



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

DE PENSIOENREGELING VOOR HUISARTSEN

In dit nummer van Medisch Contact vindt de lezer een artikel van collega Dr. H. W. A. Sanders over de pensioenregeling voor huisartsen. Het is ons een behoefte nog eens een woord

van hulde te brengen aan het Centraal Bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging. Sinds 1966 heeft dit bestuur met grote volharding en toewijding gestreefd naar een pensioenregeling voor huisartsen. Mede dankzij de hulp van deskundigen van naam is een concept-pensioenregeling klaar en is de „raamwet” in behandeling in de Tweede Kamer. Het bestuur heeft zeer veel gedaan om de ongetwijfeld zeer ingewikkelde vraagstukken, die met een pensioenregeling samenhangen, aan de afgevaardigden en leden voor te leggen en tot een oplossing te brengen. Volledige instemming van alle leden met welk plan dan ook, is natuurlijk nooit te bereiken. Over de procedure die moet worden gevolgd om te komen tot een verplichtstelling van dit pensioenreglement verschilt collega Sanders van mening met de meerderheid van de ledenvergadering van de L.H.V. Hij meent dat het voor de hand ligt om voor deze besluitvorming artikel 23 van de statuten en de artikelen 414 en 216 van het huishoudelijk reglement van de K.N.M.G. te hanteren. Hij stelt dat het naar de letter en de geest van deze artikelen is dat er een referendum dient te worden gehouden. Dit nu is onjuist, ook al zou men de voor de K.N.M.G. geldende regels willen toepassen voor de L.H.V. Ter adstructie citeren wij hier een deel uit een memorandum van Mr. W. B. van der Mijn:

De genoemde artikelen van statuten en huishoudelijk reglement hebben betrekking op de eindstemming van de gewone leden der Maatschappij, in de regel referendum genoemd. De gevallen waarin een referendum wordt gehouden zijn in de statu-

25e JAARGANG — No. 16 — 17 APRIL 1970

INHOUD

De pensioenregeling voor huisartsen	373
Stemmen over verplichte collectieve pensioenregeling voor huisartsen	375
<i>Uit de Handelingen van de openbare vergadering van de Vaste Commissie der Tweede Kamer voor de Volksgezondheid:</i>	
Jeugdgezondheidszorg	378
A.B.W.Z. en extramurale zorg	381
Wetgeving orgaantransplantatie	383
Artsenvoorziening en honoraria	384
Donatie van stoffelijke overschotten per codicil	387
Cursussen statistiek W.H.O.	391
Uit de praktijk	392
<i>Van het hoofdbestuur:</i>	
Kort verslag 154ste Algemene Vergadering (slot)	393
Uitslagen verkiezingen districtsraden ...	399
Kort verslag vergadering hoofdbestuur .	400
<i>Van het Centraal Bestuur L.H.V.:</i>	
Convocatie ledenvergadering	400
Informatie aan Kamerleden over positie van de Nederlandse huisartsen	401
<i>Van de S.V.B.P.M.:</i>	
Uitkeringen weduwen en wezen	404
Uit de afdelingen	405
Universitaire berichten	405
Brieven aan de redactie	406
Varia	407

Hoofdreducteur: F. A. Bol
Redactie: J. J. van Mechelen (secre.), C. C. G. Jansens
Colofon op bladzijde 408

ten limitatief vermeld. Artikel 414 van het huishoudelijk reglement geeft hiervan opsomming, te weten:

- wanneer de Algemene Vergadering dit verlangt terzake van een voorstel (artikel 22 statuten);
- bij opnemng van een omschreven verplichting (artikel 23 statuten);
- bij wijziging van de samenstelling van de colleges voor de erkenning en registratie van medisch-specialisten, alsmede bij wijziging van het veto-recht van de minister van O & W (artikel 27 statuten);
- bij wijziging van de statuten (artikel 31 statuten);
- bij ontbinding van de Maatschappij (artikel 33 statuten).

Ter toelichting van het begrip „omschreven verplichting” kan worden opgemerkt dat een omschreven verplichting betekent dat overtreding daarvan wordt gestraft, zulks in tegenstelling met andere verplichtingen waarvan overtreding kan worden gestraft.

Het huishoudelijk reglement kent thans drie omschreven verplichtingen:

- het zonder goedkeuring van het hoofdbestuur als behandelend geneeskundige niet mogen meewerken aan een niet door het hoofdbestuur erkend ziekenfonds (artikel 117 huishoudelijk reglement);
- het voldoen aan de geldelijke verplichtingen krachtens het reglement (artikel 119 huishoudelijk reglement);
- de verplichting tot verschijnen bij uitnodiging door hoofdbestuur, dagelijks bestuur of rechtsprekende colleges (artikel 121 huishoudelijk reglement, juncto artikel 619 huishoudelijk reglement).

Volledigheidshalve kan er nog op worden gewezen dat ingevolge artikel 24 van de statuten de Algemene Vergadering ook zonder referendum een omschreven verplichting kan opleggen, maar dan slechts voor een bepaalde periode, waarvan melding moet worden gemaakt in het besluit van de Algemene Vergadering.

Uit het vorenstaande kunnen enkele conclusies worden getrokken:

- a. Afgezien van de mogelijkheid van een adhoc-beslissing door de Algemene Vergadering conform artikel 22 der statuten, is een referendum alleen voorgeschreven voor zaken die het wezen en het voortbestaan van de vereniging zelf raken. De enige uitzondering daarop, namelijk artikel 27 der statuten, heeft een politiek karakter en is het gevolg van een in 1959 gesloten compromis tussen de Maatschappij en de overheid.



- b. Ook de omschreven verplichtingen, voor de totstandkoming waarvan een referendum is voorgeschreven, zijn eveneens typische verenigingsverplichtingen. Dit laatste geldt wellicht minder voor de verplichting genoemd in artikel 117, doch de betekenis daarvan is in de praktijk reeds lang achterhaald.
- c. Voor andere dan omschreven verplichtingen is geen referendum voorgeschreven. Om een recent voorbeeld te geven, in artikel 127 is aan de leden de verplichting opgelegd om in het kader van het verplicht overleg met de G.M.D. gevolg te geven aan een uitnodiging tot verschijnen, maar deze verplichting is welbewust niet als een omschreven verplichting gecreëerd en is zonder referendum tot stand gekomen.
- d. De Algemene Vergadering kan op grond van artikel 22 der statuten over elk voorstel een referendum verlangen, doch dit veronderstelt wel dat de Algemene Vergadering zich met meerderheid van stemmen daartoe uitspreekt. Tot heden heeft, voorzover mij bekend, de Algemene Vergadering geen gebruik gemaakt van deze bevoegdheid.

Aangezien de ledenvergadering van de L.H.V. geen besluit heeft genomen om een referendum te houden, kan een beroep op de geest van de statuten en het reglement van de K.N.M.G. buiten beschouwing worden gelaten.

F. A. Bol

Stemmen over verplichte collectieve pensioenregeling voor huisartsen

Wie? Waarover? Wanneer?

Collega Dr. H. W. R. Sanders, huisarts te Helmond, biedt ons het volgende tot publikatie in Medisch Contact aan:

Tijdens de ledenvergadering van de Landelijke Huisartsen Vereniging van 7 november 1969 deelde de voorzitter mede, dat het Centraal Bestuur had besloten, de definitieve pensioenregeling voor huisartsen te zijner tijd uitsluitend aan de afgevaardigden ter ledenvergadering en niet aan alle huisartsen van Nederland ter stemming voor te leggen.

Gezien de consequenties, verbonden aan de invoering van een bij wettelijke maatregel verplicht gestelde collectieve pensioenregeling en het grote belang van de keuze van een bepaald stelsel, was de Districtscommissie van District Noord-Brabant van de LHV van mening, dat alle huisartsen van Nederland in de gelegenheid moeten worden gesteld, te stemmen over een verplichtstelling als zodanig en over enkele wezenlijke elementen van een collectieve regeling. Deze visie werd neergelegd in een drietal voorstellen tot besluitvorming, die op de agenda van de LHV-ledenvergadering van 16 januari 1970 werden geplaatst. De tekst van deze voorstellen luidde:

Besluit I

De ledenvergadering van de LHV. . .

overwegende,

de grote consequenties verbonden aan de invoering van een bij de wet verplicht gestelde collectieve pensioenregeling voor de huisartsen van nu en van de toekomst en het grote belang van de keuze van een bepaald stelsel voor iedere huisarts persoonlijk,

besluit:

dat alle huisartsen van Nederland in de gelegenheid moeten worden gesteld te stemmen over de invoering van een verplichte collectieve pensioenregeling en over de inhoud ervan.

Besluit II

De ledenvergadering van de LHV. . .

besluit:

dat de vraagstelling met betrekking tot een verplichte collectieve pensioenregeling welke te zijner tijd aan de huisartsen van Nederland zal worden

voorgelegd, de goedkeuring behoeft van de ledenvergadering van de LHV.

Besluit III

De ledenvergadering van de LHV. . .

besluit:

dat de stemming door alle huisartsen van Nederland over een verplichte collectieve pensioenregeling, zal plaats vinden per Plaatselijke Huisartsen Vereniging (PHV), overeenkomstig de wijze, beschreven in artikel 216 van het Huishoudelijk Reglement van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, en eerst nadat alle huisartsen, woonachtig in het PHV-gebied, in de gelegenheid zijn gesteld één of meerdere informatieve PHV-vergaderingen te bezoeken.

Tijdens deze vergadering hebben de afgevaardigden — na juist voor de stemming te zijn geconfronteerd met de mededeling dat het Centraal Bestuur van de LHV bij aanneming van het voorstel van District Noord-Brabant zou aftreden — een eindstemming door alle huisartsen van Nederland afgevoerd, met 30 van de uitgebrachte stemmen tegen, 19 vóór en 2 blanco.

Daar de voorstanders van een eindstemming bevestigden het vanzelfsprekend te vinden dat iedere huisarts wordt betrokken bij de keuze van een verplicht stelsel van ouderdoms- en risicovoorzieningen, gezien de hoogte van de minimaal verplichte premie, de wijze van besteding en de inkomensoverdracht bij de bestemming der gelden, en de tegenstanders argumenteerden dat de meeste huisartsen de beslissing over een dergelijke gecompliceerde materie graag aan de deskundig geachte afgevaardigden zouden overlaten, werd een uitspraak van alle huisartsen van één of enkele districten van groot belang geacht.

Door de voorzitters en secretarissen van 8 PHV's van Noord-Brabant en Limburg werd in de tweede helft van februari aan de rond 800 huisartsen van deze districten de volgende brief verzonden:

Wie moeten beslissen over een verplichte collectieve pensioenregeling voor huisartsen?

Aan de huisartsen van de Districten Noord-Brabant en Limburg.

Geachte Collegae,

Binnenkort kan de definitieve „pensioenregeling voor huisartsen”, zoals de Technische Commissie

Sociale Voorzieningen en het Centraal Bestuur van de Landelijke Huisartsen Vereniging deze zich voorstellen, worden tegemoetgezien. Een laatste (?) concept is thans in discussie bij afgevaardigden en PHV-besturen. Exacte gegevens over de hoogte van de jaarlijks te betalen premie ontbreken nog. Een ontwerp van wet betreffende „verplichte deelneming in een beroepspensioenregeling” is aan de Tweede Kamer aangeboden, maar is nog niet in openbare behandeling genomen. Over fiscale aftrekbaarheid van de premie wordt in dit ontwerp niet gerept.

In grote lijnen houdt de ontworpen regeling in, dat iedere huisarts jaarlijks moet storten:

a een aanzienlijk bedrag (minimaal ruim f 5.000,—) voor eigen toekomstvoorzieningen met ingebouwde inflatiedekking,

— voor opbouw van een „welvaartsvast” ouderdomspensioen van f 288,— per deelnemersjaar, ingaande op het 70e jaar (respectievelijk f 213,— ingaande op het 65e jaar); weduwe-pensioen 70% en wezenpensioen 14-28% hiervan;

b een bepaald percentage (mogelijk 4%) van zijn, met f 10.000,— verminderd, bruto-inkomen voor „back service” met duidelijke inkomensoverdracht binnen de artsengroep,

— voor het welvaartsvast-houden van in het verleden opgebouwde lijfrente-aanspraken van voornamelijk oudere artsen en eventueel van rustende artsen, artsenweduwen en -wezen.

Het Centraal Bestuur van de LHV heeft besloten dat deze regeling niet aan alle huisartsen, maar uitsluitend aan de (65-70) afgevaardigden ter ledenvergadering ter stemming zal worden voorgelegd. District Noord-Brabant van de LHV was van mening dat — gezien de consequenties verbonden aan de invoering van een bij wettelijke maatregel verplicht-gestelde collectieve pensioenregeling voor de huisartsen van nu en van de toekomst en het grote belang van de keuze van een bepaald stelsel voor iedere huisarts persoonlijk — een dergelijk besluit van de ledenvergadering (bij aanneming met bijvoorbeeld driekwart van de uitgebrachte stemmen vóór) eerst van kracht kan worden als bij schriftelijke stemming door alle huisartsen van Nederland een belangrijke meerderheid van hen zich voor een dergelijke verplichting en voor een dergelijke regeling uitsprekt. Deze visie werd neergelegd in een voorstel tot besluitvorming dat in de LHV-ledenvergadering van 16.1.70 aan de orde kwam.

Het Centraal Bestuur en een aantal afgevaardigden waren van mening:

— dat alleen de afgevaardigden voldoende deskundig zijn, een dergelijke gecompliceerde materie te beoordelen;

Nascholingscursus Teleac

De Medische Programma Commissie van de Stichting Teleac heeft, zoals al eerder werd bericht, besloten de uitzendingen van de serie „Postmenopauze stoornissen”, welke zouden plaats vinden op 25 en 30 mei, 1 en 6 juni en 8 en 13 juni, om praktische redenen voorlopig niet uit te zenden.

Het rooster voor de uitzending van de vier lessen „Aritmieën” is als volgt samengesteld:

les 1 - maandag 20 april, 22.50 - 23.20 uur, Nederland I.

herhaling zaterdag 25 april, 8.45 - 9.15 uur, Nederland I.

les 2 - maandag 27 april, 23.00 - 23.30 uur, Nederland I.

herhaling zaterdag 2 mei, 8.45 - 9.15 uur, Nederland I.

les 3 - maandag 4 mei, 22.35 - 23.05 uur, Nederland I.

herhaling zaterdag 9 mei, 8.45 - 9.15 uur, Nederland I.

les 4 - maandag 11 mei, 22.50 - 23.20 uur, Nederland I.

herhaling zaterdag 23 mei, 8.45 - 9.15 uur, Nederland I.

— de meeste huisartsen zouden deze beslissing graag aan de afgevaardigden overlaten.

— Ook in het verleden hebben de afgevaardigden besluiten genomen die voor alle huisartsen belangrijke gevolgen hadden of hadden kunnen hebben.

De voorstanders van een eindstemming door alle huisartsen waren van oordeel:

— dat het fundamenteel onjuist is en in strijd met letter en geest van de Statuten en het Huishoudelijk Reglement van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en haar Belangenverenigingen, als uitsluitend op grond van een stemmingsuitslag onder de afgevaardigden, voor heden en toekomst een verplichting van een dergelijke importantie zou ontstaan, waaraan geen enkele huisarts zich kan onttrekken.

— Een verzoek aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid — het deelnemen aan een bepaalde pensioenregeling voor alle huisartsen verplicht te stellen — mag slechts plaats vinden als bij schriftelijke stemming is gebleken dat een belangrijke meerderheid van de huisartsen het verzoek ondersteunt.

— Als adaequate voorlichting wordt gegeven, moeten de individuele huisartsen zeker in staat worden geacht te stemmen over de eventuele invoering van

een verplichte collectieve regeling en hun vóór/ tegen uit te spreken over enkele wezenlijke elementen van de voorgestelde regeling.

— Zowel de vraagstelling voor de stemming in de ledenvergadering als die voor de eindstemming door alle huisartsen, moet zo worden geformuleerd dat men bij het uitbrengen van zijn stem door overwegingen van eerlijkheid en redelijkheid voor de huisartsen in het algemeen en voor de huisartsen van de toekomst in het bijzonder, wordt geleid.

De afgevaardigden hebben tijdens de LHV-ledenvergadering d.d. 16.1.'70 een eindstemming door alle huisartsen van Nederland afgewezen (stemverhouding: 19 vóór, 30 tegen, 2 blanco). In hoeverre deze uitslag mede werd bepaald door de mededeling van de voorzitter, vlak voor de stemming, dat het Centraal Bestuur bij aanneming van het besluitsvoorstel van district Noord-Brabant dit niet zou uitvoeren en dus zou aftreden, is niet bekend.

In hoeverre de individuele huisarts het vanzelfsprekend vindt dat hij persoonlijk wordt betrokken bij de keuze van een verplicht collectief stelsel van ouderdoms- en risicovoorzieningen, is eveneens onbekend.

Daarom wordt een uitspraak van alle huisartsen van Noord-Brabant en Limburg over het onderwerp „stemming alleen door afgevaardigden of ook door alle huisartsen” van groot belang geacht.

Wilt u op bijgaande briefkaart uw stempel plaatsen, en door het aankruisen van een hokje aangeven welke van de drie gestelde mogelijkheden uw voorkeur heeft? Het zal u duidelijk zijn dat deze uitspraak de grootste waarde heeft bij maximale respons.

Graag wordt op een snelle reactie gerekend!

Met collegiale groet,

P. M. W. Starmans, voorzitter PHV Breda e.o.
A. Hack, secretaris PHV Breda e.o.
P. G. C. Frölke, voorzitter PHV Eindhoven e.o.
H. Goedhart, secretaris PHV Eindhoven e.o.
O. A. M. C. Bloemen, voorzitter PHV Helmond e.o.
Dr. H. W. A. Sanders, secretaris PHV Helmond e.o.
A. A. J. Schuerman, voorzitter PHV Tilburg e.o.
J. L. M. v. Haaren, secretaris PHV Tilburg e.o.
P. J. F. Athmer, voorzitter PHV Heerlen e.o.
L. E. J. Snijders, secretaris PHV Heerlen e.o.
J. A. C. Kuypers, voorzitter PHV Noord-Limburg
P. N. Edixhoven, secretaris PHV Noord-Limburg
W. J. H. v. d. Fuhr, voorzitter PHV Sittard-Geleen
J. J. M. Michielsen, secretaris PHV Sittard-Geleen
J. M. G. F. Roebroek, voorzitter PHV Zuid-Limburg
J. A. G. Meijers, secretaris PHV Zuid-Limburg

Februari 1970

Op een bijgevoegde briefkaart moest, onder het hoofd „Stemmen over verplichte collectieve pensioenregeling” een hokje worden aangekruist voor één van de zinnen:

- ☐ door alle huisartsen van Nederland (schriftelijke eindstemming)
- ☐ alleen door de afgevaardigden
- ☐ geen voorkeur.

Tot heden, 1 maand na verzending, heeft driekwart van de aangeschreven huisartsen gereageerd; enkele collegae berichtten dat zij geen huisarts meer waren.

398 huisartsen (67,0%) waren vóór een schriftelijke eindstemming door alle huisartsen van Nederland; 154 (25,9%) meenden dat de beslissing aan de afgevaardigden kon worden overgelaten en 42 (7,1%) hadden geen voorkeur.

Deze uitspraak laat aan duidelijkheid niets te wensen over. Het antwoord op de vraag „wie”? is gegeven. Thans resteren nog de vragen „waarover”? en „wanneer”?

Nu de plannen voor een collectieve pensioenregeling voor huisartsen (en voor specialisten) in een vergevorderd stadium verkeren, mag worden gehoopt dat Medisch Contact, het eigen orgaan van de Maatschappij, gelegenheid zal geven, in zijn kolommen te discussiëren over een aantal problemen van fundamentele aard, die op dit, voor de individuele arts en voor het artsenberoep, en voor heden en toekomst zo belangrijke onderwerp betrekking hebben.

Helmond, 23 maart 1970

Dr. H. W. A. Sanders

Maatschappij-agenda 1970

18 april	— Alg. Vergadering Maatschappij
25 april	— Ledenvergadering L.S.V.
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

JEUGDGEZONDHEIDSZORG

Verschenen zijn de Handelingen van de op 24 maart l.l. gehouden openbare vergadering van de Vaste Commissie voor de Volksgezondheid. Hieronder treft men bijeengebrachte geëxcerpeerde beschouwingen aan met betrekking tot de gedachtenwisseling over de jeugdgezondheidszorg van 0-20 jarigen. De heer *Tilanus* (CHU) betoogde dienaangaande:

„Ik wil graag bij het begin beginnen, dus bij de nuljarigen. In ons land worden per jaar ongeveer 240.000 kinderen geboren. Daarvan wordt ruim 40 pct. in ziekenhuizen geboren, hetgeen er ongeveer 100.000 zijn. Wanneer men aanneemt, dat deze geboorte 10 dagen per baby en moeder in beslag neemt, betekent dit alleen voor bevallingen reeds 1 mln. ziekenhuisdagen. Dat lijkt mij nogal veel. Ik weet wel, dat men in Amerika, Zweden en sommige andere landen tot bijna 100 pct. komt, maar ik vind toch dat de vrouw bij de bevalling thuis hoort in haar eigen bed.

De oorzaken daarvan zijn natuurlijk wel aanwijsbaar. Aan de ene kant zijn onze tegenwoordige huizen er niet erg op gebouwd om dat thuis te laten plaatsvinden. Zij zijn wat gehorig en wat klein. Aan de andere kant heb ik ook wel de indruk, dat de artsen het soms wel eens gemakkelijk vinden om het in het ziekenhuis te laten plaatsvinden. Zij behoeven dan geen preventief toezicht uit te oefenen. Op die manier gebeurt er veel in ziekenhuizen en poliklinieken, waar de huisarts meer bij betrokken zou moeten zijn.

Per jaar sterven er altijd nog ongeveer 5.500 baby's in de eerste week. Ik meen dat wij met een goede prenatale en een goede perinatale zorg kunnen bereiken, dat dat aantal belangrijk vermindert. Daarop moet onze zorg eigenlijk het meest gericht zijn. Naar mijn mening zijn er in ons hele stelsel nog wel wat verbeteringen mogelijk. In de eerste plaats wijs ik erop, dat wij veel meer verloskundigen kunnen inschakelen, met name ook op het platteland. Wij hebben ongeveer 750 verloskundigen in Nederland. Velen daarvan zijn juist in de grote steden gevestigd. Ik kan mij indenken, dat er ook op het platteland meer mogelijkheden zijn. Met name wanneer de functie op zichzelf wat aantrekkelijker gemaakt zou kunnen worden, wanneer men deze verloskundigen niet per bevalling zou honoreren, maar in vaste dienst zou aanstellen zou dat het geval kunnen zijn en dat verdient mijns inziens overwogen te worden. Daarmee wordt veel meer bestaanszekerheid gegeven en dat zal ongetwijfeld nut afwerpen.

Een tweede verbetering zou kunnen zijn het aanstellen van meer kraamverzorgsters. Die kunnen thuis de hulp verlenen die nodig is. De kruisverenigingen beklagen zich er wat over, dat daar te weinig aan wordt gedaan. Zij zeggen op het punt van de kraamverzorgsters niet uit te kunnen komen met de bestaande werktijdverdeling, met een onregelmatigheidstoeslag, met de pensioenvoorzieningen en zij hebben niet voldoende mogelijkheden om leidinggevende krachten aan te stellen. Mijn vraag aan de staatssecretaris is, of deze bezwaren en de behoeften die er leven hem exact bekend zijn en wat hij daaraan kan doen.

Een derde mogelijkheid is de poliklinische bevaling. Ik ben daar op het eerste gezicht niet zo erg enthousiast over. Het is een mogelijkheid om het aantal ziekenhuisdagen met negen-tienden te verminderen. Dat is nogal wat. Wat is de visie van de staatssecretaris daarop? Is er een studie gaande en worden er misschien experimenten gehouden om eens te kijken wat nu eigenlijk het effect is op de gezondheid van de pasgeboren baby”?

Bedrijfsgeneeskundige zorg voor jeugdige werknemers

„Als wij de school verlaten” - aldus verder de heer *Tilanus* - „komen wij in het bedrijf, de bedrijfsgeneeskundige zorg voor de jeugdige werknemers. Ik heb hierover een aantal jaren geleden gesproken bij de behandeling van de begroting met de voorgangers van deze bewindslieden. Ik heb toen de nadruk gelegd op keuring bij de intrede in het arbeidsproces en geneeskundige begeleiding in de eerstvolgende jaren, jaren waarin dikwijls een vrij stormachtige groei van het jeugdige lichaam plaatsvindt, met uitschieters, waardoor eigenlijk alle energie in de groei gaat zitten en men ervoor moet oppassen niet al te veel energie voor allerlei andere dingen van deze jonge mensen te vragen. Wij hebben nu een rapport gekregen van het College van Advies en Bijstand voor de Bedrijfsgeneeskunde. Ik moet zeggen, dat ik met dat rapport bijzonder blij ben. Er worden daarin vele goede aanbevelingen gedaan, o.a. dat de schoolarts in het laatste jaar van het schoolbezoek van de jonge mens een keuring zou moeten toepassen en een geschiktheidsverklaring zou kunnen afgeven voor de intrede in het bedrijfsleven. Dit lijkt mij een heel nuttige en praktisch uitvoerbare suggestie. Worden nu de aanbevelingen die in dat rapport zijn neergelegd ook uitgevoerd? Is er met name contact ge-

legt met de schoolartsen om een begin te maken met de uitvoering van deze suggestie?

