

WEEKBLAD VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT
BEVORDERING DER GENEESKUNST
TEL. 030 - 823911

MC

Redactie

prof. dr C. Spreeuwenberg, *hoofredacteur*
mw mr J.C.M. Ankoné,
plaatsvervangend hoofredacteur
R.A. te Velde, *eindredacteur*
mw drs W.G. Kaltofen, *redacteur*
mw C.R. van der Sluijs, *redacteur*
drs P.G. Visch, *redacteur-verslaggever*
mw drs S.E. Wildevuur, *redacteur-verslaggever*
mw C.M. Schouten, *secretaresse*
mw M.M. Stolp, *secretaresse*

Redactieadres

Lomanlaan 103
3526 XD Utrecht
telefoon 030-823384

Bestuur Medisch Contact

F.N.M. Bierens, *voorzitter*
dr C.J. Jonkman, *vice-voorzitter*
dr R.J.E.A. Höppener, *secretaris*
dr H.W.M. Anten, *penningmeester*
mw dr C. Vermeulen-Meiners

Secretariaat bestuur

Postbus 690
2900 AR Capelle a/d IJssel

*Adviseurs namens het
hoofdbestuur der KNMG:*
mw M.H.D.J. Zwart-van der Weerd
Th.M.G. van Berkestijn

Ontwerp & prepress:

DTP-studio Diap v.o.f., Velp

Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG zijn de kosten
voor een abonnement f 179,50 (inclusief BTW);
België 3.600 Bfr; overige landen per zeepost:
f 295,-/per luchtpost: f 415,-; studenten-niet-
KNMG-leden f 67,50; losse nummers: f 13,50.

Abonnementen & Ledenservice

Misset uitgeverij bv
Planetenbaan 100, Postbus 1110
3600 BC Maarssen
telefoon 03465-58238 (mw A. Toonen)
telefax 03465-54287

Advertenties

- Misset uitgeverij bv
Planetenbaan 100, Postbus 1110
3600 BC Maarssen
telefoon 03465-58222/58244
(P.P.J. Verhoeff/J.H. Fleury)
telefax 03465-54287
- Verkoopnabewerking: 03465-58248
(J. Alvarez) fax: 03465-54287
- Hoofd advertentie-exploitatie:
mw drs Y.C.C.M. Joosten 03465-58222
- Advertenties kunnen zonder opgaaf van
redenen geweigerd worden.

Druk

Tijl Offset, Zwolle

De redactie beslist over de inhoud van het
redactionele gedeelte. Het bestuur is voor
het gevoerde beleid verantwoordelijk
verschuldigd aan de Algemene Vergadering
van de KNMG. De besturen van de KNMG en
de beroepsverenigingen zijn voor de inhoud
van het officieel gedeelte verantwoordelijk.

Medisch Contact wordt door Misset uitgeverij
bv in licentie uitgegeven voor de KNMG.
© 1994, KNMG



Lid Nederlandse organisatie van
Tijdschrift-Uitgevers (NOTU)

Jaargang 49 / 15 juli 1994

MEDISCH CONTACT

Dit is het eerste van vier dubbelnummers: 27/28 (15 juli) 29/30 (29 juli) 31/32 (12 augustus) 33/34 (26 augustus)

893 C. Spreeuwenberg

Zelf beschikken?

895 Ans Ankoné

**Platform Curatieve Zorg schrijft uniek document. Commentaar
voorzitters LSV, LHV, LAD en KNMG**

897

Modernisering curatieve zorg. Rapport Platform Curatieve Zorg

907 M.A. Dutrée

**Medisch specialist in de toekomst. Vrij ondernemer of in
loondienst**

909 P.A. Stoffer en R. Peters

**Mogelijk arbeidsvoorwaardenpakket voor specialisten in
dienstverband. 'Biesheuvel' vertaald**

913 J.O. Möller

**Interdependentie in de gezondheidszorg. Een pleidooi tegen het
segmentdenken**

916

**Arts en recht. "Hulp bij zelfdoding bij ondraaglijk en uitzichtloos
lijden vanwege een niet-somatische oorzaak niet zonder meer
onaanvaardbaar." Uitspraak Hoge Raad 21 juni 1994**

919 H.Th.P. Cremers

**Euthanasie en hulp bij zelfdoding. Naar een zorgvuldige
rapportage**

921 Y. Kenis

Artsen en actieve euthanasie. Opinie en praktijk

925 D.G. Jansen

Het zelfgekozen levenseinde. De patiënt centraal

928 P.P.J.N. van Ginneken

Wetgeving gezondheidszorg. Wet BOPZ eindelijk van kracht

930 A.J. Tholen

**Wetgeving gezondheidszorg. Opnemen en behandelen met de
BOPZ**

932

**Uitspraak Medisch Tuchtcollege Groningen 13 december 1993.
Waarschuwing wegens lichtvaardig afgeven verklaring**

En verder:

- 890 Brieven • 894 Voorzitterscolumn KNMG/LAD/LHV/LSV •
- 915 Boeken • 924 Berichten • 933 Ziekte in de literatuur • 934 Officieel •
- 936 Agenda •

IN CONTACT

Plaatsen van bijdragen in de rubriek 'In Contact' houdt niet in dat de redactie de daarin weergegeven zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich het recht voor brieven in te korten. Om dit te voorkomen wordt schrijvers verzocht zich in hun ingezonden brieven tot hoofdzaken te beperken.

Regionale experimenten specialisten

W VC GAF ONLANGS het groene licht voor vijf regionale experimenten. Dat betreft ongeveer 20% van de vrijgevestigde specialisten. Velen zien dit als een splijtzwam in het toch al verdeelde bolwerk van Neerlands medisch specialisten. Is dat wel zo? Of doet 20% het voorbereidende werk voor de overige 80%? Betekenen de experimenten het begin van Biesheuvel? Of ligt het doel van wel en niet experimenterende specialisten op één lijn? 20% versus 80%? Het antwoord luidt: neen.

Menig lezer zal niet direct begrijpen waar het om gaat. Het gaat om 20% specialisten met 'experimentstatus' en 80% 'overige' specialisten. Zoals altijd zijn de meningen verdeeld. Ieder heeft zijn of haar eigen optiek. Overheid, specialisten en koepels leggen het ieder op hun eigen manier uit. En dat democratisch recht is er! Helaas citeren velen van de 80% specialisten de optiek van de overheid om hun eigen experimenterende collegae te bestrijden. De achtergrond hiervan is vaak onkunde, achterdocht en zelfs jaloezie. Fout dus. Laat ik eens proberen uit te leggen hoe dicht de 20% en 80% elkaar naderen, ofwel hoe beide groeperingen hetzelfde doel hebben, te bereiken via verschillende wegen. En is het niet nog steeds zo dat vele wegen naar Rome leiden?

Het gaat om *positie*, *contract* en *honorarium*, zoals de LSV bij herhaling publiceert. De NSF is nog zakelijker en daardoor ook duidelijker. Zelfs een dienstverband - maar dan wel een echt dienstverband met naventente CAO - is bespreekbaar. Het gevolg hiervan moge duidelijk zijn!

In de basisnotities van de vijf experimenten verstaat men onder positie, contract en honorarium van de medisch specialist - er zijn nog enkele nuances - het volgende: De *positie* van de medisch specialist is die van een vrijgevestigd zelfstandig ondernemer. Er is beroepsautonomie (zorgverplichtingen jegens patiënten nakomen zonder dit medisch te verantwoorden ten opzichte van een leken-ziekenhuisdirectie). Een kwestie van vertrouwen. In goed tripartiet overleg (zorgverzekeraar, ziekenhuis en specialist) is op basis van nevenschikking consensus bereikt over het

produktieniveau. Elk van de drie partijen heeft in dat samenspel een eigen deskundigheid en verantwoordelijkheid. Men dient elkaar te respecteren (attitudeverandering).

Het *contract* is tweezijdig. Enerzijds is er het contract ziekenhuis-specialist, anderzijds is er sprake van een modelovereenkomst tussen zorgverzekeraar en medisch specialist. Deze contracten dienen te worden aangepast aan de overeenkomsten die ten grondslag liggen aan de experimentmodellen. Per experiment bestaan er geringe verschillen. Ondanks het feit dat er in zekere mate sprake is van een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf, behoudt de specialist het zelfstandig ondernemerschap en de professionele autonomie en functioneert hij op basis van nevenschikking. Een en ander is reeds genoemd bij de positie van de specialist. De zorgplicht van de specialist behoeft niet verder te gaan dan het niveau van de productieafspraken.

Het *honorarium* is een in tripartiet overleg tot stand gekomen *consensus honorarium*. In dit overleg is een uitgangspunt gekozen, per experiment verschillend. Dit *consensus honorarium* is voor een deel vast en voor een deel variabel. De variabiliteit wordt gestuurd door parameters: het eerste polikliniekbezoek, de opname, de

dagverplegingsopname en de intercollegiale consulten, voor zover deze een substantieel deel vormen van de omzet van een specialist. De parameters hebben op hun beurt per specialisme een bepaald gewicht, dus in zekere mate is er sprake van 'loon naar werken'. Mutaties vinden plaats door jaarlijkse in tripartiet overleg te maken productieafspraken, door indexatie en enkele specifieke factoren, zoals uitbreiding van het functiepakket.

De koppeling van verrichting en tarief is dus losgelaten. De parameters komen daarvoor in de plaats. Dus: 'afrekenen bij de voordeur'. De honoreringssystematiek van de experimenten schept rust en zekerheid aan het tarievenfront.

Nòg een groot pluspunt is, dat de opbouw van het ziekenhuisbudget óók volgens dezelfde voordeurparameters tot stand komt. De belangen van ziekenhuis en specialist lopen dus parallel.

Gelet op de positie van de specialist in het ziekenhuis, de contractuele relatie en de honoreringsstructuur kan concluderend worden gesteld dat het doel van 80% van de specialisten wordt benaderd via het experiment van 20%.

Zeker is, dat het onlangs verschenen rapport-Biesheuvel 'Gedeelde zorg, betere zorg' geen acceptabel scenario biedt met betrekking tot positie, contract en hono-

Bij de voorplaat

Konstkamer der chirurgie

Het indrukwekkende oeuvre van de Amsterdamse medicus Steven Blankaart (1650-1704) bevat verschillende klassieke werken, die in vele edities en herdrukken over de wereld zijn gegaan. Met zijn Collectanea medico-physica oft Hollands Jaarregister leverde Blankaart al in 1680 de eerste medische periodiek van Nederlandse bodem; zijn Lexicon Medicum, dat een jaar eerder verscheen, is voor historici en lexicografen nog altijd een naslagwerk; zijn Verhandeling van de opvoedinge en ziekten der kinderen opent in 1684 de rij Nederlandse bijdragen tot de kindergeneeskunde, en zijn Nederlandschen Herbarius uit 1698 werd nog recent herdrukt. Zijn opvattingen over de betekenis van het cartesianisme en de nieuwe verworvenheden van de scheikunde zullen thans minder aanspreken, maar waren voor tijdgenoten koersbepalend in de discussie de 'ware', in casu rationale geneeskunde.

Met zijn Nieuwe konstkamer der chirurgie of heelkonst, voor het eerst verschenen in 1702, leverde Blankaart een bijdrage tot de chirurgie die het

brede werkteerein van deze veelschrijver bevestigde. De titelprent van de vijfde editie, in 1716 te Amsterdam uitgegeven in combinatie met onder meer Blankaarts 'Korte ontleeding van de pokken' (syfilis!), fungeert - zoals vaker met titelprenten - als een soort inhoudsopgave van de aandoeningen en behandelwijzen die ter sprake komen: het amputeren van een been (links op de voorgrond), het aftappen van buikvocht (rechts op de voorgrond), het afzetten van een mamma (rechts op de achtergrond) en het verwijderen van een gezwel van de kaak (links op de achtergrond). In deze 'konstkamer' zien we verder een tweetal instrumentenkasten en een tafel met verbandmiddelen. Alle patiënten worden volledig gekleed en in zittende houding behandeld; helpers en chirurgijns zijn in kleding niet te onderscheiden, alleen de getabberde heer achteraan in het midden valt uit de toon van deze bedrijvige prent en staat model voor het toeziend oog van de academisch gevormde medicus. •

prof.dr M.J. van Lieburg



rium van de medisch specialist. Wel bevat het rapport elementen die van belang zijn voor vernieuwing van de curatieve zorg.

De nog in bespreking zijnde honoreringsstructuur van de LSV is volgens de experimentalspecialisten niets anders dan 'oude wijn in nieuwe zakken'. Immers, de koppeling verrichting-tarief blijft bestaan. De hoogte van het tarief wordt opnieuw geijkt via een tijdsfactor (klokminuut). 'Disutility' en duur van de opleiding dienen in een tarief vertaald te zijn. Vereenvoudiging vindt plaats door clustering van tarief-groepen.

Veel vragen dus: Hoeveel klokminuten zijn er binnen het kader van het macrobudget? Wat is de waarde van een klokminuut? Wie krijgt hoeveel klokminuten en waarvoor? Brengt dit systeem loon naar werken? Kan dit systeem 'reshuffling' bewerkstelligen? Ik voorzie dat het touwtrekken door de beroepsbelangencommissies, met als inzet zoveel mogelijk klokminuten, opnieuw gaat beginnen. Niemand wil toch minder! Centrale koepels zullen weer een rol moeten spelen in het sturen en bewaken van de beschikbare middelen. En dat terwijl er moet worden gedecentraliseerd (stelselwijziging) omdat centrale kostenbeheersing heeft gefaald.

Het is bekend dat de huidige honoreringssystematiek gedurende vijftien jaar niet heeft gewerkt en zelfs aanleiding heeft gegeven tot onacceptabele verschillen tussen specialismen onderling en de huidige schismata in de specialistenwereld. Juist daarom is het 'oude wijn in nieuwe zakken'. Derhalve dient het huidige systeem te worden vervangen door een innoverende systematiek, zoals verwoord in de experimenten.

Het doel in dezen van 20% van de vrijgevestigde specialisten is niet dat ze zich wensen te bevoordelen ten opzichte van de 80%, zoals vele BBC's vrezen (de oude gedachte is nog niet dood). Hun doel is wel, in goed tripartiet overleg op basis van nevenschikking te komen tot een billijk en redelijk *consensus-honorarium* en zo in de experimenten iets uit te proberen dat leidt tot acceptatie van en respect voor elkaar. Is dit ook niet het doel van de 'overige' 80% specialisten? Lukt dat niet, dan zullen de experimenten moeten worden afgebroken. Maar dan ontstaat er een zeer bedenkelijke impasse.

J.F. Groeneveld,
chirurg, Scheperziekenhuis Emmen,
woordvoerder Experiment Emmen

Rechtzetting



De onbegrepen taal van de andere sekse

KNMG-CONGRES 1994 TILBURG
In MC nr. 25/1994 is op de bladzijden 827 en 848-849 uw aandacht gevraagd voor het Jaarcongres 1994 van de KNMG, 18 en 19 november in Tilburg. Onderaan blz. 849 is daarbij een verkeerd telefoonnummer genoemd. U kunt voor meer informatie bellen met het congressecretariaat van de NVVA, tel. 030-474450 (en niet 474390) en met de afdeling Verenigingszaken en Public Relations van de KNMG, tel. 030-823202.

Hulp bij zelfdoding hoogbejaarde vrouw

E NIGSZINS GESCHROKKEN wil ik reageren op het artikel van collega-huisarts Weisz over de door hem verleende hulp bij zelfdoding (MC nr. 21/1994, blz. 700). Door deze casus te publiceren legt deze collega zijn handelwijze aan ons ter beoordeling voor en ik wil graag mijn visie geven.

Uit het verhaal blijkt dat het gaat om een 91-jarige vrouw, die nog zelfstandig woont. Sinds een jaar is zij weduwe. Zij heeft vele gewrichtsklachten en zij loopt moeizaam met een looprekje. Zij heeft last van duizeligheid en valt af en toe. Zij draagt een gehoorapparaat. Door haar gehoorproblemen verloopt een telefoongesprek met haar zoon moeizaam. Verder is zij onder controle bij een cardioloog. Zij is somber, maar niet uitgesproken depressief. Al voor het overlijden van haar echtgenoot had zij een uitgesproken doodswens, die nu sterk is toegenomen. Na enkele maanden van gesprekken met betrokkene en het raadplegen van enkele collega's heeft collega Weisz haar de middelen verstrekt om in zijn bijzijn te kunnen overlijden door zelfdoding. Na een lange procedure heeft de Officier van Justitie hem meegedeeld dat hij buiten vervolging is gesteld, omdat hij verkeerde in een situatie van overmacht bij een vrouw met een duurzame doodswens ten gevolge

van een ondraaglijk lichamelijk en geestelijk lijden. Hiermee wordt de indruk gevestigd dat de handelwijze van collega Weisz in Nederland geoorloofd is. Ook de redactie van Medisch Contact zag geen aanleiding om dit artikel van een kritisch commentaar te voorzien.

Nu ben ik geen jurist die geïnteresseerd is in de grenzen van wat toelaatbaar is op het terrein van euthanasie en hulp bij zelfdoding. Ik zie dit verhaal door de ogen van een huisarts die ook nog ethicus is. Naar mijn oordeel zijn in deze zaak alle zorgvuldigheidsregels die in onze samenleving zijn afgesproken rond het gedogen van euthanasie met de voeten getreden.

Zo was hier op geen enkele wijze sprake van een ernstig lichamelijk lijden. Integendeel, uit het verhaal komt een redelijk vitale 91-jarige vrouw naar voren die nog zelfstandig woont. De gehoorhandicap is matig: voor de meeste mensen met een gehoorapparaat is het voeren van een telefoongesprek moeilijk. Het gebruik van een looprekje is in deze leeftijdsklasse eerder regel dan uitzondering.

Zij was somber maar kon af en toe nog hartelijk lachen, onder andere over de problemen rond haar geplande zelfdoding. Volgens collega Weisz was zij niet depressief. Zij was weduwe en maakte zich zorgen over een verdere aftakeling in de komende jaren. Verder zag zij enorm op tegen een opname in een bejaardentehuis. Zij had nog een goed contact met haar zoon. Dit is de gebruikelijke problematiek van een 91-jarige en het betreft zeker geen ernstig geestelijk lijden.

Vervolgens leed zij niet aan een ziekte die binnen een te overziene periode tot haar dood zou kunnen leiden. Zij had een levensverwachting die paste bij haar hoge leeftijd.

Zij beleefde haar situatie als uitzichtloos, dat wil zeggen zij was bang voor de te verwachten normale aftakeling en vooral voor het verlies van haar zelfstandigheid door een opname in het bejaardentehuis. Over het proberen van alternatieven (raadplegen RIAGG, activiteitencentrum, gespecialiseerde bejaardenhulp) wordt met geen woord gerept. Mijs inziens is het woord 'uitzichtloos lijden' hier dan ook volstrekt misplaatst.

Verder was zij bang te zijner tijd niet op een waardige wijze te kunnen sterven. Wel, zij verkeerde niet in een stervensfase en deze angst deelt zij met al haar leeftijdsgenoten en eigenlijk met ons allen.

Haar doodsverlangen was inderdaad duurzaam en bestond al toen haar echtgenoot nog leefde. In zijn beleid heeft collega Weisz de taaheid van haar verlangen uitvoerig getest. Het is merkwaardig dat nergens gesproken wordt over een levens-testament of een euthanasieverklaring. ■



een stuk dat deze vrouw stellig had kunnen ondertekenen.

Het betreft hier dan ook geen vorm van actieve euthanasie, maar hulp bij zelfdoding aan een hoogbejaarde vrouw die langdurig en consistent haar verlangen hiernaar naar voren heeft gebracht. Voor haar leeftijd verkeerde zij in een lichamelijk en geestelijk nog heel redelijke toestand. Naar mijn mening werden hier de grenzen van de geneeskunde wel heel ver overschreden. Hier was beslist geen sprake van het lenigen van een ondraaglijk lijden rond een terminale ziekte. Het betrof hier een vrouw in een existentiële nood, een vrouw die misschien met levenshulp te helpen was geweest, ook al heeft die vorm van hulpverlening zo zijn beperkingen. Het is duidelijk dat collega Weisz zich heeft laten opjuten door haar suïcidale dreigementen, zoals het dreigement zich in de sloot voor haar woning te zullen verdrinken. Als ik één ding geleerd heb in de hulpverlening, dan is het wel dat een arts zich door dat soort dreigementen geenszins moet laten imponeren en duidelijk tegengas moet geven.

Als de handelwijze van collega Weisz binnen onze beroepskring wordt aanvaard, betekent dit dat elke hoogbejaarde die om hem of haar moverende redenen dit leven verlaten wil, het recht heeft op medische assistentie bij de uitvoering van dit verlangen. Ik hoop dat als reactie op dit artikel juist de grenzen binnen onze beroepsgroep weer eens scherp getrokken worden want hulp bij zelfdoding aan redelijk gezonde mensen die in een situatie van existentiële nood verkeren, is - naar mijn mening - volstrekt in strijd met de taak van de medicus.

Wormer, mei 1994
D. Pranger, huisarts/ethicus

Naschrift

Mevrouw R heeft haar verzoek aan mij ook schriftelijk bevestigd. De vermelding van dit stuk is helaas weggevalen uit de lijst van 'bijlagen' die aan de Hoofdofficier werden toegezonden, dus collega Pranger kon dit niet weten. In de gesprekken met haar zijn vele vormen van 'levenshulp' ter sprake geweest. Ik gaf dit aan met de zin: "Andere hulp-

mogelijkheden besproken, bijvoorbeeld gezinshulp."

Mijn toezegging haar de gevraagde stervenshulp te geven, ging geruime tijd vooraf aan haar overweging zonder mijn hulp zelf de dood te zoeken. Zij bracht die overweging ook niet als pressiemiddel; integendeel. Ik meen, dat ik dit in het artikel duidelijk heb beschreven.

Met haar enige zoon in Spanje had zij wel een goede verstandhouding, maar juist geen goed contact. Ik schreef: "gehoor slechter, met name ook bij telefoneren; telefoongesprekken met haar zoon gelukken maar half." De wanhoop die zo iets meebrengt is alleen begrijpelijk als je echt probeert je dit in te denken.

Ook in andere opzichten zijn de door collega Pranger geformuleerde gedeelten uit mijn artikel net wat lichter van toon dan mijn beschrijving was. In samenvatting schreef ik: "Hoewel zij niet voortdurend depressief was, ben ik in de gesprekken tot het inzicht gekomen dat zij een combinatie van ernstig lichamelijk en geestelijk lijden doormaakte, door het totaal van lichamelijke handicaps (traag lopen met duizeligheid en valneiging; vermoeidheid na geringe inspanning, hardhorendheid); rouw om haar onlangs overleden echtgenoot; angst te vallen en opnieuw een been te breken; en vrees voor nabije ernstige ziekte met afhankelijkheid. 'Levenshulp' kon hieraan niet wezenlijk tegemoet komen. Terwijl zij niet in de eindfase van een ongeneeslijke ziekte verkeerde, ben ik toch gaan begrijpen waarom zij zelf haar toestand als *uitzichtloos* ervaarde, dat wil zeggen: met in hoofdzaak het uitzicht op toename van lijden."

Ik kan mij wel voorstellen dat een lezer die het niet heeft meegemaakt de zwaarte van het lijden niet zomaar inziet. Toen ik de gesprekken met haar begon, leek het mij ook niet zo somber. In mijn weergave heb ik getracht over te brengen dat ik tijdens deze gesprekken beter ging begrijpen hoe zij zich voelde. In het geval van collega Pranger is mij dit kennelijk niet gelukt. Wellicht kan hij dit pas inzien als hij zelf een soortgelijke combinatie van lichamelijk en geestelijk lijden zou moeten ervaren. Maar ik hoop dat dit hem (en mij) niet zal overkomen.

Doel van mijn artikel was in de eerste plaats, bekend te maken dat voor het Openbaar Ministerie de 'stervensfase' in 1989 geen voorwaarde was om van vervolging af te zien.

Amsterdam, juni 1994
dr F.H. Weisz

Studiedag 'Voorkomen van klachten'

De KNMG en het Landelijk Centrum GVO organiseren op donderdag 15 september 1994 een studiedag 'Voorkomen van klachten'. Doel van de studiedag is medisch specialisten (in opleiding) inzicht te geven in de wijze waarop klachten tegen hen zich kunnen voordoen en hoe deze zijn te voorkomen.

Veel klachten komen voort uit communicatieproblemen; communicatie is dan ook de rode draad die door deze studiedag loopt. Aan de orde komen vragen zoals: Waarover zijn patiënten ontevreden, waarover klagen zij? Welke mechanismen kunnen (bij patiënten) leiden tot klachten? Welke hulpmiddelen kan men benutten om klachten te voorkomen en om een (vergevoerd) misnoegen niet in een klacht te laten omslaan? Hoe gaat men als individuele arts om met 'het recht op informatie' en het 'informed consent', zoals geformuleerd in de nieuwe Patiëntenwet?

Op het programma staan enkele korte in-

leidingen en een drietal workshops, waarin aan de hand van een casus en videomateriaal wordt gewerkt. Er is veel ruimte voor eigen inbreng en het stellen van vragen. De workshops staan onder leiding van drs J. van Helsdingen, psycholoog, organisatieadviseur en opleider.

De studiedag 'Voorkomen van klachten' wordt gehouden in de Domus Medica, Lomanlaan 103, Utrecht, tussen 13.30 uur en 21.15 uur. Leden van de KNMG betalen f 275,-, niet leden f 325,-. Een diner en studiemateriaal zijn inbegrepen. Voor informatie kunt u terecht bij mw mr R.M.S. Doppegieter (KNMG) tel. 030-823758 of mw I. Gaasbeek (Landelijk Centrum GVO) tel. 030-910244. Geïnteresseerden kunnen zich telefonisch melden bij de afdeling Verenigingszaken en PR, tel. 030-823758 (mw M. Bugter). De inschrijvingen worden gehonoreerd op volgorde van binnenkomst; er zijn 15 plaatsen beschikbaar.

Zelf beschikken?

WAT IS DE TAAK van een arts als een patiënt aangeeft niet meer verder te willen leven?

