bepaald ogenblik een moeilijke situatie ontstaat met betrekking tot het plaatsen van de afgestudeerde dierenartsen in de praktijk.

Wanneer de geachte afgevaardigde de heer Masman spreekt over personeelsplanning, zie ik in dat dit nodig is, maar toch hangt het een beetje af van de eerste indicatie, die ik krijg van de Commissie voorbereiding achtste medische faculteit. Als die

zou zeggen: „Wij voorzien geen andere mogelijkheid dan in 1980”, is dat voor mij een volkomen andere situatie met betrekking tot de personeelsplanning dan wanneer het jaar 1972 of het jaar 1973 zou worden genoemd. In het laatste geval is het naar mijn idee nu reeds noodzakelijk, een aantal jonge, veelbelovende academici in verschillende bestaande medische faculteiten en academische ziekenhuizen voor te bereiden op het feit, dat zij in dienst moeten treden op het moment, dat de eerste studenten het gebouw van de achtste medische faculteit betreden, zodat de zaken dan niet plotseling door de personeelssituatie worden bemoeilijkt. Juist omdat ik dit geen vrijbrief wil laten zijn, kom ik met dit wetsontwerp. Wanneer dit wetsontwerp niet wordt aanvaard, bestaat op grond van artikel 59 de mogelijkheid, dat individueel in de verschillende medische faculteiten tot het hanteren van wachtlijsten wordt overgegaan. Ik kom met dit wetsontwerp mede om de discussie in deze Kamer uit te lokken en daardoor aan deze Kamer duidelijk te maken, hoe de problemen liggen.

## OFFICIËEL

### MC | VAN HET HOOFDBESTUUR

#### Uitslagen verkiezingen districtsraden

Op grond van het bepaalde in artikel 607 lid 3 H.R., worden de uitslagen van de verkiezingen voor de districtsraden in MC gepubliceerd. Deze publicatie vindt nu nog plaats in alfabetische volgorde. Wanneer alle 20 districtsraden zullen zijn verkozen en zij tevens elk hun bureau (bestaande uit voorzitter, plv. voorzitter(s) en secretaris) hebben samengesteld, zal een overzichtspublikatie daarvan plaatsvinden.

Tot lid van de districtsraad voor district II zijn gekozen:

H. J. Buitenhuis - Amstelveen;  
Mevr. M. A. van Ess-van der Knoop - Amstelveen;  
Th. H. Heeremans - Haarlem;  
J. D. Kaan - Aalsmeer;  
W. G. W. Loggers - Heemstede;  
A. P. Nolen - Heemstede;  
M. A. de Ruiter - Beverwijk;  
Jhr. R. A. van Valkenburg - Heemstede;  
Dr. Th. J. van Vloten - Haarlem;  
L. J. Vreeling - Beverwijk.

Tot lid van de districtsraad voor district VI zijn gekozen:

Dr. G. F. Bleeker - Vlaardingen;  
J. W. Boehmer - Brielle;  
F. Hengeveld - Rotterdam;  
E. M. Janssens - Rotterdam;

Prof. Dr. S. A. de Lange - Rotterdam;  
E. L. van Smaalen - Rotterdam;  
Dr. H. Smitskamp - Rotterdam;  
F. de Stoppelaar - Vlaardingen;  
G. in 't Veld - Schiedam;  
H. N. C. Vroon - Rotterdam;  
Dr. M. W. van Weel - Rotterdam.

Tot lid van de districtsraad voor district VII zijn gekozen:

A. Binnerts - Dordrecht;  
J. A. Crezée - Rijsoord;  
J. Dogterom - Sommelsdijk;  
A. Lubbers - Giessendam-Hardinxveld;  
G. Nieuwenhuis - Gorinchem;  
W. Noordhoek - 's-Gravendeel;  
Dr. G. J. Sas - Dordrecht;  
F. H. W. v. d. Wal - Sliedrecht;  
J. R. T. van Weering - Alblasserdam.

#### Maatschappij-agenda 1970

|                |  |
|----------------|--|
| 12 juni        | — Ledenvergadering L.H.V.                          |
| 12 september   | — Alg. Vergadering Maatschappij                    |
| 24 september   | — Centraal Bestuur L.S.V. met districtsvoorzitters |
| 2 en 3 oktober | — Ledencongres Maatschappij                        |
| 24 oktober     | — Ledenvergadering L.S.V.                          |
| 13 november    | — Ledenvergadering L.H.V.                          |
| 14 november    | — N.H.G.-congres                                   |
| 21 november    | — Ledenvergadering L.A.D.                          |
| 19 december    | — Alg. Vergadering Maatschappij                    |

## Jaarverslag 1969 van de secretaris der Landelijke Huisartsen Vereniging

De reglementaire plicht van de secretaris tot het uitbrengen van een jaarverslag gaat niet zover dat daarin verantwoording wordt afgelegd, namens het Centraal Bestuur, van het door de Vereniging gevoerde beleid. Het behoeft dan ook niet formeel de goedkeuring van het Centraal Bestuur en laat aan de opsteller een zekere vrijheid en eigen verantwoordelijkheid.

Een terugblik op de bonte stroom van gebeurtenissen die de Landelijke Huisartsen Vereniging gedurende het jaar 1969 heeft beroerd, teneinde te bepalen wat daarvan vermeldenswaard is, noodt als het ware tot het opmaken van een soort tussentijds bestek.

Aangezien zowel de opdracht als de middelen daartoe ontbreken, zal ondergetekende zich beperken tot het belichten van de belangrijkste motieven en het aangeven van enkele grote lijnen waardoor het beleid werd bepaald, en tot het releveren van de belangrijkste feiten. Het spreekt vanzelf dat men zich daarbij niet kan beperken tot dat ene jaar 1969, maar daarbij terugdenkt aan een reeks van jaren en dat toekomstverwachtingen een rol spelen.

Aan het einde van het jaarverslag over 1968 werd reeds gepreludeerd op het bestaan van een toen nog latente organisatorische problematiek in verband met de verbreding van het terrein waarop de L.H.V. in de laatste jaren, zowel nationaal als internationaal, activiteiten heeft ontplooid en met de uitbreiding van de daarmee samenhangende werkzaamheden. Deze problematiek hangt ten nauwste samen met de doelstelling van de L.H.V.: „Het behartigen en bevorderen in de ruimste zin van de maatschappelijke belangen van de Nederlandse huisartsen, . . .” en met de wijze waarop Centraal Bestuur en ledenvergadering deze doelstelling, gezien de omstandigheden, interpreteren en concretiseren in een bepaald beleid. In het recente verleden is deze doelstelling feitelijk in een ruimer kader geplaatst en aangeduid als „het scheppen en bevorderen van zodanige omstandigheden dat de functie van de huisarts in de gezondheidszorg en het peil van zijn werk worden gehandhaafd en bevorderd”.

Het hierop gestoelde beleid van de L.H.V. werd in het verslagjaar voortgezet en uitgebreid, gepaard aan een bezinning op de doelstelling en het takenpakket van de L.H.V., de werkwijze van Centraal Bestuur en Bureau, en de voorbereiding van wijzigingen in het Huishoudelijk Reglement.

De veelheid van problemen welke zich ook in het afgelopen jaar hebben voorgedaan, wordt enigszins geïllustreerd door het feit dat het C.B. 29 maal bij-

een kwam; 4 maal was dit met de districtsvoorzitters, 3 maal met de technische commissie sociale voorzieningen in een tweedaagse zitting.

Ook het aantal ledenvergaderingen mag tekenend voor bovenaangeduide ontwikkelingen worden genoemd. In 1969 kwam de ledenvergadering 11 maal bijeen en wel op 7 februari, 14 februari, 13 maart, 18 maart, 13 juni, 23 juni, 26 september, 7 november, 27 november, 19 december en 30 december. Bovendien was er 1 maal een voorlichtingsavond inzake sociale voorzieningen (27 maart) en kwam 2 maal het apothekhoudende bestuurscorps bijeen (4 en 30 september). Tenslotte verdient vermelding in dit verband dat wij naast onze gebruikelijke publikaties in Medisch Contact en onze informatie door middel van het huisartsenvademecum 12 maal brieven aan alle leden verzonden.