Als men nog slechts kort in het bedrijfsleven is of nog pas de middelbare school heeft verlaten, komt men bij het volgende station en dat is de militaire dienst. Wij hebben van de staatssecretaris prachtig materiaal gekregen als antwoord op vragen van de heer De Vreeze over de militaire keuringen. Ik zou hierbij als algemene conclusie willen trekken - een conclusie waarbij wij wel even mogen stilstaan - dat een kwart van de keurlingen voor militaire dienst wordt afgekeurd. Breng ik dit in verband met het punt van de keuring voor intrede in het bedrijf, van de bedrijfsgeneeskundige zorg en van de taak van de schoolartsen, dan is toch wel duidelijk, dat wij in preventief-geneeskundig opzicht nog heel veel te doen hebben. Ook daarom zou ik de bedrijfsgeneeskundige activiteiten voor de jeugdige werknemers opgevoerd willen zien. Ik meen, dat wij nu moeten trachten, een verbinding te leggen tussen militaire artsen, bedrijfsartsen en schoolartsen om te komen tot één doorlopende, preventieve geneeskundige zorg voor de jongere mens, die misschien zelfs al kan beginnen bij de prenatale en de perinatale zorg, doorlopend naar de schoolartsen, naar het bedrijf en naar de militair-geneeskundige dienst, omdat uit de cijfers van de staatssecretaris betreffende de militaire keuringen duidelijk is gebleken, dat er een stuk preventief werk moet worden gedaan."

De heer *Dusarduijn* (KVP), die zich wat de bedrijfsgeneeskundige zorg betreft aansloot bij de heer Tilanus, betoogde o.m.:

"Ten aanzien van de militair-geneeskundige zorg wil ik inhaken bij het vraagje van de heer De Vreeze, waarop een antwoord van niet minder dan 24 blz. is gekomen. Hoe staat het met de specifieke onderzoekopdrachten waarvan sprake is? Ik zou vooral aandacht willen besteden aan het onderzoek naar niet-herstelde beenbreuken, die voornamelijk hun oorzaak vinden in het gevaar van het bromfietsrijden. Ik vraag mij af of hieromtrent niet enige voorlichting zou kunnen worden gegeven. Ik geloof dat het feit voldoende keihard is om er bij wijze van spreken al - zij het uiteraard niet op emotionele wijze - ruchtbaarheid aan te geven. Wat gebeurt er op dit punt aan voorlichting? Valt te voorzien wanneer de deelonderzoekingen zullen zijn beëindigd?"

Mevrouw *Veder-Smit* (VVD), instemmend met de ontwikkeling van de jeugdgezondheidszorg, zeide:

"Mijn laatste opmerking betreft de bedrijfsgeneeskundige zorg, die volop in ontwikkeling is. In tegenstelling tot de heer Tilanus ben ik zeker geen voorstander - tenzij iemand mij daarvan zou kunnen overtuigen - van een verplichte keuring van jeugdigen bij hun intrede in het bedrijfsleven, zeker niet volgens het systeem dat is aanbevolen in het rapport van het college van advies en bijstand voor

de bedrijfsgeneeskunde. Wij zien een systeem ontwikkeld, maar ik meen dat het college dit systeem zelf niet ziet als de juiste oplossing, omdat men wel inziet dat een systematische keuring helemaal nog onuitvoerbaar is, want de mensen zijn er gewoonweg niet voor aanwezig. Het systeem dat men bepleit is min of meer een noodoplossing. Men wil namelijk door de schoolarts bij het verlaten van de school aan degenen, die naar het oordeel van de in aanmerking komen voor een werkring in het bedrijfsleven, daarvoor een verklaring doen uitreiken. Ik vind dit een soort van ongevraagd attest dat ook wordt verstrekt aan mensen die helemaal niet van plan zijn naar het bedrijfsleven te gaan. Ik heb daar allerlei bezwaren tegen. Eigenlijk hoort deze hele gedachtenwisseling thuis bij de wijziging van de Veiligheidswet die aanhangig is. Ik hoop dat die noodoplossing niet zal worden aanvaard".

Huis- of kliniekbevallingen

De heer *Lamberts* (PvdA) ging in op de prenatale zorg met betrekking tot de huis- of kliniekbevallingen:

"Wij zijn een wonderlijk land. De buitenlanders verwonderen zich over onze klompen, grachten en windmolens aan de ene kant en over onze inpolderingen, machtige waterwerken en - in ons land ligt zelfs de grootste haven ter wereld - scheepvaart aan de andere kant. Een ander punt van verwondering is het feit dat slechts 40 pct. van de bevallingen in klinieken plaatsvinden. Dat is een grote uitzondering. Daarmee liggen wij ongeveer gelijk met Thailand. In een vergelijkbaar land als Zweden vindt 99,7 pct. van de bevallingen in de kliniek plaats. In andere landen ligt het ongeveer op hetzelfde niveau. Dat doet de vraag rijzen of het bij ons allemaal wel goed is. Ik ben er mede voor dat een bevalling thuis plaatsvindt. In de eerste plaats staat de man er dan met de neus bovenop. Dat lijkt mij buitengewoon goed voor het respect voor zijn vrouw. Verder kan een bevalling thuis een geweldig en vreugdevol familiegebeuren zijn. Het gaat echter om de perinatale sterfte en de moedersterfte.

Kloosterman heeft er vier jaar geleden op gewezen, dat de perinatale sterfte in zijn kliniek bij normale bevallingen nog geen tiende is van de sterfte bij de huisbevallingen. De moedersterfte was bij de normale bevallingen in zijn kliniek praktisch nul, terwijl het 10/100 bij vergelijkbare bevallingen in huis is. De cijfers lijken misschien klein maar kwantitatief zijn zij toch belangrijk. Dat moet ons de vraag doen stellen of wij op de goede weg zijn met onze huisbevallingen. Natuurlijk is een goede peri- en prenatale zorg zeer belangrijk, maar ik meen toch dat ik de staatssecretaris kan aanbevelen, het vraagstuk in studie te nemen. Willen wij alle bevallingen in klinieken laten geschieden dan moeten er 4.000 bedden bij komen, hetgeen ongeveer 400 mln. zou kosten. Wij moeten dus wel met prioriteiten re-

kening houden. Op grond daarvan ben ik van mening dat de selectie in Nederland dient te worden verscherpt. Wij kunnen niet blijven stilstaan bij het percentage kliniekbevallingen van 40 pct. Gelet op de perinatale sterfte en de moedersterfte zullen wij wel gedwongen worden, meer kliniekbevallingen in te voeren teneinde geneeskundig het onderste uit de kan te krijgen. Ik verwijs naar het artikel van Kloosterman, dat de staatssecretaris eventueel van mij kan krijgen".

Later ingaande op de militaire keuringen zei de heer Lamberts nog:

„In Nederland wordt in eerste instantie 24 pct. afgekeurd. In het eerste half jaar na de opkomst wordt nog eens 14 pct. afgekeurd. In totaal komen wij dan tot een percentage van 35. In België is dit maar ongeveer 12 pct. en in Zweden 10 pct. Dit zijn twee met Nederland te vergelijken landen en daarom is het mij niet duidelijk waarom die percentages zo geweldig uiteenlopen. Het lijkt mij nuttig - vooral ook omdat men op een goed moment vrijwel de gehele adolescentie jeugd op 'n bureau krijgt - hieraan wat meer wetenschappelijke aandacht te besteden. Misschien kan van de kant van de staatssecretaris worden gestimuleerd dat er steekproeven worden genomen. Men kan hiervoor statistische random samples berekenen. Hierdoor kunnen alle redenen waarom men wordt afgekeurd wetenschappelijk worden bewerkt".

Nederland op goed niveau

Uit de beantwoording van de sprekers door staatssecretaris *Kruisinga* lichten wij de volgende passages:

„Allereerst wil ik even ingaan op de dalende cijfers die door de heer Lamberts zijn genoemd met betrekking tot de moederlijke sterfte. Het artikel van de heer Kloosterman had uiteraard betrekking op één specifieke kliniek. In het algemeen - hierover moet geen verwarring ontstaan en daarom vermeld ik het meteen - is de moederlijke sterfte — daarom benijdt men ons in het buitenland - in ons land bij de geboorte juist zéér laag! Wij hebben na Zweden en Denemarken het laagste cijfer! Volgens de cijfers van de Wereldgezondheidsorganisatie is de moederlijke sterfte in ons land rond de geboorte nog weer met 74 pct. gedaald uitgaande van 1952. Er vindt dus een regelmatige daling plaats en voorts staan wij op de wereldranglijst op een heel goed niveau. Op de derde plaats!

In Denemarken is er een verlaging van 75,4 naar 19,2. Dat is een daling van 74,4 pct. In Nederland is de verlaging van 79,1 naar 20,4. Dat is een daling van 74,2 pct. Dat is gelijk. Alleen in Zweden is de daling lager, namelijk 83 pct. Dat gaat er inderdaad bovenuit. Dit heeft met betrekking tot de argumentatie, als zou een kliniekbevalling in dit opzicht een meer positief resultaat hebben, geen overtuigingskracht, aangezien in landen, waar alle be-

vallingen in klinieken plaatsvinden, zoals de Verenigde Staten, Canada of Duitsland - de overgrote meerderheid - de cijfers van de moederlijke sterfte groter zijn. Duitsland heeft bijvoorbeeld 65,1 per 100.000. Dat is driemaal zo hoog als in Nederland. Ik geloof niet, dat de cijfers in het artikel van Prof. Kloosterman - overigens een bijzonder interessant en goed artikel - dat bewijs leveren, dat de geachte afgevaardigde de heer Lamberts hieruit wil destilleren. Inééndéél, er kan worden gesteld, dat wij een hoog percentage thuisbevallingen hebben, doch dat wij daarbij zéér uitstekende cijfers hebben op het terrein van de perinatale sterfte.

Uit de cijfers van het artikel van Prof. Kloosterman kan naar mijn mening niet worden afgeleid, dat uit dien hoofde nu plotseling een landelijke kliniekbevalling moet worden nagestreefd. Die conclusie mag bepaald niét worden getrokken! Ik ben geneigd de heer Tilanus te volgen in die zin, dat de bevalling thuis grote voordelen biedt. Waar mogelijk, moet dit worden bevorderd. Hij heeft wel bepleit, dat op grote schaal verloskundigen moeten worden ingeschakeld. Hiernaar streven wij ook. Mogelijk kan dit in een enigszins andere werksituatie en werkverhouding geschieden. Misschien is het de geachte afgevaardigde bekend, dat naar ik meen in Utrecht hiermede al een begin is gemaakt. Het is uiteindelijk zeer wel denkbaar, dat niet alléén de vrije gevestigde verloskundigen een belangrijke rol bij de bevalling spelen. Maar dat ook verloskundigen eventueel in relatie tot speciale centra, eventueel in relatie tot kraamcentra dat doen.

De geachte afgevaardigde de heer Tilanus heeft ook nog gewezen op de arbeidsvoorwaarden van de kraamverzorgsters. Op dit ogenblik vinden besprekingen plaats tussen de ziekenfondsen en de kruisverenigingen met betrekking tot de honorering van de kraamverzorgsters".

De beantwoording door de staatssecretaris van enkele andere ter sprake gebrachte punten laat zich als volgt samenvatten:

„De schooladviesdiensten mogen natuurlijk niet worden vereenzelvigd met de schoolartsendiensten. Tal van andere disciplines spelen in de schooladviesdiensten een belangrijkere rol dan de medische discipline. Men moet - ik meen, dat ik dat ook uitdrukkelijk gesteld heb bij de uitvoerige beantwoording van de vragen van de heer De Vreeze - het percentage afgekeurden bij de militaire keuring niet verwarren met een gezondheidsindex. Ik heb bij de beantwoording van de vragen van de heer De Vreeze heel nadrukkelijk gezegd, dat het er maar helemaal van af hangt, welke norm gesteld wordt ten aanzien van de afkeuring. De normen in België en Zweden zullen onderling wel verschillen en zij zullen ook wel weer verschillen met die in Nederland, hoewel in Zweden en België ongeveer een zelfde percentage wordt afgekeurd. Op het verzoek, nog eens contact op te nemen met de minister van Defensie ten einde een wetenschappelijk onderzoek

naar deze problematiek te bevorderen wil ik graag ingaan.

Gewezen is in het bijzonder op één afkeuringsgrond, namelijk de niet genezen beenderbreuken. Het toenemend aantal gevallen, waarin op die grond wordt afgekeurd, is inderdaad verontrustend! Het is een van de punten, die duidelijk naar voren zijn gekomen bij het consecutieve onderzoek van de militaire keuring. De oorzaak is naar alle waarschijnlijkheid het toegenomen aantal ongevallen met bromfietsen! Het is inderdaad een verontrustende zaak, als men ziet dat met name in de groep van 15 tot 18 jaar een sterke toename van ziekte en invaliditeit bij de bromfietzers is opgetreden. De laatste vijf jaar is dat zelfs een verdrievoudiging! Die stijging ziet men met name bij de bromfietzers in de zeer jeugdige leeftijdsgroepen! Zowel wat de sterfte als wat de invaliditeit en ziekte betreft zijn de meeste extreme verschuivingen juist in de leeftijdsgroep van 15 tot 18 jaar opgetreden! Bij jonge mannen van 15 tot 19 jaar is daardoor tussen 1950 en 1965 de sterfte méér dan verdrievoudigd!"

Minister *Roolvink* heeft nog enkele opmerkingen gemaakt met betrekking tot de arbeidskeuring en de begeleiding van de jeugdige mens in het bedrijfsleven. Hij betoogde:

„Mevrouw Veder heeft terecht opgemerkt dat deze gehele problematiek bij de behandeling van de wijziging van de Veiligheidswet uiteraard uitvoerig aan de orde komt; ik zal het dus nu heel sober doen, hetgeen niet wegneemt dat ik er toch wel enige aandacht aan wil schenken.

In de eerste plaats het probleem van de voorarbeidskeuring. In het algemeen wil ik mij voor de wenselijkheid daarvan gaarne uitspreken, maar op de vraag of die wenselijkheid zo ver zou moeten gaan, dat zij tot een verplichting zou moeten leiden - mevrouw Veder heeft hier terecht de aan-

dacht op gevestigd - kan ik nog geen definitief antwoord geven. Op één schaduw-facet zou ik de aandacht willen vestigen, nl. dat toch voorkomen moet worden dat reeds op jeugdige leeftijd iemand een merkteken meekrijgt als hij de samenleving ingaat. Men zou zo iemand ook een zwart schaap kunnen noemen; er zijn meer betitelingen denkbaar, maar men zal begrijpen wat ik bedoel. Het is een zaak die zeer nauwkeurig zal moeten worden overwogen, alvorens men tot een verplichting zou willen overgaan.

In de tweede plaats wil ik erop wijzen dat met het advies van het College van advies en bijstand voor de bedrijfsgeneeskunde nog geen begin van uitvoering is gemaakt. De reden hiervan is, dat wij gemeend hebben het advies in een departementale commissie van deskundigen nader te moeten laten bekijken en daarbij tevens te betrekken het advies van de Raad voor de Beroepskeuzevoorlichting. Deze twee zaken houden ten nauwste verband met elkaar. Aangezien het hier zeer gewichtige beslissingen met betrekking tot de jeugdige mensen betreft, hebben wij gemeend, deze zaak nader te moeten onderzoeken. Wij hopen, vóór het eind van dit jaar hiermee klaar te zijn, en dat - ik ben hier vrijwel zeker van - in dat advies aandacht aan deze, op zichzelf hoogst belangrijke problematiek zal worden geschonken, alsmede aan de vraag, hoe de resultaten van een ander zullen worden vermeld.

Mijn derde opmerking houdt verband met de verantwoorde begeleiding van de jeugdigen in de eerste periode van hun actieve arbeidsleven. Op dit ogenblik zou men hiervoor inderdaad grote plannen kunnen maken - ik zou daar op zich zelf niet tegen zijn - maar er is ten enen male een zo groot tekort aan artsen hiervoor, dat men wat de uitvoering betreft vandaag nauwelijks serieus hierover zou kunnen discussiëren; voor het overige hoop ik op een vruchtbare discussie over deze problematiek bij de behandeling van de Veiligheidswet".

A.W.B.Z. EN EXTRA-MURALE ZORG

Het verstrekkingenpakket van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, speciaal met het oog op de extra-murale voorzieningen, is onderwerp van bespreking geweest in de op 24 maart i.l. gehouden openbare vergadering van de Vaste Commissie voor de Volksgezondheid der Tweede Kamer. Uit de Handelingen der Kamer brengen wij hieronder enkele dienaangaande gemaakte opmerkingen naar voren:

De heer *Van Lier* (P.v.d.A.): „Wat betreft de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, is het hoofdprobleem niet geschikt om nu te worden behandeld. Er zijn overigens nog twee problemen. Het eerste probleem betreft de positie van degenen die verzekerd zijn op grond van de A.W.B.Z. en die een

beroep moeten doen op het verstrekkingenpakket van de A.W.B.Z., maar daar geen gelegenheid toe hebben omdat er niet voldoende erkende inrichtingen zijn. Die mensen worden buiten hun schuld als het ware dubbel gestraft. Zij betalen wel premie voor de A.W.B.Z., maar omdat er niet genoeg plaats is in erkende inrichtingen, moeten zij naar een niet erkende inrichting die in het algemeen van mindere kwaliteit is. Verder moeten zij het zelf betalen. Zij kunnen wel een beroep doen op de Algemene Bijstandswet maar in de meeste plaatsen van ons land wordt er dan verhaal toegepast.

Een tweede punt dat wij ook wel met de regering kunnen bespreken, zonder dat wij moeten wachten op het S.E.R.-advies, is de kwestie van de uitbreiding van het verstrekkingenpakket van de

A.W.B.Z. tot vormen van extra-murale zorg, hetgeen ook al even door mejuffrouw Van Leeuwen is aangevoerd. Van verschillende zijden zijn ook de leden van de Kamer met adressen bestookt over dit onderwerp. In dit verband noem ik de federatie van verenigingen die de verpleging en andere onderdelen van de gezondheidszorg bevorderen en het gemeenschappelijk overleg van ziekenfondsorganisaties. Beide bepleiten wat bij de behandeling van het wetsontwerp in de Tweede Kamer ook door onze fractie is bepleit, namelijk dat het voor een goede werking van de A.W.B.Z. noodzakelijk is, het verstrekkingenpakket niet alleen te beperken tot vormen van intramurale zorg, dus van verpleging in inrichtingen. Zolang men dat doet, krijgt men het effect, dat, aangezien verpleging thuis niet door de A.W.B.Z. wordt betaald en verpleging in een inrichting wel, er een stimulans ontstaat om in plaats van tot een goedkopere verpleging (thuis zijn toevlucht tot verpleging in een inrichting te zoeken, welke voordeliger voor de patiënt is.

Ik meen, dat wij voornamelijk moeten denken, als het gaat om een wenselijke uitbreiding van de extramurale zorg in het verstrekkingenpakket van de A.W.B.Z., aan die vormen van behandeling, waarbij wel contact met een inrichting bestaat - hetzij dat men eenmaal per dag zich daar moet vervoegen, hetzij dat men er eenmaal in de week voor controle of wat dan ook heen moet - maar waarbij de verpleging verder thuis geschiedt. Ik denk bijvoorbeeld aan dagbehandeling bij psychiatrische inrichtingen - hetgeen een heel duidelijk voorbeeld is - maar ook aan andere behandelingen thuis, die worden gecombineerd met een periodieke behandeling in, bijvoorbeeld, een ziekenhuis".

De heer *Rietkerk* (V.V.D.): „Naar aanleiding van het probleem van de niet in een erkende inrichting opgenomen patiënten wil ik erop wijzen, dat wij bij de totstandkoming van de wet dit punt bewust hebben aanvaard. Wij hadden toen de keus tussen de wet doorvoeren, ons realiserend dat wij niet alle patiënten in de beschikbare inrichtingen konden opnemen, en het niet invoeren van de wet. Heel bewust hebben wij het eerste aanvaard. Ik zeg niet, dat daarmee geen probleem is blijven liggen, maar ik zou de suggestie willen wegnemen, dat het probleem pas sinds drie weken op tafel ligt.

Dit neemt niet weg, dat ik in dit verband erop zou willen wijzen, dat de A.W.B.Z. zelf ook met de thans bestaande inrichtingen nog helemaal in ontwikkeling is. Ik denk aan de kostencijfers die zich in dit verband voordoen: in 1968 585 mln., in 1969 855 mln. en wij zijn nu al over het miljard heen, zonder verdere uitbreiding van deze voorzieningen en ik meen, dat het nog enige jaren zal duren vóór deze wet tot volle ontplooiing zal zijn gekomen.

In dit verband zou ik, hoezeer ik ook begrijp, dat er problemen zijn, met het oog op de kosten van de extra-murale zorg, ervoor willen waarschuwen, dat wij met deze wet niet rücksichtloos gaan treden in het erbij betrekken en volledig gratis financieren

van allerlei vormen van extra-murale zorg. Ik meen, dat dit een heel groot vraagstuk is".

Minister *Roolvink*: „Wat de uitbreiding van het verstrekkingenpakket betreft, waarover de staatssecretaris ongetwijfeld iets meer zal zeggen, zou ik toch willen aansluiten bij hetgeen de heer Rietkerk zoeven heeft gezegd, namelijk dat bij de behandeling van de wet het een zowel als het ander aandacht heeft gekregen. Ik meen echter dat wij gemeenschappelijk van oordeel zijn, dat met name de intramurale zorg het eerst aangepakt zal moeten worden, en daar hebben wij de handen meer dan vol aan gehad in de afgelopen jaren. Ik meen dat de invoering van deze wet, gelet op het aantal besluiten en beschikkingen, met grote voortvarendheid ter hand is genomen, zonder daarbij de extramurale zorg uit het oog te verliezen. Die komt langzamerhand natuurlijk ook duidelijker en meer binnen het gezichtsveld, maar wij hebben - dat was toch vrijwel een communis opinio tijdens de behandeling - besloten voorrang te geven aan de intramurale zorg. In dat opzicht speelt natuurlijk de gehele problematiek die in de S.E.R. aan de orde is een rol. Als ik denk aan de inhoud van het rapport-Vos, dat juist ten aanzien van de A.W.B.Z. zeer ingrijpende voorstellen doet, zou ik daarover thans slechts met de grootste soberheid willen spreken. Het is bepaald niet uit het gezichtsveld verdwenen, maar ik meen dat wij ons in grote lijnen aan de gemaakte afspraak hebben gehouden."

Staatssecretaris *Kruisinga*: „Terecht heeft de minister erop gewezen, dat bij de invoering van de A.W.B.Z. de voorrang is gegeven aan de voorzieningen in de intramurale zorg. Als men een overschot heeft aan intramurale voorzieningen, is het gevaar dat men de extramurale voorzieningen niet tijdig realiseert en niet tijdig een financiële onderbouw geeft - het gevaar in negatieve zin van een slechtere effectiviteit van de gezondheidszorg - groter. Maar wat is het geval? Met name in drie sectoren is er een grote bouwactiviteit geweest. In de verpleegtehuissector bedroegen de in uitvoering zijnde werken per 1 januari 1969 173 mln. Dat bedrag was 1 januari 1966 46 mln. en 1 januari 1967 75 mln. Het bouwvolume is van 1967 op 1969 meer dan verdubbeld. Die tendens zet zich voort. Op 1 januari 1970 beliep de bouw van algemene verpleegtehuizen een bedrag van 190 mln. Dat zijn zeer positieve cijfers. In de sector van de geestelijk gestoorde bejaarden spreekt het nog sterker. Ook daar is er zoals bekend een grote behoefte. In 1967 was er voor ongeveer 12 mln. in uitvoering, 1 januari 1969 42 mln. en 1 januari 1970 71 mln. In de sector van de zwakzinnigeninrichtingen was er ook een grote behoefte en een grote achterstand. In de sector van de intramurale zorg was 1 januari 1969 voor een bedrag van 62 mln. in aanbouw en 1 januari 1970 voor 74 mln. Die cijfers steken zeer gunstig af bij het cijfer van 1 januari 1966 en 1967, toen het ongeveer 25 mln. was. Dat onderstreept niet alleen het belang

van de stimulans van de centrale overheid maar ook het belang van de totstandkoming van de A.W.B.Z. met betrekking tot de achterstand in de intramurale voorzieningen.

Ik ben van mening dat er gelet op de aanzuigende werking die van een regeling van de intramurale zorg uitgaat en, meer in het algemeen, gezien de noodzaak van een doelmatige opzet van een gezondheidszorg, tijdig regelingen tot stand dienen te komen, met name met betrekking tot de extramurale, de semimurale en de halfway voorzieningen. Daar is door de heren Van Lier en Rietkerk ook de aandacht op gevestigd. De twee voorbeelden die de geachte afgevaardigde de heer Van Lier heeft ge-

noemd, namelijk de psychiatrische dagverpleging en de gezinsverpleging A.W.B.Z. zijn op dit ogenblik een onderdeel van het verstrekkingenpakket van de A.W.B.Z. Zeker als men ten aanzien van de intramurale zorg het verzadigingspunt bereikt, moet men ter wille van een goede functionering van de gezondheidszorg het beleid richten op het opnemen van semimurale en extramurale voorzieningen in het verstrekkingenpakket. Het is trouwens ook een punt van doelmatigheid. Anders krijgt men te maken met een aanzuigende werking. Daarom ben ik van mening dat het ook voor de efficiency van grote betekenis is deze voorzieningen tijdig in het verstrekkingenpakket op te nemen."