Indien iemand lijdt aan een niet te genezen, ernstige ziekte zoals kanker en er sprake is van invoelbaar, ernstig lijden, is verreweg het grootste deel van de artsen - 88% volgens het rapport-Remmelink - bereid mee te werken aan een vorm van actieve levensbeëindiging. De eenstemmigheid verdwijnt echter als iemand lijdt aan een langdurige depressie, niet wil worden behandeld of alleen hoogbejaard is en het leven als afgerond beschouwt. In een discussienota heeft de KNMG-Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend Handelen (CAL) de mogelijkheid willen openen bij psychiatrische patiënten gehoor te geven aan een verzoek tot zelfdoding.¹ De commissie constateert, dat er een groep patiënten is die met volle vasthoudendheid en in volle overtuiging de dood blijft zoeken. Als zulke patiënten op een harde en gewelddadige wijze hun leven beëindigen, kan dit voor derden die daarmee worden geconfronteerd een traumatische ervaring zijn. Categorieën waarvan de commissie zich kan voorstellen dat artsen meewerken aan hulp bij zelfdoding zijn patiënten met fluctuerende psychiatrische symptomatologie die in een relatief goede periode de balans opmakend tot suicide besluiten en patiënten met ernstige psychiatrische problematiek die dit doen nadat behandeling niet tot resultaat heeft geleid en herstel niet binnen een acceptabele termijn te verwachten valt. De commissie wil in zulke situaties vasthouden aan de eerder geformuleerde zorgvuldigheidseisen, zij het dat de volledige wilsbekwaamheid wordt gerelativeerd en in plaats daarvan wordt geëist dat de patiënt een duidelijk besef heeft van zijn situatie en feitelijk begrijpt wat er aan de hand is en wat de consequenties van zijn keuze zijn. In het voor onze professie belangrijke arrest-Chabot (zie dit nummer van Medisch Contact) heeft de Hoge Raad onder strikte voorwaarden ruimte geboden voor levensbeëindigend handelen bij een psychische aandoening. Dit arrest geeft nog geen opening voor de door Drion aangezwengelde discussie over het ter beschikking stellen van dodende middelen aan mensen die, op leeftijd zijnde, hun leven als 'afgerond' beschouwen. Ook hierover zijn er binnen onze professie collegae die een liberaler beleid voorstaan.

Niemand zal betwisten dat Chabot zeer zorgvuldig het voor en tegen van hulp bij zelfdoding heeft afgewogen. Nu de Hoge Raad zich heeft uitgesproken, is het echter wel nodig dat de discussie tussen beroepsgegoten zoals die tussen Chabot en Koerselman heeft plaatsgehad, verder wordt gevoerd. Hierin was immers niet de principiële toelaatbaarheid van euthanasie en hulp bij zelfdoding aan de orde, maar de indicatiestelling en de grenzen aan de taak van de arts.²⁻⁵

Koerselman verwijt Chabot, dat deze het punt van de diagnostiek heeft laten liggen en zich heeft laten leiden door de absolute weigering van de patiënte om aan enige therapie mee te werken en medicijnen te nemen tegen haar depressie. Chabot maakt de discussie moeizaam door te stellen dat zijn patiënte leed aan een ge-

C. Spreeuwenberg

stoorde rouwverwerking, gecompliceerd door een depressie in engere zin, zonder vitale kenmerken, en tegelijk te zeggen dat hij haar als niet 'ziek' beschouwt. Hij vergeleek haar situatie zelfs met die waarin Menno ter Braak verkeerde na de Duitse inval, met die van Van Speyk in de haven van Antwerpen en die van boeddhistische monniken tijdens de oorlog in Vietnam. Stel, dat Chabot gelijk heeft en zijn patiënte niet ziek was. Waarom moest ze dan behandeld worden? Licht er in zo'n situatie voor een arts wel een taak voor levens- dan wel stervenshulp? Let wel: ik ben geneigd de stoornis in de rouwverwerking wel als een ziekte te beschouwen, een ziekte die de oordeelsvorming niet behoeft aan te tasten maar wel indringend kan kleuren. Dan gaat wegen, dat een behandeling geen zin heeft als iemand dat niet wil. Veel artsen zullen het met die conclusie eens zijn, maar daaraan niet de consequentie verbinden aan de wens van de patiënt te voldoen. Kan er, als een positief behandelingsresultaat niet is uitgesloten, wel worden gesproken van uitzichtloos lijden? Mag een arts, indien patiënt en arts elkaar serieus nemen, niet van de patiënt vragen dat hij zich eerst laat behandelen voordat er definitieve conclusies worden getrokken en er onherstelbare handelingen worden verricht? Maakt Koerselman niet terecht de vergelijking met een behandelbaar geval van kanker, waarbij elke zinnige arts evenmin euthanasie zou toepassen? Mijn eigen standpunt is altijd geweest, dat

ik patiënten met wie ik een behandelrelatie heb en die uitzichtloos en ondraaglijk lijden, niet in de steek wil laten. Voor mij ligt daar de grens, een grens ten aanzien waarvan ik me niet verbeeld voor anderen het laatste woord te kunnen spreken. Van de kant van de patiënten suggereert Jansen in dit nummer van MC, dat de norm 'uitzichtloos en ondraaglijk lijden' wellicht te streng is en dat wij de toelaatbaarheid ook zouden kunnen beoordelen vanuit de begrijpelijkheid en invoelbaarheid van de doodswens. Tegen een dergelijke grens maakt Koerselman - en daarin steun ik hem - bezwaar. Dat mensen afhankelijk zijn van de persoon van de dokter en dat doorverwijzingen in dit soort situaties onvoldoende oplossing bieden, vormt onvoldoende argument om de grens te verschuiven. Hoe hard dat ook moge klinken, er valt er niet aan te ontkomen dat patiënten in sommige situaties het heft in eigen hand moeten nemen. Omdat dit zo is en hem dat ook niet bevredigt, heeft Gill volgens Jansen de zelfdodingsgids van Derek Humphry bewerkt.

In een tijd van zelfbeschikking en patiëntenrechten valt het niet gemakkelijk een standpunt in te nemen waarbij het primaat over de te nemen beslissing uiteindelijk bij de arts ligt. Wij kunnen echter niet alle problemen voor patiënten oplossen. Onze taak is primair ziekten te bestrijden en het leed dat die meebrengen te verzachten. Ik ga niet uit de weg dat wij daarbij soms vuile handen moeten maken. Maar als niet ten volle zeker is dat de situatie van de patiënt niet kan worden verbeterd, moeten wij wellicht de rug rechten en de patiënt laten weten dat wij hem of haar niet willen opgeven. Want houdt hulp bij zelfdoding dat dan niet in? Als beroepsgroep moeten we de discussie over de grens aan onze taak durven te voeren. •

Literatuur

1. Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend Handelen van de KNMG. Hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten. Discussienota. Utrecht: KNMG, 1993.
2. Chabot BE. Zelf beschikt. Amsterdam: Balans, 1993.
3. Koerselman GF. Balanssuicide als mythe. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1994; 49: 515-27.
4. Chabot BE. Stervenshulp: de twistappel van het gelijk. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1994; 59: 528-40.
5. Holtrop A. De weloverwogen suicide bestaat niet [interview met G.F. Koerselman]. NRC Handelsblad 21 mei 1944: Zaterdag Bijvoegsel: 3.

Geen gemengde gevoelens

ER ZIJN MOMENTEN in het leven die een blijvende herinnering opleveren. Of donderdag 30 juni zo'n mijlpaaltje in onze gedachten zal blijken te zijn, kan nu nog niet worden voorzien. Wel heeft het er alle schijn van dat deze datum een moment zal markeren in het continue proces van een veranderende gezondheidszorg. Die dag namelijk werd het rapport 'Modernisering curatieve zorg' van het Platform Curatieve Zorg uitgebracht aan de minister van WVC. In dit platform waren onze verenigingen (KNMG-LAD-LHV-LSV) vertegenwoordigd, naast organisaties van zorgverzekeraars, ziekenhuizen, patiënten/consumenten en WVC. "A historic first." Niet alleen de wijze van samenwerken, maar vooral de doelgerichtheid en de termijnen waarop bij voorkeur tot overeenstemming of op z'n minst tot afstemming moest worden gekomen, waren indrukwekkend.

Medisch Contact besteedt uitgebreid aandacht aan het rapport, dat verderop in dit nummer integraal is afgedrukt. Ook de voorzitters van de betrokken federatiepartners komen daarover aan het woord. Een goede manier om de beroepsgroep en iedereen die met ons te maken heeft over een en ander te informeren.

Na jarenlang te hebben gewerkt aan oplossingen voor belemmeringen in de organisatie en structuur van de gezondheidszorg, tekent zich thans toch op z'n minst iets van een doorbraak af. En alhoewel - onvermijdelijk - de aandacht sterk wordt gericht op de positie en honoreringsstructuur van de medisch specialisten, de aanbevelingen van het Platform Curatieve Zorg hebben natuurlijk veel meer facetten. Om een voorbeeld te noemen: voor de opleiding van huisartsen en specialisten zal uitsluitend de zorg-

vraag als uitgangspunt worden genomen. Het ligt in de bedoeling een capaciteitsorgaan van representatieve organisaties op te richten, onder te brengen bij de KNMG, dat verantwoordelijk is voor de advisering over de opleidingscapaciteit, en de financiering via een opleidingsfonds te laten lopen.

Wat in ieder geval winst is? Dat betrokken partijen hebben geconcludeerd, dat er inderdaad wegen zijn waarlangs een reële invulling van keuzen kan worden bereikt. Natuurlijk zijn er nog verschillen: daar zal niemand echt van opkijken. Maar de wil om gezamenlijk verder te werken en conclusies te trekken met het oog op de noodzakelijke keuzes in de gezondheidszorg is toegenomen. En aan dat laatste heeft het, zonder aanzien van personen of instanties, wel eens ontbroken.

De vaart zat er van meet af aan goed in. In drie maanden tijd heeft het Platform Curatieve Zorg de taak die het was opgedragen volbracht. Partijen in het platform hebben afgesproken een aantal voorstellen voor 1 januari 1995 verder uit te werken. Het is dus aan de meest direct betrokkenen in voorheen het Platform Curatieve Zorg om uitvoering te geven aan de gemeenschappelijke intenties en afspraken die in het platformrapport zijn opgenomen. Afhankelijk van het onderwerp kan dit de vorm hebben van ontwerp-regelgeving, een adviesaanvraag indien de wet daartoe verplicht of een gemeenschappelijk plan van aanpak.

Heel kernachtig wordt in 'Modernisering curatieve zorg' ook de rol van de overheid in dezen verwoord: "Het platform is nu klaar. Partijen gaan verder, maar ook regering en parlement zijn aan zet. In de eerste plaats vraagt het platform aan regering en parlement om ruimte te bieden aan en - waar de regering aan zet is - vaart te maken met de uitvoering van afspraken die partijen in het platform hebben gemaakt." Boven-

dien zijn "alle partijen in de zorgsector van mening dat in elk geval politieke keuzes nodig zijn met betrekking tot" een aantal zaken betreffende "het verzekeringsstelsel en het financieel beleid voor de zorgsector". "Deze zaken zijn evenzeer van belang voor de ontwikkeling van het curatieve zorgbeleid", aldus het platform in zijn eindrapportage.

Heel duidelijk is de waarde van de federatieve samenwerking gebleken, in casu tussen KNMG, LAD, LHV en LSV. Het 'bondgenootschappelijke' karakter en de onderlinge afstemming hebben de kracht van de inbreng van de artsorganisaties vergroot. Ongeacht de eigen verantwoordelijkheden van partners, is de wijze waarop onze verenigingen elkaars problematiek en invalshoeken hebben gehanteerd ook voor de toekomst bemoedigend. De invloed van de beroepsgroep in samenwerking kan niet worden onderschat.

Zo beschouwd is de totstandkoming van het rapport van het Platform Curatieve Zorg ook een federatieve 'lakmoesproef' geweest. Het werk zit er evenwel nog niet op. Er zal ongetwijfeld nog wel tegenwind komen. Maar de wegen naar heldere keuzes op het gebied van kwaliteit, doelmatigheid en noodzakelijke zorg zijn gebaad. De verdeling van verantwoordelijkheden tussen partijen zal inzichtelijker worden. Het vertrouwen er eindelijk eens uit te komen, is duidelijk toegenomen. Daarom onzerzijds: geen gemengde gevoelens!•

R.H. Levi, voorzitter KNMG

dr G.M.H. Tanke, voorzitter LAD

H. Knook, voorzitter LHV

F.M.L.H.G. Palmen, Voorzitter LSV

Platform Curatieve Zorg schrijft uniek document

Commentaar voorzitters LSV, LHV, LAD en KNMG

Ans Ankoné

LSV: ieder zijn eigen verantwoordelijkheid

LSV-voorzitter F.M.L.H.G. Palmen is zeer tevreden over de manier waarop de veldpartijen de afgelopen drie maanden hebben samengewerkt. "Het was een zeer constructieve en open discussie, met waardering voor onze voorstellen. Dat hebben we bij 'Biesheuvel' wel een beetje gemist", aldus Palmen. "Naar de mening van het platform is er, wat de positie van de specialist betreft, een doorbraak bereikt, mits de voorstellen die wij doen ook daadwerkelijk kunnen worden uitgevoerd, maar: vóór 1 oktober moet een plan van uitvoering gereed zijn."

Eén zaak lijkt zeker beklonken: in het advies-Biesheuvel, de regio-experimenten en nu ook het rapport van het Platform Curatieve Zorg wordt uitgegaan van de noodzaak het honorerings- en bekostigingssysteem van ziekenhuizen en specialisten op elkaar af te stemmen: het verichtingen- en functiegerichte budgetteringssysteem worden vervangen door een nieuw systeem.

Palmen: "De LSV opteert, evenals de andere veldpartijen, voor een 'produktprijsensysteem' gerelateerd aan het uurtarief. Het grote aantal verrichtingen wordt herleid tot een beperkt aantal zorgprodukten. Dat kunnen er 80 zijn (advies-Biesheuvel) of 200, maar géén 2.000. Het is aan de specialisten die produkten samen te stellen en te formuleren, met aandacht voor professionele kwaliteit, doelmatigheid en protocollering. Uiteraard kunnen ziekenhuizen en verzekeraars wel meekijken bij het vaststellen van de produkten, maar het zijn de specialisten die de medische grenzen stellen. Vervolgens moet, voor de specialist apart en voor het ziekenhuis apart, de economische waarde van de produkten worden berekend. In dit systeem is er dus sprake van twee contractuele relaties, twee prijzen en twee financieringsstromen. De hoogte van het specialistenhonorarium is dan te berekenen door het aantal produkten - waarin de tijdsinvestering van het betreffende spe-

cialisme is verdisconteerd - te vermenigvuldigen met het uurtarief. Meer produkten betekent meer inkomsten.

"De kracht van dit voorstel is, dat ons principe 'loon naar werk' met het uurtarief nog steeds overeind staat. Het uurtarief is enerzijds gebaseerd op elementen die al in november 1993 in ons voorstel voor een nieuw honoreringssysteem zijn genoemd, anderzijds een kwestie van marktconform onderhandelen. Door introductie van marktprijzen krijgt het vrije beroep gestalte, maar dat houdt wat ons betreft dan óók in dat de specialisten rechtstreeks met de verzekeraars over de prijzen onderhandelen." De LSV zal in de komende drie maanden bestuderen of die onderhandelingen beter centraal dan wel regionaal kunnen worden gevoerd.

Anders dan de commissie-Biesheuvel, die het ziekenhuis ziet als een "geïntegreerd medisch bedrijf" waarin de ziekenhuisdirectie het voornamelijk voor het zeggen heeft, gaat de LSV nadrukkelijk uit van een "geïntegreerde organisatie van medisch-specialistische hulp". Dat betekent in de visie van de LSV, dat de specialisten in het ziekenhuis een duidelijke positie moeten hebben, gebaseerd op hun professionele verantwoordelijkheid. Dat betekent ook, dat de specialisten over hun aandeel apart met de verzekeraars moeten onderhandelen. Management en specialisten moeten eigen verantwoordelijkheid behouden, maar de organisatie moet wel als één geheel handelen."

Het vrije beroep kan bij dit systeem van produkt-typing wel degelijk mogelijk blijven, vindt Palmen.

De LSV denkt dat het voorgestelde systeem in 1997 kan worden ingevoerd. Naar het systeem van produkt-typing is samen met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen een onderzoek verricht, dat de basis vormde voor dit voorstel. Een vervolgonderzoek is gestart. Palmen: "Er bestaan twee mogelijkheden om die produkten te categoriseren: op basis van de organisatievorm of op basis van ziektebeelden, dus patiëntgericht. De laatste heeft mijn voorkeur. Je slaat daarmee namelijk twee vliegen in één klap. Het ene voordeel is: 80% van alle ziekenhuiskos-

ten correspondeert met zo'n 20% van alle ziektebeelden. Het andere voordeel is, dat je daardoor ook de zorgvraag zeer expliciet kunt formuleren en registreren. Door meer inzichtelijkheid in de vraag te verschaffen wordt andere partijen de kans ontnomen ons van onbetrouwbaarheid te betichten. De cijfers waren immers vaak een bron van conflicten.

"Ik vind het een absolute winst, dat hiermee tevens het functioneren van het FOZ ter discussie wordt gesteld. De politieke besluitvorming over de financiën moet dan op grond van de reële vraag plaatsvinden, en dat is een véél fundamenteelere discussie dan die er ooit heeft plaatsgevonden. "Ter overbrugging van de periode tot 1997 zijn LSV en NVZ overeengekomen dat met ingang van 1995 directies van ziekenhuizen en specialisten vóóraf tot bindende afspraken moeten zien te komen over het volume (inclusief procedure en sancties). Deze afspraken moeten vervolgens door de specialisten worden uitonderhandeld met de verzekeraars. Wij hebben voorgesteld daarbij uit te gaan van een financiële vergoeding die gelijk is aan die van het voorafgaande jaar. Voor dat bedrag wordt een bepaald maximum aan zorg geleverd: *op is op*. De bedoeling hiervan is de specialisten te vrijwaren van tariefkortingen achteraf.

"Met de verzekeraars zullen we overleggen over de vorm van dat systeem, met de ziekenhuizen over een goede interne verdeling van de verantwoordelijkheid. Het stelt me zeer tevreden dat we hierover enkele maanden geleden met de NVZ zeer vruchtbare afspraken konden maken,¹ die nu blijken de basis te zijn voor een doorbraak van betekenis. De allerbelangrijkste basis voor dit toch redelijke succes is echter, dat we als specialistenclub unaniem hebben kunnen optreden door de goede samenwerking met de NSF en de wetenschappelijke verenigingen."

LHV: tevreden over erkenning positie huisarts

LHV-voorzitter H. Knook is tevreden dat alle veldpartijen, evenals de commissie-Biesheuvel en het kabinet, de huisarts een stevige positie toedenken, gekenmerkt

door persoonlijke, integrale en continue zorg. Teleurgesteld is hij daarentegen over de wijze waarop - vooral de particuliere - verzekeraars die positie invullen. "Zij wensen geen verplichting om bij de verzekeraar vast te leggen wie de huisarts van de verzekerde is, de zogenaamde inschrijving op naam. Evenmin wensen zij zich te verplichten de huisarts als verwijzer in de polissen op te nemen of abonnementsconstructies met de huisarts aan te gaan. De verzekeraars vinden dat de patiënt de vrijheid moet hebben rechtstreeks naar een specialist te stappen. Ik denk dat er een *politieke uitspraak* moet komen om de verzekeraars tot een en ander te verplichten, wil de huisarts niet in een onmogelijke positie komen."

Knook vindt de vrijblijvende opstelling van de verzekeraars niet passen bij de realiteit: "In de huidige situatie betekent bijvoorbeeld geen inschrijving op naam ook geen contract met de verzekeraar. Bovendien, geen vaste relatie met een huisarts hebben - daar zullen overigens maar weinig verzekerden voor kiezen - heeft het nadeel dat het medisch dossier dan niet op één centraal punt wordt bijgehouden."

Beogen de verzekeraars, door een verplichting tot inschrijving op naam af te wijzen, wellicht alleen contracten met groepen huisartsen? Knook: "Zover is het nog niet, de ontwikkeling van huisartsengroepen heeft een looptijd nodig. In de tussentijd opteer ik voor zorgovereenkomsten tussen verzekeraars en individuele huisartsen."

Over de wijze van honoreren: "De LHV stelt een verplicht gemengd systeem voor, namelijk een abonnementsdeel voor de beschikbaarheid en een verrichtingendeel voor de consulten, ook voor particulier verzekerden. Ook hiertoe wilden de verzekeraars zich niet verplichten. Dat is merkwaardig. We zijn namelijk al jaren met de verzekeraars bezig over abonnementen voor de particulier verzekerden, maar van uitvoering komt niets terecht zonder verplichting."

Het advies-Biesheuvel, inhoudende 100% abonnementshonorering met differentiatie naar oudere leeftijdsgroepen, is volgens Knook ontoereikend. "Niet alleen ouderen, maar ook chronisch zieken of jongeren kunnen de werkbelasting verhogen. Een huisarts met een 'jonge' plattelandspraktijk kan een werkbelasting hebben die volstrekt vergelijkbaar is met die van een stadsarts met een 'oude' praktijk. De Biesheuvel-variant lokt uit tot te veel differentiatie."

Erkenning van de speciale positie van de huisarts benadrukt de noodzaak de samenwerking met de specialisten nu steviger aan te pakken. "Er zijn over het hele land al veel lovenswaardige initiatieven

genomen. Ik denk dat de tijd rijp is om dit proces nu op koepelniveau te sturen en te versnellen. We hebben hierover met de LSV al een goed gesprek gehad. Er was een tijd dat de huisarts zich afzette tegen specialistische geneeskunde. Nu is de huisarts ook een specialist, met een driejarige beroepsopleiding, met wetenschappelijke onderbouwing, met standaarden en protocollen. Ons specialisme is generalisme. Deze vaststelling maakt het mogelijk op een volwassen manier met elkaar om te gaan."

LAD: buiten-CAO-model

De acht aandachtspunten die de LAD bij eventuele uitvoering van het advies-Biesheuvel van belang achtte zijn in het platform uitgebreid besproken.² LAD-voorzitter dr G.M.H. Tanke kan zich wel vinden in de eindrapportage. "De *professionele autonomie* wordt door iedereen eindelijk erkend en wettelijke verankering ervan bepleit. Vanuit de optiek van de dienstverbandssituatie is één aansprekpunt in het ziekenhuis voor verzekeraars verdedigbaar." "Specialisten en directies hebben aparte verantwoordelijkheidsgebieden. Als professionals door te krappe budgetafspraken niet de 'standaardkwaliteit' kunnen leveren, heb je echter een probleem. Vanwege het spanningsveld tussen volume- en budgetafspraken moeten beiden verantwoordelijk zijn voor het eindresultaat. Een tripartiete overeenkomst tussen verzekeraar, directie en specialisten ligt dus voor de hand. De directie heeft de budgettaire en financiële verantwoordelijkheid, de specialist primair de verantwoordelijkheid voor inhoud, kwaliteit en doelmatigheid van het medisch werk - het primaire proces - waar alles om draait." Vanwege dit primaire proces en de professionele autonomie ziet Tanke geen onderscheid tussen vrijgevestigde specialisten en specialisten in dienstverband. Tevreden is Tanke ook over de opvattingen van het platform, dat de agio's in dienstverband van het ziekenhuis moeten komen en dat de opleidingen worden gefinancierd uit een opleidingsfonds (niet afhankelijk van de verzekeraars zoals in 'Biesheuvel'). Daarnaast zou een capaciteitsorgaan worden ingesteld om afhankelijk van de zorgvraag de behoefte aan opleidingsplaatsen te bepalen, zonder deze afhankelijk te stellen van de financiële ruimte.

Als mogelijke oplossing voor de honoringsstructuur heeft de LAD een 'buiten-CAO-dienstverband' voorgesteld, dat door alle partijen in het platform is onderschreven. "Hierin zijn de aanbevelingen van de commissie-Biesheuvel die men in het Haagse omarmde, nader uitgewerkt en geconcretiseerd, zoals een basishono-

rarium, inclusief sociale premies, pensioen en positieve prikkels door toeslagen en opslagen. Met name de emolumenten zijn op dit moment niet goed te vertalen in de huidige CAO. Het buiten-CAO-model is geschikt voor vrijgevestigden die dienstverband overwegen, maar ook voor dienstverbanders." CAO-partijen hebben zich bereid verklaard deze ontwikkelingen niet in de weg te staan. Tanke is van mening dat gelijke functies gelijk moeten worden gehonoreerd en dat financiële prikkels een stimulans kunnen zijn voor alle specialisten. "Toepassing van dit model zou derhalve ook consequenties moeten hebben voor de honorering van de huidige dienstverbanders en voor de besprekingen over een specifieke regeling voor academische specialisten." Tanke betreurt dat geen oplossing is gevonden voor de goodwill-problematiek, waardoor de door 'Biesheuvel' voorgestelde kortingen voor 'jonge klaren' nog niet van de baan zijn.

KNMG: veelomvattende federatieve inspanning

"De laatste daad van staatssecretaris Simons, het bijeenroepen van een platform, heeft de veldpartijen goed met elkaar in gesprek gebracht. Die samenwerking bleek vruchtbaarder dan de talloze bilaterale convenanten tussen afzonderlijke veldpartijen en WVC in de afgelopen kabinetsperiode." KNMG-ondervoorzitter J.G.M. Lanphen vindt dat de politiek nu het veld de ruimte moet bieden om de voorstellen uit te werken. "Ik hoop dat we niet in een impasse raken door een demissionair kabinet. De vaart moet erin blijven. Specialist, verzekeraars en ziekenhuizen hebben zichzelf de enorme taak opgelegd vóór 1 oktober tot uitwerking van hun plannen te komen. De saamhorigheid tussen vrije beroepers en dienstverbanders, tussen specialisten en huisartsen, is gegroeid. Dat vereiste een veelomvattende federatieve inspanning. De artsen moeten nu de kans krijgen en nemen hun *eigen visie* uit te werken. Ook de KNMG heeft veel bereikt: een capaciteitsorgaan voor beroepskrachtenplanning, een opleidingsfonds voor de vervolgoopleidingen, een verantwoord informatie- en kwaliteitsbeleid aansluitend bij de Leidschendamconferenties.

Het platform-rapport ligt bij de Tweede Kamer en de informateur. De vraag is: hoe decentraal denkt de terugtrekkende overheid? •

Noten

1. Zie Medisch Contact 1994: (49); 564.
2. Zie Medisch Contact 1994: (49); 163.

Modernisering curatieve zorg

Rapport Platform Curatieve Zorg

In januari heeft de Commissie modernisering curatieve zorg (commissie-Biesheuvel) voorstellen gedaan voor veranderingen in de organisatie en werkwijze van de curatieve zorg. Het kabinet heeft gemeld het advies van Biesheuvel en de zijnen in grote lijnen te willen volgen. Over een aantal punten zou nog met het veld moeten worden gepraat. Met het oog daarop werd eind april een platform curatieve zorg ingesteld; vertegenwoordigd daarin waren organisaties van artsen, ziekenhuizen, ziektekostenverzekeraars en patiënten, alsmede WVC. Dit platform komt nu met een rapport. Om akte van te nemen.