Mogen bovenstaande cijfers een idee geven van het pogen de gehele L.H.V. te betrekken bij de problematiek waarvoor Centraal Bestuur en ledenvergadering in 1969 hebben gestaan, anderzijds moet gezegd dat de problemen zelf van dien aard waren dat zij een dergelijke stroom van vergaderingen en informatie, wellicht zelfs meer nog, alleszins rechtvaardigen.

Alvorens echter de problematiek waarmee onze vereniging in het jaar 1969 werd geconfronteerd nader onder de loep te nemen, volgen eerst de gebruikelijke feitelijke gegevens.

### Feiten

Per 1 januari 1969 had de L.H.V. 4.296 leden (1.380 apothekhoudend); per 31 december 1969 waren dit er 4.311 (1.381 apothekhoudend).

De ledenvergadering bestond uit 62 afgevaardigden waarvan tenminste 21 apothekhoudend dienden te zijn.

Het Centraal Bestuur bestond per 1 januari 1969 uit: J. F. A. van Rijn, voorzitter; C. Z. Salomé, vicevoorzitter; C. van der Marel, penningmeester; voorts de leden F. A. Bol, J. Helfrich, F. Pasdeloup, S. van Randen, G. A. Sekhuis, J. P. M. Trouw, H. J. A. Waardenburg; tenslotte ondergetekende, secretaris.

Per 1 juli 1969 verliet F. A. Bol om persoonlijke redenen het Centraal Bestuur; eveneens vertrok per deze datum H. J. A. Waardenburg, aangezien hij een ambtelijke functie had aanvaard. Zij werden opgevolgd door respectievelijk F. N. M. Bierens en Th. N.

*J. Weterman.* Tijdens de ledenvergadering van 16 december werd *F. A. van Spanje* gekozen in de vacature welke per 1 januari 1970 ontstond door het vertrek om persoonlijke redenen van *C. Z. Salomé*.

Tot groot leedwezen van het Centraal Bestuur moest het kennis nemen van het overlijden op 18 januari 1969 te Utrecht van *Dr. F. A. van Dop*, erelid van de L.H.V.

Bij de aanvang van het verslagjaar traden als adviserende leden van het Centraal Bestuur op: *Dr. E. D. Eggink* voor het H.B. der K.N.M.G.; *Dr. J. P. M. Lelkens* voor het C.B. der L.S.V.; *W. C. de Boer* voor het C.B. der L.A.D.; *Dr. H. J. Dokter* voor het bestuur van het N.H.G.

In de loop van het jaar werd collega *Lelkens* vervangen door *W. Wesseldijk*, collega *De Boer* door *J. H. H. Lammerts van Bueren* en collega *Dokter* door *J. A. J. van Poppel*.

*De commissie van Gedelegeerden* van het C.B. bestaande uit voorzitter, ondervoorzitter, secretaris, penningmeester en adviserend lid voor het H.B. der K.N.M.G. kwam 9 maal bijeen, alsmede 3 maal voor een vergadering met het dagelijks bestuur van het N.H.G. en 1 maal voor een informele vergadering met het Gemeenschappelijk Overleg van Ziekenfondsorganisaties (G.O.Z.). De zogenaamde kleine RMBA, waaraan Gedelegeerden deelnemen, kwam in 1969 2-maal bijeen.

*De commissie ziekenfondstarieven* bestond voor wat de medische sectie betrof in 1969 uit *C. Z. Salomé*, voorzitter, *C. van der Marel*, waarnemend voorzitter, *W. Derksen*, lid, *S. van Randen*, lid en *Th. N. J. Weterman*, lid. Collega *Weyenburg* trad in de loop van het verslagjaar af als lid.

*De farmaceutische sectie* bestond uit *C. van der Marel*, voorzitter, *C. Z. Salomé*, waarnemend voorzitter, *F. N. M. Bierens* en *F. A. Bol*.

*De commissie particuliere en preventietarieven* bestond uit *J. P. M. Trouw*, voorzitter, *J. Rutteman* en *D. M. Plate*.

*De commissie keurings- en controletarieven.* De vaste commissie voor keurings- en controletarieven bestond in 1969 uit *J. Helfrich*, voorzitter, *F. A. van Spanje* en *W. H. F. Klokke*.

*De apotheekcommissie* brengt een eigen jaarverslag 1969 uit. Hier zij slechts vermeld de samenstelling van de commissie: *C. van der Marel*, voorzitter, *F. Padeloup*, secretaris-penningmeester, *L. Smid*, commissaris voor het Noorden, *D. M. Plate*, commissaris voor het Oosten, *Th. J. Litjens*, commissaris voor het Zuiden, *G. J. Buth*, commissaris voor het Westen en *N. T. W. Karsemeijer*, commissaris voor het Centrum.

#### *Particuliere tarieven*

Ook in 1969 is de L.H.V. niet bewaard gebleven

voor strubbelingen op het gebied der particuliere tarieven. Het zij hier nogmaals uitdrukkelijk gesteld: wij hebben deze moeilijkheden noch gewenst, noch gezocht, kennelijk wil men ons beletten om bij de berekening van de aanpassing van de bestaande minimumtarieven gebruik te maken van de cijfers inzake de inkomensontwikkeling verstrekt door het C.B.S., welke gewoonlijk ook elders, onder andere bij de overheid, van toepassing zijn.

Dit ageren tegen een groep vrije beroepsbeoefenaren die door bedoelde aanpassingen (achteraf) tracht te bewerkstelligen dat in financieel opzicht niet een blijvende achterstand met alle gevolgen van dien voor een normale en noodzakelijke continuïteit der groep ontstaat, was heilloos. Het gaat voorbij aan volksgezondheidsaspecten en overtrekt het economische belang. De L.H.V. verlangt slechts dat haar leden in hun minimum tariefstelling bij overig werkend Nederland in de pas kunnen blijven lopen. Indien dit niet mogelijk blijkt, zal hierdoor opnieuw onrust en ontevredenheid onder de huisartsen ontstaan en kan de continuïteit van het beroep nog meer in gevaar worden gebracht. Als dan stelselmatig het vertrouwen in de huisarts, zij het dan slechts op financieel terrein, wordt ondermijnd en huisartsen worden afgeschilderd als prijsopdrijvers, hetgeen nochtans bij het publiek nauwelijks is aangeslagen, wordt vanuit volksgezondheidsoogpunt gevaarlijk spel gespeeld.

De uren lange gesprekken welke in maart 1969 op diens verzoek met de minister van Economische Zaken, zijn ambtgenoot van Sociale Zaken en Volksgezondheid en hun ambtenaren plaatsvonden, waarbij op ultimatieve wijze werd aangedrongen op publikatie van een gezamenlijk pers-communiqué, zijn in enige extra ledenvergaderingen uitvoerig besproken. Hier wordt volstaan met een korte samenvatting van de verdere gebeurtenissen.

Het Centraal Bestuur wendde zich na dit gesprek onverwijld tot de Tweede Kamer en werd door de betrokken Kamercommissies in gehoor ontvangen. Op het moment dat het Centraal Bestuur bereid was, ter vermindering van even onrechtvaardige als ongewenste overheidsmaatregelen ten dele in te gaan op de inmiddels gewijzigde voorstellen van de minister van Economische Zaken, sprak de ledenvergadering zich daar duidelijk tegen uit; de L.H.V.-delegatie werd met deze tijding op pad gestuurd maar de ministers zagen tenslotte toch af van de aangekondigde prijsmaatregel nadat door de L.H.V.-delegatie, met goedkeuring van de ledenvergadering, was toegezegd:

„er bij de leden op aan te dringen, de sinds 1 januari 1969 plaatsgevonden algemene inkomensontwikkeling en stijging der praktijkkosten eerst vanaf 1 oktober 1969 in hun tarieven tot uiting te brengen.”