WETGEVING ORGAANTRANSPLANTATIE

Met betrekking tot de gedachtenwisseling in de op 24 maart i.l. gehouden openbare vergadering van de Vaste Commissie der Tweede Kamer voor de Volksgezondheid brengen wij uit de nu verschenen Handelingen de volgende opmerkingen bijeen met betrekking tot de beraadslaging over de orgaantransplantatie (wetgeving, regionale hart- en dialysebedden en Deltaplan-hartziekten).

De heer *Lamberts* (P.v.d.A.): „Voor de curatieve zorg zou er naar mijn oordeel een landelijke organisatie moeten komen; in de eerste plaats zullen wij moeten organiseren de mobiele eenheden, de hartenwagens. Verder zullen er meer centra voor intensieve bewaking en behandeling in ons land moeten komen. Willen wij dit probleem curatief goed aanpakken, dan zouden alle hartinfarcten zeker vijf dagen moeten worden opgenomen. Dat betekent dat er regionale centra moeten komen, waarin deze hartinfarcten kunnen worden opgenomen. Dit betekent veel personeel en veel geld. De Nederlandse bevolking zal zelf met ons moeten afwegen of zij het geld daarvoor over heeft.

Daarnaast zijn er toenemende mogelijkheden om hartinfarcten met slechte prognoses chirurgisch te behandelen. Ik geloof dan ook, dat wij bepaald toe moeten naar die regionale hartbedden, zowel voor de behandeling van het gewone hartinfarct als voor de chirurgische therapie. Rotterdam zou bij voorbeeld over 40 à 50 regionale hartbedden moeten kunnen beschikken, met nog enige tientallen bedden voor de chirurgie. Er is op het ogenblik in Nederland een belangrijke wachtlijst voor de hartchirurgie.

Het aantal door hartchirurgie behandelbare gevallen wordt steeds groter. Terecht wordt van de overheid verlangd dat er meer wordt gedaan. Op het ogenblik kennen wij in Nederland al een zeker abortustoerisme naar het buitenland. Langzamerhand ontstaat er ook een „hartchirurgietoerisme", waarbij met harde dollars moet worden betaald. Hoewel het zich tot enkele gevallen beperkt, is het

een verschijnsel en het zal ongetwijfeld toenemen.

Ik verzoek de bewindslieden tot een duidelijke taakafbakening te komen, niet alleen voor de hartchirurgie maar voor de totale patient-care in de academische ziekenhuizen. In de academische ziekenhuizen gaat het voor 75 pct. om de behandeling van zieken en voor 25 pct. om onderwijs en research. Mijns inziens moet het eerste deel door de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid worden behartigd. Dit zal natuurlijk grote kosten met zich brengen. De ziekenfondsen vrezen de kosten van de vooruitgang, omdat die in de premie worden uitgedrukt. Wij zullen een prioriteit moeten vaststellen. Ik meen dat de Nederlandse bevolking de behandeling van het hartinfarct als een grote prioriteit ziet.

Op het ogenblik krijgen in Nederland ongeveer 300 patiënten een chronische nierdialyse. Over het algemeen neemt men het standpunt in dat slechts patiënten tot 50 jaar worden gedialyseerd. In sommige gemeenteziekenhuizen trekt men de lijn wat verder en geeft men ook mensen boven de 50 jaar de kans. Ik acht het medisch-ethisch ontoelaatbaar algemeen de lijn bij 50 jaar te stellen. Het is mogelijk aan het leven van ouderen vele jaren toe te voegen door middel van een dialyse. Er zullen meer mislukkingen bij zijn dan bij jongeren maar dat mag ons er niet van weerhouden mensen een goed, vaak valide leven te geven zonder een leeftijdsgrens te stellen. Ik zou de staatssecretaris hierop nog eens willen wijzen. Naar mijn mening zijn driehonderd mogelijkheden voor chronische dialyse in Nederland totaal onvoldoende. Wij moeten zeker op korte termijn, zoals de Nijmeegse hoogleraar zei, tot duizend bedden komen. Ook de man en de vrouw boven de vijftig jaar hebben hierbij het recht op een goed leven. Zij behoeven hieraan niet gewoon te sterven."

De heer *Dusarduijn* (K.V.P.): „Hoe ver staat het met de studie over de transplantatiewet, waarover in de memorie van toelichting wordt gesproken? In

het buitenland is veel over dit onderwerp gepubliceerd. Is men in het buitenland ook al verder gevorderd met de wetgeving op dit punt?"

Mevrouw Veder-Smit (V.V.D.): „Wat wij op dit ogenblik aanschouwen op het gebied van de transplantaties, in Nederland, verdient groot respect.

Bestaat er behoefte aan een wettelijke regeling op het gebied van transplantatie? Deze vraag leeft bij velen. Wij hebben als commissieleden allemaal het interimrapport van het Rode Kruis over het transplantatievraagstuk gekregen. Daarin wordt gesproken over het toestemmingssysteem en over het „geen bezwaar-systeem". Het lijkt mij van belang dat deze gedachtenwisseling ook in een wat bredere kring wordt gevoerd.

Wat betreft de therapie heeft de heer Lamberts er reeds op gewezen dat de medische mogelijkheden steeds groter worden. Door de operaties die mogelijk zijn, door de intensive care en door de revalidatie. Natuurlijk willen wij de mogelijkheden die er zijn graag toepassen. Ik vraag mij echter met zorg af waar de mensen en middelen vandaan moeten komen om dit te doen. In de gezondheidszorg ziet men langzamerhand een steeds grotere opbouw ontstaan van allerlei zaken die ook weer kunnen, van allerlei spectaculaire mogelijkheden. Hoe moet dit echter ooit worden gefinancierd? Ik kan in dit verband niet anders dan de gedachte weer aan de orde stellen om, nu aan de top zo veel meer mogelijkheden komen, aan de basis door iedereen een zeker eigen risico te laten dragen. Ik zie ook geen andere oplossing voor dit vraagstuk. Ik zie echter in dat dit samenhangt met de gehele structuur van de financiering die in onderzoek is en waarover wij op dit moment nog geen gegevens hebben."

Staatssecretaris Kruisinga: „De problematiek, die hier aan de orde is gesteld, is een hele belangrijke en algemene problematiek op het terrein van de gezondheidszorg, namelijk de gevolgen van wat men kan noemen de technologische revolutie in de ge-

zondheidszorg. Hier is aan de orde een stormachtige toename van de mogelijkheden tot behandeling. Uiteraard - doch stap voor stap - is tevens aan de orde de mogelijkheid van toepassing van al de nieuwe vindingen in ieder land. Ieder land worstelt met deze problemen. Nu kan men wel zeggen, dat er sprake is van een zeker „harttoerisme". Maar er zijn maar heel weinig landen, die er zo snel in slagen de faciliteiten en de voorzieningen aan te passen als juist ons land. Als wij een vergelijking maken ter zake van de snelheid waarmee wij er in Nederland in slagen om voorzieningen te verbeteren - dat is noodzakelijk; in dit opzicht verschil ik emotioneel in 't geheel niet van mening met de heer Lamberts, want ik zie deze evenals hem liever vandaag dan morgen gerealiseerd - dan komt Nederland er zeer goed vanaf. Wij moeten echter uitgaan van de realiteit en ons afvragen in welk tempo wij bij machte zijn de voorzieningen aan te passen! Er moet in dit opzicht voortdurend naar het buitenland worden gekeken. Naar mijn mening kunnen wij de toets der kritiek nu zeer wel doorstaan. Dat mag natuurlijk nooit tot zelfgenoegzaamheid leiden. Wij moeten er zeer kritisch tegenover blijven staan. De Gezondheidsraad is op dit ogenblik bezig met een bestudering van de aanpassing van de wetgeving in verband met de weefseltransplantaties, de werkgroep donorcriteria is naar mij werd medegedeeld, gereedgekomen, de werkgroep ethische problematiek is begonnen en de juridische werkgroep wordt op dit ogenblik geformuleerd. De wetgeving in de verschillende landen loopt tot nu toe wat uiteen. Niet overal is een sluitende wetgeving tot stand gekomen. In Denemarken is men het verst afgeweken van het toestemmingssysteem. De V.S., Frankrijk, Spanje en Italië zijn liberaler met betrekking tot het accepteren van de mogelijkheid van transplantatie, ook als niet voorafgaand door een donor toestemming is verleend. Dit zal echter altijd wel een geschilpunt blijven. Te zijner tijd zal de Kamer ongetwijfeld een wetgeving op dit punt moeten bereiken.

ARTSENVOORZIENING EN HONORARIA

Uit de Handelingen der Tweede Kamer — openbare vergadering van de Vaste Commissie voor de Volksgezondheid op 24 maart i.l. — excerpieren wij het volgende uit de discussie ten aanzien van de artsenvoorziening in de grote steden, gezondheidscentra en honorering van de artsen.

Mevrouw Veder-Smit (V.V.D.): „Op een bepaald terrein zie ik als twee kemphanen tegenover elkaar staan het Christelijk Nationaal Vakverbond en de Landelijke Huisartsen Vereniging. Zij staan tegenover elkaar als de consument en de producent van de gezondheidszorg door de huisarts, een tegenstelling, die ik nu enigszins extreem schilder en die

gelukkig in werkelijkheid niet zo sterk is. Het gaat om de oude kwestie van de honoraria van de huisartsen, waarover wat de ziekenfondstarieven betreft, indertijd in grote lijnen overeenstemming is bereikt door de commissie-Van der Ven, maar wat de particuliere tarieven betreft nog niet. Nu gaat het in feite om de vraag, hoe de situatie na 1 oktober 1969 is geworden. Destijds, in 1967 is geadviseerd tot een tarief van f 9,— voor een consult en f 13,50 voor een visite. Deze verhoging is toen uitgesteld tot oktober 1969. Een aantal huisartsen is nu overgegaan tot een verhoging. Ik neem aan, dat deze verhoging in bijna alle gevallen f 10,— en f 15,— zal bedragen. Ik acht deze verhoging zeer wel toelaatbaar.

Zoals bekend, hebben de heer Rietkerk en ik vragen gesteld over de hoogte van deze tarieven. Ik heb hieraan niet veel meer toe te voegen. Wij hebben daarbij de omstandigheden, waaronder de huisartsen werken, betrokken. Deze zijn zwaar en moeilijk. Dit is een erkende zaak. Dit geldt speciaal voor de huisartsen in de grote steden. Ik denk in dit verband aan de verkeers- en parkeermoeilijkheden. Vele jonge gezinnen trekken uit de grote steden weg en gaan in de randgemeenten wonen. Het schijnt ook zo te zijn, dat de patiënten in de grote steden hogere eisen stellen, als gevolg waarvan de praktijkuitoefening een enigszins bredere omvang krijgt dan elders. Ik geloof dat dit een argument mag zijn om een soepel beleid ten aanzien van de honoraria te voeren.

Er staat, wat de opleiding van huisartsen betreft, een aanzienlijke verbetering voor de deur. De nieuwe opleiding is al in gang. Hoe staat het met het vinden van huisartsen, die aan een opleiding in hun eigen praktijk willen meewerken? Als deze nieuwe opleiding voor de huisarts is geëffectueerd, zal de overgang van afgestudeerden naar de praktijk soepeler en prettiger verlopen, hetgeen de aantrekkelijkheid van het beroep zal vergroten".

De heer *Tilanus* (C.H.U.): „Mijn opmerking betreft de praktijken in de grote steden en het aantal huisartsen in de grote steden, dat volgens de cijfers van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst enigszins terugloopt. Ik meen, dat wij in de naaste toekomst wellicht toch wel tot een enigszins betere situatie kunnen komen. In de eerste plaats kan dit, doordat de artsen zelf nog veel meer dan thans het geval is, avond-, nacht- en weekeinddiensten kunnen organiseren. Dit gebeurt nog te weinig; men zit nog te veel geïsoleerd in zijn eigen praktijk en ik meen, dat het mogelijk is deze zaken zodanig te regelen, dat men bijvoorbeeld eens in de veertien dagen een avond en een nacht vol zit en andere tijden vrij is.

Een tweede punt, dat de aantrekkelijkheid van de huisartsenpraktijk in de grote stad mogelijk kan vergroten, betreft de praktijkoverdracht. Nu moet voor het overnemen van een praktijk nog een vrij behoorlijke good-will som worden betaald. Vele artsen doen dit ook, omdat zij straks weer hun praktijk kunnen overdoen en zij dit beschouwen als een soort pensioenvoorziening. Wij zijn echter bezig met het behandelen van een wetsontwerp hierover, namelijk een wetsontwerp met betrekking tot de pensioenvoorziening voor de vrije beroepen. Wanneer dit kan doorwerken, zien wij minder de noodzaak in van het op zich nemen van een zware last bij het begin van een praktijk. Met de doorwerking van dat wetsontwerp zal de aantrekkelijkheid van de huisartsenpraktijk in de grote stad naar mijn mening worden bevorderd.

Mijn derde opmerking betreft de honorering van de huisartsen. Ik wil aan de staatssecretaris vragen, hoe het staat met de procedure in het kader van de Ziekenfondswet bij conflictsituaties. Wij hebben hierover bij een vorige gelegenheid, toen er een con-

flict in de lucht hing, gesproken en gezegd, dat er een oplossing van het conflict mogelijk zou moeten zijn door middel van een bepaalde structuur, die nog niet voldoende uit de verf was gekomen. Ik wil dan ook vragen, hoe het staat met het verkrijgen van een betere procedure bij het oplossen van mogelijke conflicten".

De heer *Lamberts* (P.v.d.A.): „Ik meen, dat de huisartsen een groot goed zijn in ons volksgezondheidspakket. Zij vormen toch wel de basis, waarop onze geneeskunde in Nederland stoelt. Ik juich het dan ook zeker toe, dat er een bepaalde tegemoetkoming is ten opzichte van de huisartsen. In de grote steden zien wij jammer genoeg, dat er groot verlies is aan huisartsen. Dit vormt een toenemende zorg. Vooral in de te saneren buurten komt een groot tekort aan huisartsen en daaraan zal ook door de overheid meer aandacht moeten worden besteed. Volgens mij voelen jonge huisartsen zich het meest thuis in groepspraktijken en in gezondheidscentra.

Wat betreft de kwaliteit en de honorering daarvan, meen ik dat het duidelijk is dat die collegae, die echt tot kwaliteitsverbetering van hun werk willen overgaan, behalve een vergoeding voor de hogere onkosten die met deze groepspraktijken gepaard gaan, ook een extra honorering behoren te krijgen voor hun hoger gekwalificeerde werk. Dat betekent in wezen ook weer, dat er in de toekomst een soort kwaliteitscontrole op het werk van de huisartsen moet komen. Dat zou misschien gekoppeld kunnen worden aan de komende huisartsenregistratie. Ik meen, dat hier een probleem ligt, dat door de staatssecretaris nader moet worden bezien, want wij zullen meer huisartsen moeten hebben in de toekomst.

De heer *Tilanus* heeft even de good-will aangesneden. Ik meen nog altijd, dat die verdisconteerd moet worden in de oudedagsvoorziening. De good-will moet op een goed moment als een soort fractie worden overgedragen aan de nieuwe huisartsen, die die weer moeten invorderen".

De heer *Tilanus* (C.H.U.): „Mag ik de heer *Lamberts* vragen, of hij dit bedoelt met „nationalisatie"?"

De heer *Lamberts* (P.v.d.A.): „Ik ga uit van de huidige toestand, waarvoor de nieuwe wet op de oudedagsvoorziening wordt ontworpen. In een Nationale Gezondheidszorg, zoals wij die zien, zal dit geen probleem zijn. In ons idee zal de praktijk dan niet meer verkocht worden, zoals nu het geval is. Dan zal het niet meer voorkomen, dat er, zoals enkele jaren geleden, een stuwmeer van artsen, zoals men dat noemt, is. Wanneer er bijvoorbeeld enkele honderden artsen te veel aan de markt zijn en er, hoewel zij best geplaatst zouden kunnen worden in het Nederlandse gezondheidsbestel, geen praktijken zijn die overgedaan worden, ziet men de hoogte van de good-will met 200, 300 of soms 400 procent stijgen. Dat betekent dan alleen een grotere last voor

het huidige ziekenfondsbestel. Die mogelijkheid wil ik wegnemen. Ik zou willen zorgen voor een goede oudedagsvoorziening voor de huisartsen. Het is nu jammer genoeg zo, dat er inderdaad huisartsen van 80 jaar rondlopen, die nog een praktijk aanhouden. Dat is voor niemand meer goed, voor die artsen niet en voor de gezondheidszorg niet. Daarom zou ik willen aanbevelen om die good-will als een soort fractie in de oudedagsvoorziening aan te brengen.

Ook voor de specialisten geldt een hele wonderlijke opbouw. Nadat hij als arts is afgestudeerd moet hij nog vele jaren eigenlijk op een houtje bijten en heel hard werken. Over het algemeen werken jonge specialisten geen 40 uur per week maar het dubbele. Zij krijgen daarbij, in mijn ogen, een te lage honorering. Zij moeten vaak leningen sluiten, moeten in het huidige bestel ook vaak nog een praktijk overnemen. Er is dus maar een kort aantal jaren waarin zij normaal kunnen werken. Dit hele systeem is fout. Dit gehele systeem kan natuurlijk alleen, wanneer wij een nationale gezondheidszorg krijgen, worden omgevormd".

Staatssecretaris *Kruisinga*: „In de eerste plaats wil ik ingaan op de huisartsendichtheid in de grote steden. De huisartsendichtheid heeft ons uiteraard ten eerste geïnteresseerd en wij hebben dan ook getracht daarover zo recent mogelijke cijfers te vinden. Die cijfers bleken wat anders te zijn dan ook wij oorspronkelijk hadden verwacht. Het was ook voor ons een verrassende meevaller die reactie cijfers.

De landelijke dichtheid van huisartsen per 10.000 inwoners is sinds 1966 ongeveer constant gebleven. Op 1 januari 1966 bedroeg dit cijfer 3,73, op 1 januari 1969 3,74. In Den Haag waren er 1 januari 1968 4,23 huisartsen per 10.000 inwoners. Op 1 januari 1969 was dit cijfer 4,22 en op 1 januari 1970 4,20. Dit is dus een lichte achteruitgang. In Rotterdam was de dichtheid op de drie genoemde data steeds 3,38 per 10.000 inwoners. Amsterdam geeft het volgende beeld: op 1 januari 1968 was de huisartsendichtheid 3,74 per 10.000 inwoners, 1 januari 1969 3,75 en 1 januari 1970 3,76. Men ziet dus een constante huisartsendichtheid over het gehele land, een constante dichtheid in Rotterdam gedurende de drie laatste jaren, een zeer geringe afnemende van de dichtheid in Den Haag en een iets oplopende dichtheid in Amsterdam. Het beeld is dus duidelijk minder verontrustend dan wij oorspronkelijk hadden verwacht. Daar komt bij dat nu is gerealiseerd het initiatief van deze regering tot een gewijzigde artsenopleiding, die grotere nadruk legt op het aspect van de huisartsenpraktijk. Hiervan verwachten wij wel een stimulans met betrekking tot het aantal artsen dat de huisartspraktijk zal kiezen. Dit hopen wij althans.

Verder mogen wij stellig hierbij ook niet uit het oog verliezen, dat het aantal medische studenten dat afstudeert in de komende jaren aanmerkelijk zal toenemen; vergeleken met een aantal jaren geleden zal het bijna verdubbelen! Wij mogen niet uit het

oog verliezen, dat wij in Nederland op het ogenblik per 10 mln. inwoners 6.600 medische studenten hebben, terwijl dit aantal in België 4.900 bedraagt en in Engeland 2.500. Het aantal medische studenten per 10 mln. inwoners is in Nederland 30 procent hoger (!) dan in België en West-Duitsland en 160 procent hoger (!) dan in Engeland, met zijn National Health Service, dit in 't bijzonder nog ter informatie van de geachte afgevaardigde de heer Lamberts.

Wij hopen, dat de huisartsendichtheid ook in de grote steden de positieve invloed, zowel van de wijze van opleiden als van het aantal afstuderende medische studenten, in de komende jaren zal ondervinden!

De geachte afgevaardigde mevrouw Veder-Smit en anderen zijn op de tarieven ingegaan. Destijds is er een centraal advies van de L.H.V. geweest, dat is ingetrokken. Daarna is er geen nieuw centraal advies gekomen. Het is uiteraard primair een aangelegenheid van de minister van Economische Zaken. Uiteraard zal hij proberen, dat in een sfeer van overleg en niet van controversen te voeren".

De heer *Lamberts* (P.v.d.A.): „De staatssecretaris zou eigenlijk agglomeratiecijfers hebben moeten geven. De grote steden zijn enige tienduizenden mensen kwijtgeraakt, die nu direct over de rand van hun gebied wonen. Voor velen van hen vindt de verzorging nog vanuit het gebied plaats. Men zou dus ook de rand van deze grote gemeenten erbij moeten betrekken om te zien of daar voldoende opvang is. Daarbij komt het probleem dat er op het ogenblik een groot aantal oudere huisartsen is. In Rotterdam zijn er ongeveer 25 boven de 65 jaar".

Staatssecretaris *Kruisinga*: „Wij mogen echter niet uit het oog verliezen dat de cijfers die ik heb genoemd cijfers per 10.000 zielen zijn. Daarin wordt ook weerspiegeld het teruglopen van de bevolking van de drie grote steden. Hier is ook van een zekere aanpassing sprake. Niettemin moeten wij toch constateren dat juist Den Haag een aanmerkelijke grotere artsendichtheid heeft dan Amsterdam en Rotterdam, zelfs grotere dichtheid dan Nederland. Dat is waarschijnlijk historisch bepaald. Den Haag is de enige van de drie grote steden waar de relatieve artsendichtheid op het ogenblik terugloopt. Wij hopen dat er in de komende jaren weer een nieuwe aanvulling zal komen door de gestegen belangstelling voor het beroep van huisarts".

De heer *Lamberts* (P.v.d.A.): „Daarbij moet de consumptiegrootte natuurlijk wel in ogenschouw worden genomen. Er blijkt tussen de consumptie in de grote steden en die op het platteland een geweldig groot verschil zitten."

Staatssecretaris *Kruisinga*: „De medische consumptie van stad en platteland varieert inderdaad enigermate. Zij hangt echter niet alleen samen met de urbanisatiegraad maar ook met de leeftijdsopbouw van de bevolking. Er zijn gebieden in het land waar de leeftijdsopbouw bepaald ouder is dan in sommige steden."

Donatie van stoffelijke overschotten per codicil

Door Dr. J. F. Rang, juridisch medewerker Instituut Sociale Geneeskunde Vrije Universiteit

en Dr. H. Rozendal, lector anatomie Vrije Universiteit

Kort na elkaar is in Medisch Contact (Geeraedts 1970) en naar aanleiding daarvan in een opinie-weekblad (Elsevier 1970) aandacht geschonken aan de donatie van stoffelijke overschotten ter ontleding. In beide artikelen is uiteengezet, dat donatie kan geschieden — en thans veelal ook geschiedt — door gebruikmaking van een codicil. Het is ons gebleken, dat met betrekking tot het opstellen van een codicil voor dit doel enige onduidelijkheden en onzekerheden bestaan, welke bij het realiseren van het codicil zowel voor de nabestaanden als voor de anatomische laboratoria kunnen leiden tot ongewenste situaties. Vandaar dat wij over het gebruik van het codicil en over ontleding als zodanig enkele opmerkingen willen maken.

1. Geeraedts omschrijft het codicil als een eigenhandig geschreven, gedagtekende en ondertekende verklaring, waarvan een model bij ieder anatomisch instituut op aanvraag verkrijgbaar is. Na toezending van het *ingevulde* codicil krijgt betrokkene enkele kopieën van zijn verklaring retour. In genoemd weekblad wordt een model van een dergelijk codicil afgedrukt; uit dit model blijkt dat ervan wordt uitgegaan, dat betrokkene het model moet invullen („Wilt u uw wensen invullen op de stippellijnen en doorstrepen wat u niet verlangt”? „Nadere wensen ten aanzien van begraving of crematie”, etc.).