INHOUD

1. Inleiding
2. Doelstellingen curatieve-zorgbeleid
3. Invloed verzekeringssysteem en financieel beleid op de curatieve zorg
4. Honorerings- en bekostigingsstructuur huisartsen en medisch specialisten
5. Ziekenhuisbudgettering en deregulering Wet Ziekenhuisvoorzieningen
6. Opleidingen
7. Organisatie, kwaliteit en informatievoorziening
8. Politieke besluitvorming en vervolgactiviteiten

1. Inleiding

RUIMTE MAKEN voor een doelmatiger curatieve zorg. Van de overheid mag verandering en vereenvoudiging van regelgeving worden verwacht, van het veld dat op lokaal en landelijk niveau van de gecreëerde ruimte gebruik wordt gemaakt. - Zo luidt eind februari van dit jaar de reactie van het kabinet op het advies 'Gedeelde zorg: betere zorg' van de Commissie modernisering curatieve zorg (commissie-Biesheuvel).

Het advies van de commissie gaat uitgebreid in op de noodzakelijke veranderingen in de organisatie en werkwijze van de curatieve zorg. In enkele steekwoorden: de zorg moet als continuüm functioneren zonder schotten; de huisarts moet een centrale positie in het zorgcontinuüm innemen; de samenwerking tussen huisarts en medisch specialist moet worden verbeterd, met name op het grijze gebied tussen generalistische en specialistische zorg; er moet worden gekomen tot een geïntegreerde organisatie van medisch-specialistische zorg in het ziekenhuis. Het advies beschrijft welke instrumenten door veld en overheid kunnen worden gebruikt om tot dergelijke veranderingen te komen. Deze instrumenten hebben betrekking op de bekostigingsstructuur van artsen en

ziekenhuizen, de capaciteitsbepaling, de verzekeringssystematiek, kwaliteit, inzicht en toetsing. De invoering van de voorstellen is binnen vijf jaar mogelijk, aldus de commissie.

Het kabinet volgt in zijn reactie in grote lijnen het advies van de commissie. Daarbij geeft het aan dat een groot aantal onderwerpen uit het advies in samenspraak met het veld wordt geconcretiseerd in de vorm van een gemeenschappelijk actieprogramma. Tevens acht het kabinet het van groot belang dat veld en overheid gezamenlijk ijkpunten opstellen voor de *monitoring* van de veranderingsprocessen. Daartoe heeft de staatssecretaris van WVC negen landelijke organisaties uitgenodigd om het Platform Curatieve Zorg op te richten. De volgende organisaties hebben aan het platform deelgenomen:

- de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG);
- de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV);
- de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV);
- de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD);
- de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ);

- de Kontaktcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen (KPZ);
- het Kontaktorgaan Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars (KLOZ);
- de Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars (VNZ);
- de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NP/CF);
- het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC).

Voor de uitwerking van verschillende thema's heeft het platform vijf werkgroepen ingesteld, waarin vertegenwoordigers van partijen zitting hadden. De voorzitters van de werkgroepen maakten deel uit van het platform. De rapporten van de werkgroepen zijn aan het platform aangeboden en als bijlagen bij het rapport gevoegd. De werkgroepen en het platform zijn secretariael ondersteund door medewerkers van de Ziekenfondsraad en WVC.

Dit rapport bevat de uitkomsten van het overleg in het Platform Curatieve Zorg. Het platform heeft zich tot taak gesteld tussen eind april - de start van de beraadslagingen - en 1 juli 1994 duidelijkheid te creëren over de onderwerpen waarover partijen wel of geen overeenstemming hebben en afspraken te maken over de

te nemen maatregelen. Zo wordt het voor het (nieuwe) kabinet duidelijk op welke gebieden wellicht op politiek niveau knopen moeten worden doorgehakt.

Het platform heeft zich in het bijzonder gericht op de volgende thema's:

- honorerings- en bekostigingsstructuur huisartsen en medisch specialisten;
- ziekenhuisbudgettering en deregulering Wet Ziekenhuisvoorzieningen;
- opleidingen;
- organisatie, kwaliteit en informatievoorziening;
- communicatie.

Voor de bespreking van deze thema's waren de vijf werkgroepen ingesteld. Dit rapport bevat in de hoofdstukken 4 t/m 7 per thema een korte samenvatting van het advies van de commissie-Biesheuvel, het standpunt van het kabinet en de conclusies die voortvloeien uit de rapporten van de werkgroepen. (WVC tekent hierbij aan, dat ten aanzien van de conclusies die een beleidswijziging impliceren een voorbehoud moet worden gemaakt. Dit houdt in, dat waar suggesties afwijken van lopend beleid, WVC zich niet aan die suggesties gecommitteerd heeft.)

In hoofdstuk 2 beschrijft het platform de zorginhoudelijke en organisatorische doelstellingen van het curatieve-zorgbeleid. Hoofdstuk 3 duidt enkele belangrijke thema's in het verzekeringsstelsel en het financieel beleid voor de zorgsector die van invloed zijn op de voortgang van het curatieve-zorgbeleid. Hoofdstuk 8 beschrijft voor welke zaken politieke besluitvorming nodig is en geeft aan welke stappen partijen zullen zetten om de in dit rapport weergegeven afspraken uit te voeren.

Met de publikatie van dit rapport heeft het platform zijn werkzaamheden voltooid.

2. Doelstellingen curatieve-zorgbeleid

Het advies van de commissie-Biesheuvel beschrijft de volgende doelstellingen van het curatieve-zorgbeleid:

a. *Er is zorg op maat nodig.* Dat houdt in:

- Zorg moet als een 'continuüm' functioneren: meer samenhang en samenwerking tussen extra- en intramurale en binnen intramurale zorg.
- Regiefunctie voor daadwerkelijke zorgverlening bij de huisarts: deze is niet alleen hulpverlener, maar ook gids (verwijzing, nazorg en dergelijke).
- Versterken van "transmuraal" verlenende medische, paramedische en verpleegkundige zorg. Voorbeelden zijn ziekenhuisverplaatste zorg thuis, huisartsenhulp

in het ziekenhuis, gemeenschappelijk spreekuur huisarts en specialist.

b. *De curatieve zorg moet doelmatig worden georganiseerd.* Dat betekent:

- Meer faciliteiten voor de huisarts: specialistisch consult, meer mogelijkheden voor diagnostiek.
- Geïntegreerde organisatie van de medisch-specialistische zorg in het ziekenhuis (decentralisatie, managementparticipatie, geïntegreerd budget, een duidelijke leiding).
- Intensiveren van de samenwerking tussen intra- en extramurale zorg.

Deze doelen, die overigens niet door alle partijen worden onderschreven, kunnen

naar de mening van het platform niet zonder forse inspanningen worden bereikt. In de eerste plaats is consensus onder de beroepsbeoefenaren nodig over veranderingen in de werkwijze. In de tweede plaats moet de overheid, evenals de betrokkenen zelf, keuzes maken en daartoe het voortouw nemen. De overheid moet dit doen door het slechten van barrières in de structuur van de gezondheidszorg (regelgeving, financiering, planning). De betrokkenen moeten dit doen op basis van zorginhoudelijke ontwikkelingen en daartoe de overheid adviseren.

3. Invloed verzekeringssysteem en financieel beleid op de curatieve zorg

De beleidsontwikkeling voor de curatieve zorg staat niet op zichzelf en wordt beïnvloed door diverse conflicterende omstandigheden binnen het gehele systeem van de gezondheidszorg. Het verzekeringssysteem en het financieel beleid van de overheid spelen daarbij een belangrijke rol. Het is niet de taak van het platform tot een analyse van deze omstandigheden te komen en voor de gesignaleerde problemen oplossingen voor te stellen. Wel is het van belang het beleid dat het platform in latere hoofdstukken voorstelt voor de curatieve zorg af te zetten tegen deze meer algemene vraagstukken in de zorgsector. Dat gebeurt in dit hoofdstuk. Een belangrijk spanningsveld bestaat door de noodzaak een evenwicht te zoeken tussen de drie algemeen onderschreven hoofddoelstellingen van het zorgbeleid: een *toegankelijke zorg* van *hoge kwaliteit* tegen *beheersbare kosten*. De spanning wordt vooral zichtbaar tussen enerzijds het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt en het primaat van de professionele verantwoordelijkheid van de arts in de individuele arts-patiëntrelatie, en anderzijds de verantwoordelijkheid van de overheid voor bijvoorbeeld de toegankelijkheid van de zorg en kostenbeheersing.

Het platform meent dat het kabinet terecht een appèl heeft gedaan op de betrokkenen om te zoeken naar een gemeenschappelijk beleid. Het platform heeft dan ook vooral gezocht naar maatregelen die de betrokkenen in de zorgsector zelf kunnen treffen, waar dus sprake is van gemeenschappelijke doelstellingen en een gemeenschappelijk belang. Dit rapport bespreekt maatregelen die, uitgaande van de professionele verantwoordelijkheid van artsen voor het primaire zorgproces, een bijdrage leveren aan de vermindering van dit spanningsveld.

Andere omstandigheden die bepalend zijn voor een succesvolle ontwikkeling van het curatieve-zorgbeleid hebben betrekking op de verantwoordelijkheidsverdeling tussen partijen, die mede voortvloeit uit het verzekeringsstelsel en het financieel-economisch beleid van het kabinet. Op deze punten doet het platform een appèl op het nieuwe kabinet. Zoals gezegd biedt dit rapport op deze punten geen uitzicht op oplossingen. Dat is ook niet de taak van het platform. Het is niettemin voor het slagen van een gemeenschappelijk curatieve-zorgbeleid van groot belang dat op politiek niveau duidelijkheid ontstaat over de kaders waarbinnen de beleidsontwikke-

ling van de curatieve zorg moet plaatsvinden; deze kaders zullen die beleidsontwikkeling daadwerkelijk moeten faciliteren.

In deze paragraaf wordt kort beschreven over welke onderwerpen politieke helderheid zal moeten komen, indien ook 'Den Haag' de ontwikkeling van het curatieve-zorgbeleid wil bevorderen.

Verantwoordelijkheidsverdeling

De verantwoordelijkheid voor de besturing van de zorgsector is verdeeld over alle betrokkenen. Het voert nu te ver om de verantwoordelijkheidsverdeling precies te beschrijven. Het platform volstaat met het signaleren van enkele onduidelijkheden op dit gebied. Het gaat daarbij om de leverings- en zorgplicht, het pakket verzekerde noodzakelijke zorg en het financieel beleid.

Leverings- en zorgplicht

Wie is nu aanspreekbaar op het leveren van zorg?

Ziekenfondsen en uitvoeringsorganen van de AWBZ zijn volgens de wetgeving contractueel verplicht de wettelijk vastgelegde aanspraken van verzekerden op de vergoeding van zorg te honoreren. ■

Deze regelen door middel van contracten met zorgaanbieders dat binnen de gemaakte afspraken voldoende zorg aan de verzekerden kan worden aangeboden. Het niet nakomen van de zorgplicht heeft bijvoorbeeld financiële gevolgen voor de verzekeraar.

Onder *leveringsplicht* wordt de plicht verstaan om aan patiënten zorg te verlenen, voor zover dat in het contract met de verzekeraar is vastgelegd of indien dat om medische redenen niet kan worden uitgesteld (noodsituaties, bij ongevallen). De leveringsplicht wordt dus gedeeld door de verzekeraar, de arts en bij intramurale zorg ook het ziekenhuis. In een situatie van schaarste in het zorgaanbod (tijd, beschikbaarheid, geld) kunnen problemen ontstaan. Deze problemen zijn niet oplosbaar zolang verzekeraars en ziekenhuizen productieafspraken maken en aan een budget gebonden zijn, terwijl individuele artsen om redenen van beroepsverantwoordelijkheid geen patiënten willen of mogen weigeren en de zorgafspraken van patiënten niet gelimiteerd zijn.

De politieke keuze is nu zwart-wit tussen drie *opties*:

1. De beheersbaarheid van volume en uitgaven vooropstellen en accepteren dat de zorgafspraken van patiënten beperkt worden.
2. De zorgafspraken van de patiënt vooropstellen en accepteren dat volume- en kostenbeheersing beperkt mogelijk is.
3. Geen politieke keuze maken, toeneemende spanning tussen kostenbeheersing en zorgafspraken accepteren en keuzes overlaten aan de jurisprudentie. Deze keuze hangt sterk samen met het volgende thema.

Noodzakelijke zorg verzekerd

Er is al enige tijd een discussie gaande over de omvang van te verzekeren pakket 'noodzakelijke zorg'. Naarmate het verzekerde pakket noodzakelijke zorg groter is, zal het moeilijker worden uit bovenstaand dilemma te komen. Hoe omvangrijker het pakket verzekerde zorg, hoe groter de behoefte van de overheid om (collectieve) uitgaven terug te dringen. De 'uitdunning' van het verzekeringspakket voor noodzakelijke zorg is een belangrijke voorwaarde om te komen tot een optimaal gebruik van collectieve middelen. Ten eerste kan zo het antwoord op de autonoom groeiende vraag naar zorg - voor wat betreft het verplicht te verzekeren deel - beter worden beheerst. Ten tweede wordt ook voor de niet-noodzakelijke zorg een duidelijk appel gedaan op de eigen verantwoordelijkheid van de burger. Ten derde bestaat er dan voor de overheid slechts in beperktere mate de nood-

zaak om de uitgaven van de gezondheidszorg te beheersen; daardoor kan meer ruimte voor zorgaanbieders, verzekeraars en consumenten ontstaan om fricties tussen vraag en aanbod zelf op te lossen. Door beperking van het pakket verzekerde noodzakelijke zorg wordt het doelmatigheidsvraagstuk dus enigszins gereduceerd en ontstaat er meer ruimte voor oplossingen van de betrokkenen zelf. Daarbij zijn ondubbelzinnige uitspraken over wat wel en wat geen noodzakelijke zorg is onvermijdelijk.

De politieke afweging is er hier een tussen solidariteit, toegankelijkheid en kostenbeheersing. Het gaat in grote lijnen om de volgende *opties*:

1. niets doen: handhaven van een breed pakket (bijna alles verzekerd) met op termijn verminderde toegankelijkheid (niet alles is beschikbaar) en continue sterke behoefte aan kostenbeheersing (niet alles is betaalbaar);
2. vermindering van zorgafspraken (inclusief toename eigen betalingen, al dan niet met inkomensafhankelijke maximering), beheersing van toegankelijkheid en kosten heeft dan betrekking op een minder omvangrijk gebied en heeft daardoor grotere kans van slagen. Verder meer ruimte voor eigen arrangementen. Deze benadering zal niet voor alle zorgvormen de gewenste ruimte kunnen opleveren. Daarom zal er in overleg met de betrokkenen ook naar alternatieve benaderingen moeten worden gezocht.

Financieel beleid

De spanning tussen kostenbeheersing en andere doelstellingen in het zorgbeleid is al enkele malen aan de orde gekomen. De uitgaven voor gezondheidszorg worden voor een groot deel uit collectieve middelen gefinancierd. Er is geen reden om deze uitgaven niet te betrekken bij het financieel-economische beleid van het kabinet (vermindering collectieve lastendruk). De vraag is wel welke reikwijdte de doelstellingen van het financieel beleid in de zorgsector moeten hebben en met welk instrumentarium dat beleid moet worden uitgevoerd. Op dit moment is het financieel beleid, zeker op langere termijn, niet effectief; de reikwijdte is te omvangrijk (ook het grootste deel van particuliere niet-verplichte uitgaven - opgenomen in het 'Financieel Overzicht Zorg' - moet worden beheerst) en het instrumentarium (zoals tariefkortingen) ontoereikend, mede gelet op autonome vraagontwikkelingen die volgens sommigen onvoldoende consequent in de uitgavenramingen betrokken worden. Het platform constateert, dat het kabinet bij de ontwikkeling van het curatieve-zorgbeleid vertrouwt op constructieve samenwerking tussen alle betrokkenen. Een be-

langrijke voorwaarde om die samenwerking daadwerkelijk gestalte te geven is dat tot een *realistischer* financieel beleid wordt gekomen.

Met de beperking van een kostenbeheersingsbeleid tot de uitgaven voor het pakket noodzakelijke zorg (zie hierboven) zou het kabinet tot haalbare financiële ramingen kunnen komen.

Dit rapport bespreekt een groot aantal instrumenten - met name aan de kant van de zorgaanbieders - die mede dienstig kunnen zijn aan de financiële doelstellingen van het kabinet. Een belangrijk onderwerp komt niet uitvoerig aan de orde en dat is de positie van verzekeraars. Verzekeraars dienen bereid te zijn financiële risico's te dragen. Met het huidige systeem van budgettering (verevening en nacalculatiemogelijkheden) in de curatieve zorg is dat nauwelijks het geval. Het vergroten van het financiële risico langs de weg van verzekeraarsbudgettering is tot dusver niet werkbaar gebleken. Daarom zal naar alternatieven moeten worden gezocht, zoals een nominalisering van premies. Van belang is dat zo'n systeem de toegankelijkheid van de zorg niet beperkt en dat verzekeraars daadwerkelijk met elkaar concurreren.

De huidige situatie bemoeilijkt het slagen van de maatregelen die in dit rapport worden voorgesteld. Het platform acht het dan ook van belang dat het nieuwe kabinet een afweging maakt tussen enerzijds het huidige ambitieniveau van kostenbeheersing en de beperkte effectiviteit van de maatregelen, en anderzijds beperktere financiële doelstellingen waarvan de haalbaarheid als groter moet worden ingeschat. De volgende *politieke beslispunten* liggen voor:

1. beperking van de reikwijdte van de kostenbeheersing door de overheid tot de uitgaven voor een nader te definiëren pakket noodzakelijke zorg. Zo ontstaat meer ruimte voor zorgaanbieders, verzekeraars en consumenten om zelf de financiering van (aanvullende) zorg te regelen;
2. realistische doelstellingen, waarbij rekening wordt gehouden met autonome vraagontwikkelingen;
3. aanpassing van het instrumentarium bij verzekeraars om tot kostenbeheersing te komen.

Conclusie

De beleidsontwikkeling in de curatieve zorg is het onderwerp van dit rapport. Zorgaanbieders, verzekeraars, consumenten en overheid hebben hier een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid. De volgende hoofdstukken gaan vooral in op maatregelen die aan de kant van de zorgaanbieders worden getroffen. Deze staan echter niet los van een aantal thema's ■

op het gebied van het verzekeringsstelsel en het financieel beleid, zoals de uitdunning van het verplicht verzekerde

pakket en realistischer doelstellingen en instrumenten op financieel gebied. Sterker nog: de slaagkans van de maatregelen

die in dit rapport aan de orde komen, is deels afhankelijk van de politieke wil om op die thema's duidelijkheid te bieden.

4. Honorerings- en bekostigingsstructuur huisartsen en medisch specialisten

Rapport-Biesheuvel

De commissie-Biesheuvel bepleit met betrekking tot de honoreringsstructuur van beroepsbeoefenaren een globale landelijk uniforme structuur met mogelijkheden om afhankelijk van de lokale situatie tot verfijningen te komen. Voor de huisarts wordt voor alle verzekerden uitgegaan van een naar leeftijdscategorieën van patiënten gedifferentieerd abonnementssysteem. Op lokaal niveau wordt ruimte geboden voor lokale specifieke afspraken, afhankelijk van breedte en doelmatigheid van de taakuitoefening.

In de visie van de commissie loopt de bekostiging van medisch-specialistische zorg via het geïntegreerde medisch-specialistische bedrijf. Daarbij gelden enkele landelijke spelregels met betrekking tot het basishonorarium van de medisch specialist. Deze honorering zal aan de geleverde inzet gerelateerd zijn in plaats van aan de hoeveelheid verrichtingen. De hoogte van het basishonorarium kan variëren, afhankelijk van onder meer de werkdruk. Daarnaast zijn lokale opslagen mogelijk, afhankelijk van de uitoefening van specifieke functies en de mate waarin doelmatig wordt gewerkt.

De commissie stelt voor, de goodwill-problematiek op te lossen via een omzetting van goodwill-rechten in pensioenaanspraken. Financiering is mogelijk via een ingroeiregeling voor jonge specialisten.

Kabinetstandpunt

Het kabinet acht het advies van de commissie over een gedifferentieerd abonnementssysteem voor huisartsen een goed uitgangspunt voor overleg met betrokkenen. Ook wil het kabinet overleg voeren over de vergoeding aan particulier verzekerden voor specialistische zorg uitsluitend nadat verwijzing door de huisarts heeft plaatsgevonden.

Wat de betaling van de medisch specialist betreft, acht het kabinet het essentieel dat de band tussen verrichtingen en omzet wordt verbroken en dat de honoreringsstructuur bijdraagt aan een geïntegreerde organisatie van de medisch-specialistische zorg in het ziekenhuis. Het kabinet onderschrijft het advies over een basisinkomen. Dat geldt eveneens voor de afschaffing van de goodwill.

Het kabinet ondersteunt de lokale initiatieven van zorgaanbieders en verzekeraars waarmee in plaats van declaraties op basis van verrichtingen op lokaal niveau tot lump-sum-afspraken tussen ver-

zekeraars, ziekenhuizen en specialisten wordt gekomen. Volgens het kabinet zijn deze initiatieven een stap op weg naar een integratie van bekostigingsstromen.

Conclusies Platform Curatieve Zorg

Partijen hebben over de honorering van huisartsen en medisch specialisten de volgende gemeenschappelijke conclusies getrokken.

4.1. Huisartsen

1. Zoals is aangegeven, hebben partijen een gemeenschappelijke visie op de positie en rol van de huisarts in het zorgstelsel. Er bestaat consensus over het zorgconcept, alsmede over de inhoud van de functie van de huisarts daarin. Die functie wordt gekenmerkt door een persoonlijke, integrale en continue zorg. Voor wat betreft de functie huisartsgeneeskunde mag er geen verschil zijn tussen de solistische, al dan niet in samenwerkingsverband werkzame huisartsen en de huisartsen in dienstverband.

2. De inschrijving op naam van de huisarts (zodat verzekeraars weten wie de huisarts is) wordt door alle partijen uit een oogpunt van kwaliteit van zorg als een bruikbaar instrument ter ondersteuning van de functie van de huisarts gezien.

3. Partijen verschillen van mening over de wijze van honoreren van de huisartsgeneeskunde, inschrijving op naam bij de verzekeraar, het al dan niet verplicht stellen van de verwijzingsfunctie, het al dan niet verplichten van een verzekering voor huisartshulp, en voor wat betreft de huisarts in dienstverband de contractuele relatie met de verzekeraar.

- De LHV wenst een uniform toegepast gemengd systeem van abonnement en betaling per consult. De NP/CF opteert voor een abonnementssysteem conform 'Biesheuvel', uniform opgelegd. Verzekeraars kiezen voor een gemengd abonnementssysteem op vrijwillige basis. Bij een keuze tussen aan de consumptie gerelateerde tarieven (consulten) met een eigen bijdrage en meebetalen aan de bereikbaarheid in de vorm van een abonnement, kiest KPZ voor het eerste; een beperkte eigen bijdrage is, in tegenstelling tot een eigen risico, volgens de KPZ-ervaring wel een prikkel tot gepast gebruik maar geen drempel voor noodzakelijke consumptie.

- De LHV wenst de verwijzingsfunctie van de huisarts verplicht te stellen. Verzekeraars

en NP/CF wijzen deze wettelijke verplichting af.

- De KNMG, de LHV, de LAD en de NP/CF wensen een wettelijke verplichting om de verzekering voor huisartshulp te waarborgen. Verzekeraars zijn hier tegen.

- KNMG, LHV, LAD, LSV en NP/CF menen dat voor wat betreft de huisarts in dienstverband een contractuele relatie dient te bestaan met de verzekeraar voor wat betreft de kwalitatieve aspecten van zijn handelen ten opzichte van de patiënt. Overige partijen delen deze mening niet.

- KNMG, LHV, LAD, VNZ en NP/CF hebben overeenstemming over de inschrijving op naam bij de verzekeraar, gebaseerd op de noodzaak van een overeenkomstenstelsel.

4. Voor de opleiding van huisartsen blijft vooralsnog een centrale financiering (AWBZ) nodig. KNMG, LHV en LAD wensen eveneens centrale financiering voor deskundigheidsbevordering van huisartsen, terwijl verzekeraars daarvoor meer opties wensen (onder andere via tarief).

4.2 Medisch specialisten

5. Partijen zijn het er met elkaar over eens dat moet worden gestreefd naar een geïntegreerde organisatie van de medisch-specialistische zorg in het ziekenhuis en dat hiertoe onder meer moet worden gekomen tot een honorerings- en bekostigingssysteem dat zowel voor ziekenhuizen als specialisten gelijkgericht werkt.

6. Op langere termijn (1997) kan daarbij aan de volgende vormen worden gedacht:

- een systeem van produkt-typeringen voor medisch-specialistische zorg met daarbij behorende prijzen voor ziekenhuis en specialist (kosten en honorarium) en een relatief beperkt aantal produkten;

- dienstverband van de medisch specialisten;

- de experimentenvorm die thans in een aantal ziekenhuizen wordt voorbereid.

Deze drie systemen treden in de plaats van het huidige verrichtingsstelsel van medisch specialisten en het huidige systeem van ziekenhuisbudgettering op basis van FB-parameters.

KNMG, LSV, LAD en LHV benadrukken dat het 'vrije beroep' tot de mogelijkheden moet blijven behoren en dat het in beginsel de vrije keuze van ziekenhuis en specialist is en dus niet kan worden afgedwongen in welke contractuele relaties ten opzichte van elkaar zij werken: het

dienstverband met CAO, een 'buiten-CAO-dienstverband' of als vrijgevestigd specialist (het 'vrije beroep').

7. Een model 'buiten-CAO-dienstverband' als in de werkgroeprapportage beschreven is evenals andere vormen van dienstverband toepasbaar op zowel de huidige vrijgevestigd specialisten die een overgang naar het dienstverband overwegen als de specialisten die op dit moment in dienstverband zijn.

8. Voor 1995 tot 1997 geven geen van de in punt 6 genoemde vormen een oplossing voor de huidige frictie tussen het ex ante vastgestelde ziekenhuisbudget en de kostenconsequenties van het medisch-specialistisch handelen voor het ziekenhuis. Daarom zijn NVZ en LSV overeengekomen dat op korte termijn (1995) op het niveau van individuele ziekenhuizen afzonderlijke bindende produktieafspraken tussen specialisten en ziekenhuismanagement moeten worden gemaakt, inclusief procedures voor de totstandkoming van deze afspraken en sancties op het niet naleven daarvan. De NP/CF is van mening dat de uitvoering van deze afspraak geen afbreuk mag doen aan gerechtvaardigde zorgvragen.