Dit besluit hield in dat de leden de mogelijkheid werd gelaten althans de vóór 1 januari 1969 gebleken inkomensontwikkeling in hun tarieven te verdisconteren. De publiciteit welke van overheidswege aan deze kwestie werd gegeven was misleidend, hield im-

mers in dat *de* huisarts voor consult, respectievelijk visite f 9,— en f 13,50 als *de* particuliere tarieven tot 1 oktober 1969 zou hanteren, waarbij de minister van Economische Zaken zich op het standpunt stelde dat in deze bedragen reeds de inkomensontwikkeling en de stijging der praktijkkosten tot 1 oktober 1969 zouden zijn begrepen, voorts verwachtend dat het C.B. vóór 1 oktober nader overleg zou plegen. Vanzelfsprekend heeft het C.B. de minister erop gewezen dat dit standpunt feitelijk onjuist was, waarop nooit enig antwoord van die zijde is ontvangen. Wel moest de minister in de Tweede Kamer erkennen dat een consult geen kopje koffie is.

Aangezien reeds in 1968 door de L.H.V. was toegezegd de overheid niet meer te zullen overvallen met centrale adviezen en het Centraal Bestuur derhalve sedertdien geen centraal advies meer heeft verstrekt over de hoogte van minimum particuliere tarieven, het aan iedere huisarts overlatend de trend welke onder meer door het C.B.S. wordt gepubliceerd ook op zijn particuliere tarieven toe te passen, achtte het Centraal Bestuur een gesprek vóór 1 oktober 1969 met de minister van Economische Zaken derhalve niet noodzakelijk en gezien de recente ervaringen, ook niet zinvol. Bovendien handhaafde het Centraal Bestuur het standpunt en deed daarvan mededeling aan de leden, dat differentiatie in de tarieven noodzakelijk blijft omdat een honorering welke rekening houdt met de variëteit in werkzaamheden, verantwoordelijkheid, bestede tijd en kosten niet alleen rechtvaardig is voor de individuele huisarts, maar ook in het belang van de zorg die de huisarts aan ieder patiënt-arts-contact besteedt en in het belang van de volksgezondheid moet kunnen besteden.

Maar alras bleek, toen enkele artsen hun minimum-tarieven in oktober brachten op een peil dat o.i. reeds in januari bereikt had moeten zijn, dat dit in verband met inmiddels afgekondigde prijsmaatregelen aanleiding was tot acties van de zijde der Economische Controledienst. De jacht op de huisarts was blijkbaar op 1 oktober 1969 voor geopend verklaard en wat weinigen voor mogelijk hadden gehouden, per ultimo 1969 was de Nederlandse huisarts opnieuw speelbal voor politici en voor het eerst prooi voor de Economische Recherche.

### *Ziekenfondsangelegenheden*

Ook hier waren de moeilijkheden in het afgelopen jaar groot. De eind 1968 ontstane impasse in het kostengesprek was voor de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid aanleiding om een aanvullend advies van de commissie ex art. 49, lid 2 Ziekenfondswet, de zogenaamde commissie Van der Ven, te vragen. Dit advies bereikte ons op 1 april 1969 en was voor het Centraal Bestuur en de L.H.V. teleurstellend. Niet wel was in te zien waarom dezelfde commissie, welke eerder blijk gaf van begrip en deskundigheid ten aanzien van de kostenvergoeding, in afwijking van het oorspronkelijk advies d.d. 19/12/1966, in dit aanvullend advies tot een duidelijke

onbillijkheid tegenover de huisartsen kon komen.

In de uitwerking welke eerst op het eind van het jaar met de fondsorganisaties kon worden overeengekomen, bleken de Nederlandse huisartsen als groep van de ziekenfondsen slechts circa 55% vergoed te krijgen van de totale vaste kosten uitgaande van een in 1968 reeds goeddeels overeengekomen (en nadien nog verlaagd) kostenbudget. Teneinde een nieuwe impasse te voorkomen gingen C.B. en ledenvergadering tenslotte akkoord.

Zelfs indien de ziekenfondsen gemiddeld 70% van de totale vaste kosten zouden betalen, zouden individuele huisartsen, vooral degenen in de grote steden met naar verhouding grote ziekenfondspraktijken (velen met meer dan 90% ziekenfondspraktijk) nog aanzienlijk tekort zijn gekomen. Nu komt meer dan 50% der Nederlandse huisartsen over de jaren 1968 t/m 1970 in meerdere of mindere mate niet aan de kostenvergoeding welke zij zouden moeten ontvangen volgens bovenbedoeld kostenbudget.

In dit contract over de kostenvergoeding 1968 t/m 1970 werd tevens het probleem rond de „nacalculatie 1968” opgelost. Dit probleem ontstond toen de commissie overeenkomsten het nauwelijks gemotiveerde besluit nam — hetgeen door de Ziekenfondsraad niet werd ongedaan gemaakt — aan de overeenstemming tussen G.O.Z. en L.H.V. inzake de nacalculatie 1968 de goedkeuring te onthouden. De L.H.V. meende een dergelijke goedkeuring niet nodig te hebben, omdat deze nacalculatie rechtstreeks uit de reeds goedgekeurde overeenkomst van 1967 en volgende jaren, als uitwerking, voortvloeide.

Complicerende factor was hierbij dat de overheid zijn ambtenaren niet het berekende percentage van 0,88 uitbetaalde maar het gemiddelde bedrag van f 116,—. Duidelijk is echter dat degenen die niet betrokken zijn bij het treffen van een dergelijke uitvoeringsregeling en die als groep bovendien niet een dergelijke spreiding in het inkomen kennen als de ambtenaren, zich bij hun trendmatige aanpassingen aan het percentage dienen te houden.

Over de honorering van farmaceutische hulp werd overeenstemming bereikt, echter niet zonder dat aan het licht kwam dat dit onderdeel in de naaste toekomst extra aandacht zou behoeven.

Ten aanzien van de Regeling en Klapper werd door de ledenvergadering na uitvoerig te zijn geïntformeerd op 7 november met algemene stemmen besloten, de Klapper te aanvaarden als zwaarwegend advies bij het voorschrijven van genees- en verbandmiddelen ten behoeve van ziekenfondsverzekerden, de Regeling en Klapper niet te aanvaarden als onderwerp van overeenkomst tussen ziekenfondsen en huisartsen.

De voornaamste gronden daarvoor zijn van drieërlei aard:

— onze opvatting dat de goede trouw de arts verplicht rekening te houden met de financiële consequenties van zijn voorschrijven en geen onno-

dige kosten te veroorzaken; dit geldt evenzeer voor ziekenfondsverzekerden als voor particuliere patiënten;

- de noodzaak van kostenbewaking door middel van een contractuele beperking in het voorschrijven is nooit door feiten en cijfers aangetoond;
- in een uitzonderingsgeval zijn districtsraden en rechterlijke macht zeer wel in staat om een arts die aantoonbaar onverantwoord voorschrijft tot rede te brengen.

De ledenvergadering onderschreef met deze uitspraak het standpunt van het Centraal Bestuur, dat zich niet gerechtigd achtte door het treffen van een collectieve contractuele regeling in te grijpen in de zelfstandige bevoegdheid en de persoonlijke verantwoordelijkheid van de individuele arts.

### *Controletarieven*

De onderhandelingen met de Federatie van Bedrijfsverenigingen om tot een definitief tarief te komen, terwijl nog steeds een sinds januari 1968 laag en niet aangepast „interim-tarief” werd gehanteerd, verliepen moeizaam. Het resultaat was pover. De ledenvergadering achtte het in strijd met het algemeen tariefbeleid en verwierp het op 13 juni 1969.

Het Centraal Bestuur heeft dit besluit aan de leden medegedeeld en te kennen gegeven dat derhalve per 1 oktober 1969 geen centrale overeenkomst meer bestond, het aan de betreffende artsen overlatend individueel te beslissen over de vraag of het controlewerk zou worden gecontinueerd (en op welke voorwaarden) doch tevens een beroep doende op alle huisartsen geen controlewerk over te nemen van diegenen onder hen die weigerden voor de te lage honorering dit werk te blijven voortzetten.