De vraag rijst in deze publikaties art. 982 van het Burgerlijk Wetboek, juncto art. 1e lid 1 van de Wet op de Lijkbezorging, op de juiste manier wordt geïnterpreteerd. In art. 982 B.W. wordt het codicil omschreven als een onderhandse, door de erflater geheel geschreven, gedagtekende en ondertekende verklaring, waarbij beschikkingen kunnen worden gemaakt voor na de dood, bijvoorbeeld ter bestelling van lijkbezorging. In art. 1e lid 1 Wet op de lijkbezorging wordt bepaald, dat de overledene bij uiterste wil of bij akte, als omschreven in art. 982 B.W., zijn lijk voor ontleding kan bestemmen. Essentieel voor een codicil is dus, dat de erflater het stuk geheel en eigenhandig moet hebben geschreven. Vandaar dat ook wel over een oligrafisch codicil wordt gesproken. Het invullen — ook al gebeurt dat eigenhandig — van een gedrukt of gestencild model, voldoet derhalve niet aan de wettelijke vormvoorschriften en is daarom formeel nietig. Deze nietigheid vloeit voort uit art. 1000 B.W., waarin staat aangegeven, dat de formaliteiten op straffe van nietigheid in acht moeten worden genomen (zie voor literatuur en jurisprudentie onder andere Beekhuis 1957). Bij het opstellen van een codicil mag

Over donatie van stoffelijke overschotten ter anatomische ontleding verscheen in Medisch Contact nr. 8/1970, bladzijde 171, een artikel van de hand van Dr. L. M. G. Geeraedts, arts, als wetenschappelijk medewerker verbonden aan het Anatomisch Instituut van de Katholieke Universiteit te Nijmegen. Hierop en op een publikatie betreffende hetzelfde onderwerp in Elseviers Weekblad van 7 maart 1970 reageren thans Dr. J. F. Rang, juridisch medewerker bij het Instituut voor Sociale Geneeskunde van de Vrije Universiteit te Amsterdam, en Dr. R. H. Rozendal, lector in de anatomie aan dezelfde instelling. In nevenstaande beschouwing plaatsen zij enige kanttekeningen bij het gebruik van het codicil en bij de ontleding als zodanig.

door derden hulp worden geboden, bijvoorbeeld door middel van een model. In dat geval geldt echter de eis, dat deze hulp beperkt moet blijven tot passieve materiële hulp en dat de erflater — wanneer hij het codicil schrijft aan de hand van een model — de inhoud en strekking van het model inderdaad begrijpt. Dit houdt in, dat op het model een uitvoerige toelichting moet worden gegeven, zeker over de betekenis van de ontleding en over de vraag wat ontleden is. Het is onze ervaring, dat velen de gedachte hebben dat ontleden eigenlijk hetzelfde is als een uitgebreide sectie, hetgeen onder meer in de hand wordt gewerkt door een foutief medisch woordgebruik: dissectie. Het in Elsevier afgedrukte model geeft eveneens aanleiding tot onduidelijkheid, omdat daarin tot uitdrukking komt, dat na de ontleding een crematie of begravenis kan plaats vinden. Dit werkt een onjuiste veronderstelling — van wat een ontleding is — mede in de hand. Hierop wordt verder sub 4 teruggekomen. Een dergelijk „codicil” (het stuk is de jure geen codicil) is dan niet alleen formeel nietig, ook de materiële betekenis ervan kan worden aangevochten wanneer blijkt, dat de erflater een verkeerd beeld had van wat een ontleding betekent.

De gevolgen van een dergelijke handelwijze behoeven nauwelijks toelichting. Het anatomisch instituut dat ontleedt, omdat het de beschikking heeft over een — rehtens nietig — codicil, heeft noch de toestemming van de erflater noch een vergunning

van de familie om te ontleiden en handelt derhalve in strijd met art. 1e lid 1 van de Wet op de lijkbezorging. Krachtens art. 44 is er dan sprake van een overtreding; de strafmaat staat aangegeven in art. 41; per stoffelijk overschot kan dit mogelijkwerijs voor het anatomisch instituut een schadepost betekenen van maximaal f 1.000,—.

Ook de weg om uit de problemen te komen is duidelijk. Alle verklaringen van nog niet overleden erflaters moeten worden vervangen door codicillen, die wel aan de wettelijke vereisten voldoen. Is de erflater reeds overleden, dan zal alsnog aan de familie, als genoemd in art. 1e lid 1 van de Wet op de lijkbezorging, vergunning moeten worden gevraagd. Mocht de familie weigeren, dan ontstaat de merkwaaardige situatie — indien het stoffelijk overschot reeds is gebalsemd — dat er uitsluitend kan worden gecremeerd. De Wet op de lijkbezorging stelt in art. 3a, dat het balsemen alleen is toegestaan in geval van ontleding. Uit deze bepaling vloeit voort — zie sub 4 — dat een gebalsemd lijk niet mag worden begraven of gecremeerd. Omdat bij de crematie in korte tijd het stoffelijk overschot wordt ontbonden, zonder dat er gevaren ontstaan voor de gezondheid van derden, zou het na balseming wel in overeenstemming met het uitgangspunt van het balsemverbod kunnen zijn te cremeren, niet echter te begraven. Overigens lijkt het voor de hand te liggen dat de familie achteraf wel genegen zal zijn alsnog de wettelijk vereiste vergunning te geven, omdat uit het niet rechtsgeldige codicil toch de wil van de erflater blijkt, tenzij de familie van oordeel is dat deze onjuist of onvolledig was voorgelicht. Problemen kunnen ontstaan wanneer er — zoals blijkens onze ervaring wel voorkomt — verschil van mening bestond tussen de erflater en de familie. Crematie is dan de enig juiste oplossing teneinde te voorkomen dat er niet wederom gehandeld wordt in strijd met de bedoeling van de wet. Het is evenwel de vraag of de familie hiermede zal instemmen.

2. Geeraedts stelt dat het van belang kan zijn de familie een verklaring van geen bezwaar te laten tekenen. Uit het voorgaande vloeit voort dat dit noodzakelijk is wanneer de erflater een niet rechtsgeldig codicil heeft nagelaten; in dat geval zal de familie krachtens art. 1e lid 1 Wet op de lijkbezorging toestemming kunnen geven. In gevallen waarin reeds een zodanige toestemming van de familie bestaat naast een — overigens nietig — „codicil”, zijn de onder 1. vermelde moeilijkheden derhalve niet aan de orde. Maar ook in geval van een rechtsgeldig codicil kan het wenselijk zijn de suggestie van Geeraedts op te volgen. De bedoeling van een dergelijke verklaring is, om na het overlijden van de erflater de uitvoering van zijn wil veilig te stellen, ook tegen eventuele bezwaren van de kant van de familie op dat moment. Wel rijst hier de vraag, of deze verklaring juridisch noodzakelijk is. Deze vraag beantwoorden wij ontkennend. Zowel de bepalingen van de Wet op de lijkbezorging, als de artikelen uit het B.W. over het erfrecht en de daarop

gebaseerde jurisprudentie, doen duidelijk uitkomen, dat de wil van de erflater — tot uitdrukking komende in een rechtsgeldig codicil — prevaleert boven de toestemming van de familie. Handelt de familie niet dienovereenkomstig, dan kan de tussenkomst van de rechter worden ingeroepen. Het probleem is echter dat, wanneer de familie niet spontaan medewerkt, het anatomisch instituut machteloos is, met name omdat het instituut in vele gevallen in het geheel niet weet, dat de persoon van wie een codicil tot ontleding is ontvangen is overleden. De suggestie van Geeraedts om hierover een regeling te treffen met de burgerlijke stand is dan ook waardevol. Mocht het instituut wel op de hoogte zijn van het overlijden, dan zal — zo is de praktijk — de anatoom om de familie te sparen, geneigd zijn toe te geven. Dat doet hij echter niet, omdat hij geen recht zou kunnen laten gelden op het stoffelijk overschot, zoals Geeraedts meent, maar om de familie en de naam van het anatomisch instituut te ontzien. Maar dan moet wel worden bedacht, dat zowel de anatoom als de familie handelen in strijd met de grondslagen van het Nederlandse erfrecht; voor de anatoom is dat verschoonbaar, niet echter voor de familie.

3. Het anatomisch instituut kan, indien er sprake is van een rechtsgeldig codicil, rechten op het stoffelijk overschot laten gelden, niet omdat het lijk een zaak is waarop een eigendomsrecht bestaat, maar omdat het instituut door de erflater is aangewezen als uitvoerder van zijn wil met betrekking tot zijn lijkbezorging.

Sprekend over het rechtskarakter van het stoffelijk overschot en van organen en weefsels, merkt Geeraedts terecht op dat daarover verschil van mening bestaat. Sommige juristen stellen dat het lijk een zaak is, die voorwerp kan zijn van eigendom en die deel kan uitmaken van de nalatenschap; andere juristen gaan ervan uit dat het lijk een *res extra patrimonium* en/of een *res extra commercium* is, dat wil zeggen niet deel uitmakend van de nalatenschap en niet in de handel. Voor literatuur zij verwezen naar Van der Haar (1964). Opvallend is dat de eerstgenoemde theorie voornamelijk vóór de Tweede Wereldoorlog werd aangehangen. Dit doet de vraag rijzen of deze opvatting nu nog wel houdbaar is, temeer omdat de tweede theorie met name na 1945 is verdedigd. Ook in de praktijk houdt men zich hier aan. In boedelbeschrijvingen wordt het stoffelijk overschot nimmer vermeld; voor het afstaan van organen of van bloed wordt geen vergoeding gegeven, hetgeen evenzeer geldt voor de ontleding. Een ander argument is nog dat, als het lijk in de nalatenschap zou vallen, de Wet op de lijkbezorging dan eerst de erfgenamen zou moeten vermelden als de personen die belast zijn met de lijkbezorging; in art. 1e lid 1 worden echter niet de erfgenamen vermeld maar — geheel los van erfrechtelijke mogelijkheden — enkele nabestaanden.

Juist lijkt dan ook de opvatting, dat het stoffelijk overschot niet een object is van vermogensrechte-

lijke relaties, maar van familierechtelijke. Het recht van de familie is niet een eigendomsrecht, maar een recht tot lijkverzorging en een bevoegdheid tot lijkbezorging, namelijk het bestemmen tot begraven, cremeren of ontleden.

4. Uit het artikel in Elseviers Weekblad kan de conclusie worden getrokken, dat na ontleding alsnog begraving of crematie mogelijk is. Duidelijk blijkt dit uit het in dit weekblad afgedrukte model van een codicil, waarin deze keuze-mogelijkheden worden genoemd. Blijkens onze informatie wordt deze opvatting op vele anatomische instituten gehuldigd. Er bestaat gerechte twijfel of deze opvatting juist is. Van der Haar (1964) betoogt dat begraving, crematie en ontleding elkaar uitsluitende eindbestemmingen van een lijk zijn. Men zou het ook zo kunnen stellen, dat deze wijzen van handelen met lijken vormen van lijkbezorging zijn, met daarnaast nog bijvoorbeeld de overboordzetting. Als zodanig worden zij dan ook in de Wet op de lijkbezorging genoemd. Dat ontleding en begraving c.q. crematie elkaar naar de wetstekst uitsluiten, berust op verschillende gronden. In de wet werd vóór 1955 niet over ontleding gesproken, maar over ontleding of bewaring. Dat sloot aan bij de in die tijd — en ook thans nog — heersende praktijk, dat het lijk — of delen daarvan — in de vorm van anatomische preparaten (bijvoorbeeld skelet, hart, longen e.a.) worden bewaard en langdurig dienst doen bij het onderwijs. Zou na de ontleding en bewaring alsnog moeten worden begraven, dan zou dat óf in etappes moeten plaatsvinden, óf de niet voor het onderwijs gebruikte delen zouden ook moeten worden bewaard, tot het moment waarop de wel voor het onderwijs gebruikte organen zouden zijn versleten of iets dergelijks. De bewaring van het lijk of onderdelen daarvan zou dan de enige definitieve afwijking van de normale gang van de lijkbezorging zijn. Dit vloeit ook voort uit de Memorie van Toelichting bij de wet van 1869 waarin wordt betoogd, dat het begraven de normale methode van lijkbezorging was, maar dat als uitzondering op deze regel de ontleding en bewaring in het belang der wetenschap was toegestaan. De mogelijkheid van schijnbegravenissen achten wij zozeer in strijd zowel met de wet als met de ethiek dat wij deze buiten beschouwing laten.

In 1955 is het begrip bewaren uit de wet teruggenomen. De reden daarvan was dat een algemeen verbod van balsemen werd ingevoerd. In art. 3a wordt dit verbod als volgt omschreven: „Behalve in de gevallen, genoemd in artikel 1e, eerste lid, en artikel 3, is het verboden lijken te balsemen of er andere conserverende behandelingen op toe te passen. Van dit verbod kan in uitzonderlijke gevallen dispensatie worden verleend door de Ministers van Justitie en van Sociale Zaken en Volksgezondheid gezamenlijk, onder voorwaarde dat een daarbij aangewezen geneeskundige de balseming of behandeling zal verrichten”. Art. 1e, lid 1 slaat op de ontleding, art. 3 op personen die op zee aan boord van

Nederlandse schepen zijn overleden. Balseming is dus wel toegestaan in geval van ontleding: „Daar het conserveren van lijken voortaan in het algemeen verboden zal zijn, wordt niet meer rechtstreeks het „bewaren”, doch het bestemmen tot ontleding toegestaan”, aldus de Memorie van Toelichting bij de wet van 1955. Blijkens deze toelichting heeft men door de balseming in geval van ontleding toe te staan, de bewaring impliciet aan de ontleding geacht — de balseming maakt bewaring vóór en ná de feitelijke ontleding mogelijk — zodat het alleen noodzakelijk werd gevonden het bestemmen tot ontleden toe te staan. Hierdoor werd nog duidelijker dan vóór 1955 de ontleding zelf een eindbestemming. Het verbod tot balseming vindt zijn ratio in de overweging, dat na de conservering het ontbindingsproces eerst op een later tijdstip intreedt. Gezien de bepalingen betreffende het ruimen van graven en de onzekerheid wanneer precies na balseming het ontbindingsproces intreedt, is het uit oogpunt van gezondheidszorg wenselijk een algemeen verbod op te stellen. Deze ratio geldt gelijkelijk voor het stoffelijk overschot als zodanig als voor gebalsemde organen.

Uit vorenstaande vloeit o.i. voort dat 1e) de tekst van de wet zich verzet tegen het geven van een tweede eindbestemming, na de eindbestemming ontleding; 2e) overwegingen van gezondheidszorg zich verzetten tegen begraven na ontleding. Reeds in 1965 hebben wij een tweetal artikelen op deze onjuiste gang van zaken gewezen. Omdat ons bleek dat de door ons aangegeven weg moeilijker werd gevonden dan de gebruikelijke, hebben wij het lid van de Tweede Kamer der Staten Generaal, Mr. Bos, verzocht hierover schriftelijke vragen te stellen aan de betreffende bewindslieden. Deze vragen luiden:

„1. Is het de bewindslieden bekend, dat hier en daar de stelling wordt verkondigd, dat na een ontleding van een stoffelijk overschot, als bedoeld in artikel 1, lid 2, van de Wet op de lijkbezorging (Wet van 1 april 1869, Stb. 65) alsnog een begravenis kan plaatsvinden? (Zie onder meer het interview met een anatoom van de Rijksuniversiteit te Utrecht in „Het Parool” van 1 oktober 1966.)

2. Zijn de bewindslieden niet van oordeel, dat een dergelijke gang van zaken in strijd is met de strekking en redactie van de wet, waarin tot uitdrukking komt, dat de ontleding, evenals de begravenis en de crematie, een eindbestemming is?

3. Indien de bewindslieden het met deze interpretatie niet eens zijn, welke gedragslijn dient dan wel door de ontleedkundige laboratoria van de universiteiten te worden gevolgd om op dit punt niet in strijd met de wet te handelen?

4. Zijn de bewindslieden niet van oordeel, dat, welke interpretatie ook de juiste is, het een eis van openbare orde is, dat te dezer zake een dui-

delijke uitspraak wordt gedaan en dat aan de betrokkenen, dus én aan bedoelde laboratoria én aan de betreffende gemeentelijke instanties, per circulaire of anderszins wordt medegedeeld welke procedure moet worden gevolgd?"

De navolgende antwoorden werden gegeven:

„1. Deze vraag wordt in zoverre bevestigend beantwoord, dat de ondergetekende — evenals zijn ambtgenoot van Onderwijs en Wetenschappen en de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid — kennis heeft genomen van het verslag van het in de vraag bedoelde interview.

2 en 3. Naar aanleiding van de vraag, of in casu zou moeten worden gesproken van strijd met strekking en redactie van de wettelijke bepalingen in dezen zij opgemerkt, dat onderscheid moet worden gemaakt tussen volledige ontleding en gedeeltelijke ontleding. De eerstbedoelde ontleding komt *in de plaats van de begraving of verbranding*, en is in dit verband als een eindbestemming te zien. Zouden na deze ontleding nog resten van het lijk overblijven, dan geldt geen wetsbepaling, welke voorschrijft of zich ertegen verzet, dat deze resten worden begraven of verbrand. *Er kan in dit geval ook niet van begraving of verbranding van een lijk in de zin van de wet worden gesproken.* Indien dus voor volledige ontleding de toestemming van de overledene of de in artikel 1, tweede lid van de Wet op de lijkbezorging bedoelde personen aanwezig is en daartoe door de burgemeester verlof is verleend, *zijn de voorschriften der wet betreffende begraving of verbranding niet van toepassing.* Indien evenwel de vermelde toestemming en — zo nodig — het verlof van de burgemeester slechts betrekking hebben op gedeeltelijke ontleding, is van een eindbestemming, die in de plaats treedt van begraving of verbranding, geen sprake. De wettelijke voorschriften inzake begraving of verbranding blijven in dat geval ten aanzien van het lijk na de gedeeltelijke ontleding van toepassing.

4. De minister van Onderwijs en Wetenschappen en de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid zullen aan de daarvoor in aanmerking komende instanties van het vorenstaande mededeling doen. Voor verdere stappen zien zij niet voldoende aanleiding." (cursivering van ons).

Destijds meenden wij uit de antwoorden 2 en 3 te moeten opmaken dat 1) het niet mogelijk is in één codicil twee eindbestemmingen aan te geven en 2) dat de wet zich niet verzet tegen het ter aarde bestellen dan wel het cremëren van resten van ontlede lijken, maar dat 3) dit geen begraving of crematie is in de wettelijke zin van het woord. In dit verband zij opgemerkt, dat in bepaalde landen de wet voor-

schrijft, dat bedoelde resten door middel van verbranding worden *opgeruimd*. Onze op de wet gebaseerde conclusie was en is nog steeds, dat een codicil waarin het stoffelijk overschot bestemd wordt tot ontleding én tot enige andere vorm van lijkbezorging — begraving of crematie — onuitvoerbaar en juridisch onhoudbaar is, derhalve nietig naar inhoud.

Hoewel blijkens antwoord 4 de betrokken instanties zouden worden ingelicht, blijkt uit de gepubliceerde standpunten, dat dit na drie jaar nog steeds niet is gebeurd. Wellicht dat de antwoorden 2 en 3 toch niet duidelijk genoeg zijn en tot onhoudbare gevolgen aanleiding geven. Het feit dat in deze antwoorden eveneens de gedeeltelijke ontleding wordt genoemd, zou daar debet aan kunnen zijn. Misschien heeft men ten departemente de navolgende gedachtengang gevolgd: „Na de ontleding kunnen er restanten van het lijk overblijven. Is dat het geval, dan is er sprake van gedeeltelijke ontleding, zodat het wetsartikel over de gedeeltelijke ontleding moet worden toegepast". Nu wordt in de Wet op de lijkbezorging de term gedeeltelijke ontleding gebruikt in de zin van „sectie", een activiteit van de patholoog anatoom. Krachtens art. 1e lid 3 is in geval van sectie de toestemming van de burgemeester niet noodzakelijk, voor begraven, cremëren en ontleden echter wel. Sectie is geen blijvende afwijking van de normale gang van zaken, ontleding wel (zie onder andere Beekhuis, 1967.) Daarom kunnen de tweede en derde alinea van de antwoorden 2 en 3 alleen maar betrekking hebben op de ontleding, ook al suggereren de bewindslieden in de vierde alinea, dat er voor sectie (gedeeltelijke ontleding) een verlof van de burgemeester noodzakelijk zou zijn. Dit is in flagrante strijd met de wetstekst. Overigens vragen wij ons af, of een materie die zo ingewikkeld is dat zelfs bewindslieden moeite hebben een duidelijk antwoord te formuleren op duidelijke vragen, niet dringend toe is aan een nieuwe redactie. Het is o.i. de anatomen nauwelijks kwalijk te nemen, dat zij blijkbaar niet precies volgens de wet handelen.

Overigens lijkt het ons, dit op grond van de door de ministers gegeven antwoorden, ook mogelijk uit te gaan van de constructie dat de overledenen die een nietig codicil hebben nagelaten, slechts toestemming hebben gegeven voor een — wat de wet noemt — gedeeltelijke ontleding, waarvoor een codicil niet is vereist. De anatomen *moeten* dan na deze „ontleding" het lijk geheel compleet laten begraven of cremëren. Voorts *moeten* zij een verlof van de burgemeester hebben tot uitstel van begraven of crematie (art. 6) en derhalve niet een verlof tot ontleding. Deze constructie zou, onder de genoemde voorwaarden, een tweede oplossing kunnen zijn voor de onder 1. besproken problemen. De mogelijkheid daartoe is alleen aanwezig wanneer geen delen van het lijk worden bewaard. Het reeds — op basis van een nietig codicil — afgegeven verlof tot ontleding zou dan moeten worden ingeruild voor een verlof tot uitstel van begraven of cremëren. Deze oplossing is, indien althans de burgemeesters willen

medewerken, eenvoudiger uit te voeren dan de onder 1. genoemde. Wij blijven echter van oordeel, dat de tweede oplossing alleen realiseerbaar is op basis van een *onjuiste* interpretatie van de wet. De grens tussen sectie en ontleding vervaagt met een beroep op de omschrijving „gedeeltelijke ontleding”. Bovendien is het in strijd met de bedoeling van het balsemverbod het stoffelijk overschot te begraven. De enig juiste manier om de gesignaleerde problemen te vermijden is het nauwgezet volgen van de wettelijke procedure: ontleding op basis van een rechtsgeldige beschikking (codicil of toestemming van de familie) met uitsluiting van de andere vormen van lijkbezorging.

5. Maeijer (1969) heeft in dit tijdschrift een pleidooi gehouden voor een wet betreffende orgaantransplantatie en roerde in zijn artikel ook vragen aan die voor de ontleding van betekenis zijn. Onbesproken bleef echter de vraag of er een rangvolgorde bestaat tussen de donatie voor ontleding en de donatie van organen voor transplantatie. In feite geldt deze vraagstelling ook voor de sectie. De navolgende overwegingen zijn hier van belang:

1. Indien beide donaties bij rechtsgeldig codicil zijn gedaan, dan vervalt de eerste donatie indien deze in het tweede codicil rechtsgeldig wordt herroepen. Is dat niet het geval, dan is art. 1041 B.W. van kracht waarin is vastgesteld, dat een latere uiterste wil alleen die beschikkingen uit de eerste vernietigt welke met de nieuwe beschikkingen niet zijn overeen te brengen.

2. Indien er wel een codicil is voor ontleding, maar de familie geeft na het overlijden toestemming tot het wegnemen van organen of tot sectie — en dat zelfde geldt wanneer de patiënt voor zijn sterven een mondelinge toestemming heeft gegeven —, dan prevaleert het codicil boven de ontleding. Het codicil gaat derhalve vóór de mondelinge toestemming.

3. Uit oogpunt van balsemingstechniek is het

ongewenst een geschonden lijk te conserveren, omdat de resultaten dan niet adequaat zijn. Ook voor het onderwijs is het minder gewenst, dat lijken worden gebruikt waarop sectie is verricht of waaruit gezonde organen zijn verwijderd.

4. Het is de vraag, of een codicil wel het geeignende middel is om te bepalen dat organen van doden voor transplantatie kunnen worden gebruikt. Het beschikkende karakter van het codicil brengt mede dat de organen metterdaad zouden moeten worden gebruikt. De medisch-technische overwegingen van de artsen moeten evenwel kunnen prevaleren boven de wil van de dode. Deze zou dus in het codicil alleen maar de *mogelijkheid* van donatie kunnen noemen en niet de donatie zelf. Daarmede is het codicil echter niet meer een verklaring van de erflater waarin beschikkingen kunnen worden gemaakt onder andere ter bestelling van lijkbezorging.

Literatuur

- Beekhuis C. H.* De vormvereisten voor een codicil. Weekblad voor Privaatrecht, Notarisambt en Registratie; 88 (1957) 477-482; 489-493; 501-505.
- Beekhuis C. H.* Niet gerechtelijke secties. Rechtsgeleerd Magazijn Themis; (1967) 3-22.
- Elseviers Weekblad* van 7 maart 1970. Vraag en aanbod voor de anatomische snijtafel.
- Geeraedts L. M. G.* Donatie van stoffelijke overschotten ter anatomische ontleding. Medisch Contact 25 (1970) nr. 8, 171-174.
- Haar J. van der.* Lijkbezorgingsrecht. Ac. diss. V.U. 1964, Alphen aan den Rijn 1964.
- Maeijer J. M. M.* Transplantatie van organen en het privaatrecht. Medisch Contact 24 (1969) nr. 47, 1325-1331.
- Rang J. F. - Rozendal R. H.* Het lijkbezorgingsrecht en de ontleding van lijken ten dienste van het wetenschappelijk onderwijs. De Nederlandse Gemeente 19 (1965) 137-142.
- Rang J. F. - Rozendal R. H.* De derde bestemming: ontleding. Soteria 9 (1965) 169-176.
- Rang J. F. - Rozendal R. H.* De ontleding van lijken als geregeld in het eindrapport van de adviescommissie crematie. Tijdschrift voor sociale geneeskunde; 44 (1966) 13-17.

Cursussen statistiek Wereld Gezondheids Organisatie

Zoals ieder jaar organiseert de Wereld Gezondheids Organisatie regio Europa ook in 1970 cursussen te Londen waarvoor een beurs kan worden aangevraagd. De cursussen worden in het Engels gegeven, zodat een behoorlijke beheersing van die taal gewenst is.

Tegen eind september start een cursus bevolkings- en gezondheidsstatistiek; deze duurt tot medio december. De cursus wordt zowel op de London School of Hygiene and Tropical Medicine gegeven als op het General Register Office. De cursus is

bedoeld voor hen, die in hun land werkzaam zijn op het gebied van het vastleggen, bewerken en publiceren van officiële sterfte- en ziektecijfers. Een medische kwalificatie is niet noodzakelijk. Het programma omvat op de volksgezondheid en preventieve geneeskunde toegepaste bevolkingsstatistiek en statistische methoden.