9. Partijen zijn het erover eens dat de goodwill kan worden afgeschaft. De KNMG, de LSV en de LAD menen echter dat dit alleen mogelijk is als het *inkomens-neutraal* gebeurt. Verzekeraars menen dat de goodwill-afschaffing *budgetneutraal* dient te geschieden.

10. Partijen zijn het er met elkaar over eens dat transmurale zorg pas tot ontwikkeling kan komen als de honoreringsstructuren zodanig zijn dat het participeren in transmurale zorg geen negatieve inkomensconsequenties heeft en de werkbelasting er niet door wordt verhoogd.

Visie op de middellange termijn

Visie NVZ en verzekeraars

11a. NVZ en verzekeraars onderschrijven de primaire verantwoordelijkheid van de medisch specialist voor de inhoud van het medisch-specialistisch handelen als beschreven in hoofdstuk 7, punt 8.

Los van het organisatorisch verband waarin dit geschiedt, is de vrijheid van handelen voor de specialist beperkt. Waar het gaat om de strategische koers van de organisatie als totaliteit en de relatie ten opzichte van derden kan slechts bij één partij de eindverantwoordelijkheid berusten.

NVZ en verzekeraars zijn van mening dat uiterlijk bij de totstandkoming van het door partijen te ontwikkelen systeem van produkt-typing en daarbij behorende prijzen de medisch-specialistische zorg onderdeel moet zijn van het in de ziekenhuisorganisatie geïntegreerde medisch-

specialistische bedrijf. Dit houdt in dat in die situatie er sprake is van:

- één prijs per produkt;
- één financieringsstroom tussen verzekeraars en instelling;
- één contractuele relatie verzekeraar-instelling;
- één aanspreekpunt voor de verzekeraar, namelijk het instellingsmanagement.

Visie KNMG, LSV en LAD

11b

- Uitgangspunt is het primaire hulpverleningsproces dat gebaseerd is op arts-patiëntrelatie.

- De zorgverlening binnen ziekenhuizen door medisch specialisten en die door de ziekenhuisorganisatie zijn vrijwel onlosmakelijk aan elkaar verbonden. Anders ligt dat uiteraard voor extramuraal werkende specialisten.

- De specialist heeft een specifieke, persoonlijke, niet-overdraagbare verantwoordelijkheid voor de behandeling van de patiënt, aan wie hij ook verantwoording verschuldigd is. De juridische vormgeving waaronder die werkzaamheden worden verricht, kan deze specifieke verantwoordelijkheid niet doorbreken.

- In het ziekenhuis vindt op basis van de in het medisch beleidsplan opgenomen activiteitenramingen aansturing van de ziekenhuisorganisatie plaats. Doordat het medisch proces en het bedrijfsorganisatorisch proces in elkaar grijpen, ontstaat een geïntegreerde organisatie van de medisch-specialistische zorg in het ziekenhuis met een gezamenlijke doch voor ieder specifieke verantwoordelijkheid.

- De zorgverzekeraar is ten opzichte van zijn verzekerde contractueel verplicht er zorg voor te dragen dat deze kwalitatief goede zorg krijgt tegen een redelijke prijs. Een zelfstandige contractuele relatie zorgverzekeraar-specialist biedt de zorgverzekeraar de mogelijkheid de specialist direct aan te spreken op kwaliteit en doelmatigheid.

- Bovenstaande partijen en de LHV menen bovendien dat zo'n directe contractuele relatie tussen specialist en zorgverzekeraar een naadloze overgang in het zorgcontinuüm bevordert.

- Een zelfstandige contractuele relatie tussen medisch specialist en zorgverzekeraar impliceert volgens de LSV tevens afzonderlijke financieringsstromen tussen de zorgverzekeraar en medisch specialist.

- Gezien vanuit de gedachte van produkt-typing betekent dat naar de mening van de LSV:

- ° Bipartiet overleg ziekenhuis-specialist over volume en kwaliteit van zorgprodukten.
- ° Vervolgens tripartiet overleg daarover

met zorgverzekeraars.

° Over de tarieven voor de produktbestanddelen van medisch specialist en ziekenhuis in de tripartiet overeengekomen zorgprodukten overleggen medisch specialisten en ziekenhuizen in beginsel afzonderlijk met verzekeraars.

Voorstel KNMG, LSV, LAD voor de korte termijn

12. In de werkgroep Bekostings- en honoreringsstructuur huisartsen en medisch specialisten hebben alle partijen uitgesproken het inhoudelijk eens te zijn over de doelstelling te komen tot een geïntegreerde organisatie van de medisch-specialistische zorg in het ziekenhuis. Evenzeer waren partijen het erover eens dat de ontwikkeling van een systeem van produkt-typing met daarbij behorende prijzen daarvoor een belangrijk instrument vormt. Ook de LSV heeft die benadering nadrukkelijk onderschreven.

Vanuit die positieve opstelling zien de KNMG, de LSV en de LAD - ondanks alle verschillen die er blijkens dit hoofdstuk op dit moment nog tussen partijen lijken te bestaan - de volgende weg van korte naar lange termijn als begaanbaar.

De NVZ en de LSV hebben reeds afgesproken hun constructieve besprekingen om tot een duidelijke procesbeschrijving en geaccordeerde verantwoordelijkheidsverdeling in het ziekenhuis te komen, voort te zetten. Gelijktijdig met de afronding van het rapport van de werkgroep hebben NVZ en LSV bestuurlijke overeenstemming bereikt over een beschrijving op hoofdlijnen; nadere uitwerking wordt ter hand genomen. De LSV meent dat de combinatie van zo'n heldere procesbeschrijving en geaccordeerde verantwoordelijkheidsverdeling van medisch-specialist en ziekenhuis enerzijds en één aanspreekpunt anderzijds mogelijk is en in de eindsituatie een reële optie vormt.

Tegen de achtergrond van het genoemde eerdere bestuurlijk overleg achten KNMG, LSV en LAD het echter wel van belang dat het draagvlak voor zo'n ontwikkeling thans wordt verkregen. Wezenlijk daarbij zijn:

- openheid ten aanzien van de contractuele relatie en uiteindelijke honoreringsstructuur voor de lange termijn;
- een praktische uitwerking van volumeafspraken;
- de bereidheid van de overheid in de overgangssituatie af te zien van tariefsverlagingen.

KNMG, LSV, LAD en LHV benadrukken dat het 'vrije beroep' tot de mogelijkheden moet blijven behoren en dat het in beginsel de vrije keuze van ziekenhuis en specialist is en dus niet kan worden afge-

dwongen in welke contractuele relatie ten opzichte van elkaar zij werken: het dienstverband met CAO, een 'buiten-CAO-dienstverband' of als vrijgevestigd specialist (het 'vrije beroep'). Een model 'buiten-CAO-dienstverband' als in de werkgroep-rapportage beschreven is toepasbaar op de huidige vrijgevestigd specialisten die een overgang naar het dienstverband overwegen zowel als op de specialisten die op dit moment in dienstverband zijn. Teneinde tot een praktische uitwerking van volume-afspraken op en voor de korte termijn te komen, dat wil zeggen in afwachting van realisatie van een systeem van produkt-typing en daarbij behorende prijzen, contracteren specialisten met verzekeraars per ziekenhuis een financiële vergoeding die in het eerste jaar wordt gelijkgesteld aan die van het voorafgaande jaar. Specialist en ziekenhuis maken, gegeven de hun ieder ter beschikking gestelde middelen, binnen het ziekenhuis afspraken over de te leveren hoeveelheid zorg en stellen de verzekeraar daarvan op de hoogte. Essentieel hierbij is, dat voor verzekeraars en overheid enerzijds en specialisten en ziekenhuizen anderzijds ex ante de omvang van de uitgaven respectievelijk inkomsten voor hen vaststaat, zodat van open-eindfinanciering geen sprake is.

De hoeveelheid te leveren zorg is een afgeleide. Hierbij geldt, dat voor een bepaalde hoeveelheid geld ook een bepaald (maximum)volume van zorg wordt geleverd ("op is op"). Is aanvullende zorg nodig, dan wordt of door zorgverzekeraars en overheid binnen hetzelfde jaar dan wel in het daaropvolgende jaar additionele financiering beschikbaar gesteld of de wachttijden/wachttijsten lopen op.

Juist omdat de omvang van de uitgaven ex ante vaststaat, menen de KNMG, de LSV en de LAD dat van verzekeraars en overheid de bereidheid mag worden verwacht op de geschetste positieve instelling en het daarvoor vereiste draagvlak in te spelen. Door de overheid op te leggen tariefdalingen passen inhoudelijk niet bij de ex-ante-budgetten voor specialisten per ziekenhuis; worden ze toch toegepast, dan vormt een vermindering van het volume aan zorg het spiegelbeeld. Boven-

dien zouden tariefdalingen het noodzakelijk draagvlak belemmeren. KNMG, LSV en LAD doen dan ook een dringend beroep op de overheid om af te zien van tariefdalingen voor medisch specialisten. Ieders inzet moet zich in de komende periode richten op het gezamenlijk ontwikkelen van vernieuwende elementen in de curatieve zorg.

Produkt-typing en daarbij behorende prijzen zijn daarin één belangrijk element. Een combinatie van een heldere procesbeschrijving en geaccordeerde verantwoordelijkheidsverdeling van medisch specialist en ziekenhuis enerzijds, en één extern aanspreekpunt anderzijds, vormt daarnaast voor de eindsituatie een reële optie.

Binnen het bovenstaande totaalpakket zijn LSV en LAD bereid tot een afschaffing van de goodwill te komen. De berekeningen die op verzoek van de werkgroep zijn gemaakt, waarover nu nog geen consensus is bereikt, bieden daartoe een betere onderbouwing dan ooit tevoren.

Procedure

13. Verzekeraars en NVZ hebben met veel waardering kennis genomen van dit voorstel van KNMG, LSV en LAD.

Partijen hebben afgesproken dit voorstel voor 1 oktober 1994 uit te werken. NVZ en verzekeraars stellen zich daarbij op het standpunt, dat als onverhoopt mocht blijken dat het voorstel onvoldoende realiteitsgehalte heeft om het per 1 januari 1995 in te voeren, zij zich tot de overheid zullen wenden met het verzoek om de voorstellen van de commissie-Biesheuvel voor wat betreft de financiering van specialistische zorg onverkort en zo spoedig mogelijk in te voeren.

Visie NP/CF

14. De NP/CF is enerzijds verheugd als NVZ, LSV en VNZ/KLOZ een modus vinden om transparantie en sturing van de geldstroom in de curatieve zorg te bevorderen en het is wenselijk dat hiermee de komende maanden vooruitgang wordt geboekt. De NP/CF constateert evenwel, dat de status quo van gevestigde belangen en budgetbeheersing als doelen op zichzelf de voortgang van de discussie onevenre-

dig zwaar belasten. De NP/CF constateert tevens dat een zinvolle, inhoudelijke uitwerking van de wijze waarop tegemoet dient te worden gekomen aan gerechtvaardigde zorgvragen en zorgbehoeften van patiënten in dit stadium nauwelijks deel uitmaakt van de discussie, terwijl daar toch alles om zou moeten draaien. Hoe en op grond van welke criteria wordt een budget ex ante vastgesteld en hoe worden de zorgbehoeften daarin gewogen? Hoe komt aanvullende financiering beschikbaar als het budget op is? Hoe wordt in dat kader omgegaan met prioriteitstelling? Tariefdalingen zouden het "noodzakelijke draagvlak belemmeren", maar tegen toenemende wachttijsten worden nergens garanties gegeven; hoe verhoudt volume zich tot budget? Hoe wordt de reikwijdte van zorgplicht, leveringsplicht en zorgaanspraken binnen dit kader juridisch en verzekeringstechnisch gedefinieerd en gehandhaafd? Er kan pas sprake zijn van een maatschappelijk en politiek aanvaardbaar bekostigingsmodel wanneer op deze vragen tegelijkertijd een bevredigend antwoord wordt gegeven. Zo niet, dan wordt de patiënt/consument op een onverantwoorde wijze de dupe. Dit geldt te meer in een overgangsfase, waarin een transparant systeem van *output-pricing* nog ver achter de horizon ligt. Zo'n overgangsfase zou wel eens erg lang kunnen gaan duren.

Samenvattend: de NP/CF vindt het zinvol dat de huidige verstarring wordt doorbroken, maar ziet de uitkomsten van het voorgestelde traject niet zonder ernstige bedenkingen tegemoet. Op voorhand kan worden gesteld, dat de uitkomsten volstrekt niet acceptabel zullen zijn wanneer een en ander ten koste gaat van de toegankelijkheid van de zorg en daarop aansluitende financiering. Er dient onder meer een goede (overgangs)regeling te komen voor het stellen van criteria bij budgettering en aanvullingen bij een te kort schietend budget. De NP/CF stelt haar eindoordeel dan ook afhankelijk van de garanties voor de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg nu en in de toekomst. WVC ten slotte tekent aan, een nadere uitwerking van het LSV-voorstel af te wachten alvorens tot een oordeel te komen.

5. Ziekenhuisbudgettering en deregulering Wet Ziekenhuisvoorzieningen

Rapport-Biesheuvel

Voor de bekostiging van het geïntegreerde medisch-specialistische bedrijf zal geleidelijk een systematiek van produkt-prijzen moeten worden ontwikkeld, adviseert de commissie-Biesheuvel. Prijsvorming en volume-afspraken komen geleidelijk tot stand via overeenkomsten tussen ziekenhuizen en verzekeraars. Ook

met betrekking tot de capaciteitsbepaling legt de commissie meer verantwoordelijkheid bij partijen zelf. Uiteindelijk dient er een situatie te ontstaan waarin de aard en de omvang van zorgvoorzieningen wordt bepaald in de regionale situatie. Voor de overheid blijft een taak bestaan voor de regeling van majeure bouwbeslissingen, kwaliteitseisen en bepaalde typen

hooggespecialiseerde en kostbare voorzieningen.

Kabinetstandpunt

Het kabinet acht wijziging van de ziekenhuisbudgettering van belang om de beleidsvrijheid van partijen op lokaal niveau te vergroten. Als eerste stap ziet het kabinet het onderbrengen van de semi-vas-

te component (gebaseerd op aantallen bedden en specialistenplaatsen) in de vaste component van het ziekenhuisbudget. Ook staat het een verdere deregulering van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen voor. De ziekenhuizen zouden zelf verantwoordelijk moeten worden voor instandhoudingsbouw. Voor de overige WZV-plichtige bouw wordt nader onderzocht of een uitvoeringsstructuur waarbij de overheid meer teruggaat, aangewezen is.

Conclusies Platform Curatieve Zorg

Partijen willen de huidige ziekenhuisbudgettering vervangen door een financieringssysteem dat gebaseerd is op herkenbare en hanteerbare zorgproducten met een daarbij passende prijsstelling ('output-pricing'). Gestreefd wordt naar een invoering in 1997; partijen hebben daartoe reeds een onderzoekstraject gestart. De conclusies van partijen luiden als volgt:

Ziekenhuisbudgettering

1. In samenhang met de deregulering van de WZV op het onderdeel capaciteitsplanning dient een oplossing te worden gevonden voor het aan de capaciteit gebonden deel van de budgetteringssystematiek van de ziekenhuizen (de semi-vaste component gebaseerd op aantallen bedden en specialisteneenheden).

Over de uitwerking bestaat geen overeenstemming. De LSV en de verzekeraars opteren voor een toedeling over de vaste en variabele budgetcomponent van het ziekenhuis, omdat dit een stap is in de richting van verdere flexibilisering, in casu van produkt-typing. Op pragmatische gronden (herallocatie, langdurige evaluatieprojecten) kiest de NVZ niet voor deze variant; zij is bereid in het kader van een systeem van output-pricing een bevestiging van de capaciteitscomponent te overwegen, onder de voorwaarde dat deze bevestiging voor een beperkte periode van toepassing is en dat de overheid de door partijen in het lokaal overleg overeengekomen volume-afspraken respecteert.

2. Een uitwerking zoals door LSV en verzekeraars wordt voorgestaan (ad 1) en een overgang naar een meer marktgericht systeem van output-pricing vereist aan-

passing van de verzekeraarsbudgettering (minder nacalculatie, dus een groter risico voor verzekeraars), acceptatie door de overheid van volume-afspraken en dekking van eventuele extra kosten via nominale premies van verzekeraars.

3. Verzekeraars en de NVZ menen dat in dat licht zo spoedig mogelijk naar één geïntegreerde declaratie van het ziekenhuis en de daarin werkzame specialisten toe moet worden gewerkt. De LSV onderschrijft dat er moet worden gestreefd naar zoveel mogelijk eenduidigheid in de declaraties. Integratie van informatiestromen in één declaratie wordt afgewezen, tenzij de specialist hiervoor zelf kiest.

Planning en bouw

5. Uitgewerkte voorstellen voor een forse deregulering van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen dienen uiterlijk 1995 beschikbaar te zijn, zodat partijen meer verantwoordelijkheid en risico dragen voor de infrastructuur van de gezondheidszorg. De eigen verantwoordelijkheid moet betrekking hebben op:

- de wijze waarop zorg wordt verleend en de verschijningsvorm ervan;
- de vertaling naar capaciteit (bedden, plaatsen, poli-eenheden);
- vaststelling benodigde personeelsinzet;
- de aard van de infrastructuur.

6. Partijen verschillen in visie over de verdere vormgeving van de planning op regionaal niveau. Voor VNZ/KLOZ kan de verantwoordelijkheid voor de planmatige benadering van de zorg in de regio (en die van de landelijke en bovenregionale voorzieningen) in een wat bredere context (à la de huidige planvorming ex WZV met bijbehorende bouw- en exploitatiekaders) veeleer vorm worden gegeven in een gezamenlijke 'overall' planning door de gezamenlijke regionale aanbieders en een vertegenwoordiging namens het collectief van zorgverzekeraars. Het overeenkomstenstelsel biedt verder voldoende mogelijkheden om de planning concreet vorm te geven. Voor de KNMG, de LSV en de LAD vervult de regiovisie de spilfunctie. Voor de NVZ is het maken van afspraken door partijen op regionaal niveau over afstemming van het zorg-

aanbod inherent aan het systeem van zelfregulering. De NP/CF hecht nadrukkelijk aan een pragmatische maar niet vrijblijvende betrokkenheid van patiënten- en consumentenorganisaties bij de regionale planning.

7. De planning van bedden en specialisten (planning zonder bouw) onder de Wet Ziekenhuisvoorzieningen en de Ziekenfondswet moet worden beëindigd.

8. De huidige planning ex WZV van instandhoudingsbouw moet - met uitzondering van omvangrijke renovaties - worden beëindigd en niet meer onder het systeem van bouwprioriteiten worden gehouden. Voor de langere termijn zou dit ook kunnen gelden voor omvangrijke renovaties en vervangende nieuwbouw. Voor de korte termijn vereist dit een werkbaar en handhaafbaar arrangement, dat strategisch gedrag (afwenteling op omvangrijke renovatie) voorkomt.

9. Bij de bouwprogrammering voor grote (ver)nieuwbouw en omvangrijke renovaties blijft de overheid in de komende jaren betrokken. Vereenvoudiging van de toestemmingsprocedure, een flexibeler systeem van bouwmaatstaven, en integratie van dit systeem met het Bouwbesluit en de Kwaliteitswet Zorginstellingen zijn aangewezen.

Omdat de rijksoverheid toestemming moet verlenen voor omvangrijke ziekenhuisbouw en invloed behoudt door middel van beheersing van de macrokaders, wenst de NVZ deze rol vast te leggen in een gedereguleerd wettelijk kader in de vorm van een concessiestelsel.

10. Partijen geven er de voorkeur aan, dat het College van Ziekenhuisvoorzieningen zich ontwikkelt als referentiedeskundige op het gebied van bouw boven het concentreren van de besluitvorming over bouw bij dit orgaan.

Topklinische zorg

11. Een aparte regulering van topklinische zorg is noodzakelijk, maar met verdere deregulering of liberalisering van artikel 18 WZV-systematiek. Partijen verwijzen naar recente adviezen ter zake van de Nationale Raad, het College voor ziekenhuisvoorzieningen en de Ziekenfondsradaad.

6. Opleidingen

Rapport-Biesheuvel

De commissie-Biesheuvel adviseert, de opleidingscapaciteit voor medische vervolgoopleidingen op landelijk niveau door betrokken partijen te laten bepalen. Het ziekenhuis zou arts-assistenten in dienst moeten nemen en voor zijn opleidings-taak een specifieke opslag binnen zijn budget moeten ontvangen, op termijn te

betalen uit een op te richten landelijk fonds.

Kabinetstandpunt

Het kabinet meent dat de primaire verantwoordelijkheid voor het opleidingsbeleid bij de beroepsgroepen ligt, maar dat een blijvende betrokkenheid van zorginstellingen, verzekeraars en over-

heid in de rede ligt. Deze betrokkenheid kan met de opzet van een opleidingsfonds verder gestalte krijgen.

Conclusies Platform Curatieve Zorg

Partijen hebben overeenstemming bereikt over het beleid voor medische vervolgoopleidingen. Daarbij worden de

volgende conclusies getrokken:

1. Uitgangspunt voor de medisch-specialistische vervolgoopleidingen is, dat de assistent-geneeskundigen in dienst zijn van de instelling.
2. De verantwoordelijkheid voor de inhoud van de opleidingen en het vaststellen van opleidingseisen ligt primair bij de beroepsgroepen. Dat primaat moet gehandhaafd blijven. Dit neemt niet weg dat betrokkenheid hierbij van ziekenhuizen, verzekeraars en patiënten/consumenten aangewezen is. De betrokkenheid van verzekeraars is beschreven in de veronderstelling dat zij zich ten algemene evolueren tot zorgverzekeraars. Besluiten van opleidingscolleges behoeven de goedkeuring van de minister van WVC.
3. Ook voor de (administratieve) uitvoering van opleiding en toetsingssystematiek (het erkennen van opleiders en opleidingsinstellingen en het toezicht op opleidingen door middel van visitatie) geldt dat de beroepsgroepen primair verantwoordelijk zijn, maar dat medebetrokkenheid van voornoemde veldpartijen aangewezen is.

4. Partijen zijn gemeenschappelijk verantwoordelijk voor de bepaling van de capaciteit van de medische vervolgoopleidingen. Dit kan geschieden door een apart 'capaciteitsorgaan' dat organisatorisch bij de KNMG wordt ondergebracht; uitgangspunt hierbij dient de zorgvraag te zijn. De in het platform participerende representatieve organisaties moeten gezamenlijk bezien op welke wijze vorm het voorgestane capaciteitsorgaan vorm kan krijgen. Uitgangspunt bij de vaststelling van de capaciteit dient de zorgbehoefte te zijn en niet de beschikbare financiële middelen. De overheid dient na advisering door het capaciteitsorgaan de opleidingscapaciteit van de medische vervolgoopleidingen maximaal te toetsten en de capaciteit vanuit haar monitor-functie vast te stellen.
5. De versnipperde financiering van de medische vervolgoopleidingen zou vooralsnog moeten worden gebundeld in een *opleidingsfonds*. Dit fonds zou vooralsnog vanuit de AWBZ moeten worden gevoed. Niet uitgesloten wordt dat op termijn financiering zal plaatsvinden via de tarieven/premies.

De in het platform participerende representatieve organisaties moeten nader bezien op welke wijze vorm kan worden gegeven aan het voorgestane opleidingsfonds.

6. Als voor een centraal opleidingsfonds wordt gekozen, dan heeft dit de volgende taken:

- technische uitvoeringsorganisatie;
- jaarlijkse rapportage over de benodigde hoeveelheid middelen;
- financiering van opleidingen en opleidingstaken van de colleges en de registratiecommissies;
- technische advisering aan colleges en capaciteitsorgaan.

Het uiteindelijke doel van het opleidingsfonds is het stroomlijnen van de financiering van medische vervolgoopleidingen. Deze stroomlijning kan een bundeling van geldstromen inhouden, alsmede een centrale verrekenfunctie voor opleidingskosten (inclusief kosten agio's). Wat en hoe er precies moet worden verrekend, moet nader op technische haalbaarheid worden onderzocht en is mede afhankelijk van het honoreringssysteem voor medisch specialisten.

7. Organisatie, kwaliteit en informatievoorziening

Rapport-Biesheuvel Organisatie

Volgens de commissie-Biesheuvel moet de toedeling van zorg beter plaatsvinden. Van echelons binnen de gezondheidszorg met eigen regels en domeinen moet worden overgegaan naar een *continuüm van zorg*. Nauwere samenwerking en afstemming tussen de verschillende voorzieningen is nodig. De commissie onderscheidt op het zorgcontinuüm enerzijds generalistische zorg, anderzijds specialistische zorg, en op het tussengebied transmurale zorg.

De generalistische zorg van de huisarts vervult een cruciale rol in het continuüm van zorg. Deze rol moet worden versterkt door verbreding van het takenpakket en een nauwere samenwerking tussen huisartsen en specialisten. Voor de kwaliteit van de huisartsenzorg is het gewenst dat huisartsen zoveel mogelijk in *groepspraktijken* samenwerken.

Wat de specialistische zorg betreft moet volgens de commissie de reeds toenevende verwevenheid tussen medisch specialisten en ziekenhuizen ook in de ziekenhuisorganisatie haar weerslag krijgen: het *ziekenhuis nieuwe stijl* ofwel het geïntegreerde medisch-specialistische bedrijf. Deze organisatie wordt gekenmerkt door decentralisatie van verantwoordelijkheden en bevoegdheden, professionele autonomie en een toetsbare opstelling van de medisch specialist en een eenduidige leiding. De commissie pleit voor een hel-

dere juridische relatie tussen specialist en ziekenhuis.

Juist in het tussengebied van generalistische en specialistische zorg ontstaat een toenemende behoefte aan 'zorg op maat'. De commissie meent dat er geen panklaar recept is voor de vormgeving van deze zorgverlening. Van essentieel belang is, dat aan het domeindenken van eerste en tweede lijn een einde komt en dat er binnen de regelgeving ruimte is om nieuwe zorgvormen te realiseren.