### *Tarieven, slot*

Resumerend kan worden gezegd dat het klimaat rondom de huisartsentarieven gedurende 1969 duidelijk is verslechterd. Lichtpunt is echter dat steeds meer huisartsen zich bewust worden van de eigen verantwoordelijkheid bij hun tariefstelling en steeds meer afkerig zijn van vaste regels welke van bovenaf worden opgelegd.

De in 1969 ingestelde „commissie 1.1.71” welke de tarieven per genoemde datum bestudeert, kwam in het verslagjaar niet gereed met een definitief advies; wel werd een interimrapport uitgebracht waarbij nadere bestudering der verschillende honoreringssystemen in het vooruitzicht werd gesteld.

### *Sociale voorzieningen*

1969 stond in het teken van het voorbereiden van de uiteindelijke regeling. Een derde concept van de statuten en reglementen werd, mede aan de hand van opmerkingen uit de ledenkring, opgesteld. De door de Tweede Kamer der Staten-Generaal speciaal ingestelde commissie ter behandeling van het voorstel der beroepspensioenfondsenwet werd

geïnformeerd over de zienswijze der vrije beroepsbeoefenaren.

De samenwerking met de verschillende stichtingen (Stichting Voorlopig Beheer van Pensioengelden voor Huisartsen, Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten en de Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfondsen Artsen) en de informatie, over en weer, met de Commissie Oudagsvoorziening Specialisten waren ook in 1969 zeer goed te noemen.

Onze deskundigen Drs. H. H. J. Bunschoten, Prof. Mr. J. M. M. Maeijer, de heer R. Zaalberg van Zelst, Mej. Mr. W. J. Boon en Prof. Mr. L. J. M. Nouwen hebben ons ook dit jaar op bijzondere wijze terzijde gestaan. Ook kon steeds vaker een beroep op de directeur der stichting, de heer J. M. G. Hoes worden gedaan.

### *Opleiding en Nascholing*

Om te komen tot een coördinatie en intensivering van het werk op het gebied van de nascholing van huisartsen en bovendien om de mogelijkheid te scheppen de financiering niet alleen uit contributiegelden maar ook met middelen van anderen centraal te doen geschieden, werd de Stichting Financiering Nascholing Huisartsen opgericht. De bestuurssamenstelling is als volgt: 3 leden namens het C.B. der L.H.V.; 3 leden namens het bestuur van het N.H.G.; 1 lid namens het Hoofdbestuur der K.N.M.G.; 1 lid kan door het Interfacultair Overleg van de Nederlandse Faculteiten der Geneeskunde worden benoemd.

Een en ander geschiedde in afwachting van een door de K.N.M.G., al dan niet in samenwerking met anderen, in het leven te roepen algemene stichting voor voortgezet medisch onderwijs. N.H.G. en L.H.V. besloten via Centra en P.H.V.'s te komen tot stimulering van de regionale en lokale organisatie der nascholing.

Ten aanzien van de opleiding alsook ten aanzien van de registratie van huisartsen heeft de L.H.V. zich in het verslagjaar positief opgesteld. Het C.B. nam met instemming kennis van het rapport en advies dat de desbetreffende Commissie aan het H.B. der K.N.M.G. begin 1969 uitbracht en dat ter kennis werd gebracht aan de medische faculteiten.

Het C.B. blijft van mening dat de beroepsorganisaties N.H.G. en L.H.V. bij de voorbereiding en de uitvoering van opleiding en registratie ten nauwste betrokken moeten blijven, omdat het welslagen van deze projecten van de medewerking der huisartsen afhankelijk is.

De ontwerp-richtlijnen, welke binnen de E.E.G. het recht van vrije vestiging der artsen en de wederzijdse erkenning der diploma's regelen, zijn in de loop van 1969 verschenen. De indruk bestaat dat op een aantal punten nog wel wijzigingen zullen worden aangebracht, voordat zij van kracht worden. Wel werd door het verschijnen van deze richtlijnen nogmaals geaccentueerd, dat met voortvarendheid aan een Europese, althans in de verschillende E.E.G.-

landen, vergelijkbare opleiding tot huisarts moet worden gewerkt.

In de UEMO (Union Européenne des Médecins Omnipraticiens) en ook in de Werkgroep Huisartsen van het Permanent Comité der Artsen der E.E.G. werden daartoe de door de Nederlandse delegatie uitgebrachte „Richtlijnen voor een minimum-programma” in behandeling genomen. Aan het einde van de verslagperiode was te voorzien dat deze vrijwel ongewijzigd zullen worden aanvaard en in 1970 aan het C.B. zullen worden aangeboden.

### *Groepspraktijken*

De Commissie Groepspraktijken, welke is ingesteld in februari 1967 en welke tot opdracht had in het algemeen het C.B. te adviseren inzake de groepspraktijk heeft zich in de loop van het jaar 1969 in het bijzonder met deze taak bezig gehouden.

De commissie bestond uit: G. A. Sekhuis, voorzitter, F. N. M. Bierens, S. van Randen en R. Coppes. In mei 1969 bracht zij een interimrapport uit aan het C.B., waarbij een aantal belangrijke zaken aan de orde werd gesteld, onder andere de werkdefinitie van de groepspraktijk, de wijze waarop de groepspraktijk juridisch moet worden onderbouwd en enkele medisch-ethische aspecten, zoals de arts-patiënt-relatie.

Naar aanleiding van dit rapport heeft het C.B. de voortgang der werkzaamheden van de commissie goedgekeurd, hetgeen tevens inhield, dat artsen, die reeds werkzaam waren in groepsverband en artsen die bezig waren met het oprichten van een groepspraktijk, zouden kunnen worden uitgenodigd om met de commissie gegevens uit te wisselen.

De definitie, welke de commissie thans meent te kunnen hanteren, luidt:

„Een groepspraktijk is een samenwerkingsvorm op het gebied van de praktijkvoering, van een aantal artsen — met behoud van ieders verantwoordelijkheid voor eigen praktijk — waarbij gebruik wordt gemaakt van een gemeenschappelijk praktijkgebouw en gemeenschappelijke hulpkrachten — en waarin de deelnemende huisartsen individueel en ook als groep streven naar het verlenen van optimale huisartsenhulp”.

De commissie achtte het onjuist, dat dit samenwerken van huisartsen zou geschieden in N.V.-vorm, daarbij niet uitsluitend, dat de exploitatie van een gebouw, waarin de groepspraktijk werkzaam zou zijn, wel in N.V.-vorm geschiedt, ofschoon ook hier de stichtingsvorm de voorkeur verdient.

De commissie zag en hoorde een aantal groepen huisartsen en werd zodoende op de hoogte gesteld van een groot aantal problemen, waarvoor deze collegae in groepspraktijken zich gesteld zien.

De commissie kreeg toestemming van het Centraal Bestuur in het huidige experimentele stadium, waarin de groepspraktijk zich nog bevindt, steun te verlenen, daarbij mogelijke discriminatie ten opzichte van solopracticanten zoveel mogelijk vermijdend.

Het lag verder voor de hand dat moest worden gestreefd naar een samenbundeling der krachten, werkzaam ten behoeve van groepspraktijken in L.H.V. en N.H.G./N.H.I. Deze samenwerking werd reeds in oktober aangekondigd tijdens een gezamenlijke persbijeenkomst van L.H.V. en N.H.G.

Het behoeft geen verbazing te wekken dat het juist de commissie groepspraktijken was die in verband met deze plannen het C.B. om een duidelijke uitspraak vroeg inzake de doelstelling der vereniging, een onderwerp waarover in de boezem van het Centraal Bestuur aan de hand van enkele rapporten reeds diepgaand was gediscussieerd.

In december van het verslagjaar heeft het C.B. toen als zijn mening uitgesproken dat de doelstelling der L.H.V. in feite is geworden: de bevordering der huisartsengeneeskunst. Deze doelstelling is afgeleid van en in overeenstemming met die van de K.N.M.G. en behoeft derhalve vooralsnog niet nader in de reglementen te worden opgenomen. Een en ander zou binnen de K.N.M.G. nog nader worden bestudeerd en zal eveneens tot vruchtbare discussies met het N.H.G. kunnen leiden.