Van eind september tot maart 1971 wordt een cursus Medische Statistiek en epidemiologie gehouden. Hij wordt gegeven door de London School of Hygiene and Tropical Medicine als een onderdeel van haar twee jaar durende

programma van postgradual training in sociale geneeskunde. Deze cursus is uitsluitend bedoeld voor medici en richt zich op de toepassing van statistische methoden in medische onderzoeken en de principes en methoden van de epidemiologie. Voor deze cursus is een bijzonder goede beheersing van het Engels noodzakelijk.

Aanvragen voor een beurs moeten vóór 30 april 1970 worden ingediend bij de World Health Organization, Regional Office for Europe, 8, Scherfigsvej, DK-2100 Copenhagen, Denmark.

Moeilijke maar legitieme vragen

In een periode waarin iedereen meent te kunnen oordelen over de inkomsten van zijn buurman, doet de brief aan de redactie van collega Sauer in M.C. no 14/1970 blz. 343 weldadig aan in zijn eenvoud van vraagstelling. Het probleem zelf is natuurlijk wel gecompliceerder. Het houdt mij dan ook al enige tijd bezig en wel vanaf mijn vestiging, een klein jaar. Te kort om te kunnen oordelen zult u zeggen, mogelijk, maar met het voordeel dat men de dingen nog betrekkelijk fris kan bekijken.

Ook ik heb mij verbaasd over de verschillen in de tarieven voor ziekenfondsverzekerden en particuliere patiënten; en dat in een tijd die streeft naar nivellering. Het moet mij trouwens van het hart dat ook de kerken met deze zaken wel raad weten; reeds in mijn assistententijd werd van mij een kerkelijke bijdrage verwacht die de jaarpremie voor een ziektekostenverzekering flink te boven ging. Blijkbaar zitten wij artsen opgescheept met een „draagkracht” honoreringssysteem dat in deze tijd van pressiegroepen steeds moeilijker wordt te hanteren.

Om nu iets verder op de vraagstelling in te gaan: als pas gevestigd keel-neus- en oorarts voel ik mij af en toe bekeken als een moneymaker eerste klas, iets wat zelfs door hogere ambtenaren-medici op verpleegsterscursussen schijnt te worden verteld. Mijn praktijk is (nog) niet zo groot, maar heeft een verzorgingsgebied van ongeveer 45.000 mensen. Veel vrije tijd blijft er niet over, zeker niet na administratie en intercollegiale correspondentie. Ik heb mijn gehele praktijkinkomen op jaarbasis geschat tegen de vergoeding van het ziekenfonds. Ik kom dan aan een totaal van ten hoogste f 50.000,—. Bruto! Dat is weinig meer dan het inkomen van een bedrijfsarts in een groter bedrijf. Maar wat gaat hier nu onvermijdelijk nog af: salaris secretaresse: f 5.000,—, polikliniekhuur en -personeel f 5.000,—, aflossing praktijkschuld (10% van het jaarinkomen bij overname) f 5.000,—, rente praktijkschuld (afnemend in 10 jaar) + verzekeringen (leven, invaliditeit, maar exclusief spaarelement): ongeveer f 5.000,—, auto-onkosten f 4.500,—, onkosten huis (boven die welke iedereen heeft (behalve de predikant), dus praktijkdeel, studeerkamer, ligging ten opzichte van het ziekenhuis), bijvoorbeeld 10% jaarlijks van f 60.000,— = f 6.000,—, overige onkosten zoals telefoon, extra huishoudelijk personeel, accountant, porto, brieven, dicteerapparaat, enz., geschat op jaarlijks f 3.500,—. Dus totaal aan onkosten f 34.000,—. Een pensioenvoorziening heb ik nog niet eens genoemd!

Ik meen te mogen stellen dat het nog niet eens als belastbaar inkomen te beschouwen restant absoluut onvoldoende is om een studie tot ongeveer

het 34e jaar, en vervolgens een totale vestigingsinvestering van zo'n 1½ ton te rechtvaardigen, zelfs al zou het bruto inkomen nog wat stijgen door praktijkgroei.

De ingezonden brief van collega Sauer is dus wel ontwapenend in zijn eenvoud van vraagstelling, maar hij geeft tegelijk blijk van weinig inzicht in economische problemen te hebben, iets wat hij dan gemeen heeft met het C.N.V., de Consumentenbond en enkele politieke partijen.

Wat is nu de oplossing? Het bruto-inkomen moet omhoog, en hier komt mijn grote bezwaar tegen het ziekenfondssysteem. De consequenties grenzen mijns inziens aan het immorele. Bij een behoorlijk bezette dagtaak kan het inkomen alleen groter worden door meer nieuwe patiënten te zien (dus de oude zo min mogelijk terug te zien) en in mijn vak door meer te opereren. Behoudende therapie wordt in de snijdende vakken vrijwel niet gehonoreerd (waarom niet?).

Concluderend: ik vrees dat collega Sauer zijn mening moet herzien, namelijk dat hier toch sprake is van afwentelingsneigingen door een grote pressiegroep. Overigens geloof ik dat deze materie zo ingewikkeld is, dat er nog veel meer over is te zeggen, maar van mijn kant lijkt deze brief mij voldoende.

Specialist

Rectificatie U.R.-geneesmiddelen

In het artikel, getiteld „U.R.-geneesmiddelen”, van collega C. van der Marel, gepubliceerd in M.C. nr. 11 van 13 maart 1970, is op bladzijde 264, rechter kolom, begin vierde alinea, gesteld:

„In tegenstelling tot bijvoorbeeld de Opiumwet kent het Besluit Artsenijbereidkunst geen bepaling ten aanzien van de eisen waaraan een recept moet voldoen. Een aantekening in het apotheeboek kan zodoende als recept gelden.”

In plaats hiervan had er het volgende moeten staan:

„De Wet op de uitoefening van de geneeskunst stelt eisen waaraan een recept moet voldoen. Naast de naam en woonplaats van een arts, de naam van de patiënt en de wijze van gebruik als vanzelfsprekendheden, wordt een paraaf of ondertekening vereist van de voorschrijvende arts. Een aantekening in het apotheeboek kan als recept gelden, mits het de vereiste kenmerken draagt.”

Red. M.C.

Kort verslag 154ste Algemene Vergadering (slot*)

VI. Behandeling van het rapport uitgebracht door de commissie „Taak Bedrijfsarts“.

(zie M.C. no. 1966/44).

Kortenhorst (voorzitter commissie „Taak bedrijfsarts“) deelt, na de leden van de commissie aan de Algemene Vergadering te hebben voorgesteld, mede, dat in het begin van 1968 het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde zich tot het hoofdbestuur van de Maatschappij heeft gericht met het verzoek, opnieuw nadere normen vast te stellen inzake de behandelende activiteiten van de bedrijfsarts, met name ook wat betreft het voorschrijven, resp. verschaffen van medicijnen door bedrijfsartsen. De opheffing van de Ongevallenwetten en van de Invaliditeitswet per 1 juli 1967 maakte het ook nodig, het werkkterrein van de bedrijfsgeneeskundigen opnieuw aan een studie te onderwerpen. De op genoemde datum in werking getreden Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering leidde tot verhoogde activiteit inzake revalidatie en herplaatsing van verzekerden in het arbeidsproces. De anderhalf jaar geleden benoemde commissie „Taak bedrijfsarts“ kreeg de opdracht, de taak en functie van de bedrijfsarts, mede in verband met het buiten werking stellen van de Ongevallenwetten opnieuw te bestuderen. De resultaten van haar werk zijn neergelegd in het onderhavige rapport.

Aan dit rapport is een addendum toegevoegd, waarin in kritische zin wordt ingegaan op het wetsontwerp tot wijziging van de Veiligheidswet. Enkele artikelen ervan zijn voor de Nederlandse artsenstand moeilijk te aanvaarden. Het hoofdbestuur achtte het gewenst, dat de zienswijze van de commissie op het ontwerp aan het rapport werd toegevoegd. Sindsdien is door minister Roolvink een memorie van antwoord opgesteld, waarin een nieuwe wijziging van de wijziging wordt voorgesteld, n.l. om onderdeel p. „het doen van andere aanbevelingen en het verrichten van andere werkzaamheden, die aan het in dit lid gestelde doel kunnen dienstbaar zijn“ uit de nieuwe Veiligheidswet weg te laten. Het is moeilijk en waarschijnlijk weinig zinvol uitvoerig in te gaan op iets, wat in beweging is. De commissie heeft in haar rapport vastgelegd wat de taak van een bedrijfsarts is en meent, dat met name punt p. zelfs zou moeten worden uitgebreid. Dit komt in conclusie 9 terug, waarin staat, dat de bedrijfsgeneeskundige diensten zelf de weg naar het doel verder moeten kunnen ontwikkelen en dat niet kan worden geaccepteerd, dat ook maar één artsengroepering door de wet zou worden gedwongen haar taak uit te oefenen en zelf niet zou kunnen uitmaken, wat deze taak voor de toekomst zou inhouden. Dit heeft iets te maken met de vrijheid van de arts, hetgeen eveneens geldt voor het tweede in het addendum naar voren gebrachte punt, dat het hoofd van de onderneming verantwoordelijk zou zijn voor intercollegiale verhoudingen e.d. Deze problematiek heeft de Maatschappij altijd tot de hare gerekend en

zij heeft altijd de normen vastgesteld, hoe de artsen zich ten opzichte van elkaar hebben te gedragen. Het is bezwaarlijk de „onderneming“ als nieuwe figuur in dezen te accepteren.

Admiraal (I) meent, dat aan de uitspraak in het rapport: „Het doel van deze bedrijfsgeneeskundige keuring behoort niet te zijn de eliminering van economisch risico voor de werkgever“, grote aandacht moet worden geschonken. Z.i. speelt bij vele keuringen het eventuele risico voor de werkgever een grote rol, daar deze van de keurende arts verwacht, dat hij in de eerste plaats met het economisch risico rekening houdt. In hoeverre mag naar de mening van de commissie dit economisch risico bij de keuringen een rol spelen?

Kampman (XV) merkt op, dat tot genoegen van zijn district herhaaldelijk in dit rapport erop wordt gewezen, dat het niet tot de taak van de bedrijfsarts behoort curatieve werkzaamheden te verrichten. In het rapport staat echter o.a., dat bij bepaalde predisponerende condities, zoals adipositas, nervositas of hypercholesterolaemie nog wel eens advies door de bedrijfsarts zal worden gegeven, b.v. op het gebied van leef- en dieetgewoonten. Is het mogelijk achter deze zin duidelijk aan te geven, dat een dergelijk advies door de b.g. in principe moet worden gegeven, die dan ook het best de naleving ervan kan controleren?

Provó Kluit (XIV) vraagt, of het woord „revalidatie“ in de zin: „Bij de revalidatie in het bedrijf dient de bedrijfsarts, wat betreft de medische communicatie, de centrale figuur te zijn“, nader kan worden omschreven.

Kortenhorst antwoordt, dat het doel van de keuring dient te zijn gericht op de belangen van de patiënt en dat secundair daarmede ook de belangen van de werkgever kunnen zijn ingediend. Overigens is dit punt nog in studie. Een studietoelichting van het college van advies en bijstand voor de bedrijfsgeneeskunde zal dit probleem nader beschouwen, waarbij het met name zal gaan om de vraag, wat de zin en de consequenties van de medische keuring zijn.

Wat de door *Kampman* aangehaalde zin betreft, wijst spreker op de daarop volgende zin, luidende:

„Uiteraard is hier een goede samenwerking en een goed samenspel met de huisarts van groot belang“.

Het is zeker niet de bedoeling, dat de bedrijfsarts de werknemers systematisch weegt en diëten voorschrijft, ten einde een optimale verhouding tussen lengte en gewicht te bereiken. Dit behoort niet tot zijn taak. Hij mag de gekeurde erop attenderen, dat hij b.v. te zwaar is en gezonder moet leven, maar het is niet zijn taak, de verdere levenswijze van de betrokkene te begeleiden.

Bij de revalidatie binnen de muren van het bedrijf is de bedrijfsarts de centrale figuur, wat de medische communicatie betreft. In het algemeen zal de patiënt onder leiding van een revalidatie-arts staan bij zijn revalidatie, die ergens buiten de werkplaats begint. Bij terugkeer van de patiënt in het arbeidsproces zal de revalidatie geleidelijk

* Vervolg van deel I, zie M.C. nr. 15 van 10 april j.l., bladzijde 363 e.v.

worden overgenomen door de bedrijfsarts, die binnen het bedrijf het beste kan bezien, hoe het werk aan de werknemer kan worden aangepast en welke maatregelen kunnen worden genomen, hierbij geadviseerd door de revalidatiearts of een andere arts, ten einde de patiënt zo snel en zo efficiënt mogelijk in optimale conditie te brengen.

Degenaar (XII) zegt in verband met de zin, luidende: „De in deze gevallen behandelende bedrijfsarts kan de patiënt rechtstreeks naar een specialist verwijzen voor consultatie”:

Het is de bedoeling de behandeling dan door de specialist te laten overnemen. De huisarts moet in dat geval meteen maar de verwijzingskaart afgeven, zonder dat hij verder iets over de zaak heeft te zeggen. Een van de afdelingen vindt dit geen juiste figuur.

Mol (IX) vraagt, of er geen addertje onder het gras zit, wanneer de ingeslopen gewoonte om bij de bedrijfskeuring tegelijkertijd het formulier voor een pensioenverzekering te laten invullen, wordt waargemaakt. Het is mogelijk, dat het bedrijf van de pensioenverzekering bericht krijgt in verband met de uitslag van de keuring, dat voor iemand een verhoogde premie moet worden betaald. Intussen is betrokkene goedgekeurd; de werkgever heeft echter het recht, zonder opgave van redenen deze werknemer binnen twee maanden alsnog ontslag te geven. Indirect werkt de arts er dan onbedoeld aan mede, deze werknemer uit het bedrijf te weren.

Sloos (VI) vindt de woorden „te veel tijdverlies” in de zin:

„De langer durende behandeling van ziekten zal in overleg met of op verzoek van de huisarts of specialist kunnen worden uitgevoerd door de bedrijfsarts, b.v. indien de omstandigheden van dien aard zijn, dat de behandeling door de huisarts te veel tijdverlies zou betekenen voor de werkende patiënt”, vaag. In de meeste gevallen houdt de arts spreekuur op een tijdstip, waarop de werkende patiënt werkt. Het zou uit de hand kunnen lopen, wanneer te veel patiënten tijdens de werktijd en dus ook tijdens het spreekuur van de arts door de bedrijfsarts werden behandeld.

Wat betreft het verlenen van hulp op het gebied van de fysische therapie door een bedrijfsgeneeskundige dienst, heeft spreker de indruk, dat de ziekenfondsen bezwaren zullen maken inzake de betaling voor die verleende hulp.

Kortenhorst vestigt er de aandacht op, dat „verwijzen voor consultatie” niet hetzelfde is als „verwijzen voor behandeling”. In het door *Degenaar* bedoelde geval wordt een specialist gevraagd wat men verder moet doen. Het is geen overnemen van de behandeling. De door *Degenaar* geciteerde zin wordt gevolgd door de zin:

„Indien deze consultatie echter geschiedt met de bedoeling de behandeling door deze specialist te laten overnemen, moet deze verwijzing via de huisarts geschieden, aan wie de bedrijfsarts dan dus de behandeling overgeeft”.

In het eerste geval gaat het om het contact tussen de bedrijfsarts en de consultant-specialist, in het tweede geval om de behandeling van de patiënt, die via de huisarts naar de specialist wordt verwezen, waarbij de huisarts een verwijzingskaart afgeeft.

Er is een aanstellingskeuring en een pensioenkeuring. Het komt nog steeds voor, dat beide keuringen aan elkaar worden gekoppeld. Dat is onjuist. Er wordt wel eens gezegd, dat de te keuren persoon kan worden aangesteld, wanneer hij door de pensioenverzekering wordt geaccepteerd.

Deze kwestie is binnen de kring van bedrijfsgeneeskundigen onderwerp van discussie. De door het college van bijstand en advies ingestelde commissie van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde zal ook dit onderwerp in haar studie betrekken.

Wat de woorden „te veel tijdverlies” in de door *Sloos* geciteerde zin betreft, merkt spreker op, dat duidelijk moet zijn, dat in dezen het initiatief bij de huisarts ligt. De bedrijfsarts neemt de behandeling van de patiënt niet van de huisarts af, maar de huisarts vraagt hem de behandeling, mits de patiënt geen bezwaar heeft, over te nemen.

Sloos (VI) meent, dat men alleen de woorden „op verzoek van” moet bezigen.

Kortenhorst wijst erop, dat het rapport in het teken van „overleg met elkaar” en van de communicatie met elkaar staat. De patiënt is de centrale figuur en het verzoek kan ook van hem uitgaan, waarbij hij het zowel aan de huisarts als aan de bedrijfsarts kan richten. In het laatste geval kan de bedrijfsarts in overleg met de huisarts de behandeling overnemen. Het initiatief gaat van de huisarts uit of van de patiënt. Wanneer de bedrijfsarts het initiatief van de patiënt overbrengt naar de huisarts, noemt de commissie dit „in overleg met”.

Het is niet de bedoeling, dat de ziekenfondsen de fysische therapie, die in het bedrijf wordt gegeven, betalen. Wanneer een bedrijf zelf de mogelijkheid van toediening van fysische therapie heeft, kan deze worden benut in gevallen, waarin de patiënt op een ongelukkig moment zijn werk moet onderbreken om elders fysische therapie te halen. Het bedrijf zal dit zelf wel betalen.

Rijpperda Wierdsma (VII) is van mening, dat de kwestie van de bedrijfsgeneeskunde van een dergelijk zich steeds uitbreidend belang in de huidige maatschappij is en dat de commissie een zo uitstekend werkstuk heeft geproduceerd, dat het beneden de standing van de Algemene Vergadering zou zijn - tot nu toe is dit niet voldoende gebeurd - om niet een woord van grote waardering voor het door de commissie verrichte werk te laten horen. Hij wil de commissie hiervoor een compliment maken.

Van Smaalen (V) uit zijn waardering voor dit uitvoerige rapport, waarin enkele punten voorkomen, die nog niet geheel zijn uitgewerkt.

De curatieve werkzaamheden liggen beslist niet op het terrein van de bedrijfsarts; hij moet vooral niet behandelen. „Behandelen” kan ook zijn het geven van een enkel advies. Het beste advies inzake leef- en dieetgewoonten is, wanneer er problemen zijn: Ga maar naar de huisarts. Het zou overigens haarkloverij zijn, wanneer men zich druk zou maken om een dieetlijst of om een advies in de zin van: U moet minder eten. Gaat het om een regelmatige bloeddrukcontrole - bij een periodiek onderzoek kan iets aan het licht zijn gekomen -, dan loopt men het risico, dat de b.g. niet op de hoogte van het verloop van de hypertensie blijft.

Voorts wijst spreker erop, dat staffunctionarissen zich, daar zij menen geen tijd te hebben om naar de huisarts te gaan, wenden tot de bedrijfsarts met het verzoek na te gaan, of zij b.v. moeten doorgaan met het slikken van serpasitabellen. Een pas gevestigde huisarts kan dit als broodroof beschouwen. Het is ook niet de taak van de bedrijfsarts; hij mag dit wellicht eens controleren, maar dit moet geen regelmatig terugkerend gebeuren worden. Overigens zal een bedrijfsarts, die zijn taak serieus neemt,

ongetwijfeld zoveel werk hebben, dat hij voor dergelijke bijkomende werkzaamheden geen tijd heeft.

Kortenhorst dankt *Rijpperda Wierdsma* voor diens lovende woorden.

De Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde en de commissie zijn beducht voor het verrichten van curatieve werkzaamheden door de bedrijfsarts. Deze moeten sterk worden gelimiteerd tot die, welke bij de wet zijn toegestaan, en tot die, welke in overleg met de b.g. tijdelijk door de bedrijfsarts worden overgenomen. Deze gedachte is neergelegd in de tweede conclusie. Hieronder valt ook regelmatige tensiecontrole. Het is niet de taak van de bedrijfsarts een twee- of vier-wekelijks onderzoek te richten op de bloeddruk van de patiënt. De controle van de bloeddruk ligt typisch op het gebied van de huisarts.

Een bron van moeilijkheden is het feit, dat staffunctionarissen, de prachtige outillage van de bedrijfsarts ziende - zij kennen de bedrijfsarts dikwijls beter dan de eigen huisarts - zich onder behandeling van de bedrijfsarts willen stellen. Het rapport beoogt juist de bedrijfsarts in dit opzicht veilig te stellen, zodat deze, als bij hem door een hoge functionaris op een curatieve behandeling wordt aangedrongen, kan antwoorden, *dat dit hem niet is toegestaan*. In het algemeen mag de bedrijfsarts geen curatieve werkzaamheden verrichten en dit rapport is voor hem een steun in de rug om zich schrap te zetten tegenover degene, bij wie hij de kost verdient.

Het rapport wordt vervolgens met algemene stemmen *aanvaard*.

De *voorzitter* dankt namens het hoofdbestuur en namens de Algemene Vergadering de commissie voor de wijze, waarop zij haar taak heeft vervuld en voor de wijze, waarop zij haar rapport heeft opgesteld en verdedigd.

De vergadering gaat over in een met gesloten deuren.

Na het beëindigen van de besloten vergadering en de heropening van de openbare vergadering deelt de *voorzitter* mede, dat het besluit van het bestuur van Medisch Contact om F. A. Bol, arts te Schoonoord, tot hoofdredacteur te benoemen, door de Algemene Vergadering, gehoord het hoofdbestuur, is bekrachtigd. Spreker wenst de heer Bol van harte geluk met deze benoeming. (Zie M.C. 1970/1, bladzijde 2.)

De vergadering wordt hierna voor enige tijd geschorst en daarna hervat.

VII. *Voorstel van het hoofdbestuur tot wijziging van een aantal artikelen van het huishoudelijk reglement der Maatschappij.*

(Zie M.C. no. 1969/42).

De *voorzitter* deelt mede, dat deze wijzigingen een gevolg zijn van de wijzigingen van het hoofdstuk „Rechtspraak“, in de vorige Algemene Vergadering *aanvaard*.

De voorgestelde wijzigingen t.a.v. de artikelen 2, 6, 13, 101, 117 en 119 worden achtereenvolgens zonder beraadslaging *aanvaard*.

Beraadslaging over artikel 121, lid 3.

Gol (XIV) meent, dat overeenkomstig artikel 325 van

het huishoudelijk reglement ook in dit lid van „kosten“ en niet van reiskosten dient te worden gesproken, daar men b.v. ook telefoonkosten en soms waarnemingskosten kan hebben.

Van der Mijn (secretaris) antwoordt, dat het de bedoeling is, dat slechts reiskosten worden vergoed.

Het gewijzigde artikel wordt *aangenomen*.

De verdere door het hoofdbestuur voorgestelde wijzigingen van artikelen van het huishoudelijk reglement worden *aangenomen*.

VIII. *Brief van het hoofdbestuur d.d. 15 december 1969 (Bi 16016/3366) aan de afgevaardigden, plaatsvervangend afgevaardigden en afdelingsvertegenwoordigers ter algemene vergadering en aan de secretarissen van de afdelingen en van de districten.*

De *voorzitter* zegt, dat thans door de Algemene Vergadering enkele voorstellen inzake de nieuwe rechtspraakregeling zijn *aanvaard*.

In verband met de korte tijd welke daarvoor beschikbaar was sedert de aanvaarding van de nieuwe districtsindeling door de Algemene Vergadering d.d. 13 september j.l., blijken de afdelingen en de districten (al dan niet in de oude vorm) niet erin geslaagd te zijn zo tijdig met het samenstellen van de nieuwe districtsraden gereed te zijn, dat deze raden op 1 januari 1970 hun werkzaamheden kunnen aanvangen, zoals artikel I van de overgangsbepalingen op de nieuwe rechtspraak voorschrijft.

Het hoofdbestuur ziet zich derhalve genoodzaakt de Algemene Vergadering voor te stellen de datum van inwerkingtreding van de nieuwe regeling te verschuiven naar 1 april 1970. Het vertrouwen mag bestaan dat dan alle districtsraden zijn samengesteld. De afdelingsraden behoeven dan slechts de op die datum aanhangige zaken af te handelen.

Ten aanzien van de Raad van Beroep doet zich echter een moeilijkheid voor. Ingevolge artikel 404 van het Huishoudelijk Reglement zal pas in de Algemene Vergadering van 12 september 1970 de benoeming van nieuwe leden van de Raad van Beroep kunnen geschieden. Een van de leden en van de plaatsvervangende leden zal een jurist zijn.

Het hoofdbestuur stelt de Algemene Vergadering voor te besluiten, dat na de datum van de inwerkingtreding van de nieuwe rechtspraak-regeling op 1 april a.s. de Raad van Beroep in zijn oude samenstelling in functie blijft en onmiddellijk na de benoeming van nieuwe leden in de Algemene Vergadering van september 1970 door de Raad in zijn nieuwe samenstelling wordt vervangen.

Nadat door de Algemene Vergadering dispensatie is verleend van het bepaalde in artikel 405 v, lid 2, ingevolge hetwelk publikatie van voorstellen moet geschieden in M.C., ten minste twee maanden voor de Algemene Vergadering, worden de voorstellen van het hoofdbestuur *aangenomen*.