Kwaliteit, inzicht en toetsing

Voor de kwaliteit van zorg is het van belang dat artsen hun handelen kunnen baseren op inzichten in effectiviteit, kwaliteit en doelmatigheid van het medisch handelen. De commissie bepleit de verdere ontwikkeling van standaarden, in het bijzonder ten behoeve van transmurale zorg. Verlengstuk hiervan is een toetsbare opstelling van beroepsbeoefenaren, waarbij verantwoording van het handelen vanzelfsprekend wordt. Een kritische en onafhankelijke informatievoorziening is daarbij een noodzakelijke voorwaarde. Een adequate informatievoorziening is voor alle partijen van groot belang.

Kabinetsstandpunt

Het kabinet betoont zich voorstander van de inrichting van de zorg als door de commissie geschetst en wil over de inzet van het precieze instrumentarium overleg voeren met het veld. In de hoofdstukken 4, 5

en 6 is ingegaan op het kabinetsstandpunt over de bekostigingsstructuur, planning en bouw, en opleidingen.

Wat de organisatie van het zorgcontinuüm betreft - met name de samenhang tussen intra- en extramurale zorg - denkt het kabinet aan 'incentives' in de bekostigingsstructuur, subsidies voor experimenten met nieuwe zorgvormen en doelmatigheidsonderzoek van bestaande medische ingrepen.

Het kwaliteitsbeleid is volgens het kabinet in eerste instantie een verantwoordelijkheid van zorgaanbieders zelf, die daartoe worden ondersteund door de landelijke koepelorganisaties. Het kabinet wil de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid wel verder stimuleren, bijvoorbeeld door gerichte subsidies voor onderzoek en ontwikkeling. Over de informatievoorziening moeten tussen partijen onderling en met de overheid goede afspraken worden gemaakt. Ook op dit gebied wil het kabinet in overleg met het veld een stimulerend beleid voeren.

Conclusies Platform Curatieve Zorg

Over de volgende punten bestaat tussen partijen overeenstemming.

Organisatie

1. De plaats die de huisarts in het zorgproces heeft, vereist de inschrijving op naam bij de huisarts. Ontwikkelen van zorg op maat en het implementeren van

transmurale zorg vereisen adequate registratie en uitwisseling van patiënteninformatie. Dat is ook noodzakelijk voor een gerichte verwijzing van patiënten naar een individuele specialist. Inschrijving op naam bij de verzekeraar onderschrijft het belang van een contractuele relatie tussen aanbieder en zorgverzekeraar en biedt de mogelijkheid tot gericht beleid, ook op het terrein van bekostiging. Zie voor een verdere uitwerking hoofdstuk 4.

2. De complexiteit en diversiteit van de ziekenhuisorganisatie vraagt om flexibele organisatievormen, rekening houdend met de grootte, de aard van de functies en de cultuur van de organisatie. Doel is, op strategisch, tactisch zowel als operationeel niveau te komen tot andere vormen van samenwerking tussen medisch specialisten en ziekenhuis. Van de medisch specialisten mag een actieve deelname aan het ziekenhuismanagement op centraal en decentraal niveau worden verwacht, hetgeen in de praktijk ook in toenemende mate wordt gerealiseerd. Veranderingsprocessen naar managementparticipatie van medisch specialisten en decentraal organiseren zijn grote organisatieveranderingen, die verder gestimuleerd en gefaciliteerd dienen te worden (onder meer door middel van opleiding, begeleiding en financiële prikkels). Voor de ontwikkeling en implementatie van projecten op dit terrein dient financiële ruimte te worden gecreëerd.

3. Voor adequate medische hulpverlening en voor het vorm geven aan transmurale zorg is intensieve samenwerking binnen de medische as huisarts-specialist noodzakelijk. Bestaande faciliteiten dienen te worden uitgebreid om deze as verder vorm te geven en bestaande vormen van samenwerking uit te bouwen. Vanwege de organisatorische setting dient hierbij bijzondere aandacht te worden besteed aan de huisarts en de specialist die in dienstverband werkzaam is. Voor de ontwikkeling, evaluatie en implementatie van vormen van transmurale zorg is een gericht programma noodzakelijk. De aanbieders hebben het primaat bij de vormgeving. Voor een dergelijk programma is een financieel kader nodig.

4. Initiatieven op het gebied van transmurale zorg zoals onder meer ontwikkeld binnen de Stichting Ziekenhuis Verplaatste Zorg dienen te worden gestimuleerd. Deze initiatieven verdienen die ondersteuning enerzijds vanuit kwaliteitsoptiek; voor patiënten(categorieën) dienen zorgketens te worden ontwikkeld die zijn gebaseerd op de 'zorg op maat'-gedachte. Anderzijds noodzaakt de te verwachten toename van de zorgvraag (vergrijzing en

mede daardoor toename chronische ziekten) tot een zo doelmatig mogelijk gebruik van voorzieningen.

Realisering van transmurale zorg hangt in belangrijke mate af van de 'vrijheidsgraden' die partijen op lokaal niveau hebben om tot afspraken te komen.

5. Het is de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders, verzekeraars en patiënten/consumenten, op regionaal niveau afspraken te maken over inhoud, kwaliteit en vormgeving van de zorg. Een regio-indeling dient daarbij flexibel te zijn en staat ten dienste van het optimaal functioneren van de zorg. Afspraken die binnen een dergelijk platform worden gemaakt, kunnen zich uitstrekken tot inhoud en kwaliteit van de zorg, teneinde het zorgcontinuüm te bevorderen.

6. Partijen verschillen van mening over de mate waarin de landelijke overheid een katalyserende rol dient te vervullen om tot een regionaal geordende structuur te komen. Uitgangspunt is hetgeen partijen (aanbieders, verzekeraars, patiënten/consumenten) met elkaar afspreken over inhoud en organisatie van een samenhangend (regionaal) zorgaanbod. Om dat proces nietodeloos lang en gecompliceerd te maken moet de overheid randvoorwaarden scheppen.

Kwaliteit

7. Er is voor individuele beroepsbeoefenaren een noodzaak om een organisatiestructuur op regionaal niveau te hebben voor inhoud, kwaliteit en procesgang binnen de transmurale zorg. Voor de bekostiging van deze regionale structuur dient een oplossing te worden gevonden.

8. De *professionele autonomie* is de individuele verantwoordelijkheid en het recht van de professional om in de interactie met de patiënt zelfstandig beslissingen te nemen over het doel van de hulpverlening (zoals met de patiënt overeengekomen), de in te zetten middelen en het verloop van het hulpverleningsproces, een en ander binnen de bestaande volume-afspraken en organisatorische setting. De arts, vrijgevestigd of in dienstverband, heeft ten opzichte van de patiënt de plicht om die handelingen te verrichten die in het belang zijn van de patiënt. Deze verantwoordelijkheid brengt met zich mee dat de arts zich toetsbaar opstelt. Deze verantwoordelijkheid komt niet in het geding wanneer op basis van adequate schattingen volume-afspraken worden gemaakt. Spoedeisende hulp wordt altijd verleend. Verankering van de professionele verantwoordelijkheid in wetgeving of andere regelgeving heeft de voorkeur.

9. De zorgplicht van de verzekeraar als uitvoerder van de Ziekenfondswet en de AWBZ impliceert dat die verzekeraar vol-

doende zorg van adequate kwaliteit contracteert. Op hem rust de plicht er zorg voor te dragen dat de zorgafspraken van zijn verzekerden tot gelding kunnen worden gebracht. Hij dient daarop ook toe te zien. Volume- en budgetafspraken kunnen de verzekerde door de verzekeraar niet worden tegengeworpen. In Uitkomsten van Overleg (UVO's) dienen procedures te worden opgenomen ingeval een volume- of productieafpraak ontoereikend blijkt om aan verzekerden de zorg te verlenen die zij nodig hebben en waarop zij recht hebben. Hiertoe moeten de benodigde budgetten kunnen worden uitgebreid.

10. Bij het afsluiten van Uitkomsten van Overleg dienen zorgaanbieders en zorgverzekeraars rekening te houden met de wensen van patiënten- en consumentenorganisaties ten aanzien van de kwaliteit.

11. Kwaliteit van zorg is gediend met een landelijk overleg waarin *kwaliteitssystemen* op elkaar kunnen worden afgestemd. Op elkaar aansluitende kwaliteitssystemen zijn van groot belang, evenals transparantie van de feitelijk gehanteerde systemen. Certificatie van kwaliteitssystemen verdient hier de aandacht. De eerder in Leidschendam gemaakte afspraken vormen nog steeds het kader waarbinnen partijen de ontwikkeling van kwaliteitscriteria en -systemen willen laten plaatsvinden. Deze afspraken houden in dat ziekenhuizen een kwaliteitssysteem moeten hebben, dat er standaarden en protocollen moeten worden gebruikt en dat er visitatie en herregistratie zullen plaatsvinden. De nadere uitwerking en vormgeving daarvan, zowel bij instellingen als bij individuele beroepsbeoefenaren, is integraal onderdeel van de zorg en dient als zodanig te worden gefinancierd.

12. Het verder ontwikkelen en implementeren van zorginhoudelijke *standaarden/protocollen* (zoals door het Nederlands Huisartsen Genootschap en het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Onderlinge Toetsing reeds wordt gedaan) dient krachtig te worden ondersteund en verdient financiële ondersteuning door verzekeraars. Afstemmen en waar nodig gezamenlijk het ontwikkelen van standaarden - met inachtneming van de betrokkenheid van de patiëntenverenigingen - verdient krachtige ondersteuning, mede in het licht van transmurale zorg. Tevens dient toepassing ervan binnen de zorgverlening te worden gestimuleerd; hier ligt een taak voor de beroepsgroep en haar organisaties. De toepassing van protocollen en standaarden in de individuele situatie betekent niet dat daarvan in geen enkel geval mag worden afgeweken: de professionele verantwoordelijkheid van de arts impliceert dat afwijkingen van protocollen/ 

standaarden, mits gemotiveerd, mogelijk zijn.

Speciaal op de 'schakelpunten' tussen huisartsen- en specialistische zorg is de ontwikkeling van gemeenschappelijke richtlijnen noodzakelijk.

13. Om de implementatie van het kwaliteitsbeleid te faciliteren dienen randvoorwaarden te worden gecreëerd. Voorwaarden in dit kader zijn de beschikbaarheid van personen die verantwoordelijk zijn voor deze facilitering - met de taak een intensieve werkrelatie met de doelgroep op te bouwen - en de beschikbaarheid van voorzieningen als automatisering, documentatie en leermiddelen.

Informatievoorziening.

14. De gegevensuitwisseling binnen de zorgsector is gebaat bij een goede *standaardisatie*. De gelden daarvoor dienen als integraal onderdeel van de zorg gefinancierd te worden. Dat geldt voor het beleid op het gebied van de standaardisatie, de certificatie van standaarden en het ontwikkelen van standaarden. Het ontwikkelen van standaarden dient voor-

al ter hand genomen te worden door de (koepels) van aanbieders en verzekeraars.

15. De informatievoorziening aan de (rijks)overheid dient te geschieden op basis van een wettelijke informatieplicht. Informatie dient steeds aan de bron te worden verzameld, doch mag slechts worden doorgegeven wanneer beroepsgeheim, bedrijfsgeheim en privacy zich daartegen niet verzetten, en dan steeds op een zodanig hoog aggregatieniveau als voortvloeit uit de doelen die de informatieontvanger dient te realiseren. Het ontwikkelen van nieuwe informatiedragers en elektronische middelen om informatie vast te leggen en over te dragen dient te worden gestimuleerd met inachtneming van bovengenoemde voorwaarden.

16. Ten behoeve van de vaststelling van de specifieke regionale zorgbehoeften is het zeer gewenst dat op regionaal niveau adequate informatie aanwezig is en zo nodig aanvullend onderzoek kan worden verricht. Daartoe zijn financiële middelen vereist.

17. Partijen zijn van mening dat de infor-

matie die hen op dit moment via de declaratie van zowel de specialist als het ziekenhuis bereikt, in de zeer nabije toekomst moet worden gestroomlijnd. In de ontwikkeling van integrale produkten voor medisch-specialistische zorg levert parallelle aanbieder van specialist- en ziekenhuisinformatie een bijdrage.

18. Partijen hebben op de volgende punten geen overeenstemming bereikt:

- de mate waarin afspraken tussen zorgaanbieders worden geformaliseerd;
- de rol van regionale ondersteunende organisaties bij contractering;
- de mate waarin regio-indelingen van aanbieder categorieën op elkaar moeten worden afgestemd c.q. door de overheid zouden moeten worden opgelegd;
- de mate waarin de regionale/provinciale overheid bij de implementatie van de regiovisie een rol zou moeten spelen;
- het recht van consultatie van patiënten/consumentenorganisaties bij het afsluiten van Uitkomsten van Overleg door zorgaanbieders en zorgverzekeraars met betrekking tot de in deze overeenkomsten voorkomende kwaliteitsparagrafen.

8. Politieke besluitvorming en vervolgactiviteiten

Het platform is nu klaar. Partijen gaan verder, maar ook de regering en het parlement zijn aan zet:

- In de eerste plaats vraagt het platform aan regering en parlement, ruimte te bieden aan en - waar de regering aan zet is - vaart te maken met de uitvoering van afspraken die partijen in het platform hebben gemaakt.

- In de tweede plaats is het noodzakelijk, dat op politiek niveau uitspraken worden gedaan over een systeem van produkttypering voor medisch-specialistische zorg met daarbij behorende prijzen voor ziekenhuis en specialist (kosten en honorarium) en een relatief beperkt aantal produkten. Dit systeem treedt in de plaats van het huidige verrichtingssysteem van medisch specialisten en het huidige systeem van ziekenhuisbudgettering op basis van FB-parameters. In het verlengde daarvan ligt de bekostigingsrelatie tussen verzekeraars enerzijds en specialisten en ziekenhuizen anderzijds. Om de ontwikkeling van zo'n systeem mogelijk te maken is het noodzakelijk dat de overheid faciliterend optreedt.

Voor de huisartsgeneeskunde is het van belang dat de positie verder wordt versterkt. Qua instrumentering zijn hiervoor een aantal mogelijkheden geschetst. De politiek zal met name uitspraken moeten doen over het al dan niet verplichtende karakter van deze instrumenten, zoals

een abonnement ten algemene, de inschrijving op naam bij de verzekeraars en de verwijzingsfunctie.

- In de derde plaats herinnert het platform aan de opmerkingen uit hoofdstuk 3 over het verzekeringsstelsel en het financieel beleid voor de zorgsector. Deze zaken zijn eveneens van belang voor de ontwikkeling van het curatieve-zorgbeleid.

Alle partijen in de zorgsector zijn van mening dat in elk geval politieke keuzes nodig zijn met betrekking tot:

- volume- en kostenbeheersing in relatie tot zorgaanpakken van verzekerden;
- de breedte van het pakket verzekerde zorg;

- aanpassing van het instrumentarium bij verzekeraars om tot kostenbeheersing te komen.

Het Platform Curatieve Zorg heeft met het uitbrengen van dit rapport zijn werkzaamheden voltooid. Partijen hebben met elkaar afgesproken vóór 1 januari 1995 concrete stappen te zetten ter uitvoering van bovenstaande afspraken. Afhankelijk van het onderwerp kan dit de vorm hebben van ontwerp-regelgeving, een adviesaanvraag indien de wet daartoe verplicht, of een gemeenschappelijk plan van aanpak. •

NIET ROKEN

ONDERZOEK HEEFT AANGETOOND dat roken schadelijk is voor de gezondheid, alsmede dat de voorbeeldfunctie van de arts in verband met niet roken grote invloed heeft op het (niet)rookgedrag van patiënten. Derhalve is het roken door artsen en door onder hun verantwoordelijkheid werkend personeel in het bijzijn van patiënten geen gezondheidsbevorderend gedrag. De Algemene Vergadering van de KNMG heeft dan ook besloten de volgende gedragsregel in de



'Gedragsregels voor artsen' op te nemen onder het hoofd 'Gedragsregels in relatie tot patiënten', punt 41A:

Artsen wordt het zwaarwegend advies gegeven in het bijzijn van patiënten niet te roken. Van onder de verantwoordelijkheid van artsen werkend personeel en van patiënten kunnen artsen in beginsel hetzelfde vragen, opdat er geen overlast ontstaat door roken in behandel- en spreekkamers.

Medisch specialist in de toekomst

Vrij ondernemer of in loondienst

M.A. Dutrée

Kan de kostengroei worden beheerst door de voorstellen van de commissie-Biesheuvel? Een overzicht van de voor- en nadelen voor de specialist van vrij ondernemerschap en loondienst.

DE DISCUSSIE over het al dan niet in dienstverband werken van medisch specialisten is met het uitkomen van het rapport van de commissie-Biesheuvel in intensiteit toegenomen. In dit rapport worden vele aspecten belicht, maar nauwelijks verder uitgewerkt. Het hoofdstuk over de honoreringsstructuur voor medisch specialisten is echter wel in enig detail uitgewerkt. In deze bijdrage ga ik in op de verschillen en de overeenkomsten tussen dienstverband en vrije vestiging. Verder wordt de Biesheuvel-dienstverbandvariant aan een nauwkeurig onderzoek onderworpen. Al lijkt het rapport op zich redelijk volledig, de commissie is toch aan een aantal belangrijke aspecten voorbijgegaan. Hieraan zal eveneens aandacht worden besteed.

Voorgeschiedenis

Reeds vele jaren staat de gezondheidszorg in het teken van kostenbeheersing. In 1984 werd de budgettering voor de ziekenhuizen ingevoerd. De overheid was van mening, dat budgettering van medisch specialisten een logische vervolgstap zou kunnen zijn om de kosten van de gezondheidszorg te beheersen. De medisch specialist heeft immers invloed op de consumptie van gezondheidszorg. In de daaropvolgende jaren heeft zowel WVC als Sociale Zaken studies uitgevoerd om de mogelijkheden van een dienstverband voor alle medisch specialisten te onderzoeken. Veel rapporten zijn voor advies aan het veld voorgelegd, maar dankzij enerzijds politieke verdeeldheid en anderzijds een sterke eenheid op dat punt tussen medisch specialisten (het medisch-specialistisch machtsblok) is uitvoering van deze initiatieven steeds ver-

hinderd. Dit heeft geleid tot enige frustratie bij de overheid.

De overheid heeft de druk op de specialisten enige jaren geleden opgevoerd door het 'kwader-trouwscenario' te introduceren. Dit scenario gaat ervan uit dat bij de grote meerderheid van medisch specialisten niet de zorg voorop staat, maar het eigen gewin. De medisch specialisten worden dan ook in dit scenario - geheel ten onrechte overigens - als hoofdschuldigen afgeschilderd in het proces van de steeds verder stijgende kosten van de gezondheidszorg. Dit heeft ertoe geleid dat het specialistisch machtsblok op dit punt verdeeld is geraakt en uiteindelijk is gaan scheuren. De slagkracht van de medisch specialisten is verder afgenomen, doordat partijen elkaar eerder gingen bestrijden dan de rijen te sluiten. Deze ontwikkelingen betekenden koren op de molen van de overheid. Ze verhogen de kans van slagen van Biesheuvel aanzienlijk.

Om de huidige situatie en de situatie na Biesheuvel beter te kunnen begrijpen, introduceer ik twee tegengesteld werkende dynamieken: de zorgdynamiek en de financiële dynamiek.

De zorgdynamiek

De verzekerde/patiënt streeft naar onbeperkte zorg. De specialist verleent de patiënt indien nodig professioneel optimale zorg. Het ziekenhuis faciliteert de specialist volledig en verleent optimale ondersteunende zorg. De verzekeraar betaalt de rekeningen en stelt de premie voor de verzekerde vast. De patiënt betaalt de premie, want hij wil onbeperkte zorg en zo is de cirkel rond. Consequentie van de zorgdynamiek is dat deze tot een onbeheerste kostenontwikkeling leidt.

De financiële dynamiek

De verzekerde/patiënt wil een zo laag mogelijke premie. De verzekeraar wil graag de verzekerde als klant houden en ziet zich genooddaakt het ziekenhuis productiebepkeringen op te leggen. Het ziekenhuis vertaalt deze door naar de specialist, waardoor zijn of haar medische manoeuvreerruimte op financiële gronden

wordt beperkt. De verzekerde is tevreden, want de premie daalt. Consequentie van de financiële dynamiek is dat deze leidt tot afbraak van de zorg.

Deze beide dynamieken zijn vertegenwoordigd in de huidige dynamiek, die het best als volgt is te omschrijven: de verzekeraars hebben een zorgdynamische relatie met de verzekerde en een financieel-dynamische relatie met het ziekenhuis. Tussen deze relaties bestaat geen evenwicht en er ontstaat *noodzakelijkerwijs* een conflictbron. In de huidige dynamiek ligt die tussen het ziekenhuis en de specialist.

Wanneer Biesheuvel integraal wordt ingevoerd, zal het conflict tussen specialist en ziekenhuis in het voordeel van het ziekenhuis worden beslecht. De conflict-haard verschuift van de relatie ziekenhuis-specialist naar de relatie specialist-patiënt/verzekerde. De specialist mag niet meer alleen professionele standaarden hanteren, maar dient in individuele behandelingen expliciet afwegingen te gaan maken tussen zorg en geld. De patiënt is echter nog steeds totaal verzekerd en eist een onbeperkte zorg.

Biesheuvel is van mening dat deze dynamiek het best tot haar recht komt wanneer de medisch specialisten in dienstverband of in de Biesheuvel-dienstverbandvariant gaan werken. Het vrije ondernemerschap acht de commissie minder gewenst, omdat dit geheel overeenkomstig het 'kwader-trouwscenario' leidt tot verdere kostengroei.

Dienstverband en vrij ondernemerschap

In het *overzicht* heb ik de belangrijkste voor- en nadelen van loondienst en vrij ondernemerschap opgesomd. De Biesheuvel-dienstverbandvariant is een negatieve combinatie van deze twee uitersten. Wanneer men het basisinkomen van Biesheuvel doorrekent, blijkt het laagste honoreringsarrangement (f 170.000,- bruto/bruto) ongeveer gelijk te staan met FWG 75, maar dan *zonder* zekerheden (CAO-regelingen, etc.). Daarenboven zijn in de Biesheuvel-dienstverbandvariant risico's, zoals arbeidsongeschiktheid ■

en faillissement van het ziekenhuis - tegenwoordig een reëel gevaar - niet gedekt. Medisch specialisten krijgen een voor hen uiterst kostbaar dienstverband zonder de gebruikelijke zekerheden.

De vraag is: kan de kostengroei worden beheerst door de voorstellen van de commissie? Mijn analyse is dat de wereld na Biesheuvel zeker duurder zal worden. Als voorbeeld kan dienen de overname door het ziekenhuis van het personeel dat nu in dienst is van specialisten.

Waar Biesheuvel aan is voorbijgegaan

Aan een aantal zaken is Biesheuvel mijns inziens voorbijgegaan:

- *uitvoerbaarheid*. Het gehele rapport gaat uit van enthousiaste medici en directies die gemotiveerd zijn voor deze veranderingen. Helaas heeft het 'kwader-trouwscenario' ertoe geleid dat in elk geval medisch specialisten deze ontwikkelingen zeer argwanend bekijken. De medewerking zal derhalve buitengewoon kritisch zijn;

- *wachttijstproblematiek*. De wachttijsten zullen alleen maar toenemen, omdat de produktiviteit zal dalen bij de overgang van een vrije praktijk naar een vorm van dienstverband. Buitenlandse studies wijzen in die richting. Men gaat niet zozeer minder hard werken, maar gebruik maken van allerlei regelingen waar men in een dienstverbandssituatie recht op heeft (ouderschap, ADV, etc.);

- *sociale zekerheid*. De ontwikkelingen in de sociale zekerheid staan haaks op die van Biesheuvel. De overheid spreekt de werkgevers zelf aan door hun de kosten van de eerste zes weken van het ziekte-

verzuim te laten dragen. De werkgever op zijn beurt wil dan wel dat zijn werknemer in geval van ziekte snel kan worden geholpen. Dit heeft AKZO reeds doen besluiten ruimte in een ziekenhuis te huren om haar werknemers met voorrang te laten behandelen. Het zou weleens een eerste

vel meer artsen nodig zijn, maar er niet meer worden opgeleid.

- Een toenemend aantal patiënten dat een claim door de rechter ziet gehonoreerd. De kosten van de beroepsaansprakelijkheidsverzekering zijn hierdoor onlangs gestegen, want de dekking is op-

Wanneer Biesheuvel integraal wordt ingevoerd, zal het conflict tussen specialist en ziekenhuis in het voordeel van het ziekenhuis worden beslecht

stap kunnen zijn op weg naar een gespleten gezondheidszorg: één voor werkenden en één voor niet-werkenden;

- *onbeperkt recht op zorg blijft*. Biesheuvel geeft aan dat de medisch specialist zich aan standaarden dient te houden en op die basis de patiënt dient te overtuigen. Wanneer hij de patiënt niet weet te overtuigen, kan deze naar de rechter gaan. De kans is groot dat de rechter de patiënt in het gelijk stelt. Immers, de patiënt behoudt het onbeperkte recht op zorg, waarvoor hij of zij premie betaalt;

- *politici die keuzen in de zorg durven te maken*. Wanneer wij terugkijken, blijkt de besluitvaardigheid bij politici op dit gebied niet erg groot te zijn. Als voorbeelden kunnen dienen: het basispakket, de eigenrisicoproblematiek en de budgettering van verzekeraars.

Ik sluit deze opsomming af met een aantal ontwikkelingen die Biesheuvel nauwelijks heeft meegewogen:

- Een geprognoseerde patiëntengroei van 3,4 miljoen nu tot 4,4 miljoen in 2010 (bron: RIVM-rapport 1994).

- Een nu reeds merkbaar artsentekort, terwijl bij integrale uitvoering van Biesheu-

getrokken naar 2,5 miljoen gulden. Om claims en daardoor vaak langdurige procedures te vermijden, wordt defensieve geneeskunde in de hand gewerkt.

- De media etaleren nieuwe medische technologie breeduit, maar vertellen er meestal niet bij wat dergelijke technologie kost. De patiënt verwacht c.q. 'eist' deze nieuwigheden wel in de spreekkamer!