### *Bureau*

Het Centraal Bestuur heeft zich ook uitvoerig bezig gehouden met de vraag of het Bureau in zijn huidige bezetting het omvangrijke takenpakket der L.H.V. nog aan kan en of door het reorganiseren daarvan niet nog effectiever zou kunnen worden gewerkt. Drs. A. J. Meerding, die reeds de nodige ervaring had binnen de K.N.M.G., werd uitgenodigd de voorzitter van het Centraal Bestuur over deze moeilijke kwestie te adviseren, hetgeen uitmondde in een pre-advies. Besloten werd bij de opstelling van de begroting voor 1970 reeds mogelijkheden te scheppen voor noodzakelijke uitbreiding van het Bureau. Ook in 1969 slaagden directie en medewerkers erin de vele administratieve werkzaamheden op bevredigende wijze het hoofd te bieden, waarvoor hier de oprechte dank van het Centraal Bestuur uitdrukkelijk wordt uitgesproken.

### *Relaties*

#### *Pers*

In maart 1969 werd op instigatie van enkele persvertegenwoordigers besloten een tweemaandelijks persbijeenkomst te organiseren waarop gesproken kan worden over één bepaald onderwerp. Deze bijeenkomsten blijken een succes te zijn. In 1969 werden aldus onder meer de volgende onderwerpen besproken: opleiding, E.E.G., „apothekhoudende” problemen en groepspraktijken.

Nadrukkelijk moet nogmaals worden gezegd dat deze bijeenkomsten geen persconferenties zijn, doch slechts tot doel hebben de pers te informeren en mee te laten denken over een aantal problemen. Geen bezwaar is het derhalve wanneer blijkt dat over een bepaald onderwerp de meningen ook binnen de L.H.V. nog verschillend liggen, of dat over

een kwestie nog geen definitief besluit is genomen. Duidelijk is dat voor de gehele problematiek waarmee de L.H.V. wordt geconfronteerd meer begrip is ontstaan bij de pers.

K.N.M.G.

Niet zonder heimwee zullen velen terugdenken aan ons bureau op de Korte Prinsengracht in het hartje van Amsterdam. Wij hebben het echter moeten verlaten om ons weer te voegen bij de K.N.M.G. en onze zusterverenigingen in Utrecht, alwaar het nieuwe Maatschappijgebouw in april werd betrokken.

Dat een dergelijk werken in één gebouw een nog betere samenwerking en een betere interne communicatie teweeg brengt, behoeft geen betoog. Wij verheugden ons overigens toch reeds in een goede samenwerking met onze zusterverenigingen en de K.N.M.G., hetgeen bijvoorbeeld moge blijken uit de stappen welke het hoofdbestuur heeft ondernomen bij de minister van Economische Zaken in maart 1969, maar ook uit de vele verzoeken om advies aan

ons Centraal Bestuur onder meer terzake van scheiding van behandeling en controle en de taak van de bedrijfsarts.

N.H.G.

Ook de verhouding met het N.H.G. ontwikkelt zich in gunstige zin. Steeds meer begint het besef door te breken dat zaken, welke voor alle huisartsen van belang zijn en die tot het terrein van beide verenigingen kunnen worden gerekend, gezamenlijk ter hand moeten worden genomen. Steeds vaker zal ook van L.H.V.-zijde gebruik kunnen worden gemaakt van wetenschappelijk en organisatorisch werk dat door het N.H.G. wordt verricht.

Met dit optimistische perspectief moge dan dit verslag worden afgesloten over de ups en downs van de Landelijke Huisartsen Vereniging in 1969.

Utrecht, 21 mei 1969

J. I. van der Leeuw, arts,  
secretaris

## U.R.-geneesmiddelen

In Medisch Contact nr. 11 van 13 maart j.l. bladzijde 263 e.v. verscheen van de hand van collega C. van der Marel, huisarts te Witmarsum, een uitvoerige beschouwing over het per 1 juni j.l. van kracht geworden besluit, regelende, welke geneesmiddelen uitsluitend op recept mogen worden afgeleverd. Het artikel van collega Van der Marel samenvattend, houdt dit U.R.-besluit het volgende in:

- voor de niet-apotheekhoudende arts: duidelijk op het recept aangeven, dat en hoeveel iteratie wordt gewenst;
- voor de apotheekhoudende arts: de betrokken afleveringen als voorschrift in het apotheekboek overnemen.

De arts passe dit uit praktische overwegingen op alle geneesmiddelen toe.

|  |                   |
|--|-------------------|
| H. Jansen<br>arts<br>spreekuur 1-2                             | A-stad<br>20-7-70 |
| R. phenylbutazonum no XXX<br>3 dd I<br>Hr. Klaassen<br>A-stad. |                   |
| niet zo ↑  |                   |

|  |                   |
|--|-------------------|
| H. Jansen<br>arts<br>spreekuur 1-2                             | A-stad<br>20-7-70 |
| R. phenylbutazonum no XXX<br>3 dd I<br>Hr. Klaassen<br>A-stad. |                   |
| it.<br>of zo ↑   |                   |

|  |                   |
|--|-------------------|
| H. Jansen<br>arts<br>spreekuur 1-2                             | A-stad<br>20-7-70 |
| R. phenylbutazonum no XXX<br>3 dd I<br>Hr. Klaassen<br>A-stad. |                   |
| it. 2x<br>maar zo ↑  |                   |

Indien u geen bezwaar hebt tegen itereren door de apotheker, of dit gewenst of noodzakelijk vindt, dient u dit duidelijk aan te geven ...!



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

#### MEDISCHE ETHIEK

Naar aanleiding van de 18 april i.l. gehouden Algemene Vergadering gewijd — na afhandeling van een korte huishoudelijke agenda — aan vraagstukken van medische ethiek en waarbij ik de beide inleiders met belangstelling heb beluisterd, zou ik in overweging willen geven nog vóór de zomer tijdens een speciale studiedag opnieuw de medische ethiek in zijn algemeenheid in het middelpunt van de aandacht te plaatsen. Het hoeft geen beletsel te zijn dat voor genoemde vergadering, ondanks de duidelijke aankondiging in Medisch Contact van deze qua onderwerp zo belangrijke bijeenkomst, behalve van de kant van de afgevaardigden zo weinig belangstelling bestond.

Het zou op zo'n studiedag of conferentie naar ik meen aanbeveling verdienen, naast onderwerpen als abortus, transplantatie, reanimatie, die evenals de stervensbegeleiding vooral betrekking hebben op de verhouding arts-individuele patiënt, zeker evenzeer de ethiek van de arts in ruimer verband aan de orde te stellen, zijn maatschappelijke verantwoordelijkheid zo men wil. Hier zou men dan kunnen denken aan de problematiek van de arts in de militaire situatie of in de bedrijfssituatie, of aan zijn verantwoordelijkheid ten aanzien van de milieuhygiëne, of aan het voor en tegen van de militante verdediging van zijn inkomsten, die de arts evenals sommige andere academici en grotere zakenlieden al gauw een tweede huis verzekeren met alles wat daarbij hoort. Volgens de recente Makrotest-enquête gunnen de meeste patiënten hem dit wel, maar toch is ook juist dezer dagen het woord sjacheraar gevallen. Sommigen slikken het toch blijkbaar moeilijker van hem dan van de zakenman, misschien omdat hij toch nog steeds zijn geld moet verdienen van de ziekte en ellende van zijn patiënt. Ook de meeste artsen zullen zich heden ten dage verbazen als ze in de Statuten van hun Maatschappij, als eerste middel tot het hoge doel: de bevordering der Geneeskunst, zien genoemd: de bevordering der maatschappelijke belangen der geneeskundigen (Statuten, editie 1967, blz. 3)!

Het is goed, dat het hoofdbestuur

heeft besloten de ethische gids van 1959 onder de loop te nemen. Het is uit de tijd om, zoals blijkt uit de index van deze gids, met geen woord te repen over bij voorbeeld militaire dienstplicht of oorlog, terwijl zo velen vraagtekens zetten achter de toelaatbaarheid van werken met biologische verdelingsmiddelen, ook voor defensie, en een aantal aspirant-officier-artsen tegen een feestelijke beëdiging protesteren.