VIII. *Voorstel van het hoofdbestuur inzake het ondertekenen van de „belofte van Genève“ bij het aanvaarden van het lidmaatschap der Maatschappij.*

(zie M.C. no. 1969/43)

Dekker (secretaris-penningmeester) doet voorlezing van een brief van Meursing uit Epe, die van mening is, dat de jeugd van deze verklaring van Genève dient ken-

nis te nemen. In de plaats van het besluit van 5 februari 1959, zo schrijft hij, kan het besluit worden genomen: Aan de nieuwe leden zal bij hun toetreding de verklaring van Genève ter hand worden gesteld.

Kaiser (IV) wijst erop, dat Nederland, voor zover bekend, het enige land is, waar bij het artsexamen een eed of belofte wordt afgelegd, waardoor Nederland in een uitzonderlijke positie verkeert. Wordt de belofte van Genève afgeschaft, dan zal dit de WMA misschien duidelijk kunnen worden gemaakt, maar wellicht niet - door de uitzonderlijke positie van Nederland in dit opzicht - aan de medici in het buitenland. Dit zou onaangename consequenties kunnen hebben. De eed is altijd nog verre te verkiezen boven de belofte van de WMA, daar de eed voor iedere arts geldt en de belofte slechts voor de leden van de landelijke vereniging. De WMA zou druk op de regeringen van alle landen moeten uitoefenen om in de plaats van haar belofte de eed in te voeren. Overigens kan men zich ook bezinnen op betere bewoordingen van de belofte van de WMA, die nu niet zo gelukkig zijn. Spreker vraagt het hoofdbestuur beide zaken als agendapunten voor te dragen voor een vergadering van de WMA, b.v. die, welke over enkele jaren in Nederland zal plaatsvinden. Wanneer tijdens die vergadering geen gehoor voor dit verzoek wordt gevonden, kan het hoofdbestuur zeggen, dat het geen behoefte aan de belofte meer heeft en kan het duidelijk maken, waarom niet.

Degenaar (XII) sluit zich aan bij het gestelde in de brief van Meursing.

Dekker (secretaris-penningmeester) wijst erop, dat van het begin af is gesteld, juist omdat in Nederland na het afleggen van het artsexamen een eed wordt afgelegd, dat men de belofte niet behoeft, maar kon voorleggen. Een aantal afdelingen heeft in de loop der jaren kenbaar gemaakt, dat zij het onjuist achtten dat dit tweemaal geschiedde. In een vergadering van districtsvoorzitters is deze kwestie aan de orde gesteld, waarna bleek, dat men van mening was, dat men, gezien de situatie, deze belofte beter niet kon handhaven. Met hetgeen *Kaiser* voorstelt is een periode van drie jaar gemoeid.

Kaiser (IV) vindt het, nu men hiermede al 10 jaar heeft gemodderd, niet erg, als er nog enkele jaren bijkomen.

De *voorzitter* zegt *Kaiser* toe om hetgeen deze heeft gesteld nader te overwegen.

Denekamp (XII) vraagt, of de gedachte van Meursing afzonderlijk ter discussie kan worden gesteld.

Nadat het voorstel van het hoofdbestuur, het op 5 februari 1949 genomen besluit ongedaan te maken met 25 stemmen voor, 3 stemmen tegen en 3 stemmen in blanco is aanvaard, wordt de brief van Meursing ter discussie gesteld.

Denekamp (XII) vraagt, of deze brief in de vorm van een voorstel aan de Algemene Vergadering kan worden voorgelegd.

Dekker (secretaris-penningmeester) antwoordt, dat, als 9 afgevaardigden menen, dat thans een bepaald onderwerp dient te worden behandeld, de mogelijkheid hier toe aanwezig is.

De *voorzitter* zegt, dat wordt voorgesteld, de belofte kenbaar te maken aan elk nieuw lid van de Maatschappij.

De *Jager* (secretaris) wijst erop, dat de oplossing kan zijn om in het exemplaar van het huishoudelijk reglement, dat elk nieuw lid krijgt toegezonden, „de belofte van Genève” te leggen.

De *voorzitter* constateert, dat de Algemene Vergadering hiermede akkoord gaat.

Schouwink (VII) merkt op, dat er leden zijn, die de belofte hebben afgelegd en die naar aanleiding van de redactie van deze belofte op verschillende punten tot andere gedachten zijn gekomen, b.v. ten aanzien van het punt: „Ik zal absolute eerbied bewaren voor het menselijk leven van de bevruchting af”. Kunnen die leden ontheffing verkrijgen van deze afgelegde belofte?

Denekamp (XII) zegt, dat, nu het besluit van 5 februari 1949 ongedaan is gemaakt, alle sinds die datum afgelegde beloften niet meer rechtsgeldig zijn.

De *voorzitter* constateert, dat *Schouwink* met deze toelichting tevreden is.

IX. Mededelingen van het hoofdbestuur.

Dekker (secretaris-penningmeester) deelt mede, dat aan de afgevaardigden is toegezonden een stuk betreffende het penningmeesterschap der Maatschappij, waarbij gevoegd een artikel van Mr. Noordewier, getiteld „De penningmeester gevierendeel”. In dit stuk is een oplossing aangegeven, die in het hoofdbestuur is besproken en aanvaard.

De *voorzitter* constateert, dat niemand het woord verlangt. De Algemene Vergadering verenigt zich met de inhoud van het schrijven.

Vervolgens geeft de *voorzitter* het woord aan *Smits* om een uiteenzetting te geven over de doelstellingen en het wel en wee van de SANO.

Smits zegt, dat de vraag, waarom de SANO is gesticht reeds is behandeld in een artikel in M.C. nr. 16 van 1969, waarin de problemen van de Nederlandse artsen in Oostelijk Afrika zijn besproken. De meesten zijn suppletieskundigen, artsen die een overeenkomst met het gouvernement van het land, waar zij werken, hebben gesloten en die van Buitenlandse Zaken een „topping-up” bij hun salaris ontvangen. Er zijn ook collegae, die door particuliere organisaties zijn uitgezonden. De aan de suppleties verbonden voorwaarden zijn niet altijd gelijk, hetgeen in het verleden veel wrijving heeft veroorzaakt. Daarom wilde de Nederlandse overheid van de suppletie-regeling af. Het intrekken ervan deed veel stof opwaaien in 1968 in de Eerste Kamer. Minister Udink zegde toen toe, dat door hem 45 artsen per jaar zouden worden uitgezonden op basis van een suppletiestelsel - nieuwe stijl. Het verstrekken van advies over dit stelsel en het eventueel verstrekken van suppletie vormen een van de doelstellingen van de SANO, aan de wieg waarvan de Maatschappij en de Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde hebben gestaan. Het streven is de collegae in de ontwikkelingslanden in staat te stellen op een gemakkelijker wijze een contract af te sluiten, daar de suppletie hun dan een aanvaardbaar inkomen garandeert. Door hun werk kunnen zij de bestaande infrastructuur van de gezondheidszorg in de betrokken landen versterken. Het ontstaan van de suppletie was een Engelse gedachte. Toen Engeland zijn koloniën zelfstandigheid verleende, werden er nog geen opleidingen georganiseerd,

maar werden deskundigen gestuurd, wier kosten op de begrotingen van de betreffende landen kwamen te staan, waarbij door Engeland werd gesuppleerd. De Nederlandse overheid heeft deze methodiek enige jaren toegepast en heeft van 1966 tot en met 1968 155 artsen gesuppleerd, voornamelijk werkzaam in Oostelijk en in Westelijk Afrika. De vraag rijst, of Nederland zich zoveel artsen in ontwikkelingslanden kan permitteren. In 1968 werden door de overheid en particuliere organisaties 100 artsen in het veld gehouden, d.w.z. dat er jaarlijks ongeveer 100 artsen vertrokken. Voor de vraag, of Nederland zich dit kan permitteren, verwijst spreker naar het verslag van wat staatssecretaris Kruisinga ter zake heeft opgemerkt bij de behandeling van de begroting van Onderwijs en Wetenschappen. Hij kwam bij zijn verdediging terug op de toelichting, door hem gegeven bij de begroting van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Hierop is uitvoerig ingegaan in M.C. no. 50/1969. De staatssecretaris stelde, dat Nederland niet een tekort, maar ook niet een overschot zou hebben, doch dat er sprake zou zijn van een behoorlijke artsendichtheid en dat Nederland wel iets kon missen. Staatssecretaris Kruisinga heeft gezegd, dat de artsendichtheid in Nederland niet direct een waarborg is voor een hoog peil van de gezondheidszorg; in dit verband verwees hij naar de situatie in Oostenrijk en België, waar de artsendichtheid veel groter is dan in Nederland en waar de gezondheidszorg op een iets lager niveau staat. Voorts verwees hij naar de Scandinavische landen, waar de artsendichtheid kleiner is dan in Nederland en waar het peil van de gezondheidszorg hoger is.

In een proefschrift van Folmer is een van de stellingen, dat in Nederland behoefte is aan een organisatie, die hier het aanbod van de artsen, die van de universiteiten komen, coördineert en die het doorgeeft naar de verschillende uitzendende instanties. Aan de hand van de gegevens van staatssecretaris Kruisinga kan worden gesteld, dat 10% van het Nederlandse artsenbestand - ongeveer 100 artsen - tussen 1970 en 1980 ter beschikking zou kunnen zijn van het werk in ontwikkelingslanden. In een van zijn stellingen zegt de onlangs gepromoveerde Bijkerk:

„Het gedurende enige tijd praktiseren in de ontwikkelingslanden van de pas afgestudeerde artsen dient te worden aangemoedigd. Dit komt niet alleen de jonge arts zelf in belangrijke mate ten goede, maar dient als een daadwerkelijke vorm van nationale hulpverlening aan deze landen te worden beschouwd”.

Nederland kan zich permitteren per jaar 100 artsen naar de ontwikkelingslanden te laten uitgaan. Tot nu toe nam de overheid de helft van de kosten voor haar rekening door te suppleren. De particuliere organisaties deden hetzelfde, maar hadden dikwijls wisselende voorwaarden, waardoor de artsen lang niet altijd in staat waren de contracten aan te gaan. Hier ligt een taak voor de SANO, die in dezen een sanerend karakter zou kunnen hebben.

Door „Medicus Tropicus” is een enquête ingesteld naar de hulp, die artsen in de ontwikkelingslanden willen hebben. Van de 275 verzonden formulieren zijn er 100 ingevuld teruggekomen; van de betreffende 100 artsen waren 28 in gouvernementdienst, 20 in zendingsdienst, 29 in dienst van de missie en 23 in dienst van ondernemingen. De laatsten behoeften geen steun; 27 van alle andere artsen vroegen steun, $\frac{1}{3}$ deel. Men kan de artsen in gouvernementdienst buiten beschouwing laten en dus zou de SANO zich in feite moeten bezighouden met het verlenen van hulp aan artsen, die door partiële, niet-commerciële organisaties zijn uitgezonden.

De in mei 1969 opgerichte SANO heeft zich ten doel

gesteld het plaatsen van artsen, para-medisch personeel en andere deskundigen ten behoeve van de gezondheidszorg in ontwikkelingslanden en om de vraag naar en het aanbod van dit personeel met elkaar in overeenstemming te brengen. De eerste vergadering van het bestuur, waarvan Dekker voorzitter is, vond op 6 juni 1969 plaats en heeft weten te bereiken, dat op 10 november met de minister een regeling werd getroffen inzake het salaris van de betrokken artsen. Deze niet geheel ideale regeling houdt in, dat het salaris, dat een vertrekkende arts in gouvernementdienst wordt gegarandeerd, ong. f 22.000 bedraagt, waarbij komt een collectieve pensioenverzekering, die door de O.L.M.A. wordt geregeld.

De SANO tracht geld bijeen te krijgen voor die particuliere artsen, die niet voldoende verzorgd vertrekken. In de huidige situatie gaat het om ong. 15 artsen, waarmee f 150.000 is gemoeid. Moet dit bedrag bij elkaar worden gebedeld, moet het vrijwillig worden bijeengebracht of moet het door middel van een contributie of een jaarlijkse bijdrage door de artsen worden opgebracht?

De voorzitter stelt het op hoge prijs, dat Smits deze uiteenzetting heeft willen geven. Als mede-oprichter van de SANO heeft het hoofdbestuur grote belangstelling voor het wel en wee van deze stichting. Het heeft echter gemeend geen voorstel aan de Algemene Vergadering te kunnen voorleggen tot een aanmerkelijke verhoging van het bedrag van f 15.000, dat de Maatschappij reeds aan de SANO verstrekt. De contributiegelden van de leden mogen slechts zelden en dan nog in zeer beperkte mate worden aangewend voor subsidies voor andere instanties. Bovendien is de financiële situatie van de Maatschappij thans moeilijk te overzien, daar de definitieve cijfers van de investering in het gebouw, met name van de nog steeds voorkomende aanvullende voorzieningen, nog niet beschikbaar zijn, evenmin als die van de kosten van de exploitatie van het gebouw. Er is geen reden tot ongerustheid, maar wel dient men met het doen van nieuwe uitgaven te wachten, totdat deze cijfers bekend zijn. In de vergadering van september 1970 zal bij de behandeling van de begroting voor 1971 het punt van de bijdrage aan de SANO aan de hand van de dan bekende gegevens opnieuw worden bezien. Als uiting van sympathie voor de SANO stelt het hoofdbestuur thans voor, de bijdrage voor 1970 te verhogen met f 5.000 in de verwachting, dat dit voor de leden een stimulans zal zijn, te besluiten een vrijwillige bijdrage aan de SANO te leveren. Het hoofdbestuur ontraadt een verplichte verhoging van de contributie voor dit doel, maar is bereid een rondschrijven aan alle leden te doen uitgaan met het verzoek een bedrag op rekening van de SANO te storten. Elke arts zou ongetwijfeld bereid zijn, één dag medische hulp te verlenen in een van de vele ontwikkelingslanden, als daartoe de mogelijkheid bestond. Men zou dus een bedrag overeenkomend met één dag waarneming op de rekening van de SANO kunnen storten.

Vervolgens constateert spreker, dat de Algemene Vergadering akkoord gaat met de symbolische verhoging van de bijdrage van f 15.000 tot f 20.000 en dat zij ermee instemt, dat dit punt in de vergadering van september a.s. opnieuw aan de orde wordt gesteld.

X. Rondvraag.

Rijpperda Wierdsma (VII) verlangt, dat het niet meer voorkomt, dat de beraadslagingen worden onderbroken door het gekrijs: *Attentie, attentie*. Men zal er een andere

oplossing voor moeten bedenken om degenen, die aan de telefoon worden geroepen, te waarschuwen.

De *voorzitter* antwoordt, dat van deze opmerking goede nota is genomen.

Koch (IX) herinnert aan een 14 dagen geleden in de krant verschenen bericht met als titel „Verwijdering organen zonder meer na overlijden”. Vermeld werd, dat een commissie uit de Gezondheidsraad de staatssecretaris adviseert zou geven over het wegnemen van organen na overlijden. Het zou onjuist zijn - het druist volledig in tegen sprekers medisch-ethisch denken - als het mogelijk zou zijn, dat stervenden in een ziekenhuis een prooi werden van artsen, die om organen zouden staan te springen. Is de Maatschappij naar haar mening in dezen gevraagd?

De *voorzitter* antwoordt, dat dit onderwerp de volledige aandacht van het hoofdbestuur heeft. De vertegenwoordigers van de Maatschappij in de Centrale Raad voor de Volksgezondheid zullen in dezen zeker hun inbreng leveren. Het probleem is bij het hoofdbestuur aanhangig en het zal zeker aandacht schenken aan wat *Koch* hierover heeft gezegd.

Kampman (XV) merkt op, dat verschillende leden menen, dat zij bij de nieuwe contributieregeling er wat ongelukkig afkomen, doordat hun inkomen precies de grens van f 35.000 overschrijdt. Is er sprake van, dat er binnenkort een groep bijkomt tot f 50.000 en boven f 50.000?

Dekker (secretaris-penningmeester) wijst erop, dat in het betreffende stuk staat, dat de genoemde bedragen zeer voorlopig zijn. In het indertijd aanvaarde rapport staat, dat de bedragen overeenkomstig de trend zullen worden aangepast. Deze bedragen zijn twee jaar geleden vastgesteld, hetgeen betekent, dat een bedrag van f 25.000 nu al hoger zal worden. Het groene formulier moet twee of drie jaar worden ingevuld, ten einde te kunnen nagaan, op welke hoogte de bedragen moeten worden vastgesteld. Deze staan nu nog geenszins vast.

Hallie zegt, dat 70% van de Nederlandse bevolking voor de gezondheidszorg is aangewezen op de verstrekkingen, die in de Ziekenfondswet zijn geregeld. Deze wet maakt onderscheid tussen verplicht verzekerden, vrijwillig verzekerden, bejaarde verzekerden en mede-verzekerden. Er bestaat een betrekkelijk willekeurige loongrens. Enkele honderdduizenden overheidsdienaren zijn verstoken van de zegeningen van de Ziekenfondswet, die ook op enkele andere punten rammelt. Wanneer men kennisneemt van hetgeen wordt geschreven en gezegd door vakbondsleiders, specialisten, ziekenfondsbestuurders, gedelegeerden, huisartsen - om van televisiemedewerkers niet te spreken -, krijgt men niet het gevoel, dat een goed relatiepatroon is ontstaan. Is hieraan niets te doen? Het systeem kan geen bewondering afdwingen, maar het is een *gegeven*. Er moet een mogelijkheid zijn om in de concrete situatie gezamenlijk te trachten het systeem in de praktijk beter hanteerbaar te maken. Vanuit de sectie sociaal-economische aangelegenheden is indertijd een poging gedaan om tot een gesprek met de vertegenwoordigers van de ziekenfondsorganisaties te komen. Het onderwerp kostenbewaking was een wat ongelukkig onderwerp en al vrij spoedig ontstonden er spanningen en weerstanden bij de artsgroeperingen. Wil het hoofdbestuur zich in dezen nog eens beraden? Opzettelijk zegt spreker „hoofdbestuur”, daar de buitenwereld het hoofdbestuur nog altijd ziet als het vertegenwoordigend orgaan

van de Nederlandse artsen. Het zou zeer nuttig zijn, als een gespreksituatie werd gecreëerd tussen de artsen en de uitvoerders van de Ziekenfondswet, daar het relatiepatroon steeds slechter begint te worden. Een grote groep mensen zou hiervan de nadelen kunnen ondervinden. Het goed functioneren van het bestaande apparaat is slechts mogelijk bij een optimaal samenspel van allen. Gezondheidszorg is samen zorgen.

In een vorige Algemene Vergadering heeft spreker een suggestie gedaan inzake de enquêtering van artsen over hun opvattingen met betrekking tot het abortusvraagstuk. Heeft het hoofdbestuur een en ander overwogen? Zo ja, wat is dan het resultaat van die overwegingen?

De *voorzitter* antwoordt, dat wat *Hallie* in het eerste deel van zijn betoog heeft gezegd een punt van bespreking in de S.E.R. uitmaakt. Een structuurcommissie, waarin een vertegenwoordiger van de Maatschappij, houdt zich met dit probleem bezig. De betreffende collega heeft een begeleidingscommissie samengesteld uit verschillende leden van de Maatschappij, waardoor hij een klankbord heeft en waardoor het hoofdbestuur regelmatig van de gang van zaken in de structuurcommissie van de S.E.R. op de hoogte wordt gehouden.

Over de kwestie van de loongrens, waarbij de Maatschappij uiteraard ook betrokken is geweest, wordt thans in de Ziekenfondsraad beraad gevoerd, waarbij het met name gaat om de vraag, of degenen, wier inkomen beneden de loongrens ligt, de geneeskundige verzorging, die zij behoeven, in volle omvang kunnen genieten.

Hallie acht dit niet het wezenlijke van de zaak. Hij heeft gepleit voor het verbeteren van het relatiepatroon tussen medewerkers en uitvoerders.

De *voorzitter* kan zich hierover nu niet uitlaten. De door *Hallie* gemaakte opmerkingen zullen in het hoofdbestuur aan de orde worden gesteld.

Dekker (secretaris-penningmeester) zegt, dat inzake een enquêtering over het abortusvraagstuk nog geen besluit door het hoofdbestuur is genomen in verband met de moeilijkheden van een juiste enquêtering en met het feit, dat een en ander nog volop in beweging is. Het vraagstuk is aan de orde bij het departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid en waarschijnlijk zal een staatscommissie worden gevormd - het gaat om een multidisciplinaire commissie -, die het vraagstuk zal bestuderen.

Hille Ris Lambers (Utrecht), verzekeringsgeneeskundige bij het G.A.K. in Utrecht, vraagt aandacht voor het probleem van de geneeskundige verzorging en begeleiding van de gastarbeiders. In Nederland werken 60.000 buitenlandse arbeiders, d.i. 2,7% van de Nederlandse beroepsbevolking. In landen als Duitsland, Frankrijk, België en Zweden is dit percentage ong. 6. Geschat wordt, dat de industriële metropool Europoort behoefte zal hebben aan 160.000 arbeiders uit den vreemde. De meeste gastarbeiders vinden emplooi in de metaalnijverheid, de scheepsbouw inbegrepen. Ongeveer één op de drie buitenlandse werkkrachten is in deze bedrijfstak werkzaam. Ook is de toeloop naar de dienstensector relatief belangrijk. In Utrecht wordt men dagelijks geconfronteerd met het probleem, voortvloeiend uit de begeleiding van deze arbeidskrachten. Anamnese is in dit geval nauwelijks mogelijk; ook diagnose is nauwelijks mogelijk. In de meeste ziekenhuizen en poliklinieken gaat men „screenen”; men stelt een uitvoerig onderzoek in, waaronder een uitge-

breid röntgen- en laboratoriumonderzoek. Het komt voor, dat eerst na een langdurig onderzoek blijkt, dat het niets heeft opgeleverd, omdat de anamnese ondeugdelijk was. Een psychiatrische anamnese is volslagen onmogelijk, daar hiervoor communicatie een eerste vereiste is. Van revalidatie komt vaak niets terecht, doordat de aanwijzingen, b.v. ook voor een dieet, in de Nederlandse taal zijn gesteld. Er wordt dikwijls gesteld, dat de artsen te laat reageren op dit soort van problemen. Is de Maatschappij bereid, aangezien dit probleem nog veel groter zal worden - het percentage van 2,7 van de beroepsbevolking kan 6 worden -, een studietoelating in te stellen, die in de eerste plaats gegevens hierover verzamelt en in de tweede plaats adviezen, b.v. met betrekking tot vragenlijsten, geeft? De bestaande vragenlijsten zijn niet te gebruiken, zeker niet door de Marokkaanse werknemers. Men zou o.a. kunnen zorgen voor vertaalde dieetlijsten enz.

De voorzitter, zelf ook betrokken bij dit probleem, wijst op het door de geneeskundige hoofdinspectie uitgegeven boekje met vertalingen van de verschillende vragen, die in allerlei talen zouden kunnen worden gesteld. Dit kan een handleiding zijn. Over deze kwestie worden regelmatig besprekingen op het departement gevoerd en het hoofdbestuur zal de minister zeker nog eens wijzen op de problemen, waarmee de artsen worden geconfronteerd bij de behandeling van zieke buitenlandse arbeiders.

Dekker (secretaris-penningmeester) zegt, dat toen enige tijd geleden deze kwestie uitvoerig met het departement werd besproken, naar voren kwam, dat het zeer gewenst was, dat de grote bedrijven, die meerdere buitenlandse arbeiders in dienst nemen, ervoor zorgden dat in het bedrijf een tolk was. Het is zeer moeilijk voor dit vraagstuk een goede oplossing te vinden, maar het is nodig er opnieuw aandacht aan te schenken.

Bol (hoofdredacteur M.C.) dankt de Algemene Vergadering voor de bekrachtiging van het besluit tot zijn benoeming. Hij begrijpt de achtergronden van het feit, dat hij door enige collegae met deze benoeming werd gecondoleerd, maar dit betekent voor hem wel een uitdaging. In ieder geval zal spreker zijn uiterste best doen om deze functie goed te vervullen.

Langelier (X) deelt mede, dat zijn district verontrust is over de uitspraak van het medisch tuchtcollege te Zwolle, gepubliceerd in M.C. van 21 november 1969 en dat het zich kan verenigen met de strekking van de in latere nummers van M.C. voornamelijk van redactiezijde daartegen ingebrachte bezwaren.

De voorzitter antwoordt, dat dit onderwerp ook de aandacht van het hoofdbestuur heeft. In M.C. van deze week is in de rubriek „Reacties van leden” een vijftal stukken gepubliceerd, waarin dezelfde materie wordt behandeld en waarin adhesie wordt betuigd aan de publikatie, die hierover in M.C. is verschenen.

Sluyters (IX) vestigt de aandacht erop, dat hij voor de laatste maal als officieel lid aan de Algemene Vergadering heeft deelgenomen. Hij is 33 jaar onafgebroken lid van deze vergadering geweest en heeft vele vergaderingen bijgewoond; de meeste waren zeer rustig, enkele moeilijk, in sommige bestond een geweldige oppositie en in 1960 was een enkele vergadering chaotisch. Over het algemeen was de sfeer voortreffelijk. Altijd is spreker aan-

wezig geweest, niet omdat hij zich als een onmisbare pijler beschouwde, maar vanwege zijn plichtsbesef. Hij had zijn lidmaatschap aanvaard en wilde dit zo goed mogelijk vervullen. Voor de vriendschap, die hij van velen in al die jaren heeft mogen ondervinden, is spreker zeer dankbaar.