Tot slot

Wanneer de LSV en NSF ruim baan geven aan de uitvoering van regionale honoreringsexperimenten, worden de veranderingen van onderaf opgebouwd en zal het draagvlak hiervoor groot zijn. Wanneer de medisch specialisten daarenboven hun zelfreinigend vermogen c.q. hun toetsbaarheid door intensivering van onderlinge visitatie en protocolontwikkeling verder verbeteren, nemen zij daarmee zelf de wind uit de zeilen van Biesheuvel. Een belangrijke, tot voor kort nauwelijks gebruikte weg is die van nauwe samenwerking met de patiëntenvereniging. Het verdient aanbeveling hierin veel te investeren, waarbij moet worden bedacht dat de patiënt tevens verzekerde is. Op die manier kan de invloed op de verzekeraars worden vergroot. Immers, welke verzekeraar kan een gezamenlijk verzoek van specialist en patiënt weigeren? •

Overzicht. Voor- en nadelen loondienst en vrij ondernemerschap.

loondienst	vrij ondernemer
VOORDELEN <ul style="list-style-type: none"> - zekerheid van bezoldiging - vaste contractuele werktijd (38 uur), maar facto wordt toch meer gewerkt (50 uur) - allerlei aantrekkelijke CAO-regelingen - geen eigen personeel - geen goodwill-verplichtingen - concentratie op kernactiviteiten 	VOORDELEN <ul style="list-style-type: none"> - eigen baas - geen vaste werktijd - laag ziekteverzuim - zelf (deel)ondersteuning in dienst - zelfreinigend vermogen (slecht functioneren betekent op den duur faillissement) - klantgericht werken en kwaliteit worden beloond
NADELEN <ul style="list-style-type: none"> - nauwelijks professionele profileringsprikkel, omdat men toch niet meer kan verdienen - gevaar voor continuïteit patiëntenzorg - star beloningssysteem met weinig prikkels - spanning gerechtigd CAO-gedrag - <=> arbeidsethos van de arts die er altijd is - bureaucrativering 	NADELEN <ul style="list-style-type: none"> - geen beroep op CAO-regelingen mogelijk - conjunctuurgevoelig - goodwill en duur (verplicht) pensioen - runnen van een eigen zaak, hetgeen tijd kost naast de patiëntenzorg - zelf onderhandelen met zorgverzekeraar met alle gevolgen van dien

Dit artikel is gebaseerd op een voordracht die de auteur heeft gehouden tijdens een studieavond, getiteld 'Worden we met Biesheuvel beter?', van het Specialisten Bureau Groningen op 15 februari 1994.

dr M.A. Dutrée, arts,
senior-adviseur gezondheidszorg

Mogelijk arbeidsvoorwaardenpakket voor specialisten in dienstverband

'Biesheuvel' vertaald

P.A. Stoffer en R. Peters

Medisch specialisten zijn de afgelopen jaren voortdurend geconfronteerd met onzekerheid met betrekking tot hun inkomen. Bij een dienstverband is er sprake van een relatief vast bruto-inkomen. En brutosalarissen worden in het algemeen niet verlaagd. Dus: alle specialisten in dienstverband? In dit artikel wordt verslag uitgebracht van een poging om een zo gunstig mogelijk arbeidsvoorwaardenpakket samen te stellen binnen de wettelijke kaders en financiële grenzen van het rapport-Biesheuvel.

ER IS VEEL DISCUSSIE over de bruto/netto-uitkomsten van de voorstellen van de commissie-Biesheuvel. Deze discussie wordt vaak vertroebeld door emoties en is niet altijd gebaseerd op deugdelijk feitenmateriaal. In dit artikel is, op basis van de gegevens uit het rapport-Biesheuvel, een mogelijk arbeidsvoorwaardenpakket beschreven voor medisch specialisten in dienstverband. Getracht is een zo gunstig mogelijk arbeidsvoorwaardenpakket samen te stellen binnen de wettelijke kaders en de financiële grenzen van 'Biesheuvel'. Daarbij wordt een aantal vooronderstellingen gehanteerd, waarvan het aannemelijk is dat zij in de praktijk kunnen worden gerealiseerd.

In het rapport-Biesheuvel wordt gesproken over een 'all-in arbeidshonorarium'. Hieronder wordt verstaan een brutohonorarium, inclusief te betalen sociale premies, loonbelasting en kosten van pensioenopbouw. Administratiekosten, kosten van secretariële hulp, assistenten en interest vallen hierbuiten. Persoonsgebonden beroepskosten worden wel geacht deel uit te maken van dit honorarium. Hier wordt een aantal rekenvoorbeelden gepresenteerd, op basis van een honorarium van f 220.000 per jaar (volgens Biesheuvel c.s. voor de 'maat-specialist') en f 275.000 per jaar (voor de specialist die een aantal toeslagen 'geniet').

Uitgangspunten

Als uitgangspunt ten aanzien van de rechtspositie is uitgegaan van een loonverhouding op basis van een arbeidsovereenkomst naar burgerlijk recht, waardoor de specialist als werknemer wordt beschouwd en de gebruikelijke werknemersverzekeringen van toepassing zijn. Aangezien het PGGM-pensioenfonds het meest op de gezondheidszorg is toegesneden, zijn de tarieven en voorwaarden van dit pensioenfonds gehanteerd. De tarieven en voorwaarden van de IZZ-ziektekostenverzekering zijn gebruikt. Daarbij is gekozen voor een basisverzekering en een aanvullende verzekering. Alle berekeningen zijn gemaakt op basis van een gemiddelde gezinssamenstelling, te weten man en vrouw en twee kinderen (onder de 18 jaar).

Er zijn steeds twee situaties bekeken, te weten die van de alleenverdiener (belastinggroep 03) en die van de tweeverdiener (belastinggroep 02). Om de hoogte van het belastbaar inkomen enigszins te beperken is een emolumentenregeling ontworpen, die een lease-auto en een onkostenvergoeding omvat. Alle berekeningen die hierna worden gepresenteerd zijn echter inclusief en exclusief de kosten van een lease-auto uitgevoerd. Uitgegaan is van een lease-auto met een aanschafwaarde van f 60.000. Onder voorwaarden kan een werkgever bepaalde kosten aan zijn werknemers belastingvrij vergoeden (die door een vrijgevestigd specialist niet of gedeeltelijk aftrekbaar zijn).

Bij de berekeningen is uitgegaan van een belastingvrije vergoeding van f 10.000 per jaar. Uiteraard zijn de beide hiervoor genoemde emolumentenregelingen optioneel. Het zal wellicht inmiddels duidelijk zijn dat 'loon' en 'vergoedingen' zich verhouden als communicerende vaten: als de vergoedingen omhoog gaan, is er minder beschikbaar voor het salaris, en andersom.

Loonkosten en brutosalaris

Zoals in de inleiding is aangegeven zullen de totale loonkosten (inclusief werkgeverslasten en alle vergoedingen) niet

hoger mogen zijn dan f 220.000 of f 275.000 per jaar. Onder loonkosten wordt in dit verband dan ook verstaan:

- het brutoloon + vakantiegeld;
- de werkgeverslasten werkloosheidswet (WW), Ziektewet (ZW) en ziektekostenverzekering (ZKV);
- de werkgeverslasten pensioenpremie (PP);
- de overhevelingstoeslag (OHT);
- de eventuele kosten van een lease-auto;
- de kosten van belastingvrije vergoedingen.

Om uiteindelijk te kunnen berekenen wat de specialist in dienstverband per maand netto overhoudt, dienen eerst de (eventuele) kosten van de lease-auto en het bedrag van de belastingvrije vergoedingen van de totaal beschikbare loonsom te worden afgetrokken. De kosten van de belastingvrije vergoedingen zijn gesteld op f 10.000 per jaar. De kosten van een lease-auto (bij 30.000 km per jaar, inclusief brandstof en alle overige kosten) op ongeveer f 25.000 per jaar. Het bedrag dat overblijft is beschikbaar voor het brutoloon inclusief werkgeverslasten (zie tabel 1).

Tabel 1. Bedrag dat overblijft na aftrek belastingvrije vergoedingen en kosten lease-auto.

a. Model I. Bij een honorarium van f 220.000.		
	met lease-auto	zonder lease-auto
BESCHIKBAAR PER JAAR	220.000	220.000
belastingvrije vergoedingen	10.000 -/-	10.000 -/-
lease-auto	25.000 -/-	
blijft beschikbaar	185.000	210.000

b. Model II. Bij een honorarium van f 275.000.		
	met lease-auto	zonder lease-auto
BESCHIKBAAR PER JAAR	275.000	275.000
belastingvrije vergoedingen	10.000 -/-	10.000 -/-
lease-auto	25.000 -/-	
blijft beschikbaar	240.000	265.000

Van het bedrag dat beschikbaar blijft dienen te worden bekostigd:

- het brutoloon;
- het vakantiegeld (8% van een jaarsalaris);
- de werkgeverspremies ZW/WW, ziektekostenverzekering (IZZ), de pensioenpremie;
- de overhevelingstoeslag.

Nettoloon

Op basis van de vorenstaande gegevens is het nettoloon berekend. Zie hiervoor *tabel 2*, waarin staan vermeld:

- de loonkosten per jaar, gespecificeerd;
- het brutoloon per maand;
- de werknemerslasten die van het brutoloon worden afgetrokken;
- de kosten per maand, in verband met de bijtelling bij het inkomen van de lease-auto;

- het nettoloon per maand en per jaar (beide inclusief vakantiegeld). Ter toelichting het volgende: Het vakantiegeld is maandelijks bijgeteld, maar wordt in de praktijk in de maand mei van ieder jaar (achteraf) uitgekeerd. Het nettoloon is onder meer afhankelijk van de vraag of de medisch specialist alleenverdiener is (loonbelastinggroep 03) of dat zijn/haar partner eveneens een inkomen heeft (loonbelastinggroep 02). Het aantal kinderen is niet van invloed op de in te houden loonbelasting. De lease-auto leidt tot een bijtelling bij het inkomen van jaarlijks 20% van de cataloguswaarde (in casu 60.000). In dit geval dus f 12.000 per jaar (N.B. Een hoger percentage (24%) is van toepassing als de specialist verder dan 30 kilometer van het ziekenhuis woont. Aangezien dit weinig voorkomt, is rekening gehouden met 20% bijtelling.) Uitgaande van het (hoog-

ste) schijventarief van 60%, betekent dit dat aan belasting over de lease-auto f 7.200 per jaar of f 600 per maand moet worden betaald. De kosten van de lease-auto zijn in de tabellen per maand vermeld. In de praktijk zullen deze kosten veelal per jaar (via de aanslag inkomstenbelasting) worden voldaan. De in de tabellen vermelde bedragen zijn overigens afgerond.

Wat is dit salaris nu werkelijk waard ?

De vergelijking tussen het inkomen van een vrijgevestigd specialist en van een specialist in dienstverband is een ingewikkelde zaak. Er kan niet worden volstaan met een vergelijking van bruto-inkomens. Iedere specialist heeft zijn ziektekostenverzekering, pensioenverzekering, ongevallen- en arbeidsongeschiktheidsverzekering afgestemd op zijn eigen individuele situatie.

Tabel 2. Berekening nettoloon specialist in dienstverband.

a. Model I. Bij een honorarium van f 220.000.					b. Model II. Bij een honorarium van f 275.000				
	met lease-auto		zonder lease-auto			met lease-auto		zonder lease-auto	
belastinggroep	02	03	02	03		02	03	02	03
LOONKOSTEN (per jaar)									
bruto jaarloon	152.890	152.890	175.450	175.450		202.600	202.600	225.180	225.180
vakantiegeld	12.230	12.230	14.030	14.030		16.210	16.210	18.020	18.020
werkgr. lasten									
- ZW/WW ¹	3.570	3.570	3.570	3.570		3.570	3.570	3.570	3.570
- OHT ¹	8.860	8.860	8.850	8.850		8.860	8.860	8.860	
- pensioenpr.	4.750	4.750	5.400	5.400		6.060	6.060	6.670	6.670
- ZKV	2.700	2.700	2.700	2.700		2.700	2.700	2.700	2.700
totaal	185.000	185.000	210.000	210.000		240.000	240.000	265.000	265.000
BRUTOLOON (per maand)									
brutoloon	12.740	12.740	14.620	14.620		16.880	16.880	18.760	18.760
vakantiegeld	1.020	1.020	1.170	1.170		1.350	1.350	1.500	1.500
OHT ¹	740	740	740	740		740	740	740	740
totaal	14.500	14.500	16.530	16.530		18.970	18.970	21.000	21.000
WERKNEMERSLASTEN (per maand)									
pensioenpr.	1.000	1.000	1.180	1.180		1.390	1.390	1.560	1.560
ZW/WW/WAO ²	630	630	630	630		630	630	630	630
loonbelasting	6.310	6.010	7.420	7.130		8.770	8.470	9.880	9.580
ZKV									
- IZZ-basis	75	75	75	75		75	75	75	75
- IZZ-aanv.	50	50	50	50		50	50	50	50
- wett. premies	145	145	145	145		145	145	145	145
totaal	8.210	7.910	9.500	9.210		11.060	10.760	12.340	12.040
KOSTEN LEASE-AUTO									
belasting p/m	600	600				600	600		
NETTOLOON ³									
per maand	5.690	5.990	7.030	7.320		7.310	7.610	8.660	8.960
NETTOLOON ³									
per jaar	68.280	71.880	84.360	87.840		87.720	91.320	103.920	107.520

1. Maximale overhevelingstoeslag per jaar. 2. Maximale premie per maand. 3. Inclusief vakantiegeld.

In dit artikel wordt in grote lijnen ingegaan op de inhoud van het arbeidsvoorwaardenpakket waarmee bij de berekening van het vorenstaande nettoloon rekening is gehouden. Met andere woorden: getracht wordt duidelijk te maken *wat het pakket aan arbeidsvoorwaarden waard is*.

Pensioenverzekering

Uitgegaan is van de vooronderstelling dat medisch specialisten in dienstverband voor wat betreft hun pensioenverzekering kunnen worden ondergebracht bij het PGGM.

De belangrijkste kenmerken van de PGGM-pensioenregeling zijn:

- het is een eindloonsysteem;
- het pensioen is welvaartsvast;
- er is een overbruggingsuitkering (een VUT-regeling);
- er bestaat een nabestaandenpensioen.

Eindloonsysteem

Bij een eindloonsysteem wordt de pensioenuitkering gebaseerd op het laatstverdiende loon (en niet op het gemiddeld verdiende loon gedurende de gehele loopbaan).

De hoogte van het ouderdomspensioen is afhankelijk van:

- de diensttijd;
- het eindloon;
- het pensioenpercentage.

Een specialist zal in het algemeen een diensttijd kunnen opbouwen van bij benadering 35 jaar. De jaren dat hij als arts-assistent (al dan niet in opleiding) pensioenpremie heeft betaald, tellen immers eveneens mee voor het aantal dienstjaren. Het pensioenpercentage bij het PGGM bedraagt 1,75 % per dienstjaar. Bij een diensttijd van 35 jaar betekent dit: $1,75\% \times 35 = 61,25\%$ van het eindloon = pensioen.

Welvaartsvast

Het pensioen is welvaartsvast. Enerzijds wordt de welvaartsvastheid gegarandeerd door het eindloonsysteem. Daarnaast volgt het pensioen de algemene loonontwikkeling (binnen de sector waarin het PGGM actief is). Met andere woorden: indien de werkers in de gezondheidszorg een algemene salarisverhoging krijgen, worden de PGGM-pensioenen eveneens aangepast.

Overbruggingsuitkering

De overbruggingsuitkering (OBU) is een vervroegde uittredingsregeling (VUT-regeling). Indien men minimaal tien dienstjaren heeft kan men bij 60 jaar (e.o.) met vervroegd pensioen. De uitkering bedraagt ongeveer 80% van het netto laatstverdiende salaris. Tijdens de

OBU loopt de opbouw van het pensioen door.

Nabestaandenpensioen

Bij het overlijden van de pensioenverzekerde ontvangt de partner een pensioen. De partner kan de echtgenote of een andere relatiepartner zijn waarmee men duurzaam samenwoont. Het nabestaandenpensioen bedraagt ongeveer 5/7 deel van het normale pensioen. Bij het overlijden van de deelnemer kunnen kinderen (tot 18 of 27 jaar) eveneens in aanmerking komen voor een wezenpensioen. Per kind wordt 1/7 deel van het normale pensioen uitgekeerd.

Ziektekostenverzekering

Er is bij de samenstelling van het arbeidsvoorwaardenpakket rekening gehouden met de ziektekostenverzekering bij het Instituut Ziektekostenvoorziening Ziekenhuiswezen (IZZ). Het IZZ kent de zogenoemde basis-ziektekostenregeling en een aanvullende verzekering. Het voorzieningenpakket van de basisverzekering is vrijwel gelijk aan het pakket van de basis-ziekenfondsverzekering. Er is echter een eigen risico van f 300 bij twee of meer verzekerden. Daarboven vindt volledige

gedeeltelijk aftrekbaar zijn van de inkomstenbelasting. Het gaat daarbij om de volgende onbelaste vergoedingen:

- kosten van gereedschappen/instrumentarium;
- contributie voor beroepsverenigingen en dergelijke;
- kosten voor vakliteratuur;
- kosten voor excursies, studiereizen, studie (om de kennis op te frissen), congressen, seminars (inclusief reis- en verblijfskosten);
- vergoedingen zakelijke gesprekskosten telefoon;
- vergoedingen voor representatiekosten;
- verhuiskostenvergoeding bij een verhuizing in verband met de dienstbetrekking (tot maximaal f 12.000 onbelast, plus de kosten van het verhuizen zelf).

Deze kosten kunnen (in het algemeen) slechts door de werkgever worden vergoed als ze door de specialist kunnen worden aangetoond. Waarschijnlijk zijn echter met de belastinginspectie afspraken te maken over forfaitaire vergoedingen.

Er is niet getracht een specificatie te geven van de hierboven genoemde kostensoorten. Het ene jaar zal wellicht meer worden besteed aan vakliteratuur en het

De vergelijking tussen het inkomen van een vrijgevestigd specialist en van een specialist in dienstverband is een ingewikkelde zaak

vergoeding plaats. De premie voor de basisverzekering is voor de werknemer bijzonder laag. Voor twee volwassenen en twee kinderen wordt (exclusief de wettelijke premies) f 75 per maand betaald. (De premie is voor maximaal twee kinderen verschuldigd.) De werkgever draagt f 225 per maand bij.

Het IZZ kent een viertal aanvullende pakketten. De pakketten 1 en 2 zijn zonder klasseverpleging en de pakketten 3 en 4 met klasseverpleging. De kosten bedragen minimaal f 17,50 per maand (pakket 1) en maximaal f 30 per maand (pakket 4) per persoon. De kinderen zijn gratis meeverzekerd voor het aanvullende pakket (uitgezonderd voor de klasseverzekering). Studerende kinderen kunnen tegen een zeer lage premie worden meeverzekerd. Bij de berekening is uitgegaan van de basis-ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekering pakket 3 (tandheelkunde, kraamzorg, kunst- en hulpmiddelen en dergelijke en klasseverzekering).

Toegestane vergoedingen

Sedert 'Oort' is het mogelijk dat werkgevers beroepskosten vergoeden die niet of

andere jaar aan bijvoorbeeld (buitenlandse) congressen. Uitgegaan is van een totaal kostenniveau (als rekenvoorbeeld) van ongeveer f 10.000 per jaar.

Een vrijgevestigd specialist kan echter de hier genoemde kosten in het algemeen aftrekken, hetgeen een belastingvoordeel van 60% betekent. Met andere woorden: f 10.000 aan kosten betekent na aftrek van het belastingvoordeel f 4.000 aan werkelijke kosten. Indien de specialist in loondienst treedt zijn de kosten nihil. In feite derhalve een nettovoordeel van f 4.000 per jaar.

Lease-auto

Of een lease-auto interessant is voor een specialist, moet hij uiteraard zelf bepalen. Als voordelen van de lease-auto kunnen worden genoemd:

- Alle financiële risico's zijn gedekt (wegenbelasting, onderhoud, schade, verzekering).
- Het privé-gebruik is (binnen het afgesproken aantal kilometers per jaar) inbegrepen.
- Indien een specialist een duurdere auto wenst of extra accessoires kunnen de

extra leasekosten die hiervoor worden betaald volledig worden afgetrokken van het belastbaar inkomen.

- Bij een reparatie wordt tijdelijk een andere lease-auto ter beschikking gesteld.
- Iedere vier jaar kan men een nieuwe auto kiezen, merk en model zijn naar eigen keuze.

Uit de rekenvoorbeelden blijkt, dat de kosten (all-in) voor de lease-auto ongeveer f 1.350 per maand bedragen. Als nadeel van de lease-autoconstructie moet worden vermeld dat over de brutokosten van de lease-auto geen pensioenopbouw plaatsvindt, hetgeen betekent dat het pensioen na het 65ste levensjaar wat lager zal zijn.

Ziektewet

Hoewel de Ziektewet strikt genomen een werknemersverzekering is tegen het risico van loonverlies bij ziekte, is zij in de praktijk een werkgeversverzekering. De werkgever krijgt immers veelal het ziekengeld van de bedrijfsvereniging geresitueerd.

Sedert de invoering van de Wet terugdringing ziekteverzuim (Wet TZ) per 1 januari 1994, is de Ziektewet gedurende de eerste 6 weken niet meer van toepassing. Daarna volgt een uitkering van 70% van het loon aan ziekengeld van de bedrijfsvereniging aan de werkgever, tot 1 jaar na de eerste ziekmeldingsdatum.

Indien in de CAO niets is geregeld omtrent een aanvulling van het ziekengeld (na 6 weken) tot 100% van het loon, of doorbetaling van het volle loon gedurende de eerste 6 weken, zou de uitkering van de specialist bij ziekte zich beperken tot het niveau van de Ziektewet. In de CAO-ziekenhuiswezen is deze aanvulling respectievelijk doorbetaling wel geregeld. Dit zou ook in de CAO voor medisch specialisten moeten worden geregeld. Doorbetaling gedurende de eerste 6 weken ziekte heeft niet te leiden tot een substantiële verhoging van de kosten. Immers, de kosten worden eerst gemaakt nadat een vervanger voor de zieke specialist wordt aangetrokken. De praktijk leert, dat vervanging van een zieke specialist ook thans gedurende de eerste tijd niet tot nauwelijks voorkomt. De aanvulling tot 100% van het loon na 6 weken ziekte zou strikt genomen een onderdeel moeten vormen van de loonkosten.

In de hiervoor staande berekening is hiermee *geen* rekening gehouden.

Arbeidsongeschiktheidsverzekering

De WAO verzekert werknemers tegen de financiële gevolgen van arbeidsongeschiktheid, nadat het ziektejaar is verstreken.

Met betrekking tot de WAO lijken er twee addertjes onder het gras te zitten. Ten eerste wordt op grond van de WAO slechts een maximum dagloon uitgekeerd bij arbeidsongeschiktheid. Uitgaande van een afkeuringspercentage van 80% of meer, zou dit leiden tot een WAO-uitkering van ongeveer f 4.000 bruto per maand. Ten tweede is de Wet Terugdringing Beroep op de Arbeidsongeschiktheidsregelingen (Wet TBA) thans van toepassing. De wet regelt een beperking van de uitkeringsduur van de WAO. Hierdoor ontstaat het zogenoemde WAO-gat.

Voor de werknemers die vallen onder de CAO-ziekenhuiswezen zijn de twee ge-

is, dat de bruto salarisbedragen die hiervoor genoemd zijn, niet voorkomen in de salarisschalen van de CAO-ziekenhuiswezen. Verder zijn er in deze CAO vele zaken geregeld die niet van toepassing zijn op een medisch specialist, zoals een functiewaarderingsregeling. Een eigen CAO voor medisch specialisten zou dan ook verdedigbaar zijn. Immers, ook binnen het bedrijfsleven en zelfs binnen de ziekenhuiswereld (denk aan de salarisregeling voor ziekenhuisdirecteuren) is een aparte collectieve regeling voor hoger personeel niet ongebruikelijk. In deze CAO moeten onder andere de pensioenverzekering en de ziektekosten-

Een eigen CAO voor medisch specialisten is verdedigbaar

schetste problemen opgelost en wel zo, dat de combinatie van de WAO-uitkering en het invaliditeitspensioen van het PGGM leidt tot nagenoeg een uitkering van 70% van het *laatstverdiende loon*. Bij de vaststelling van de PGGM-pensioenpremie in de rekenvoorbeelden is rekening gehouden met de premie die hiervoor moet worden betaald. Uiteraard dient ook deze zaak te worden geregeld bij het opstellen van een CAO voor medisch specialisten.

Mogelijkheid loonbelastingbeschikking

Een werknemer in loondienst kan gebruik maken van de mogelijkheid om ieder jaar aan de belastinginspectie een zogenoemde loonbelastingbeschikking te vragen. Dit houdt in dat aan de belastingdienst wordt gevraagd om vooraf rekening te houden met de aftrekpost van betaalde (hypotheek)rente. Indien bijvoorbeeld een jaarlijkse hypotheekrente wordt betaald van f 30.000, kan worden verzocht de betaalde rente maandelijks af te trekken van het belastbaar inkomen alvorens de loonbelasting te berekenen. Dit betekent dat het belastingvoordeel maandelijks kan worden geïncasseerd in plaats van jaarlijks. Overigens wordt de bijtelling voor de lease-auto daar maandelijks weer vanaf getrokken (in het rekenvoorbeeld f 7.200 per jaar).

CAO voor medisch specialisten?

Indien medisch specialisten in de toekomst in dienst treden van het ziekenhuis, is het afsluiten van een collectieve arbeidsovereenkomst sterk aan te bevelen. Het van toepassing verklaren van de CAO-ziekenhuiswezen lijkt ons geen goede zaak. Een belangrijk argument hiervoor

verzekering worden geregeld. Ook kunnen collectieve afspraken worden gemaakt met betrekking tot de overname van lopende pensioenvoorzieningen van (individuele) medisch specialisten. Het is de taxatie van de auteurs dat het mogelijk is om veel van de reeds opgebouwde pensioenvoorzieningen 'in te brengen' in het PGGM-pensioenfonds. De voordeligste regeling kan, is de ervaring, alleen worden getroffen als er sprake is van een *collectieve* regeling.

Tot slot

Medisch specialisten zijn de afgelopen jaren voortdurend geconfronteerd met kortingen op de tarieven, in welke vorm dan ook. Los van de vraag of deze kortingen al dan niet terecht waren, betekende dat een behoorlijke onzekerheid voor specialisten met betrekking tot hun inkomen. Een voordeel van een dienstverband is, dat er sprake is van een relatief vast (bruto)inkomen. De geschiedenis leert ons, dat brutosalarissen in het algemeen niet worden verlaagd. Is dat wel het geval, dan hebben grote groepen Nederlanders daar last van en verkeert de medisch specialist niet in een uitzonderingspositie. •

P.A. Stoffer en

mr R. Peters, arts,

zijn respectievelijk als hoofd personeel- en organisatiezaken en directeur medische zaken verbonden aan het Merwedeziekenhuis, Dordrecht/Sliedrecht

Interdependentie in de gezondheidszorg

Een pleidooi tegen het segmentdenken

J.O. Möller

Volgens de Subcommissie Onderzoek Besluitvorming Volksgezondheid uit de Tweede Kamer zijn in de zorgsector overleg en belangenbehartiging op ondoorzichtige wijze met elkaar vermengd geraakt, met als resultaat een min of meer onbeheersbaar proces. Mogelijke oplossing: een SER voor de gezondheidszorg.