Het lijkt allesbehalve vanzelfsprekend dat zowel Medisch Contact als het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde vele weken in alle talen zwijgen als het water van de Rijn blijft vergiftigd; dat wij artsen, in de strijd voor een leefbaar milieu en tegen een nog steeds toenemende bedreiging van de grootste bevolkingscentra door nog meer en nog groter hoogovens en olieraffinaderijen, niet vooroplopen maar dit soort zaken — enkele uitzonderingen misschien daargelaten — graag wat meesmuilend overlaten aan studenten, biologen, kabouters, journalisten, PSPers en andere langharige lawaaimakers of naievelingen, terwijl wij onze handen in een desinfectans wassen, het maskertje voor, en daarna naar huis gaan, ver weg in de bossen. Vergeeft mij deze uitweiding, ik weet dat „De Mens in zijn milieu” besproken is op het onlangs gehouden A.N.V.S.G.-jubileumcongres.

Hoe dan ook, enkele ter vergadering aanwezige collegae en ook inleider Sporken waren met mij van mening dat aan een dergelijke studiedag of -weekend duidelijk behoefte bestaat, en het staat voor mij vast, dat men kan rekenen op een grotere belangstelling, speciaal ook van de kant van de jongeren, indien dit soort zaken dan wél uitvoerig aan de orde zullen worden gesteld. Een ongemakkelijke belangstelling misschien, maar toch een die niet gevreesd mag worden. Ook sommige huisartsen schijnen behoefte te hebben aan een andere wijze van handhaving der medische ethiek door de L.H.V., althans 29% van de recente Makrotest-steekproef van 201 huisartsen was niet tevreden met de huidige gang van zaken.

Nieuwendam, 14 mei 1970

E. Wennen

#### MOEILIJKE MAAR LEGITIEME VRAGEN V

Collega Emmering ben ik erkentelijk voor zijn uiteenzetting (zie M.C. no. 17 van 24 april 1970, blz. 442) over de Stichting N.O.Z. Het probleem, waarvoor ik een oplossing zocht, blijkt

door mij niet duidelijk te zijn gesteld (zie M.C. nr. 14 van 3 april 1970, blz. 343), gezien de antwoorden, die ik via M.C. en rechtstreeks ontving. Inhakend op de commentaren wil ik dit nu gaarne duidelijker, maar daardoor tevens onvermijdelijk scherper stellen.

Het in mijn ogen medisch-ethische probleem verlangt een diepere doordenking en vraagt om een algemeen aanvaardbare oplossing. Bij het bepalen van mijn standpunt en het zoeken naar oplossingen wil ik de uiterste zorgvuldigheid betrachten. De vraag, die ik stelde, luidde: Hoe rechtvaardigt een specialist het, dat hij voor een identieke klinische behandeling in de 3e klas aan een niet-fondslid 3 x zoveel vraagt als aan een fondspatiënt? Tevens vroeg ik hoe de medische ethiekinstantie van onze Maatschappij en hoe de ziekenhuisbesturen dit beoordelen. Het lijkt mij niet sportief om de predikant, die ik als praktijkgeval ter illustratie stelde, iets te verwijten. Dat deze als vrijwel alle geestelijken wordt onderbetaald is het gevolg van het feit, dat de leden van de kerk al morrend hun kerkelijke bijdrage niet naar vermogen aan het kerkbestuur leveren.

Nergens vond ik begrip voor mijn stelling, dat het bepalen van de hoogte van een declaratie een ethische dimensie heeft. Dit vind ik onbegrijpelijk. Ons Nederlandse woord billijk drukt in verband met een declaratie uit, dat deze ethisch wordt getaxeerd op de evenredigheid tussen de geleverde prestatie en het daarvoor berekende honorarium. In M.C. nr. 44 van 31 oktober 1969 blz. 1239 lezen wij, dat de L.S.V.-voorzitter als zijn mening geeft, dat de betaling via het ziekenfonds een honorering is, waarbij elk aspect van liefdadigheid tot de voltooid verleden tijd behoort en verder, dat het in ieder geval geoorloofd lijkt om van de ziekenfondshonorering niet te spreken van een „volwaardige” en ook niet van een „te lage”, maar wel van een „bescheiden” honorering. Van medische zijde vond ik geen antwoord op de kritiek van de C.B.O.Z. op de specialistentarieven, zie M.C. nr. 44 van 31 oktober 1969 blz. 1243. Door mij is geen kritiek geleverd. Hoogstens zoudt u mijn moeilijke vraag als retorisch kunnen bestempelen en dan als kritiek kunnen opvatten. Prof. Hattinga-Verchure heeft in zijn oratie, M.C. nr. 11 van 13 maart 1970, blz. 253, wel geklaagd over gebrek aan wat hij in dit verband noemt „Maatschappelijke ethiek”.

Enkele aspecten, die m.i. veelal niet worden gezien of fout worden belicht, vragen nadere aandacht. De patiënt

komt bij de arts noodgedwongen. De arts vindt zijn taak in het lenigen van die nood en deze bevindt zich daarbij in een monopoliepositie. Iedereen gunt hem dat hij daarmee een zeer goed belegde boterham verdient, maar hij moet bij wat hij als vergoeding verlangt die dienstverlenende functie in het oog houden. Wanneer hij tevens bijvoorbeeld vrij scheppend of uitvoerend kunstenaar zou zijn, kan hij ongelimiteerd accepteren wat het publiek voor zijn artistieke prestaties biedt. Voor zijn medische arbeid ligt dit essentieel anders.

Het accepteren van een collectief opgestelde norm doet ons minder alert zijn op de fundatie van die norm. Wij zijn geneigd de verantwoordelijkheid dan ook te delegeren, maar daarvan zijn wij nooit ontheven. Elke charitatieve daad, ook het in een nijpend geval mitigeren of annuleren van een declaratie is lofwaardig. Wanneer echter systematisch te hoog zou worden gedeclareerd, maar incidenteel de schuld zou worden kwijtgescholden, camoufleert deze charitatieve daad slechts een bestaand euvel en bevordert die daad het voortbestaan van deze misstand.

De door collega Van Hiele (M.C. nr. 16 van 17 april 1970, blz. 407) en collega Van Asbeck (M.C. nr. 18 van 1 mei 1970, blz. 471) gesuggereerde mogelijkheid leidt m.i. niet tot de principieel gewenste oplossing. Hun reacties verduidelijken wel, dat mijn geval geen hoge uitzondering vormt. Wat collega J. Drukker (M.C. nr. 17 van 24 april 1970 blz. 442) als ethisch handelen beschouwt, waartoe hij de motivatie erkent, kan ik slechts als een charitatieve daad zien. Merkwaardig is, dat men aan het feit of iemand al dan niet is verzekerd, veelal een norm wil ontlelen omtrent de vergoeding, die de patiënt is verschuldigd voor een geleverde prestatie. Daarmee correspondeert, dat men verlangt, dat vrijwel ieder zich verzekert. Dat verzekeren in wezen slechts een dure spreiding is van het risico en dat de verzekeren samen alle kosten onverkort moeten dragen benevens de aanzienlijke onkosten van het verzekeringsapparaat, dringt zelden tot het besef door. Hoe hoger de kosten, hoe hoger de premie. Dat de kosten van specialistische behandeling maar een onderdeel vormen van het gehele pakket vermindert niet de ratio om ook deze zo laag mogelijk te houden.

De ziekenhuizen kan men, wat hun kosten betreft, heel weinig verwijten, omdat deze haast zonder uitzondering op non-profit basis werken. Wel ben ik overtuigd, dat van de ziekenhuisbe-

sturen moet worden verlangd, dat zij het tarief flatteren, dat de specialisten voor hun klinische arbeid berekenen. De ziekenhuisbesturen behoren zich garant te stellen, dat in hun huis de geneeskundige behandeling op het hoogste niveau wordt gegeven tegen een billijk tarief. Het peil van de vergoeding kan onmogelijk worden ontkoppeld aan de behandeling. Bij het bepalen van die billijkheid kan heel goed een relatie worden gelegd met het ziekenfondstarief.