Sinds hij voorzitter van de Maatschappij is geweest, heeft spreker nooit een volgende voorzitter bedankt, daar hij niet de indruk wilde wekken, dat de ene voorzitter de andere telkens lieflijkheden toevoegde. Nu hij hier voor de laatste maal aanwezig is, wil hij een uitzondering maken en de voorzitter danken voor de leiding van deze rustige vergadering.

De voorzitter betreurt het, dat thans van Sluyters als officieel afgevaardigde afscheid moet worden genomen en dat men diens gewaardeerde stem in de Algemene Vergaderingen niet meer zal horen. Sluyters is een bekende figuur op het gebied van de behandeling van artikelen van het huishoudelijk reglement en hij wist altijd nog wijzigingen voor te stellen, die verbeteringen betekenden. Zijn kritische instelling ten aanzien van dit soort van zaken is altijd zeer gewaardeerd.

Spreker is Sluyters erkentelijk voor diens vriendelijke woorden over zijn leiding van de vergadering.

Tenslotte wenst hij allen goede kerstdagen en een aangename jaarwisseling toe, zeggende: Vrede aan allen, die van goeden wille zijn.

De vergadering wordt gesloten.

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 publikatie 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 secretari(s) hebben samengesteld, zal een overzichtspublikatie plaatsvinden.

Tot lid van de districtsraad voor district XX zijn gekozen:

J. Baarveld, Groningen;
A. W. Bom, Groningen;
E. Dost, Ter Apel;
C. F. G. E. Hallewas, Groningen;
N. Hellemans, Groningen;
H. G. Meijer, Groningen;
K. D. Pot, Groningen;
U. Sissing, Winschoten;
A. J. Spieker, Uithuizen;
R. A. de Zeeuw, Appingedam.

In aansluiting op de publikatie in MC 1970/14 d.d. 3 april, van de gekozenen voor *districtsraad IV (Den Haag)*, moge worden aangetekend dat aldaar ten onrechte de naam van Dr. H. J. Köster (Den Haag) was weggelaten. Er zijn voor die raad derhalve 11 leden gekozen.

Kort verslag vergadering hoofdbestuur

Kort verslag van de vergadering van het hoofdbestuur, gehouden op zaterdag 7 maart 1970, in het gebouw van de Maatschappij, Lomanlaan 103 te Utrecht.

Voorzitter: Dr. L. van der Drift.

Om 13.30 uur opent de voorzitter de vergadering, waarna in afwezigheid van de secretaris-penningmeester korte tijd wordt gediscussieerd over enkele maatregelen, die zullen worden genomen ten aanzien van zijn afscheid als secretaris-penningmeester van de Maatschappij.

Vervolgens worden het puntenverslag en de notulen van de vorige vergadering goedgekeurd, waarna enige opmerkingen ten aanzien van de 13e lijst van aanvullingen en wijzigingen voor het „groene boekje” worden behandeld.

Het advies van het dagelijks bestuur aan het hoofdbestuur met betrekking tot de organisatie van de jaarlijkse ledencongressen van de Maatschappij wordt in eerste instantie aangenomen, waarbij wordt aangetekend, dat deze kwestie nog aan de orde zal komen in de vergadering met de districtsvoorzitters. Daarna zal een definitieve beslissing worden genomen.

Nadat de data voor de algemene vergaderingen in 1971 zijn vastgesteld, worden enkele praktische consequenties van het selectie-vraagstuk besproken. Het hoofdbestuur is van mening, dat er een duidelijke taak ligt voor de Maatschappij om de meningsvorming van publiek en ook van artsen inzake het ter beschikking stellen van organen voor transplantatiedoeleinden in positieve zin te bevorderen. De commissie selectievraagstuk zal onder dankzegging voor de bewezen diensten worden opgeheven.

Ten aanzien van de selectiemethode, te gebruiken bij toelating tot de medische studie wordt besloten overleg te plegen met het Interfacultair Overleg Geneeskunde mede met het oog op de vraag of het zinvol is, dat de Maatschappij zich ten deze zal richten tot de minister van Onderwijs en Wetenschappen.

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.

De concept-begroting voor het Ledencongres 1970 wordt goedgekeurd.

Ten aanzien van de gewijzigde begroting voor 1970 van de L.H.V. kan eveneens een gunstig advies worden uitgebracht, waarbij het hoofdbestuur zich onthoudt van een oordeel over de posten met betrekking tot de ontwikkeling in het toekomstige beleid van de L.H.V., waarover het hoofdbestuur zich thans nog geen oordeel kan vormen, aangezien het gesprek hierover nog niet is afgesloten.

Ten aanzien van de organisatie van de algemene vergadering wordt besloten, dat naast een aantal andere gasten de pers eveneens zal worden toegelaten op het tweede gedeelte van deze vergadering.

Inzake het instellen van een paramedisch beroep voor chiropodisten wordt besloten op de volgende vergadering aan de hand van een voorlichtende notitie een definitief besluit te nemen.

Ten aanzien van het zenden van een Landrover aan de Indonesische Artsenvereniging ten behoeve van een bepaald project, waartoe twee jaar geleden was besloten, wordt geconcludeerd, dat het, in verband met gebleken importmoeilijkheden, het meer aangewezen is om dit geschenk om te zetten in een financiële gift, die eveneens zal worden bestemd voor het aangegeven project.

Na de rondvraag sluit de voorzitter om zes minuten voor zes de vergadering.

MC

VAN HET CENTRAAL BESTUUR L.H.V.

Convocatie ledenvergadering te houden op 13 mei 1970

Het Centraal Bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging roept een ledenvergadering bijeen op woensdag 13 mei 1970 te Utrecht in „Esplanade”, Lucas Bolwerk 24 (telefoon 030-26088).

De ledenvergadering vangt aan om 19.00 uur.

De agenda voor deze vergadering luidt als volgt:

1. Opening.
2. Verzoek om dispensatie van artikel 27 lid 1 van het huishoudelijk reglement.
3. Mededelingen.
4. Farmaceutische tarieven.
5. Wat verder ter tafel komt.
6. Rondvraag.
7. Sluiting.

Utrecht, 10 april 1970

J. I. van der Leeuw, arts, secretaris

Informatie aan kamerleden over positie van de Nederlandse huisartsen

Namens het Centraal Bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging zijn de leden van de bij het L.H.V.-beleid meest betrokken commissies van de Eerste en Tweede Kamer der Staten Generaal nader geïnformeerd over de visie van het Centraal Bestuur op diverse aspecten van de positie der Nederlandse huisartsen. Het rondschrĳven aan de betreffende Kamerleden was als volgt opgesteld:

1. Inleiding

Het Centraal Bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging weet zich niet alleen verantwoordelijk voor een juist niveau van de honorering der individuele huisartsen; deze verantwoordelijkheid strekt zich ook uit tot omvang en kwaliteit van de door huisartsen te verlenen zorg.

Men werd zich in de laatste jaren steeds meer bewust dat er een wederkerige afhankelijkheid bestaat tussen:

- absolute en relatieve daling van het aantal huisartsen ten opzichte van de groeiende omvang van de bevolking;
- toenemende vraag om hulp per huisarts, een­deels door stijging van de gemiddelde praktijk­omvang, anderdeels door de uitbreiding van de mogelijkheden op medisch gebied;
- omvang, inhoud en niveau van het werk ofwel het kwaliteit-kwantiteit-dilemma;
- uitholling en achterblijven van de honorering, ondermijning van de sociaal-economische positie der huisartsen.

Duidelijk manifesteerde zich een vicieuze cirkel, die niet alleen inhoud en kwaliteit van de huisartsen­hulp, maar ook bij verdere escalatie, de continuïteit in de beroepsuitoefening en de plaats en functie van de huisarts in de gezondheidszorg in gevaar bracht. Deze complexe problematiek vereiste een breed opgezet en goed gecoördineerd beleid en een directe aanpak op tal van gebieden, met name:

- alle tarief-sectoren;
- sociale voorzieningen;
- opleiding en nascholing;
- praktijkvoering.

De ledenvergadering heeft het nastreven van deze concrete doelstellingen bij tal van gelegenheden ondersteund en onderschreven.

Uitgaande van de gedachte dat de in 1966-1967

beoogde structurele verbetering van de materiële positie van de huisarts voor alles ten doel heeft gehad het verzekeren, in de verdere toekomst, van voldoende huisartsenhulp voor de Nederlandse bevolking, vestigen wij uw aandacht op het volgende.

1. Aantal huisartsen

De reeds in 1966 geconstateerde daling van het aantal huisartsen in absolute en relatieve zin (en stijging van de gemiddelde leeftijd, ondanks het feit dat het grootste verloop boven de 45 jaar plaats heeft) is sedertdien niet tot stilstand gekomen. Met name in de grote steden komt de voorziening met huisartsenhulp ernstig in gevaar. De belangstelling bij jonge artsen om het beroep van huisarts te kiezen is in ernstige mate gedaald (tot onder 20%), zodat ontstane lacunes veelal niet worden opgevuld (zie bijlage). De overblijvende huisartsen worden steeds zwaarder belast, hetgeen afbreuk doet aan de animo om hun beroep trouw te blijven: onze indruk is dat een groot aantal ernstig overweegt de praktijk op te geven. Hiernaar wordt een onderzoek ingesteld.

Deze neiging, om het beroep te verlaten, wordt nog versterkt door recente salarĳsbewegingen in de sector der controlerende geneeskundigen en door uitbreiding van het aantal bedrijfsgeneeskundige diensten, welke in de naaste toekomst wordt verwacht. De meerdere zekerheid omtrent sociale voorzieningen in andere medische functies blijkt dikwijls een doorslaggevende factor te zijn om het huisartsenwerk nolens volens te staken.

2. Pensioenproblematiek

Een spoedige oplossing van de pensioenproblematiek van de huisartsen is dan ook ten zeerste gewenst. Daaraan is door het tijdig indienen van het wetsontwerp op de beroepspensioenfondsen een belangrijke bijdrage geleverd. Op het punt van de fiscale aftrekbaarheid van de verplicht te stellen premies bestaat bij sommigen nog enige onzekerheid. Wij merken daarom het volgende op.

Het in 1966 uitgebrachte advies van de Cie. ex art. 49 lid 2 van de Ziekenfondswet gaat uit van gelijke fiscale behandeling van huisartsen zoals voor deelnemers in A.B.P. en bedrijfspensioenfondsen reeds bestaat. Wij herinneren er aan dat de in uitzicht gestelde fiscale vrijstelling der verplicht te stellen pensioenpremies de hoeksteen is van het in januari 1967 bereikte akkoord bij de wederzijdse

standpuntbepaling tussen de toenmalige regering en de L.H.V. In overeenstemming daarmee worden reeds vanaf 1-1-1967 de pensioenbijdragen der ziekenfondsen, op grond van de overeenkomst 1967-1970 tussen de ziekenfondsorganisaties en de L.H.V., gestort bij de Stichting Voorlopig Beheer Pensioengelden voor Huisartsen. Deze regeling is destijds getroffen teneinde deze gelden buiten de fiscale sfeer te houden, zodat wat dit punt betreft geen budgettair probleem bestaat.

Wij vestigen er verder nog de aandacht op dat het in dat advies opgenomen (gemiddelde) premiepercentage geen aanspraak kan geven op een pensioen dat overeenstemt met de pensioenaanspraken van de vergelijkingsfunctionaris (schaal 151) maar slechts uitzicht geeft op een bescheiden basispensioen op 70-jarige leeftijd.

A fortiori is de eventuele invoering van een partiële back-service-regeling - die door velen zeer gewenst wordt geacht - van de fiscale behandeling der premies, met behoud van de mogelijkheid tot het treffen van aanvullende voorzieningen in de privé-sfeer (5000-gulden regeling), afhankelijk.

3. Opleiding en nascholing

Voorts zal, naar onze mening, voor het handhaven van een verantwoord peil van huisartsenhulp de tot standkoming van de voorgenomen specifieke beroepsopleiding tot huisarts en een betere organisatie van en voldoende mogelijkheden voor nascholing van huisartsen op korte termijn van doorslaggevend betekenis zijn.

Het Centraal Bestuur der L.H.V. heeft zich in de afgelopen drie jaar beijverd op deze terreinen, plannen en activiteiten te ontwikkelen en initiatieven van anderen waar mogelijk te steunen. Als recente voorbeelden mogen hier genoemd worden de in het kader van de Union Européenne des Médecins Omnipraticiens (U.E.M.O.) door de Nederlandse delegatie opgestelde richtlijnen voor de specifieke beroepsopleiding tot huisarts en de oprichting van de Stichting Financiering Nascholing Huisartsen, een gezamenlijk initiatief van N.H.G. en L.H.V. met medewerking van het Hoofdbestuur der K.N.M.G.

4. Groepspraktijken

Op het gebied van de ontwikkeling van groepspraktijken en dergelijke hebben de besturen van N.H.G. en L.H.V. eveneens besloten tot een nauwere samenwerking te geraken die perspectieven kan openen voor de talrijke huisartsen, die voor deze nieuwe vorm van praktijkuitoefening zijn geïnteresseerd. Daarbij zal ook aan andere vormen van samenwerking (onder meer gezondheidscentra) de nodige aandacht worden geschonken. Hier liggen grote investeringsproblemen, die tot nu toe een obstakel vormen.

5. Praktijkvoering

Aan het handhaven en bevorderen van een opti-

male praktijkvoering, meer in het bijzonder in de sector der apotheekhoudende huisartsen die ca. 1/4 van de Nederlandse bevolking van farmaceutische hulp voorzien, wordt grote zorg besteed. Ook op dit terrein is er een groeiende samenwerking tussen L.H.V. en N.H.G. evenals met het N.H.I. Inzake de onderlinge waarneming heeft het hoofdbestuur der K.N.M.G. zich onlangs met een brief gewend tot alle leden der Maatschappij, evenals tot de publiciteitsmedia naar aanleiding van moeilijkheden die zich in enkele gevallen hadden voorgedaan. Het Centraal Bestuur der L.H.V. zal er nogeens bij de huisartsen op aandringen extra zorg te besteden aan goed sluitende waarnemingsregelingen.

In het bovenstaande hebben wij U in vogelvlucht een overzicht gegeven van het algemene beleid en de verschillende sectoren waarbinnen de L.H.V. activiteiten ontwikkelt teneinde die omstandigheden te scheppen en te bevorderen, welke ons inziens noodzakelijk zijn om de functie en de positie van huisartsen in de gezondheidszorg te handhaven en te waarborgen.

II. Honorering

In het voorgaande is nog niet ingegaan op het honorarium-beleid van de L.H.V. Wel moge duidelijk zijn geworden dat dit beleid geen doel op zichzelf vormt, maar gegrond is op de uitgangspunten die hiervoor zijn uiteengezet.

1. Particuliere tarieven

De laatste maanden is tegen een aantal huisartsen proces verbaal opgemaakt, omdat zij hun tarieven op ongeoorloofde wijze zouden hebben verhoogd. Deze kwestie is van bepaalde zijden op nogal geruchtmakende wijze in de publiciteit gebracht en heeft bij velen verwarring gesticht en misnoegen gewekt. Naar aanleiding daarvan wordt het volgende opgemerkt.

De steeds weer genoemde bedragen van f 9,— en f 13.50 voor consult en visite dateren van een advies d.d. 1-10-'67 inzake trendmatige aanpassing van de minimum particuliere tarieven. Dit advies is ingetrokken tegelijk met het intrekken van de prijzenbeschikking huisartsen 1967 in januari 1968. Het Centraal Bestuur heeft toen toegezegd de regering niet meer met een advies inzake minimum particuliere tarieven te zullen overvallen. Andere afspraken zijn niet gemaakt. Hoe men ook over de hoogte van deze tarieven op dat moment moge denken, het zal een ieder duidelijk zijn dat door de sedert

**Abonnementen,
welke niet één maand van te voren
zijn opgezegd,
worden geacht voor dezelfde termijn
verlengd te zijn**

dien opgetreden algemene inkomensontwikkeling en de stijging der praktijkkosten deze bedragen voor minimumtarieven reeds lang zijn achterhaald (zie bijlage II).

Ongeveer 1 jaar geleden heeft het Centraal Bestuur zich genoopt gezien zich tot de Tweede Kamer te wenden in verband met het feit dat de toenmalige minister van Economische Zaken, naar onze mening zonder redelijk motief, met een prijsmaatregel dreigde. De even genoemde bedragen werden toen als een maximum gehanteerd, als een eenheidsprijs, met voorbijgaan aan aard en inhoud van de verleende diensten en de daarmee samenhangende kosten.

De betrokken kamercommissies waren zo vriendelijk het Centraal Bestuur in gehoor te ontvangen. Later heeft de minister erkend dat een consult geen kopje koffie is. De minister heeft toen van een prijsmaatregel afgezien nadat het Centraal Bestuur de huisartsen had geadviseerd de sedert 1 januari 1969 gebleken inkomensontwikkeling en prijsstijgingen pas na 1 oktober 1969 in hun tarieven tot uiting te brengen. Aanpassing aan de trend van 1967-1968 werd in deze formulering duidelijk opengelaten. De minister stelde zich echter op het standpunt, wederom zonder redelijke argumenten, dat in de door hem genoemde bedragen de ontwikkeling tot 1 oktober 1969 reeds was begrepen. Vanzelfsprekend is dit door de L.H.V. onmiddellijk tegengesproken. Wij hebben goede redenen om aan te nemen dat de leden der L.H.V. zich in het algemeen aan dit advies van het Centraal Bestuur hebben gehouden.

Bij de later in 1969 door de minister genomen prijsmaatregelen voor het bedrijfsleven is tot onze verbazing geen uitzondering gemaakt voor de tarieven van huisartsen, gezien de door de huisartsen daadwerkelijk getoonde bereidheid om met de wensen van de minister in vergaande mate rekening te houden. De jacht op de huisartsen is daarentegen blijkbaar met ingang van oktober 1969 voor geopend verklaard. Daargelaten de kwestie van de toepasselijkheid van de prijzenwet op de beoefenaren van een vrij beroep, - het standpunt der L.H.V. in deze is ongewijzigd -, mist naar veler mening het huidige optreden van de zijde van de E.C.D. iedere redelijke grond.

Wederom worden de huisartsen als prijsopdrijvers voorgesteld. Tegen geen andere groepering in onze samenleving wordt voor zover ons bekend, met dergelijke methoden geageerd. De bevolking is via de televisie opgeroepen klachten in te dienen of de rekening niet volledig te betalen en enkelen hebben hieraan gehoor gegeven; opsporingsambtenaren trachten klachten te provoceren en schuwen niet daarbij gebruik te maken van administratieve gegevens die zij bij sommige verzekeringsinstellingen hebben weten te verkrijgen. Nog daargelaten de vraag of de opsporingsambtenaren hiertoe bevoegd zijn, achten wij deze methode moreel volstrekt onjuist en ontoelaatbaar. Het komt ons namelijk voor dat op deze wijze aan de goede verhouding tussen artsen en publiek ernstige schade wordt toege-

bracht en dat het op de weg van uw Commissie zou liggen hieraan de aandacht te schenken die deze kwestie verdient.

2. Ziekenfondshonorering

Tussen de organisaties van ziekenfondsen en de L.H.V. is onlangs een nadere overeenkomst tot stand gekomen inzake de vergoeding van praktijkkosten c.a. gedurende de jaren 1968 t/m 1970 in het kader van de abonnementshonorering wegens de geneeskundige en verloskundige hulp, die bij of krachtens de ziekenfondswet aan de ziekenfondsverzekerden wordt verleend. Deze nadere overeenkomst is thans door de Ziekenfondsraad goedgekeurd en bekrachtigd. Weliswaar is daarmee de materiële positie van vele huisartsen verbeterd. Echter, de in 1967 door de toenmalige regering in uitzicht gestelde, over vier jaar gefaseerde, structurele verbetering van de materiële positie van de huisarts van ruim 50% wordt niet gerealiseerd.

Bij het thans bereikte resultaat, door het Centraal Bestuur en de ledenvergadering der L.H.V. slechts node aanvaard om een nieuwe impasse in de onderhandelingen met de ziekenfondsorganisaties te voorkomen, heeft het aanvullend advies van de Commissie ex. art. 49 Ziekenfondswet d.d. 21-3-1969 een belangrijke rol gespeeld. Dit heeft er namelijk toe geleid dat de structurele verbetering tot gemiddeld circa 40% is gereduceerd. De oorzaak daarvan is gelegen in de huidige kostenvergoedingsregeling, waarbij de gemiddelde (vaste) kostenvergoeding per praktijk niet uitkomt op 70% (gemiddeld 70% van de bevolking is bij een ziekenfonds verzekerd), maar op circa 55%, namelijk variërend van 30% tot 70%, afhankelijk van praktijkgrootte en -samenstelling *).

Naar onze mening is daarmee de grond ontvallen aan het beroep dat wel eens wordt gedaan op de stelling van de Cie. ex art. 49 lid 2 der Ziekenfondswet in haar advies d.d. 19-12-'66, dat gewaagt van gelijke honorering voor ziekenfondsverzekerden en particuliere patiënten. Deze stelling heeft overigens betrekking op de in het verleden bestaande honoringsstructuur die een duidelijk charitatief karakter had.

Gezien vanuit de situatie van de individuele huisarts verschilt de uitkomst van de in het aanvullend advies aangegeven kostenvergoeding echter niet wezenlijk van de vroegere regeling. In dit verband vestiten wij er nog eens de aandacht op dat het destijds uitgebrachte advies van de Cie. Van der Ven berust op de volgende taakopdracht:

„De commissie adviseert omtrent de inhoud van de door hen vast te stellen richtlijnen, door de Landelijke Huisartsenvereniging en de organisaties van ziekenfondsen in acht te nemen bij het sluiten van een overeenkomst met betrekking tot de verstrekking ingevolge de Ziekenfondswet van huisartshulp na 31 december 1966”

Het is dus geenszins de bedoeling van de minis-

*) Rectificatie: moet zijn 0% tot 70% (seer. L.H.V.).

ter geweest daarmee tevens een advies te vragen, noch van de Commissie om een advies te geven inzake de particuliere tarieven van huisartsen. De voorzitter van deze Commissie heeft ons uitdrukkelijk bevestigd, dat het advies uitsluitend handelt over een abonnementshonorering voor ziekenfonds-verzekerden en niet over een verrichtingshonorarium, hetgeen de huidige minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid bekend is.

Hiermede willen wij voorlopig volstaan. Uit de aard der zaak is het Centraal Bestuur gaarne bereid een en ander in een gesprek nader toe te lichten.

Met de meeste hoogachting,

J. F. A. van Rijn, arts, voorzitter
J. I. van der Leeuw, arts, secretaris

Bijlage I

Het aantal huisartsen/leden der Plaatselijke Huisartsen Verenigingen van de grote steden.

	1967 jan.	1968 jan.	1969 jan.	1970 jan.	1970 febr.
Amsterdam e.o.	344	333	319	319	318
's-Gravenhage e.o.	270	262	255	244	244
Rotterdam e.o.	240	236	237	233	232
Utrecht e.o.	93	95	94	90	90

Toelichting

- ca. 95% der Nederlandse huisartsen is lid van de L.H.V.
- de ledenadministratie loopt altijd enigszins achter bij de werkelijkheid.
- het vertrek van huisartsen uit de stedelijke centra wordt in deze cijfers enigermate versluierd door een geringe toename van het aantal huisartsen in zich uitbreidende randgemeenten.

Bijlage II

1. Vergelijking kostenbudget 1963-1970 toont een stijging met ruim 150%:

Kostenbudget 1963 f 14.600,—

Kostenbudget 1970 f 36.900,—

2. Inkomensontwikkeling 1963-1970 (C.B.S.-index-cijfers/uurlonen)

Jaar	Part. bedr.	L.H.V.-advies	overheid
1963	180	6.—	9.—
1966		min. 8.—	12.—
dec. 1968	296	—	—
dec. 1969	323	—	—
jan. 1970	329	—	—

MC

VAN DE STICHTING VOORLOPIG BEHEER PENSIOENGELDEN VOOR HUISARTSEN.

Uitkeringen weduwen en wezen

Het bestuur van de Stichting Voorlopig Beheer van Pensioengelden voor Huisartsen heeft besloten om, gezien de financieel-technische positie, de uitkeringen aan weduwen en wezen van in de jaren 1967 t/m 1969 overleden huisartsen, voor zover deze weduwen en wezen een onverplichte uitkering krachtens de „Interne Richtlijn” ontvangen, deze uitkering voor het jaar 1970 te verhogen tot het niveau van de bedragen zoals deze geheel onverplicht gelden voor weduwen en wezen van in 1970 overlijdende huisartsen. Dit betekent een verhoging van de uitkeringen ten opzichte van 1969 met circa 7³/₄%. Aan weduwen en wezen van in 1969 overleden huisartsen werden de onderstaande uitkeringen toegekend. De toegekende bedragen, op jaarbasis, verdeeld naar de afgeronde leeftijd van de overledene op 1-1-1969 luiden als volgt:

leeftijd van de over- ledene op 1-1-1969	veduwenuitkeringen		wezenuitkeringen		gemiddelde uitkering per gezin
	aantal	bedrag	aantal	bedrag	
40-45 jr.	1	f 5.092,—	6	f 6.110,40	f 11.202,40
45-50 jr.	—	f —,—	—	f —,—	f —,—
50-55 jr.	2	f 7.600,—	4	f 3.100,80	f 5.350,40
55-60 jr.	6	f 18.088,—	12	f 7.296,—	f 4.230,67
60-65 jr.	5	f 11.628,—	4	f 2.006,40	f 2.726,88
65-70 jr.	3	f 4.484,—	—	f —,—	f 1.494,67
	17	f 46.892,—	26	f 18.513,60	f 3.847,39

Utrecht, 25 maart 1970.