VERNIEUWINGEN IN DE gezondheidszorg worden vrijwel altijd vanuit een achteraf gezien eenzijdige invalshoek bedacht. Men kan spreken van 'segmentdenken': *denken uitsluitend vanuit het eigen belangencomplex*. Het gevolg is dat er gedurende of na de realisering van zo'n vernieuwing reparatiemaatregelen moeten worden genomen of dat het zelfs noodzakelijk is de veranderingen geheel terug te draaien. Dit verschijnsel is ook waar te nemen bij het initiatiefwetsvoorstel van Tweede Kamerlid Van Otterloo.

Initiatiefwetsvoorstel

Met de voorstellen van Van Otterloo inzake de ziektekostenverzekering voor bejaarden in de laagste inkomensklasse is in feite de discussie rond het al dan niet vrijwillige ziekenfonds weer actueel geworden. Tegelijk wordt de scheiding tussen ziekenfonds en particulier onderstreept. Dit is een interessant gegeven, omdat het inmiddels in brede kring niet meer netjes - van deze tijd - wordt gevonden dat er een loongrens bestaat in Nederland. Deze geluiden zijn zeker te horen in de politieke achterban van Van Otterloo. Enige nuancering lijkt hier echter op zijn plaats. Een nuancering die des te meer nodig is omdat de diverse actoren in de ziektekostenbranche: zorgverleners, zorgverzekeraars, zorginstellingen, overheid, etc., veelal achter de ontwikkelingen aan lopen, die echter door hen zelf worden gecreëerd.

Het initiatiefwetsvoorstel-Van Otterloo lijkt aan hetzelfde euvel te lijden. Het overhevelen van ruim 160.000 verzekerden van

de particuliere verzekering naar het ziekenfonds is het terugdraaien van maatregelen uit 1986 toen het vrijwillig ziekenfonds werd afgeschaft. Het KLOZ heeft inmiddels verklaard dat het hier niet gaat om evenwichtige en doordachte wetgeving.¹ Hoewel het KLOZ uiteraard eigen belangen nastreeft en dus kritisch moet worden gevolgd, lijkt deze stellingname correct. Ik wil hier trachten het segmentdenken, waaraan Van Otterloo bij uitstek lijdt, te doorbreken.

Marktwerving en overheidsop treden

Het plan-Dekker en het daarop gebaseerde plan-Simons zijn momenteel nog slechts voor een deel ingevuld. Gezien de huidige politieke constellatie in Nederland mag voorlopig niet worden verwacht dat er met de stelselherziening en het opheffen van de 'schotten' een wezenlijke verdere voortgang wordt geboekt. Het resultaat is, dat de klassieke belangengroepen onverkort hun monopolies kunnen handhaven. Sterker nog: door het systeem van marktwerving half in te voeren en tegelijk de wettelijk verankerde rechten van de individuele zorgconsument (u en ik) uit te bouwen, worden er nieuwe monopolisten gecreëerd.

Een voorbeeld: Zorgverzekeraar X te Y (een voormalig ziekenfonds) wil de in het kader van de opgelegde budgettering verminderde inkomsten goedmaken door het plaatselijk ziekenhuis lagere prijzen te laten berekenen. Het plaatselijk ziekenhuis kan vrij eenvoudige de redenering volgen dat 1. de verzekerden van X een wettelijk recht op zorg hebben dat X dient te garanderen, en 2. X volledig afhankelijk is van het plaatselijk ziekenhuis omdat het enige alternatief een fors eind uit de buurt ligt. De zorginkopers van X zijn dan vrij snel uitgepraat. Er kan nog wat in de marge worden gemorrelt, maar in essentie zit de zaak voor X vast.

Hetzelfde betoog gaat op voor de plaatselijke specialistenmaatschap. De gewenste marktwerving heeft daarmee een onbedoeld maar redelijk voorspelbaar averechts effect. De enige partij die iets heeft te vrezen, is de aanbieder of de or-

ganisatie die werkelijk concurrentie te duchten heeft - veel zijn dat er niet - nog versterkt door het proefondervindelijk bewezen principe dat het aanbod in de gezondheidszorg automatisch een autonome vraag oproept. Zelfs volstrekt onnodige medische consumptie wordt met graagte door veel partijen aangeboden. Is deze als normaal ingeburgerd, dan is het zeer moeilijk een maatschappelijk draagvlak te krijgen om daarna weer te saneren in de gezondheidszorg.

Hierbij kan al helemaal niet worden gedacht aan medisch handelen dat op zich wel nodig is, maar dat op basis van sociaal-economische redenen wellicht te saneren ware. Levertransplantaties voor alcoholisten, harttransplantaties voor 65-plussers? Met dit soort dilemma's krijgt ieder mens, indien hij daar zelf over zou moeten beslissen, op een bepaald punt menselijk-emotionele problemen. De discussie rond het uitvoeren van de voorstellen van de commissie-Dunning zal velen nog goed in het geheugen liggen.

De saneringen die min of meer worden doorgevoerd liggen dan ook vooral op het terrein van de honorering van verpleegkundigen, het budgetteren van ziekenhuizen, de vroegere ziekenfondsen en COTG-tariefbeschikkingen. Uitgerekend dus op die terreinen waar de overheid (nog) op klassieke wijze kan ingrijpen. Niet zodra dereguleert de overheid ten gunste van de noodzakelijk geachte marktwerving of de kostenspiraal in de gezondheidszorg gaat sneller opwaarts.

Hoewel het geenszins de bedoeling is een lans te breken voor een actief overheidsop treden, is enige nuancering ten aanzien van het terugtreden van de overheid toch op zijn plaats.

Belangengroepen en kartels

In dit licht komen de steeds terugkerende alarmkreten van sommige belangengroepen of kartels tegen andere al of niet vermeende kartels wat overdreven voor. Regelmatig verschijnen er publikaties van artsen en specialisten die waarschuwen tegen de macht van verzekeraars.

Aan welke macht daarbij wordt gedacht is niet al te duidelijk. Een ziekenfonds

beschikt nauwelijks over dwangmiddelen; immers, de wet moet worden uitgevoerd. De zogenaamde contracteervrijheid is maar een zeer beperkte vrijheid, gezien de vele oligo- en monopolies. De particuliere verzekeraar is al helemaal niet de instelling om de medische stand iets af te dwingen, integendeel: hoe meer behoefte, hoe meer premievolume. Tot op zekere hoogte is de particuliere ziektekostenverzekeraar alleen maar gebaat bij een fors uitdijende medische stand. De onlangs geformeerde subcommissie uit de Tweede Kamer, de Subcommissie Onderzoek Besluitvorming Volksgezondheid, heeft inmiddels ook aangegeven dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars slechts onder bepaalde condities belang hebben bij kostenbeheersing.

Interessant is ook de opstelling van verzekeraars ten opzichte van het rapport van de commissie-Biesheuvel. De meeste verzekeraars zijn tamelijk terughoudend wanneer de systematiek van honorerings per verrichting ter discussie wordt gesteld.

Ook in formeel juridisch opzicht zijn er bij de door de overheid beoogde marktwerking kanttekeningen te maken. Hier valt

de eindjes nauwelijks aan elkaar kunnen knopen? Een betere markt kan men zich niet wensen ... Het overheidsstelsel is in zichzelf verstrikt geraakt: aan de ene kant zie je overregulering, aan de andere kant geloof in marktwerking."

Het is eigenlijk nog sterker dan Essink stelt: niet alleen de overheid is in zichzelf verstrikt geraakt, veel andere actoren in de gezondheidszorg ook. De splitsing in de LSV is daarvan een aardig voorbeeld. De LSV is tot op zekere hoogte te succesvol geweest in het verdedigen van de belangen van specialisten. Zo succesvol, dat bepaalde groepen specialisten voor zichzelf begonnen.

Dogma's

Bezien we nu een willekeurige verzameling ingeslepen dogma's van deze of gene groepering opnieuw, dan zou er wellicht vanuit een andere invalshoek naar de materie kunnen worden gekeken.

De 'schotten' zijn uit de tijd en sociaal onaanvaardbaar.

Is het zo uit de tijd dat er een loongrens is? Vrijwel niemand kan toch hard maken dat particulier verzekerden in Nederland

De problematiek moet met behulp van de bestaande belangengroeperingen worden opgelost.

Kunnen er als men de diverse belangengroepen uit hun belangenverband zou halen niet veel redelijker standpunten worden ingenomen, althans standpunten die veel meer ruimte aan anderen laten?

Het gezondheidszorgsysteem moet meer op basis van solidariteit worden grondvest.

Is er een grens aan het solidariteitsdraagvlak van het gezondheidszorgstelsel? Is het systeem van standaardpakketverzekeringen en pooling bijvoorbeeld niet te ver doorgevoerd? Is het niet opmerkelijk dat alle 65-plussers in Nederland (het initiatiefwetsvoorstel-Van Otterloo daargelaten) een gesubsidieerde standaardpakketpolis mogen hebben? Hebben niet heel veel 65-plussers een uitstekend pensioen?

Beloning op basis van geleverde diensten is te verkiezen boven loondienst.

Het valt nauwelijks te ontkennen, dat in de personele sfeer bij veel zorginstellingen wordt bezuinigd. Als de salarissen niet worden bevroren, wordt er wel een vacaturestop ingesteld, waarmee automatisch het zorgniveau onder druk komt te staan. Personen die niet in loondienst zijn bij zorginstellingen worden veel minder getroffen door dit soort maatregelen. In dit verband wordt het cliché, dat loondienst voor artsen niet zou kunnen omdat ze niet om vijf uur kunnen zeggen dat de tijd om is, maar al te vaak misbruikt. Met een goed ploegen/dienstensysteem is dit natuurlijk te ondervangen. Een brandweer- of politiemann gebruikt dat argument ook niet, om nog maar te zwijgen van de OK-assistent(e), die als vanzelfsprekend wel in loondienst is.

De kosten in de gezondheidszorg stijgen te hard en maken een te groot deel uit van het bruto nationaal produkt.

Uit de statistieken blijkt dat de kosten van de gezondheidszorg in Nederland relatief vrijwel niet stijgen. Bovendien is de ruim 9% van het BNP dat de gezondheidszorg nu kost in verhouding met de ons omringende landen niet extreem, zeker niet als men kijkt naar de kwaliteit en de brede beschikbaarheid van de geboden zorg. Daarnaast is een maatschappelijk probleem tot op zekere hoogte pas een probleem als de brede laag van de bevolking dit als zodanig ervaart. De gemiddelde Nederlander zal zeker het benodigde geld overhebben voor een goede gezondheidszorg. En wat nog belangrijker is: ondanks de

Overleg en belangenbehartiging zijn in de zorgsector op ondoorzichtige wijze met elkaar vermengd geraakt

bijvoorbeeld de uitspraak van de Rechtbank Amsterdam van 16 november 1993 op. Deze rechtbank legde daarin een boete op aan een plastisch-chirurgische, niet officieel erkende, privékliniek voor het in rekening brengen van kosten voor een operatiekamer, zijnde niet officieel goedgekeurde tarieven; immers, de kliniek was een niet-erkende instelling. De marktwerking wordt hier door de rechter gefrustreerd op basis van door de overheid gemaakte wet- en regelgeving.²

Ondanks de hier ruw geschetste problematiek, is men in Nederland vrij algemeen van mening dat het anders moet in de zorgwereld. Het commissieverschijnsel alleen al duidt daarop: Dekker, Dunning, Biesheuvel ... Het hōe van de verandering is echter niet helder en als het voor een partij al helder is, wordt halverwege afgeweken van het van tevoren uitgestippelde pad. Zo ook bij het plan-Simons. Illustratief voor het drijfzand waarin de verandering in de gezondheidszorg in Nederland vastzit, is een uitspraak van Essink van de Nederlandse Zorgfederatie (NZf):³ "Het is toch te gek dat de bedrijfstak als geheel gezond is - de vraag is immers stabiel en er is geen overcapaciteit - maar dat de samenstellende delen

een structureel betere behandeling krijgen dan fondsverzekerden. Is het niet vanzelfsprekend dat de overheid juist de zwakkere in de samenleving actief helpt en desnoods voor zijn eigen bestwil beschermt, terwijl de succesvolle burger meer op zichzelf kan zijn aangewezen?

De overheidsbemoeienis is te groot.

Is het zo verkeerd dat er in de gezondheidszorg een vorm is van overheidsop treden, controle en planning? Is dat niet juist veel logischer dan de gezondheidszorg over te laten aan de diverse - haast onvermijdelijk - kortzichtige belangengroepen in naam van de marktwerking?

In de gezondheidszorg moet marktwerking worden geïntroduceerd.

Is marktwerking niet vrijwel alleen te gebruiken wanneer van een produkt of dienst naar keuze wel of geen gebruik kan worden gemaakt? Welke keuze heeft iemand die zijn been breekt? Stel, dat iemand wel kan kiezen uit een aantal geschikte behandelaars: hoe moet de gemiddelde Nederlander gemotiveerd een behandelaar kiezen, als het de eerste keer is dat hij zo'n behandelaar nodig heeft? Bij deze vraag is het antwoord eigenlijk al direct gegeven.

economisch slechte tijd heeft de gemiddelde Nederlander het benodigde geld.⁴

Conclusie

Ik wil er hier voor pleiten de individuele actoren zonder de oogkleppen van puur, vaak economisch, eigenbelang naar de gezondheidszorg in Nederland te laten kijken. Trek de spelers in het zorgveld, inclusief de overheid, uit hun belangverband. De reeds gememoreerde Tweede-Kamercommissie ondersteunt deze aanbeveling. Volgens de subcommissie zijn in de zorgsector overleg en belangenbehartiging op ondoorzichtige wijze met elkaar vermengd geraakt, met als resultaat een min of meer onbeheersbaar proces.

De aanbeveling die kan worden gedaan, komt neer op een pleidooi voor een soort corporatisme binnen de gezondheidszorg: de oprichting van een prestigieus college in de trant van de Sociaal Economische Raad, maar dan voor de gezond-

heidszorg. Hierbij zouden vooraf alle betrokkenen zich moeten neerleggen bij de beslissingen van deze gezondheidszorg-SER. Dit is een vereiste, anders kan één willekeurig kartel op ouderwetse wijze verandering tegenhouden. Op de tegenwerping dat dit voorstel totaal onhaalbaar is, kunnen we antwoorden dat dit met de huidige wijze waarop aan de verandering in de gezondheidszorg wordt vorm gegeven zeker niet zal lukken: de bewijzen daarvoor liggen de afgelopen tien jaar voor het opscheppen.

Misschien is het voor de volgende staatssecretaris van Volksgezondheid een goed advies een pas op de plaats te maken en eerst deze gezondheidszorg-SER in het leven te roepen. Vervolgens is er wellicht een geheel nieuwe dynamiek in het systeem van veranderen mogelijk, waarbij recht wordt gedaan aan het belang van alle samenstellende delen die uiteindelijk in een samenhangend verband de gezondheidszorg van Nederland vormen. De in-

terdependentie in de gezondheidszorg zou centraal moeten staan, niet het individuele (groeps)belang, wat momenteel maar al te vaak het geval is. *

mr drs J.O. Möller,

Noorderkruis Zorgverzekeraars te Groningen, schreef deze bijdrage op persoonlijke titel

Noten

1. Zie onder andere de KLOZ-circulaire 94-033/RH/EW van 25 maart 1994.
2. Inmiddels is hoger beroep ingesteld. In het algemeen kan worden opgemerkt dat veel ziekenfondsen en particuliere verzekeraars afspraken hebben met bepaalde privé-klinieken op grond van uiteenlopende, de betrokkenen moverende, redenen. Indien de uitspraak in appel stand houdt, ontstaat een interessante situatie ten aanzien van de marktwerking.
3. ING-bankblad nummer 52, voorjaar 1994, p. 38.
4. Zie als illustratie het artikel van G.D. de Jong, De kosten van de volksgezondheid in Nederland, Medisch Contact nr. 12 van 25 maart 1994. In dit artikel wordt met enig recht gewezen op het feit dat in Nederland veel voorzieningen onder de gezondheidszorg worden gerekend, terwijl dat allerminst vanzelfsprekend is.

G E L E T T E R D

F. Wafelbakker, L.P.T. Raymakers (red.). Handelen bij vermoeden van seksueel misbruik van kinderen en jeugdigen; richtlijnen voor beroepsbeoefenaren.

Rapport Commissie Seksueel Misbruik van Jeugdigen. Assen, Van Gorcum, 1994. 133 blz. ISBN 90-232-2892-8. Prijs f 35,-.

VANUIT HET ministerie van WVC is in 1989 aan enkele beroepsorganisaties verzocht "nadere richtlijnen te ontwerpen die gehanteerd dienen te worden wanneer er vermoedens zijn van seksuele kindermishandeling". In de daarop gevormde Commissie Seksueel Misbruik van Jeugdigen (SMJ) namen leden plaats van beroepsverenigingen, gevraagd op grond van hun deskundigheid: pedagogen, psychologen, kinderen jeugdpsychiaters, kinderartsen en jeugdartsen. Als onafhankelijk voorzitter trad op collega Wafelbakker, jeugdarts/sociaal-seksuoloog.

Eerst was er het voornemen snel tot een beknopt protocol te komen, maar dat was niet haalbaar: het bleek niet mogelijk om een voor iedereen aanvaardbare route uit te stippelen. Wel ontstond een handleiding, waarmee men "in de eigen situatie concrete afspraken kan maken". De commissie doet dan ook een dringende aanbeveling om "per instelling te komen tot een aan de eigen regio aangepaste route". Zij betreurt het ontbreken van een eenduidig overheidsbeleid ten aanzien van melding van kindermishan-

deling en ziet de in het rapport weergegeven richtlijnen als een eerste aanzet tot een uniform beleid.

Van belang is dat de Inspecties Volksgezondheid, Geestelijke Volksgezondheid en Jeugdhulpverlening uit de handleiding die "specifieke richtlijnen voor handelen bij (vermoeden van) seksueel misbruik van jeugdigen heeft gelicht, die door haar als veldstandaard worden beschouwd en als zodanig bij de inspectiebezoeken gehanteerd zullen worden". Deze veldstandaard is in het boek opgenomen (blz. 101) en daarin wordt met name aangegeven dat alle hulpverleners en hulpverleningsinstanties bij onderzoek en behandeling bij seksueel misbruik protocollair dienen te werken; opgesomd wordt kort en bondig waaraan in het protocol aandacht moet worden besteed.

Het boek van de Commissie SMJ is - naar de mening van de recensent - verplichte stof voor allen die met aspecten van dit moeilijke terrein te maken hebben. Er wordt zeer veel informatie aangedragen, waarbij wel weer duidelijk is dat er eerder sprake is van een handleiding ter verdere uitwerking door beroepsgroepen dan van een uitgewerkt compleet protocol voor alle betrokkenen. "Een eerste aanzet", zegt de commissie; het is verheugend dat beroepsbeoefenaars van zoveel uiteenlopende disciplines elkaar in dit boek hebben kunnen vinden.

Elk hoofdstuk heeft essentiële aspecten voor de betrokkenen, maar ook voor anderen die met dit onderwerp te maken hebben. Duidelijk wordt, om een enkel voor-

beeld te noemen, dat de signalen van mogelijk misbruik van betrekkelijke waarde zijn; de verschillende soorten van signalen worden in hoofdstuk 3 systematisch weergegeven. In hoofdstuk 4: 'Van signaal naar onderzoek', worden de routes die mogelijk zijn genoemd, maar hier met name wordt gewezen op de 'voorkeursroute', welke per instelling of per beroepsbeoefenaar moet worden uitgewerkt. De kaders van onderzoek komen in hoofdstuk 5 aan de orde; steeds valt op hoe zorgvuldig en systematisch de schrijvers de vele aspecten belichten, de moeilijke valkuilen in de procedures niet mijndend. De andere hoofdstukken zijn eveneens zeer lezenswaardig. Welke eisen dienen aan deskundigheid en beroepsbekwaamheid te worden gesteld? Hoe zijn de contacten tussen hulpverleners en instellingen, al of niet justitieel? Hoe zit het met de juridische aspecten, met de conflicten van rechten van belangen van ouders en kinderen, met de klachtprocedures en met de klachtregelingen binnen de verschillende beroepsgroepen? Uw recensent acht, zoals gezegd, het boek verplicht voor alle beroepsbeoefenaren op bedoeld terrein: deze 'aanzet' moet per groep, maar in gezamenlijk overleg worden uitgewerkt. Dat de meningen nog steeds ver uiteen kunnen lopen bleek nog eens op 15 april, toen naar aanleiding van de verschijning van het rapport een congres werd gehouden: zeker in de tien workshops bleek de diversiteit van meningen. Er is nog veel werk te verrichten! *

M. Geudeke

“Hulp bij zelfdoding bij ondraaglijk en uitzichtloos lijden vanwege een niet somatische oorzaak niet zonder meer onaanvaardbaar”

OP 21 JUNI heeft de Hoge Raad uitspraak gedaan in de zaak-Chabot. Aangezien dit de eerste zaak bij de Hoge Raad is welke een patiënt betreft die om hulp bij zelfdoding heeft gevraagd terwijl aan zijn lijden geen somatische oorzaak ten grondslag lag, was de verwachting dat het een baanbrekend arrest zou worden. In die verwachting zijn we niet teleurgesteld. Bij de huidige juridische stand van zaken, waarbij euthanasie en hulp bij zelfdoding nog steeds strafbaar zijn en de vervolgingskans voor de dokter afhankelijk is van de normen die uit de jurisprudentie zijn af te leiden, is dit arrest van het grootste belang.

Onder erkenning van het feit dat een gerechtelijke uitspraak primair dit ene uitzonderlijke geval behandelt, is toch duidelijk dat de Hoge Raad een aantal knopen heeft doorgehakt die verder reiken dan dit individuele geval. De Hoge Raad stelt nog eens uitdrukkelijk, dat het bij uitstek de taak is van de rechter te onderzoeken of de arts, in het bijzonder volgens wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht en overeenkomstig in de medische ethiek geldende normen, uit onderling strijdige plichten een keuze heeft gedaan die, objectief beschouwd en tegen de achtergrond van de bijzondere omstandigheden van het geval, gerechtvaardigd is te achten.

De hoofdvragen in dit geval waren: kan euthanasie of hulp bij zelfdoding aanvaardbaar zijn bij een patiënt wiens lijden

geen somatische oorzaak heeft en die niet in de terminale of stervensfase verkeert (1), kan aan de stervenswens van personen die psychisch lijden een autonome wilsbepaling ten grondslag liggen (2), heeft betrokkene de vrijheid een reëel behandelingsalternatief om het lijden te verlichten af te wijzen (3) en hoe strikt gelden de eisen rond de consultatie (4)?

Ten aanzien van de eerste vraag heeft de Hoge Raad beslist, dat een beroep op noodtoestand niet zonder meer is uitgesloten op de enkele grond dat het ondraaglijk en uitzichtloos lijden van een patiënt niet een somatische oorzaak heeft en die patiënt niet in de stervensfase verkeert. De oorzaak van het lijden doet - aldus de Hoge Raad - niet af aan de mate waarin het lijden wordt ervaren. Wel zal met name de ernst en de uitzichtloosheid ervan moeilijker objectief kunnen worden vastgesteld en past uitzonderlijk grote behoedzaamheid. Het door de voormalige minister van Justitie verdedigde standpunt, dat de stervens- of terminale fase door de Hoge Raad wel noodzakelijk zou worden geacht als voorwaarde voor ontslag van rechtsvervolg bij euthanasie of hulp bij zelfdoding, is hiermee uitdrukkelijk verworpen.

Ten tweede wordt bevestigd, dat aan de stervenswens van personen die psychisch lijden een autonome wilsbepaling ten grondslag kan liggen. Het categorisch bestempelen van psychiatrische patiënten als wilsonbekwaam is hiermee van tafel.

Ten aanzien van de derde vraag lijkt de

Hoge Raad streng te zijn ten aanzien van de mogelijke behandelingsalternatieven. Van uitzichtloos lijden kan in beginsel geen sprake zijn - aldus de Hoge Raad - indien een reëel alternatief om dat lijden te verlichten door de betrokkene in volle vrijheid wordt afgewezen. De begrippen 'reëel' en 'in beginsel' laten daarbij wel enige ruimte. Wat voor de één bijvoorbeeld reëel is, is dat voor de ander soms niet.

Vast staat nu, dat bij de categorie patiënten die 'alleen' psychisch lijden, strenge eisen worden gesteld aan de consultatie. Een onafhankelijk collega-deskundige dient de patiënt in elk geval te zien en te onderzoeken. Dit onderzoek dient zich uit te strekken tot de ernst van het lijden, de uitzichtloosheid daarvan en in dat verband de andere mogelijkheden tot hulpverlening. De discussienota van de KNMG inzake hulp bij zelfdoding bij ernstig psychiatrische patiënten stelt de eis dat twee psychiaters de patiënt moeten hebben gezien. Dit staat ook in de toelichting op de zogenoemde aandachtspuntenlijst (MC nr. 21/1994, blz. 697).

Op ten minste twee punten is deze uitspraak ruimhartiger dan de recent in werking getreden aandachtspuntenlijst. Dat betreft de hierboven genoemde consultatie-eisen en de terminale of stervensfase. Dit betekent ons inziens dat de toelichting op deze lijst dient te worden aangepast, evenals het vervolgingsbeleid.

W.R. Kastelein

C. Spreeuwenberg

Uitspraak Hoge Raad 21 juni 1994

Arrest op het beroep in cassatie tegen een arrest van het Gerechtshof te Leeuwarden van 30 september 1993 in de strafzaak tegen:

Boudewijn Elise Chabot, geboren te Makassar (Indonesië) op 26 mei 1941, wonende te Haarlem.

1. De bestreden uitspraak

Het Hof heeft in hoger beroep met vernietiging van een vonnis van de Arrondissementsrechtbank te Assen van 21 april 1993 - de verdachte ter zake van "opzettelijk een ander bij zelfmoord behulpzaam zijn, terwijl de zelfmoord volgt" niet strafbaar verklaard en ontslagen van alle rechtsvervolgging. De bestreden uitspraak is aan dit arrest gehecht en maakt daarvan deel uit.