Het is lofwaardig, dat de specialist „uit de praktijk” in M.C. nr. 16 van 17 april 1970 blz. 392 zijn cijfers publiceert. Voor de beoordeling heeft men inderdaad cijfers nodig, maar die moeten dan wel representatief zijn voor de gehele populatie. Het zou belangwekkend zijn, wanneer naast de cijfers omtrent de huidige inkomens ook een berekening zou worden gepubliceerd, uitgaande van het ziekenfondstarief en voor de klasse 3, 2b, 2a en 1, respectievelijk 1, 1½, 2 en 3 x dit tarief. Wanneer dan in een normatieve specialistenpraktijk niet een niveau zou worden bereikt, dat een gespecialiseerde academicus waardig is, zou men het ziekenfondstarief m.i. als bepaald onvolwaardig moeten bestempe-len.

In de N.R.C. van 14 april 1970 werden door een welwillende redacteur interessante cijfers gepubliceerd omtrent specialisteninkomens. Opvallend is daarbij, dat veel specialisten geneigd zijn te rekenen met wat zij „schoon overhouden”. Dit geeft een vertekend beeld en werkt misrekenen in de hand. Slechts reëel als vergelijkingscijfer kan dienen wat de belastbare opbrengst is. Dat collega Van Asbeck stelt, dat aan de fiscus kan worden overgelaten om asociaal hoge inkomens te corrigeren, vind ik onbegrijpelijk. Het is niet asociaal als een specialist een extreem inkomen geniet, maar asociaal zou het zijn als hij een patiënt te veel had laten betalen. Die patiënt krijgt van de fiscus geen restitutie.

Die hoge tarieven hebben trouwens veel verder reikende consequenties. Het zal een rol spelen in de keuze van de concrete werkkring voor de aankomende medicus. Dat de basisvakken moeilijk voldoende bekwaame collegae kunnen aantrekken, waartoe als een poging tot gedeeltelijke oplossing de „Querido-toelage” werd ingesteld, houdt hiermede verband. Dat nu een chemicus, werkzaam op een medisch instituut, aan wie de hoogleraar zo'n toelage kon doen toekomen, meer verdient dan een gelijkwaardige collega op een vergelijkbaar ander lab, wordt door alle andere faculteiten dan de medische als discriminatie ervaren.

Het probleem van de zwaardere risico's, waarvoor de commissie-Vos een oplossing zoekt door onder andere het onderbrengen van alle klinische hulp in de A.W.B.Z. staat hier niet los van. Als dit zou doorgaan is een differentiatie in specialistenhonorering van patiënten, die op 3e klasbedden zijn opgenomen, nauwelijks denkbaar.

In dezelfde aflevering van M.C., waarin ik mijn vragen stelde, werd op bladzijde 332 geschreven over het antwoord van de minister van Economische Zaken op Kamervragen over ziektekostenpremies. „Het is bekend dat het Centraal Bestuur van de Landelijke Specialisten Vereniging reeds meermalen te kennen heeft gegeven het bezwaar in te zien van het verschil, dat tussen het ziekenfondstarief en de gebruikelijke honoraria van particulieren bestaat, aldus de bewindsman, die deze mening deelde”. Er zal dus naar een oplossing van dat bezwaar moeten worden gezocht. Primair zal moeten worden onderkend, dat declareren een ethische dimensie heeft. Het blauwe boekje heeft inmiddels afgedaan; er komen capita selecta. Het is hoopvol, dat ethici uit andere faculteiten worden ingeschakeld. De theoloog Prof. Roscam Abbing schreef een boekje over de ethiek van de geldbesteding. Eén van de te ontwerpen capita zou aan de declaratie moeten worden gewijd.

Het zou irrealistisch zijn om bij het zoeken naar een oplossing, die ethisch verantwoord is, geen rekening te houden met de methoden, die gebruikelijk zijn voor het bereiken van tariefakkoorden. Anno 1970 komen overeenkomsten tussen partijen met gedeeltelijk tegengestelde belangen alleen tot stand na hardnekkig en meestal langdurig touwtrekken. Wanneer dan tenslotte overeenstemming is bereikt, is men in geen van de kampen 100% content, maar men erkent, dat de gevonden oplossing de optimaal bereikbare is voor de betrokkenen. In onze huidige constellatie schijnt dit de enig begaanbare weg te zijn. De ziekenfondstarieven worden overeengekomen na bikkelharte onderhandelingen. De richtlijnen voor de particuliere tarieven werden echter opgesteld zonder dat tegenspel werd geleverd. Voor de particulieren was nauwelijks een woordvoerder, bepaald geen verdediger en helemaal geen instantie, die een vuist kon maken. De ziektekostenverzekeraars zullen wel het één en ander te berde hebben gebracht, maar die zullen nooit partij zijn. Hun gaat het er voornamelijk om, dat zij een prognose kunnen maken omtrent de te verwachten kosten. Deze kosten samen met hun risico, hun eigen kosten en hun

winst verdisconteren zij dan in de premie. Economische Zaken kan men enigszins als een beschermer zien van de particuliere patiënt, maar de baat voor de patiënt is gering en hun methode zal door niemand worden gewaardeerd. De belasting roomt enorm veel af, maar juist daardoor zal men geneigd zijn het tarief hoger te stellen om „schoon” het gewenste over te houden.

De financiële belangen van de particuliere patiënt kunnen uitsluitend worden veilig gesteld wanneer ze worden verdedigd door een organisatie, die met gezag en macht voor hun belangen opkomt. Dat blijkt ons economisch spel realistisch te verlangen. De ziekenhuisbesturen behoren dit aspect m.i. wel in het oog te houden, maar die laten verstek gaan. Wie dan overblijft is de consumentenbond. Of deze een goede gespreks- en onderhandelingspartner kan vormen kan ik niet overzien. Ik weet echter geen andere instantie. Misschien zou het probleem van de hoogte van de particuliere tarieven nog op een andere wijze aan de orde kunnen worden gesteld, zodat er beter zicht op komt en er perspectief wordt geopend op een oplossing, die maatschappelijk hoger wordt gewaardeerd.

Ik zou mij kunnen voorstellen dat bijvoorbeeld de consumentenbond met de L.S.V. een proefproces aanhangig gaat maken, teneinde civielrechtelijk een uitspraak uit te lokken. Als casus zou men kunnen nemen de situatie, dat een onbemiddelde patiënt, die voor een dringende indicatie 3e klas particulier klinisch werd behandeld, slechts bereid is de specialist het ziekenfondstarief te vergoeden. Het zou echter stellig moeilijk zijn dit spel sportief te spelen, omdat de knikkers de sfeer vertroebelen. Elke weg naar een oplossing zal grote problemen geven, omdat m.i. een nieuw bestel zal moeten worden opgemaakt en een koerscorrectie dan onvermijdelijk zal zijn.

De moeilijke vragen, die hier liggen, verlangen naar mijn mening een legitiem antwoord, dat door alle lagen van onze Nederlandse bevolking kan worden gewaardeerd, omdat dit beter strookt met de doelstelling en de image van ons officium nobile.

Oegstgeest, 23 mei 1970

A. Sauer

#### NASCHOLING HUISARTSEN (I)

Met toenemende verbazing las ik de brief van collega R. Schüchner in M.C. nr. 21 van 22 mei 1970, blz. 567. Waar deze collega zijn kennis over bedrijfsartsen vandaan heeft, wordt helaas

niet vermeld. Zelf ben ik, na vele jaren als huisarts te hebben gewerkt, nu bedrijfsarts en ik kan collega Schüchner verzekeren, dat ik (en velen met mij) als bedrijfsarts aanzienlijk meer aan nascholing heb kunnen doen dan mij als huisarts door tijdgebrek mogelijk was. Vooral aan de nieuwe mogelijkheden op diagnostisch gebied heb ik nu veel meer kunnen doen.