J. I. van der Leeuw, arts
secretaris S.V.B.P.H.

Geschenken kosten geld

Uw weekbladen kunt u portvrij zenden aan

**„ROODE KRUIS-
TIJDSCHRIFTENDIENST
DEN HAAG”**

Voordrachten

Op de agenda's voor de afdelingsvergaderingen werden de volgende voordrachten vermeld:

Alkmaar en Omstreken: Symposium: Infectieuze aandoeningen, W. E. Naessens, onderwerp: „Kinderen, immuun globulines en infecties”. H. J. S. Straatman, onderwerp: „Meningitiden”. J. F. den Hamer, onderwerp: „Luchtweg-infecties”. R. K. S. Goel, onderwerp: „Enkele aspecten van infectieziekten in de interne geneeskunde”. Th. J. Damsté, onderwerp: „Een paar opmerkingen betreffende de diagnose van enkele huidinfecties”. A. G. Schuitemaker, onderwerp: „Een enkele opmerking na genoemde inleidingen”.

Assen en Omstreken: De heer en mevrouw Voorhorst-Smeenk, allergologen, onderwerp: „Allergologische en psychosomatische factoren bij kinderen met astma”.

Deventer en Omstreken: Prof. Dr. J. W. Tesch onderwerp: „De organisatie van de gezondheidsresearch in Nederland”.

Drenthes Z.O. Hoek: Dr. M. Oort, onderwerp: „Urineweginfecties bij kinderen”.

's-Gravenhage en Omstreken: J. Melles, oogarts, onderwerp: „Strabismus, het belang van de vroegdiagnostiek”.

Hunsingo-Fivelingo-Westerkwartier: Prof. H. Doozenbos, onderwerp: „Moderne inzichten over diabetes en mellitus”.

Tiel: Dr. W. L. Mosterd, onderwerp: „Cardiovasculaire aspecten van de sportbeoefening”.

Voorne en Putten en Rozenburg: J. M. G. Hoes, directeur van de Stichting Voorlopig Beheer van Pensioengelden voor Huisartsen zal een toelichting geven op de concept-statuten en het concept-reglement van de pensioenregeling voor huisartsen.

Z. Vlaanderen O. Dl.: A. Kats, oogarts, onderwerp: „Scheelzien en amblyopie”. Dr. L. van Dyk, cardioloog, onderwerp: „Via de techniek naar een geneeskunde zonder artsen”?

UNIVERSITAIRE BERICHTEN

Promoties:

W. G. van Aken te Amsterdam promoveerde aan de Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Bloedplaatjesaggregatie en RES-functie”. Promotor was Prof. Dr. J. Vreeken.

P. H. R. H. E. M. Clement te Amsterdam promoveerde aan de Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Dysrhythmia during caloric nystagmus. An electro-nystagmographical study of the quantitative and qualitative aspects of caloric nystagmus and how these are influenced by arousal in the normal individual”. Promotor was Prof. Dr. L. B. W. Jongkees.

M. J. P. Kahn promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Leiden tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Studies on blood coagulation factor V”. Promotor was Prof. Dr. A. A. H. Kassehaar.

M. B. Lagaaij te Leiden promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Leiden tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „De ruptuur van het atherosclerotische aneurysma van de abdominale aorta”. Promotor was Prof. Dr. M. Vink.

F. H. Lopes da Silva te De Bilt promoveerde aan de Rijksuniversiteit van Utrecht tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Dynamic characteristics of visual evoked potentials”. Promotoren waren Prof. Dr. W. Storm van Leeuwen en Prof. Dr. L. H. van der Tweel.

R. M. Silbermann te Amsterdam promoveerde aan de Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „CHAM, een systeem voor de classificatie van psychiatrische toestandsbeelden”. Promotor was Prof. Dr. P. C. Kuiper.

F. J. T. M. Wackers te Amsterdam promoveerde aan de Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Normale menselijke mamma en relatie tot mastopathie, morfologische studies”. Promotor was Prof. Dr. J. F. Hampe.

Benoemingen:

Drs. R. W. J. N. Hoppenbrouwers is benoemd tot gewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht om onderwijs te geven in de oogheelkunde.

Dr. J. de Lange is benoemd tot lector in de faculteit der geneeskunde aan de Vrije Universiteit te Amsterdam om onderwijs te geven in de neurochirurgie.

Dr. E. H. M. A. Marres is benoemd tot gewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen om onderwijs te geven in de keel-, neus- en oorheelkunde.

Dr. C. van der Meer is benoemd tot gewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Vrije Universiteit te Amsterdam om onderwijs te geven in de inwendige geneeskunde.

Prof. Dr. W. H. A. M. Penn is benoemd tot hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen om onderwijs te geven in de radiodiagnostiek.

Dr. W. Ten Cate is benoemd tot gewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam om onderwijs te geven in de urologie.

Dr. A. J. M. van der Werf is benoemd tot gewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam om onderwijs te geven in de neurochirurgie.

Dr. A. H. Wiebenga is benoemd tot gewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam om onderwijs te geven in de ziekenhuiswetenschappen.

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

NEDERLANDSE VERENIGING VAN IN GROEPSVERBAND WERKENDE HUISARTSEN

Op 21 februari organiseerde het N.H.I. een werkconferentie in Utrecht over de mogelijkheden om in Nederland tot het oprichten van een groepspraktijk te komen. Wat vooruitlopend op het keurig gestencilde verslag, dat de deelnemers aan de conferentie binnenkort zullen krijgen thuisgestuurd, kan ik u alvast mededelen dat dit in ons land niet mogelijk is.

Wilt u met een aantal collegae in een te bouwen groepspraktijkhuis gaan werken, dan verandert het huis waarin u nu woont van beroepspand in privé. De fiscus vindt dat u hiermee een enorme winst maakt (hoewel het huis later als gewoon huis in een rij beslist minder zal opbrengen dan toen het nog als „doktershuis” aan de opvolger kon worden verkocht) en deze winst wordt u volgens progressief tarief door de inkomstenbelasting ontnomen. Natuurlijk bent u slimmer dan de belastinginspecteur: u laat een kamer in uw huis met het bordje spreekkamer versierd, uw huis blijft beroepspand. De inspecteur lacht het laatst en dus het best op het ogenblik, dat u uw praktijk neerlegt. Dan trekt uw opvolger in de groepspraktijk niet meer in uw oude kast, hij wil geen beroepspand en zelfs al blijft u er wonen, dan maakt u bovengenoemde winst. Het is best mogelijk, dat u van uw opvolger nog wat voor de goodwill hebt gekregen, deze beide bedragen tezamen zullen u dan door de fiscus grotendeels worden ontnomen. Het zal verstandig zijn dan voldoende nitrobaat bij de hand te houden, want weduwe en wezen zouden anders nog de successierechten erbij dienen te leggen.

U bezit een groot huis, dat u wel wilt laten ombouwen tot het centrale praktijkhuis van de groep. Uw collegae zal met klem worden ontraden met u in zee te gaan, want als u overlijdt vallen zij in de handen van uw erfgenamen. Blijft u leven dan dient u eraan te denken, dat op de verbouwingskosten in uw huis 12% BTW komt, dat uw huis meer waard wordt, hetgeen u bij latere verkoop als winst, fiscaal duur komt te staan, terwijl de huur die u van de groep ontvangt be-

lastbaar inkomen is en de onderhoudskosten van het groepshuis voor uw rekening zijn.

Hoeveel rooskleuriger echter is uw financieel verschiep, vergeleken bij dat van uw opvolger. Deze beginnende arts moet een woonhuis kopen en daarnaast zijn deel van het groepshuis betalen; en dan wilt u nog wel wat van hem hebben voor de goodwill. Tezamen komt hem dat op drie ton te staan. Als hij zich vrij vestigt, kost het hem de helft, zodat u wel geen opvolger zult kunnen vinden.

Maar zou hij zich vrij vestigen, deze jonge Nederlander met artsenbul? Welnee, hij wordt specialist. Na de homologisering der artsendiploma's kunnen wij in Nederland wel Oost- en Westduitse artsen verwachten, Oostenrijkse collega's zullen de taalmoelijkheden evenzeer makkelijk kunnen overwinnen. Wij moeten blij zijn met buitenlandse huisartsen nu, vooral in de grote steden, het aantal huisartsen onder de vijftig jaar zo snel afneemt. Ideaal zou zijn om deze buitenlandse arts te incorporeren in een groepspraktijk. Zou het dan toch mogelijk zijn om binnen onze landsgrenzen een groepspraktijk te formeren, zoals dat zo goed blijkt te gaan in Frankrijk? Ook een kapitalistisch land met een socialistische bevolkingsmeerderheid, waar de grote hobby: de belastingontduiking door artsen, niet meer mogelijk is tengevolge van het nieuwe ziekteverzekeringssysteem.

In tegenstelling tot Engeland, waar de staat de huisartsen in groepen bij elkaar heeft geveegd, ontstonden in Frankrijk de groepspraktijken door het particulier initiatief. Om hun wensen te effectueren stichtten de Franse huisartsen een vereniging, die dit jaar haar 12e congres houdt. Dankzij deze pressure group wist men belastingfaciliteiten te verkrijgen, waardoor de overgang van eigen woning naar praktijkhuis minder ruineus werd. Deze Franse vereniging, waarvan ook specialisten en tandartsen lid zijn, zag kans voor haar leden collectief grote sommen geld te lenen van de Franse V.V.A.A., de Franse OLMA en andere verzekeringsmaatschappijen. Als paddestoelen rijzen groepspraktijken uit de aldus vruchtbaar gemaakte Franse grond. Sommige primitief gevestigd in verlaten fabrieksgebouwen, andere in architectonisch volmaakte vorm. Wij zagen een groep, die een verdieping van een torenflat in gebruik had. Een zeer inventief gebouwd praktijkhuis herbergde drie artsen uit nabuurdorpen, voor elke volgende arts uit de buurt die mee ging doen werd het dak, dat de vorm van een deksel had, met cricks omhooggevijseld, zodat met

weinig kosten een verdieping kon worden aangebied. Zo blijkt het in de praktijk te gaan: als het begin er is gaat men meedoen.

Dank zij subsidie zijn er in Nederland een aantal groepspraktijken gestart; hun vertegenwoordigers waren op de werkconferentie en zij spraken niet tegen, toen een van de financiële experts ons ernstig waarschuwde dat subsidie bij het inkomen wordt geteld. Men moet de helft van het als subsidie ontvangen bedrag weer als inkomstenbelasting afstaan. Dank u wel, alstublieft, om met Toon Hermans te spreken!

Wanneer wij als grote groep alleen werkende huisartsen het theoretisch spelen met de ideeën van een groepspraktijk langzamerhand moe zijn geworden en tot daden willen komen, dan staat slechts de weg van de vereniging voor ons open. Deze vereniging zou, wat de organisatorische opzet betreft, misschien het beste passen in het L.H.V.-verband. Over de medische inhoud van de groepspraktijk is sedert 1962 door N.H.G. en N.H.I. voldoende materiaal verzameld om elke opgerichte groepspraktijk onmiddellijk mee vol te gieten. De eer van het in Nederland helpen oprichten van enkele groepspraktijken, komt dus aan N.H.G. en N.H.I. toe, maar indien deze verenigingen de moed en de mankracht zouden hebben om aan schaalvergroting te gaan denken, dan zou Prof. Van Es in zijn slotwoord van de werkconferentie niet alleen hebben gesproken over een gestencild verslag van het besprokene, maar ons hebben opgeroepen om gezamenlijk eindelijk eens wat te gaan doen.

Wat is er te doen?

1. Bijeenbrengen van enthousiaste huisartsen, die er wat voor over blijken te hebben om in groepsverband te gaan werken.

2. Door het kennen van aantal, leeftijd en geografische localisatie van deze artsen, komen tot een prognose van op te richten groepspraktijken.

3. Gezamenlijk geld lenen bij institutionele beleggers, of bouwondernemingen en architecten-groepen interesseren voor het bouwen van groepspraktijkhuizen, die worden verhuurd aan belangstellende huisartsen.

4. Stedebouwkundige opzet van groepspraktijkhuizen bevorderen.

5. Gezamenlijk komen tot vermindering van het financiële nadeel dat kleeft aan het werken in groepspraktijkverband, door: a. belastingfaciliteiten voor groepsartsen; b. verhoogde ziekenfondsuitkering; c. subsidieverlening door rijk en gemeente; d. honorering van de onderwijstaak die de groep op zich kan nemen bij het op-

leiden van assistent-artsen tot huisarts; e. honorering van groepsonderzoek.

Naast deze, wachten nog vele andere taken de Nederlandse vereniging van in groepsverband werkende huisartsen. Aan de L.H.V. om voor dit nog ongeboren telgje een plaats onder haar dak in te ruimen!

Breda, 23 maart 1970

H. G. Gerritsen

MOEILIJKE MAAR LEGITIEME VRAGEN

Het probleem dat collega Sauer in zijn brief aan de redactie M.C. nr. 14/1969, bladzijde 343) naar voren brengt, doet mij naar de pen grijpen om een concreet advies te geven; de aangesneden algemene problematiek laat ik hier nu bewust rusten.

Als huisarts is men van de financiële achtergronden beter op de hoogte, dan als specialist. Als oud-huisarts meen ik dit te mogen stellen: Als collega Sauer eens met de betrokken specialist ging praten en hen de nodige informatie verstrekke, zou er dan niet heel wat zijn te bereiken? Mijn ervaringen in de sociale psychiatrie zijn op dit terrein gunstig.

Zelfs na een schriftelijke uiteenzetting (de afstand kan een persoonlijk gesprek moeilijk maken) vond ik diverse collegae bereid hun declaraties drastisch te verminderen, soms zelfs restitutie toe te passen als het reeds betaalde bedrag boven het draagvermogen bleek te liggen.

Ik hoop voor dit gezin dat collega Sauer het gaat proberen en wens hem succes.

Hoogeveen 6 april 1970

L. J. van Hiele, sociaal-psychiater

MC | VARIA

In de zomer van 1970 zullen wederom therapeutische kampen voor astmatische kinderen worden gehouden. Het doel van deze kampen, waarin uitsluitend op medisch advies kinderen met astma en (andere) bronchiale aandoeningen (CARA) worden opgenomen, is verbetering van de algemene gezondheidstoestand, onder meer door dagelijkse fysiotherapie, sport en spel; ook ontwikkeling van de persoonlijkheid en stimulering van normale contacten met leeftijdsgenoten krijgen veel aandacht. Aan de dagelijkse medische en pedagogische begeleiding wordt grote zorg besteed; de kampinrichting voldoet aan hoge medisch-hygiënische eisen. Hierbij wordt uiteraard rekening gehouden

met de aanwijzingen van de Geneeskundig Hoofdinspectie en van de Medische Raad van het Nederlands Astma Fonds.

Er zijn kampen gedurende: 4 weken voor kleuters van 4 t/m 7 jaar (13 juni - 11 juli, 11 juli - 8 augustus); 6 weken voor kinderen van 7 t/m 11 jaar (27 juni - 8 augustus); 6 weken voor kinderen van 11 t/m 14 jaar (27 juni - 8 augustus); 3 weken (weekkampen) voor jongeren van 14 tot 17 jaar (27 juni - 18 juli, 18 juli - 8 augustus). Alle kampen worden gehouden in Nederland, onder meer te Arcen (L), Breda, Driebergen, Oisterwijk, Oostelijk Flevoland, Renkum, Winterswijk en Wijk aan Zee. Aanmelding kan geschieden door of namens de ouders, indien de behandelende huisarts of specialist opname in een kamp wenselijk acht.

De kampen vallen onder verantwoordelijkheid van de Stichting Therapeutische Kampen voor Astmatische Jongeren, welke stichting de werkzaamheden voortzet van de verschillende voorheen op dit terrein werkzame organisaties. Het secretariaat van deze stichting berust bij het Nederlands Astma Fonds, Erasmuslaan 5, Utrecht, tel. (030) 512011, alwaar ook folders met aanmeldingsformulieren zijn te verkrijgen.

Op 25 april 1970 houdt de Katholieke Artsenvereniging een studiedag met als onderwerp: „De mondigheid van de patiënt”. De bijeenkomst vindt plaats in de grote collegezaal van het Preklinisch Instituut van de medische faculteit, Geert Groteplein Noord 31, te Nijmegen. Prof. Dr. A. Querido zal spreken over de mondigheid van de patiënt; diagnose. Prof. Dr. J. van Leent heeft als onderwerp: „Er was eens een dokter, een professor en een pastoor...”, terwijl Prof. Dr. A. Poslavsky de mondigheid-onmondigheid in medische situaties zal behandelen. Opgave voor deze studiedag is mogelijk bij het secretariaat van de Katholieke Artsenvereniging, Herenstraat 35, Utrecht, postbus 245, tel. 030-13546. Zoals gebruikelijk kunnen belangstellenden worden geïntroduceerd door opgave aan het secretariaat.

Van 6 tot 19 april in dit Internationaal Onderwijsjaar is in Madrid een seminarium over hedendaagse methoden voor het medisch onderwijs gehouden. Het Europees kantoor van de WHO, dat dit seminarium organiseerde, wijst er in een publikatie voor de

pers op, dat ook in Europa de laatste jaren een duidelijke verandering van inzichten op medisch onderwijsgebied valt waar te nemen. Zweden en de Sovjetunie hervormden hun medisch onderwijssysteem, de medische faculteiten in Frankrijk en West-Duitsland werden gereorganiseerd, in Turkije ging een volledig vernieuwd curriculum van start. Madrid was vooral gewijd aan het leskader van de medische opleiding, waarbij de praktische toepassing van de onderwijswetenschappen veel aandacht kreeg; de medische opleiding als zodanig werd tijdens dit seminarium niet in de discussies betrokken.

In het kader van de viering van het 400-jarig bestaan van de Stichting R.C. Maagdenhuis zal op zaterdag 25 april aanstaande een internationaal gerontologisch symposium worden gehouden in het R.A.I.-congrescentrum te Amsterdam. Dit symposium georganiseerd ter gelegenheid van de officiële opening van het Verpleegtehuis Vreugdehof, is gewijd aan het onderwerp „De toekomst van het oud worden”, een onderwerp dat zal worden belicht door een aantal internationale deskundigen, onder voorzitterschap van Prof. J. C. M. Hattinga Verschure. Onder de genodigden zullen onder anderen aanwezig zijn de directeur-generaal van de Volksgezondheid van het Departement voor Sociale Zaken en Volksgezondheid, Dr. P. Siderius, verder Prof. Dr. J. Th. R. Schreuder, hoogleraar in de Gerontologie aan de Rijksuniversiteit van Utrecht en vele vooraanstaande vertegenwoordigers uit de overheids en institutionele gezondheidszorg en het maatschappelijk werk. In aansluiting op dit symposium zal de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Dr. R. J. H. Kruisinga, het Verpleegtehuis Vreugdehof, aan de Klencke in Buitenveldert officieel in gebruik stellen.

Blijkens een bericht in British Medical Journal van 21 maart 1970 hebben de universiteiten van Birmingham en Londen hun sinds 1955 bestaande band met de „medical school” van de universiteit van Rhodesië verbroken. Dit nadat was gebleken, dat de Rhodesische regering een uitgesproken discriminatoire maatregel overweegt. Deze maatregel houdt in, dat ziekenhuispatiënten voortaan zelf mogen uitmaken van welke huidskleur de arts moet zijn, door wie zij zich willen laten behandelen en voor welke studenten

— gemeten naar het criterium van de huidskleur — zij het object van bedside-teaching willen zijn. Terwijl de arts zich ingevolge de Verklaring van Genève verplicht al zijn patiënten — ongeacht godsdienst, nationaliteit, ras, politieke overtuiging of maatschappelijke status — een gelijkwaardige behandeling te geven, zou de patiënt in Rhodesië zijn artsen op apartheidsgronden kunnen gaan voorsorteren. De universiteit van Birmingham neemt daar geen genoegen mee. Zij verleende tot dusverre de medische graad aan in Rhodesië afgestudeerden, maar zal dat niet meer doen ten aanzien van studenten die na maart van dit jaar hun medische studie aan de universiteit van Rhodesië zijn begonnen. Dit betekent, dat de nieuwe lichting, eenmaal afgestudeerd, alleen in eigen land emplooi zal kunnen vinden. Naar verluidt stonden in het lopende studiejaar 1969 medische studenten ingeschreven, waarvan tweederde blanken.



Hoewel de receptuur in Engeland in principe kosteloos is, wordt sinds 10 juni 1968 een toeslag van ongeveer één gulden op ieder recept geheven. Als gevolg hiervan liep het aantal doktersbriefjes met 1,4% terug, aldus Dr. Burton in Der deutsche Arzt van 25 maart jongstleden. Per hoofd van de bevolking werden in één jaar tijds 5,84 recepten uitgeschreven. De kosten verminderden daar niet door, Integendeel, de totale omzet aan geneesmiddelen op recept vermeerderde met 3,7%. Lijkt bestedingsbeperking dus noodzakelijk, de Britse vakbonden deden via hun overkoepelend orgaan, de TUC, een voorstel dat wel eens averechts zou kunnen werken. Mocht dit voorstel, te weten het weer geheel gratis maken van de gezondheidszorg, het halen, dan betekent dit een verlies van zeker 2,85 miljoen pond per jaar voor de staat. Een bedrag van die hoogte wordt thans door de patiënten op tafel gebracht in de vorm van de receptentoeslag en betalingen voor brillen en tandprothesen. Maar ook aan het terugbrengen van deze verliespost is door de TUC gedacht: voorgesteld wordt, het tekort dat zou ontstaan voor een deel uit de winsten van de farmaceutische industrie te bestrijden.



Er zullen pogingen worden ondernomen om het onderzoek en het onderwijs in de geschiedenis der geneeskunde uit de dode hoek te halen, waar het tot schade en schande van de Ne-

derlandse universiteiten in is beland. Initiatiefneemster is Dr. A. M. Luyendijk-Elshout van het anatomisch-embryologisch laboratorium der Rijksuniversiteit te Leiden. Zij betoogt in een ingezonden stuk in de Faculteitskrant, dat de laatste 50 jaar de geschiedenis der geneeskunde in Nederland een gesloten-boekwetenschap is geworden, met groot cultureel en ook sociaal nadeel. Van vele actuele onderwerpen, zoals het doodsprobleem, de medische zorg in het algemeen en de eed van Hippocrates, komt de historische reflexie niet aan de orde. Door middel van een tweetal activiteiten wil men nu de beoefening van de geschiedenis der geneeskunde in moderne zin mogelijk maken. Allereerst wordt de restauratie voorbereid van het Caecilia Gasthuis in de Camp achter de Haarlemmerstraat. Dit in nauwe samenwerking met de stad Leiden en het Rijksmuseum voor de Geschiedenis der Natuurwetenschappen. Het ligt in de bedoeling van de gemeente en de universiteit in de oude vleugel van het te restaureren pand, die de zogenaamde Boerhaavezalen bevat, een medisch-historisch centrum in te richten. Daarnaast zal een aantal studieprojecten op medisch-historisch gebied worden opgezet. Hierbij is vooral gedacht aan studenten van de medische faculteit, maar ook deelname van studenten uit andere faculteiten is mogelijk en later zelfs noodzakelijk. Dit studieproject zal door Dr. Luyendijk-Elshout worden begeleid, in samenwerking met het Rijksmuseum voor de Geschiedenis der Natuurwetenschappen.



Het aantal buitenlandse medici dat in Engeland werkzaam is, neemt gestaag toe, meldt Dr. Burton in Der deutsche Arzt van 25 maart 1970. Eén op de vier beginnende artsen in Engeland heeft zijn opleiding in het buitenland voltooid. Niettegenstaande deze grote toevloed van buitenlandse geneeskundigen heerst er in Groot-Brittannië nog een groot artsentekort. In 1963 bedroeg het gemiddeld aantal patiënten per huisarts in Engeland 2.326; dit bestand heeft zich thans tot 2.477 vermeerderd. Ook de ziekenhuizen komen artsen tekort. Daarom raadt men de ziekenhuizen aan gehuwde vrouwelijke artsen in part-time dienst te nemen. Veel helpt dat nog niet: het land heeft 1 vrouwelijke arts op 4 specialisten, terwijl slechts 1 op de 11 huisartsen een vrouw is. Toch is er vooruitgang: een kwart van alle in 1968 afgestudeerde medici waren vrouwelijke artsen.

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. Kruyt n.v., Groot Hertoginnelaan 28, Bussum, telefoon 02159-32259*, postgiro 142554.

Advertenties: In te zenden — ook brieven op advertenties onder nummer — uitsluitend bij de uitgever. Advertenties behoeven de goedkeuring der redactie en kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.

Abonnementen: Voor niet-leden der Kon. Ned. Mij t.b.d. Geneeskunst f 30,—, plus f 1,20 BTW = f 31,20, buitenland & 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. Kruyt N.V., Bussum.

Oplage: 16.260 exemplaren.

Druk: Verweij Mijndrecht.

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

Adres der Maatschappij en haar organen: Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411, postgiro 58083; hoofdbestuur, dagelijks bestuur, boekhouding, bureau voor waarneming en vestiging van 8.30 tot 17 uur, (na 18 uur en ook 's zondags telefoon 020-798984). — Landelijke Huisartsen Vereniging — Landelijke Specialisten Vereniging — Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband — Specialisten Registratie Commissie — Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen, O.L.M.A.

Ondersteuningsfonds voor vrouwen en wezen: secretaris P. J. M. Baudoin, Parkstraat 7, Assen, telefoon 05920-2184; 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.