Ik zou collega Schüchner willen aanraden, eens een bezoek te brengen aan de bedrijfsgeneeskundige dienst van de haven van Rotterdam en daar zijn licht op te steken over de „medische inactiviteits-atrofie” van deze zogenaamd achtergebleven groep. De medewerkers van deze dienst zijn gelukkig door medisch-wetenschappelijke interesse nog genoeg „bij” gebleven om de „missertjes” van de overbelaste huisarts op te vangen.

Vlaardingen, 23 mei 1970

L. van Herk, arts

#### NASCHOLING HUISARTSEN (II)

Het is niet dan na enige aarzeling dat ik, als „zogenaamde sociaal-geneeskundige”, reageer op enkele zinsneden uit het stukje van collega Schüchner in Medisch Contact nr. 21 van 22 mei 1970) pag. 567. Die aarzeling vloeit niet voort uit een medische of andere „inactiviteitsatrofie”, doch uit de merkwaardige kopklep-visie, welke uit zijn stukje spreekt. Deze beperking van het gezichtsveld, maakt een reactie of discussie vaak reeds op voorhand onvruchtbaar.

Dat ik desondanks toch enkele opmerkingen maak, spruit voort uit het feit, dat de door collega S. neergeschreven visie op het werk van sociaal-geneeskundigen symptomatisch is voor die van een deel der behandelend artsen. Op z'n zachtst gezegd doet het wat merkwaardig aan, dat over bijscholing wordt geschreven als een „mode” van „goedwillende lieden”. Het getuigt naar mijn mening alleen maar van kortzichtigheid, wanneer wordt gemeend dat voldoende bijscholing wordt verkregen door het goed lezen van „specialistische brieven” (bedoeld wordt hier waarschijnlijk: brieven van specialisten).

De stelling dat „de groep van de zogenaamde sociaal-geneeskundigen” „qualitate qua” (?) bijscholing van nood heeft, doet mij verlangen naar een nadere explicatie zijnerzijds van zijn ervaring met deze groep artsen. Vooral als daarbij naar zijn mening „na verloop van enige tijd onvermijdelijk een medische inactiviteitsatrofie op-

treedt”. Het ontgaat mij, wat met deze laatste zinsnede precies wordt bedoeld. Als dit betrekking heeft op het afnemen van het medisch kennen en kunnen van de sociaal-geneeskundige dan kan ik het er mee eens zijn. Iedere specialisatie heeft tot gevolg, dat de kennis en het kunnen ten aanzien van gedeelten van de geneeskunde afnemen ten gerieve van meerdere kennis en kunnen betreffende andere delen van de geneeskunde.

Graag betuig ik mijn adhesie voor zijn therapie, waarbij de sociaal-geneeskundige wordt verplicht periodiek waar te nemen in een huisartsenpraktijk of in een ziekenhuis. Bijscholing op het gebied van de curatieve geneeskunde door middel van grote hoeveelheden brieven van specialisten behoort helaas nog steeds niet tot de mogelijkheden van de sociaal-geneeskundigen. Ik zou echter wel zijn voorstel willen uitbreiden met de verplichting voor elke behandelend arts of — zo dit niet haalbaar is — in elk geval iedere huisarts enige tijd als assistent werkzaam te zijn bij een sociaal-geneeskundige. Door middel van deze aanvulling van zijn voorstel zal het mogelijk zijn voor de behandelend arts om meer inzicht en misschien zelfs wat meer waardering te krijgen voor het werk en de taak van de sociaal-geneeskundige dan collega S. met zijn ingezonden stuk demonstreert.

Overigens kan collega S. uit mijn hieronder vermelde qualiteit afleiden dat ook bedrijfsartsen „goedwillende lieden” zijn die met de „mode” meegaan.

Arnhem, 25 mei 1970

Dr. J. J. Kolk, bedrijfsarts  
Voorzitter Cie.

Nascholing Bedrijfsartsen

#### MC | VARIA

Het bestuur van de Medische Faculteit te Leiden, bestuur en directie van het Academisch Ziekenhuis, verenigd in het College van Coördinatoren van het Universitair Medisch Centrum, achten het blijkens een persbericht van het Bureau Voorlichting van het Academisch Ziekenhuis Leiden noodzakelijk dat op de kortst mogelijke termijn het Academisch Ziekenhuis de beschikking krijgt over een „coronary care unit” voor de behandeling van hartinfarcten. Hoewel de Wereld Gezondheids Organisatie een dergelijk bewakingscentrum aanbeveelt voor ieder verzorgingsgebied van circa 300.000

inwoners, beschikt de Leidse regio niet over een dergelijk centrum. Het Academisch Ziekenhuis heeft nog slechts twee bedden op de afdeling intensive care voor de bewaking van patiënten gedurende de eerste, meest kritieke dagen na het hartinfarct. Dit aantal is blijkens het persbericht onvoldoende voor de ongeveer 800 infarcten die zich jaarlijks in het Leidse verzorgingsgebied voordoen. De aanwezigheid van een coronary care unit met acht bedden voor de eerste en twaalf voor de tweede fase zou betekenen, dat het mortaliteitscijfer, dat nu circa 40% (320 patiënten) bedraagt, 10-15% (100-120 patiënten) lager komt te liggen. De afwezigheid van een coronary care unit betekent, naast de consequenties voor de patiëntenbehandeling in de regio, ook dat het Academisch Ziekenhuis niet voldoende in staat is studenten en artsen op te leiden in de behandeling van hart- en vaatziekten.



Onder het motto „S-5: resultaat van een botsing” organiseert de Nederlandse Vereniging voor Medische Polemologie op zaterdag 20 juni 1970 te Rotterdam een studiedag. Gesproken zal worden over de problematiek rond de afkeuring vanwege de gestoorde aanpassing van de dienstplichtige aan het militaire apparaat. Inleiders zullen zijn: Dr. H. Lamberts, huisarts te Rotterdam, G. R. van Urk, sociaal-geneeskundige te Oegstgeest en Dr. J. Niezing, socioloog-polemoloog en lector aan de K.M.A. te Breda. De studiedag begint exact om 11 uur in de noodcollegezaal van het ziekenhuis Dijkzigt. Als contactpersoon in Rotterdam zal optreden A. Hak, Tholenstraat 140, tel. 010-176174. Voor overige informatie zij verwezen naar het secretariaat van de vereniging: J. Verhoeff, Olympiaplein 25 huis, Amsterdam-Zuid, tel. 020-792793.



Met ingang van 1 juni 1970 is een besluit in werking getreden (Besluit U.R. zelfstandigheden) dat een formele wettelijke regeling betekent van de aflevering van geneesmiddelen op recept. Een hiertoe strekkend besluit van de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Dr. R. J. H. Kruijsing is op 19 februari j.l. reeds in de Nederlandse Staatscourant gepubliceerd. Invoering van dit besluit betekent een codificering van datgene wat reeds gebruikelijk was op grond van vrijwillige afspraken van apothekers en artsen (zie ook bladzijde 628 van dit nummer).

## MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

**Bestuur:** Dr. J. Degenaar, Epe, voorzitter; B. Q. A. Enneking, Breda, vice-voorzitter; Prof. Dr. S. A. de Lange, Essenweg 54, Rotterdam, secretaris; Prof. D. C. den Haan, Rotterdam, penningmeester; G. A. C. Bosch, Amsterdam.

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

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

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

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

**Abonnementen:** Voor niet-leden der Kon. Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst f 30,—, plus f 1,20 BTW = f 31,20, buitenland f 35,—, losse nummers 78 cent (incl. 4% BTW). Opgave uitsluitend bij de uitgever.

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

**Oplage:** 16.280 exemplaren.

**Druk:** Verweij Mijdsrecht.

## KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Lomanlaan 103, Utrecht  
telefoon 030-885411  
Postgiro K.N.M.G.: 58083

**Bureau voor waarneming en vestiging:**

van 9 tot 17 uur Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411;  
f uitsluitend na 18 uur en in het weekend: telefoon 020-798984.

**Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen:**

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

**Raad van Beroep:**

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

\* \* \*

**Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfondsen Artsen:**

Lomanlaan 103, Utrecht  
telefoon 030-887021