2. Het cassatieberoep

Het beroep is ingesteld door de procureur-generaal bij het Hof. Deze heeft bij schriftuur drie middelen van cassatie voorgesteld. De schriftuur is aan dit arrest gehecht en maakt daarvan deel uit. Namens de verdachte heeft mr E.Ph.R. Sutorius, advocaat te Arnhem, het beroep tegengesproken.

3. De conclusie van het Openbaar Ministerie

De advocaat-generaal Meijers heeft geconcludeerd tot verwerping van het beroep.

4. Inleidende beschouwingen

4.1. Het gaat in de onderhavige zaak om een arts (psychiater) die heeft aangevoerd dat hij heeft gehandeld in noodtoestand, toen hij zijn patiënt, bij wie naar zijn oordeel sprake was van een intens psychisch lijden van duurzame aard, op haar herhaald verzoek behulpzaam is geweest bij zelfmoord. Het Hof heeft het beroep op noodtoestand gegrond geacht. De middelen bestrijden 's Hofs beslissing met rechts- en motiveringsklachten.

4.2. Het verlenen van hulp bij zelfmoord (ook wel zelfdoding genoemd) is strafbaar gesteld bij art. 29 Sr. In het bijzonder gedurende het laatste decennium heeft een publiek debat plaatsgehad over de strafbaarheid van euthanasie en hulp bij zelfdoding, waarbij ook de vraag of de zojuist genoemde bepaling diende te worden gewijzigd onder ogen is gezien. Dat heeft echter niet tot een wijziging geleid. Wetsontwerpen van die strekking zijn verworpen onderscheidenlijk ingetrokken. Van deze strafbaarstelling dient derhalve onverminderd te worden uitgegaan.

4.3. Omstandigheden kunnen in een individueel geval echter meebrengen dat het ver-

lenen van hulp bij zelfdoding, evenals het toepassen van euthanasie, niettemin gerechtvaardigd kan worden geacht, te weten indien moet worden aangenomen dat daarbij is gehandeld in een noodtoestand, dat wil zeggen - in het algemeen gesproken - dat de pleger van het feit, staande voor de noodzaak te kiezen uit onderling strijdige verplichtingen, de zwaarwegende is nagekomen. In het bijzonder een arts kan in noodtoestand komen te verkeren, wanneer hij gesteld wordt voor de noodzaak te kiezen tussen enerzijds de plicht tot behoud van het leven en anderzijds de plicht om als arts al het mogelijke te doen om ondraaglijk en uitzichtloos lijden van een aan zijn zorgen toevertrouwde patiënt te verlichten.

4.4. Indien een arts die euthanasie bij een patiënt heeft toegepast of die aan deze de noodzakelijke middelen heeft verschaft tot zelfdoding, aanvoert dat hij heeft gehandeld in noodtoestand, dient de rechter te onderzoeken - want dat is bij uitstek de taak van de rechter - of de arts, in het bijzonder volgens wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht en overeenkomstig in de medische ethiek geldende normen, uit onderling strijdige plichten een keuze heeft gedaan die, objectief beschouwd en tegen de achtergrond van de bijzondere omstandigheden van het geval, gerechtvaardigd is te achten.

Daarbij verdient te worden opgemerkt, dat de in de praktijk sedert 1 november 1990 voor een behandelend arts geldende meldingsprocedure voor gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding aan de hand van zogenoemde aandachtspunten - welke procedure door de totstandkoming van de Wet tot wijziging van de Wet op de Lijkbezorging (Stb. 1993, 643) een wettelijke grondslag heeft gekregen - geen materiële criteria verschaft bij welke inachtneming de door de arts toegepaste euthanasie of diens verlening van hulp bij zelfdoding zonder meer gerechtvaardigd is. De meldingsprocedure biedt een structuur die het de behandelend arts mogelijk maakt verantwoording af te leggen van zijn handelen en die het Openbaar Ministerie onderscheidenlijk de rechter in staat stelt dat handelen toetsen.

4.5. In cassatie moet worden uitgegaan van 's Hofs vaststelling in rechtsoverweging 9.5 van het bestreden arrest, dat verdachtes patiënte, in de termen van DSM-III-R (Diagnostic Statistic Manual, het classificatiesysteem van de American Psychiatric Association), aan een stoornis leed, bestaande in een depressie in engere zin, zonder psy-

chotische kenmerken, in het kader van een gecompliceerd rouwproces.

5. Beoordeling van het eerste middel


5.1. Het middel berust in al zijn klachten op de opvatting, dat hulp bij zelfdoding door een arts aan een patiënt als de onderhavige, bij wie geen somatisch lijden aanwezig is en die niet in de stervensfase verkeert, nimmer kan worden gerechtvaardigd.

5.2. Deze opvatting kan niet als juist worden aanvaard. De specifieke aard van noodtoestand welke afhankelijk van de weging en waardering achteraf van de bijzondere omstandigheden van het geval kan leiden tot 's rechters oordeel dat het feit gerechtvaardigd was, verzet zich tegen een algemene beperking als waarvan het middel uitgaat. Een beroep op noodtoestand is dan ook niet zonder meer uitgesloten op de enkele grond dat het ondraaglijk en uitzichtloos lijden van een patiënt niet een somatische oorzaak heeft en die patiënt niet in de stervensfase verkeert. Naar 's Hofs in cassatie op zichzelf niet bestreden vaststelling wordt toepassing van euthanasie of hulp bij zelfdoding vanuit medisch-ethisch oogpunt in dergelijke gevallen niet zonder meer onaanvaardbaar geacht. Bij de beantwoording van de vraag of in een bepaald geval het lijden van een persoon als zo ondraaglijk en uitzichtloos moet worden aangemerkt dat een handelen in strijd met het in art. 294 Sr vervatte verbod gerechtvaardigd moet worden geacht omdat er sprake is van noodtoestand, moet dit lijden in zoverre worden geabstraheerd van de oorzaak daarvan, dat de oorzaak van het lijden niet afdoet aan de mate waarin het lijden wordt ervaren.

Dit neemt niet weg, dat ingeval het lijden van een patiënt niet aantoonbaar voortvloeit uit een somatische ziekte of aandoening en niet enkel bestaat uit beleving van pijn en verlies van lichamelijke functies, het lijden en met name de ernst en uitzichtloosheid ervan moeilijker objectief kunnen worden vastgesteld. Daarom dient het onderzoek van de rechter of er in dergelijke gevallen sprake is van noodtoestand met uitzonderlijk grote behoedzaamheid te geschieden.

5.3. Uit het hiervoren onder 5.2 overwogene volgt dat het middel niet tot cassatie kan leiden.

6. Beoordeling van het tweede en van het derde middel

6.1. De Hoge Raad zal de middelen gezamenlijk behandelen. 

In het tweede middel wordt primair aangevoerd dat bij een psychiatrische patiënt nimmer sprake kan zijn van een vrije wilsbepaling met betrekking tot een verzoek tot hulp bij zelfdoding; subsidiair behelst het middel een motiveringsklacht tegen 's Hofs oordeel dat er te dezen sprake is van een zodanige vrije wilsbepaling.

Het derde middel komt op tegen het oordeel van het Hof dat het achterwege blijven van een onderzoek van de patiënte door een tweede psychiater aan de gegrondheid van het door de verdachte gedane beroep op noodtoestand niet in de weg kan staan.

6.2. De in de primaire klacht van het tweede middel vervatte stelling is in haar algemeenheid onjuist. In de rechtsoverwegingen 9.4 en 9.5 van het bestreden arrest ligt het oordeel besloten, dat aan de stervenswens van personen die psychisch lijden een autonome wilsbepaling ten grondslag kan liggen. Dat oordeel geeft op zichzelf niet blijk van een onjuiste rechtsopvatting.

De subsidiaire klacht van het tweede middel is echter gegrond, zulks mede tegen de achtergrond van de in het derde middel opgeworpen klachten.

6.3.1. Zoals hiervoren onder 5.2 is overwogen, dient in gevallen waarbij het lijden van een patiënt niet voortvloeit uit een somatische ziekte of aandoening, de beoordeling door de rechter of hulp bij zelfdoding in de omstandigheden van het geval door noodtoestand is gerechtvaardigd, met uitzonderlijk grote behoedzaamheid te geschieden.

6.3.2. Indien een arts die zijn patiënt hulp bij zelfdoding verleent, heeft nagelaten zijn inzicht omtrent de zich voordoende situatie tevoren te toetsen aan het al dan niet op eigen onderzoek steunend oordeel van een onafhankelijke collega, behoeft zulks niet uit te sluiten dat later de rechter, door zijn onderzoek naar de omstandigheden van het geval, niettemin tot het oordeel komt dat die arts heeft gehandeld in noodtoestand en deswege niet strafbaar is te achten. Dit is evenwel anders in een geval als het onderhavige.

6.3.3. In een geval als het onderhavige, dat kan worden gekenmerkt als te behoren tot de in 6.3.1 omschreven gevallen, behoort de rechter aan zijn onderzoek naar de gegrondheid van het beroep op noodtoestand, gelet op de uitzonderlijk grote behoedzaamheid waarmee hij zijn oordeel te dien aanzien dient te vormen, ook ten grondslag te leggen het oordeel van een onafhankelijke deskundige zoals bedoeld in 6.3.2 die in elk geval de patiënt heeft gezien en onderzocht. In verband met 's rechters oordeelsvorming ten aanzien van de vraag of aanvaarding van noodtoestand strookt met maatstaven van proportionaliteit en subsidiariteit, behoort een mede op eigen onderzoek van de patiënt steunend oordeel van een onafhankelijke collega van de verdachte arts zich uit te strekken tot de ernst van het lijden en de uitzichtloosheid daarvan, en in dat verband tot andere mogelijkheden voor hulpverlening. Bij de beoordeling of er sprake is van zo ondraaglijk en uitzichtloos lijden dat daardoor het verlenen van hulp bij zelfdoding als een in noodtoestand gerechtvaardigde keuze is aan te merken, is immers van belang dat van zodanige uitzichtloosheid in beginsel geen sprake kan zijn indien een reëel alternatief om dat lijden te verlichten door de betrokkene in volle vrijheid is afgewezen. Verder zal deze deskundige in zijn onderzoek moeten betrekken de beantwoording van de vraag, of er bij de patiënt sprake is van een vrijwillige en weloverwogen besluitvorming zonder dat diens beslissvaardigheid is beïnvloed door zijn ziekte of aandoening.

6.3.4. Bij gebreke van een zodanig oordeel van een deskundige die de patiënte heeft gezien en onderzocht, had het Hof niet tot het oordeel kunnen komen dat de verdachte als behandelend psychiater voor een onontkoombaar conflict van plichten stond en in die situatie een gerechtvaardigde keuze heeft gedaan. Bij die stand van zaken had het Hof het beroep op noodtoestand moeten verwerpen.

6.4. Het derde middel en in verband daar-

mee ook de motiveringsklacht van het tweede middel zijn derhalve gegrond.

7. Slotsom en afdoening van de zaak

7.1. Het vorenstaande leidt ertoe, dat de bestreden uitspraak ten aanzien van de beslissing omtrent de strafbaarheid van het feit en van de verdachte moet worden vernietigd en dat de zaak in zoverre zou moeten worden verwezen.

7.2. Het na verwijzing mede naar aanleiding van de gegrondheid van het derde middel door de rechter te verrichten onderzoek zal echter - in aanmerking genomen dat in feitelijke aanleg niet is aangevoerd of gebleken dat alsnog kan worden beschikt over de onderzoeksbevindingen van een deskundige, zoals bedoeld in 6.3.3, en de gedingstukken zodanig rapport ook niet inhouden, zodat de rechter, indien de zaak wordt verwezen, de inhoud van een dergelijke rapportage niet mede aan zijn oordeel ten grondslag zal kunnen leggen - onafwendbaar moeten leiden tot de conclusie dat het door de verdachte gedane beroep op noodtoestand moet worden verworpen. Om redenen van een doelmatige rechtspleging doet de Hoge Raad dit thans zelf.

7.3. De omstandigheid dat, zoals uit het vorenoverwogene voortvloeit, het beroep op noodtoestand dient te worden verworpen, leidt - in aanmerking genomen dat door of namens de verdachte geen beroep is gedaan op een andere strafuitsluitingsgrond - tot de beslissing, dat het bewezenverklarde, door het Hof gekwalificeerd als "opzettelijk een ander bij zelfmoord behulpzaam zijn, terwijl de zelfmoord volgt", strafbaar gesteld bij art. 294 Sr, strafbaar is en dat de verdachte deswege strafbaar is.

De persoonlijkheid van de verdachte alsmede de omstandigheden waaronder het bewezen verklaarde feit is begaan, een en ander zoals door het Hof in de bestreden uitspraak tot uitdrukking is gebracht, geven bijzondere redenen welke ertoe leiden dat de Hoge Raad met toepassing van artikel 9a van het Wetboek van Strafrecht geen straf of maatregel zal opleggen.

8. Beslissing

De Hoge Raad:

Vernietigt de bestreden uitspraak, behoudens voor zover daarbij het beroepen vonnis van de rechtbank is vernietigd, doch uitsluitend voor wat betreft de beslissing dat het feit niet strafbaar is, dat de verdachte niet strafbaar is en dat de verdachte is ontslagen van alle rechtsvervolgung;

Verklaart het feit strafbaar en de verdachte deswege strafbaar;

Bepaalt met aanhaling van artikel 9a van het Wetboek van Strafrecht dat aan de verdachte geen straf of maatregel wordt opgelegd.

Dit arrest is gewezen door de vice-president Haak als voorzitter, en de raadsheren Mout, Davids, Van Erp Taalman Kip-Nieuwenkamp en Schipper, in bijzijn van de griffier Sillevius Smitt-Mulder en uitgesproken op 21 juni 1994. •

AUTO-EMBLEEM



DIT TWEEZIJDIG te gebruiken artsen-auto-embles heeft tot doel om in voorkomende gevallen de reden van parkeren op een bepaalde plaats kenbaar te maken.

Dit embleem is naast het bekende raam-embles van plakplastic voor KNMG-leden gratis verkrijgbaar bij de afdeling Verenigingszaken en Public Relations, Postbus 20051, 3502 LD / Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, telefoon: 030-823911.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

Naar een zorgvuldige rapportage

H.Th.P. Cremers

Om de overtuiging te kunnen opleveren dat in een bepaald geval van levensbeëindigend handelen aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan, moet er helder en in begrijpelijk Nederlands rapport over worden uitgebracht.

HET IS ZOVER: levensbeëindigend handelen, waaronder euthanasie, is door de inwerkingtreding per 1 juni 1994 van de Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB), neergelegd in het 'Besluit van 17 december 1993, houdende vaststelling van het formulier, bedoeld in artikel 10, eerste lid, van de Wet op de lijkbezorging', wettelijk erkend als medisch handelen indien van een noodtoestand kan worden gesproken. In ons land heeft de regering echter als haar opvatting kenbaar gemaakt, dat levensbeëindigend handelen niet als noodgedwongen finale behandeling bij het natuurlijk sterven door een fatale ziekte kan worden gezien en dat niet de ziekte maar het handelen met het oog op een versnelde zachte dood de feitelijke doodsoorzaak is. Een niet in het lichaam zelf ontstane doodsoorzaak, anders gezegd een van buitenaf veroorzaakte of toegebrachte doodsoorzaak, maakt het sterven "niet-natuurlijk". Justitie heeft vanouds de wettelijke opdracht niet-natuurlijke doodsoorzaken te beoordelen op mogelijke schuld of misdrijf, met andere woorden op een reden voor een mogelijk op te leggen straf. Wordt er geen reden gevonden om een gerechtelijk onderzoek te gelasten, dan volgt een zogenoemd sepot.

Om gegevens voor die primaire beoordeling te verzamelen bedient Justitie zich doorgaans van de diensten van de politie en van de gemeentelijk lijkschouwer. Bij euthanasie is krachtens een eerdere maatregel, op grond van medeleven met de familie, het primaire onderzoek opgedragen aan alléén de gemeentelijk lijkschouwer, dus zonder politie.

De reeds meerdere jaren bestaande ministeriële richtlijnen, waarbij alleen aan

artsen en aan de gemeentelijk lijkschouwer de taak is toegewezen Justitie van de in die richtlijnen beschreven informatie te voorzien, zijn door de nieuwe AMvB niet alleen bevestigd maar ook uitgebreid, ten einde nog meer informatie te verkrijgen om de noodtoestand als strafuitsluitingsgrond te kunnen beoordelen. Met andere woorden: het feit dat levensbeëindigend handelen wordt erkend, maakt dat handelen niet zonder meer legitiem.

De geldende richtlijnen

Volgens de nu van kracht zijnde Algemene Maatregel van Bestuur wordt van de behandelend arts dan wel uitvoerder van de euthanasie verwacht:

- dat deze er zorg voor draagt, dat eerst een niet aan die arts of aan de patiënt gerelateerde arts de patiënt bij leven bezoekt en (uiteraard) een steunend advies uitbrengt;
- en dat met behulp van 34 vragen met betrekking tot de vereiste zorgvuldigheid een "beredeneerd en volledig schriftelijk verslag" wordt overhandigd aan de gemeentelijk lijkschouwer. Aan de gemeentelijk lijkschouwer is opgedragen de gegevens te verifiëren en een oordeel te geven over het verslag.

Problematiek bij navolging van de richtlijnen

De 'vreemde' consulent

Kan intercollegiale opofferingsgezindheid van vreemde collegae afgedwongen worden op basis van wettelijke voorschriften? Van een arts die noch de arts-verzoeker noch de betrokken patiënt kent, vragen om misschien wel twee uur van zijn toch al bezette werktijd aan een bezoek aan die patiënt te besteden, is véél vragen. Het 'vreemde' gaat er al af door een soortgelijke wederdienst aan te bieden. Mogelijk kunnen lokale verenigingen van artsen een dienstrooster maken of wordt dit een goede tijdbesteding voor vroegtijdige uitreders of gepensioneerden met rijke praktijkervaring: anders zal van het vereiste van het niet-gerelateerd-zijn noodgedwongen moeten worden afgeweken. Werktijd besteden zonder wederdienst of

honorering is, zeker ten gunste van vreemden, niet meer vanzelfsprekend.

Het uitvoerig rapport

Van de uitvoerder van de euthanasie wordt aan de hand van 34 aandachtspunten een beschrijvend rapport gevraagd.

De opstellers van de toelichting vragen geen speciale aandacht voor het feit dat zo'n rapport bedoeld is om juristen te laten oordelen. Mijn vele contacten met Officieren van Justitie hebben mij geleerd dat medisch jargon niet past in het juridisch begrippenkader, evenmin als het juridisch jargon in het medische. Een treffende illustratie hiervan is de open brief aan een Officier van Justitie van de huisarts Van der Linden in MC nr. 17/1994, blz. 550. De Officier van Justitie vroeg nadere uitleg met betrekking tot het 'therapie-resistent' braken. Een jurist begrijpt niet dat daarmee wordt bedoeld dat de patiënt mogelijk sterft van de dorst en van de honger, omdat hij ondanks het uitproberen van alle daartegen bestaande middelen blijft kokhalzen en alles uitbraakt.

Uitleg in voor juristen begrijpelijke taal voorkomt navraag, misverstanden en dientengevolge mogelijk een opdracht aan de politie tot verder onderzoek. Misschien worden hierom in de richtlijnen de bijvoeglijke naamwoorden 'beredeneerd' en 'volledig' gebruikt. Een uitvoerig beschrijvend verslag in eenvoudig taalgebruik maakt de kans op goed begrijpen groter. De uitvoerend arts wordt met het voldoen aan deze richtlijnen extra zwaar belast, bovenop de toch reeds zware last van de stervensbegeleiding.

De gemeentelijk lijkschouwer

De gemeentelijk lijkschouwer heeft als arts leren denken met *zingeving* als leidraad voor zijn handelen. Een jurist wil door de *letter van de wet* te volgen de doelstelling van die wet bereiken. De jurist wil feiten en vervulling van formaliteiten.

Een voorbeeld: In een geval van duidelijke doodslag wordt vergeten de gemeentelijk lijkschouwer in te schakelen - dat gebeurt nogal eens. Er wordt toch - wettelijk fout! - een gerechtelijke sectie ge-

daan. Bij het verzoek het lijk vrij te geven ontdekt de Officier van Justitie de omis-sie en verzoekt alsnog om een lijkschouw door een gemeentelijk lijkschouwer. Dus na een uitvoerige uit- en inwendige schouw (sectie) door de gerechtelijke pa-tholoog-anatoom, als een puur formele daad in plaats van - zoals door de wet bedoeld - een eerste oordelend onder-zoek. Mijn weigering puur formeel te han-delen om de letter van de wet te dienen wordt mij niet in dank afgenomen. Dit ter adstructie van het verschil in denken tus-sen juristen en artsen, waarmee ook de behandelend geneesheer rekening heeft te houden.

Bij de praktische uitvoering van de eerdere richtlijnen bij euthanasie is gebleken dat menig Officier van Justitie de hulp van de gemeentelijk lijkschouwer alleen inroept voor het vergaren van de vereiste feiten en rapporten. Bij de telefonische melding aan de Officier van Justitie stellen de meesten van hen alleen vragen om te toet-sen of de gemeentelijk lijkschouwer ook feitelijk in het bezit is of komt van de ve-erste rapportages en verklaringen en of daarin voldaan blijkt aan de eisen. Alleen Officieren van Justitie bij wie de gemeen-telijk lijkschouwer als deskundig bekend staat, volstaan met de vraag of aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan; een be-vestigend antwoord is dan voldoende om tot het vrijgeven van het lijk te besluiten. Ook volgens de nieuwe formulering van te ondertekenen verklaringen heeft de

gen aan de gemeentelijk lijkschouwer. Toch doen en de gemeentelijk lijkschou- wer en de behandelend geneesheer, ge- zagsgetrouw en collegiaal en sociaal dienstbaar als zij zijn, wat de wet van hen verlangt.

Ofschoon menig Officier van Justitie de

schouwer problematisch en moeten nood- gedwongen beperkingen worden aan- vaard.

Dat een functionaris als de gemeentelijk lijkschouwer een verantwoordelijke rol is toebedeeld, valt ook af te leiden uit een opmerking over het werk van de politie van

Artsen hebben leren denken met zingeving als leidraad voor hun handelen, juristen volgen de letter van de wet

gemeentelijk lijkschouwer bij euthanasie als zijn handlanger ziet, toch kan de laat- ste ook veel betekenen voor de uitvoeren- de arts en de nabestaanden, en wel door een goed en in simpel Nederlands ge- schreven kort verslag op te stellen. Goed in de zin van een heldere verwoording van zijn verificatie van het gebeuren in de rap- porten. Op deze wijze kan hij ertoe bijdra- gen dat de Officier van Justitie met hem tot de overtuiging komt dat aan de gestel- de zorgvuldigheidseisen is voldaan. Want daar gaat het om: ook de gemeentelijk lijk- schouwer moet, door goed en begrijpelijk te rapporteren, de Officier van Justitie in staat stellen op zijn beurt een overtuigend rapport aan de procureur-generaal uit te brengen.

Zelf fundeer ik mijn verificatie op het aan- schouwen van de omstandigheden waar- onder iemand is gestorven, op het aan-

de maatschappijhistoricus Hoogenboom in NRC Handelsblad van 21 april: "Con- trole op informatievergaring is bijna per definitie onmogelijk. Uiteindelijk staat of valt alles met de integriteit van de men- sen die dat werk doen. Er zijn geen juridi- sche en organisatorische controlemo- gelijkheden. De rechtsstaat is afhankelijk van de kwaliteit van de mensen, niet van de regels". Die uitspraak is mijns inziens ook van toepassing op de gemeentelijk lijk- schouwer, op de euthanasietoetsing en op medisch werk in het algemeen.

Besluit

Ingeval van levensbeëindigend handelen moet de behandelend geneesheer een uitvoerig schriftelijk verslag overhandigen aan de gemeentelijk lijkschouwer. Deze voegt daar een aparte verklaring bij. Bei- de bescheiden gaan naar de Officier van Justitie.

Teneinde de overtuiging te kunnen ople- veren dat aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan, dient deze rapportage helder te zijn en in begrijpelijk Nederlands te zijn gesteld. Of men doet dat zo goed moge- lijk of men loopt het risico van storende navraag van Justitie of zelfs ondervraging door de politie. Het is kiezen tussen zelf- gekozen tijdsbesteding vooraf of gedwon- gen tijdsbesteding achteraf. •

H. Th. P. Cremers,

eerste korpsarts Politie Rotterdam-Rijnmond

Het is kiezen tussen zelfgekozen tijdsbesteding vooraf of gedwongen tijdsbesteding achteraf

gemeentelijk lijkschouwer de opdracht de rapportages en het gebeuren te verifiëren, zonder dat in de toelichting is aangege- ven op welke wijze dat moet gebeuren. Gesprekken met topfunctionarissen van het Openbaar Ministerie, Volksgezond- heid en de KNMG en ook intercollegiaal contact leverden wat dit betreft evenmin aanwijzingen op. Het is dus geheel aan de gemeentelijk lijkschouwer overgelaten op welke wijze de verificatie plaatsvindt. Een gemeentelijk lijkschouwer heeft als taak de doodsoorzaak vast te stellen. Hij moet daarvoor vaak op zoek naar meer gegevens dan de lijkschouw alleen hem levert. Bij euthanasie is de doodsoorzaak bekend en is het werk van de gemeen- telijk lijkschouwer puur medisch verifiëren: een Inspectie-taak! Er wordt zo onge- vraagd oneigenlijk gebruik gemaakt van, dan wel een niet-passende taak opgedra-

schouwen van het lijk en op toetsing van het verslag van de uitvoerder door mid- del van een medelevend, voorzichtig so- ciaal-medisch 'getuigen' verhoor van de nabestaanden. Ik maak daarvan een kort verslag, waaruit voor een jurist de beves- tiging van de noodsituatie moet zijn te halen. Om de verificatie te kunnen doen probeer ik werktijd vrij te maken en zo spoedig mogelijk na het sterven ter plaat- se te zijn om met de nabestaanden te pra- ten. Naar mijn mening kan in zo'n situatie niet van nabestaanden worden verwacht dat zij langer dan een uur moeten wach- ten op de gemeentelijk lijkschouwer, als de patiënt in een ziekenhuis is overleden. Is de patiënt thuis overleden, dan kan men op een andere tijd afspreken. Dat geldt uiteraard ook als een snel bezoek in het ziekenhuis niet mogelijk is - soms is feite- lijke verificatie voor de gemeentelijk lijk-

Literatuur

Euthanasie en hulp bij zelfdoding. Aandachtspunten voor de behandelend arts. Meldingsprocedure wettelijk verankerd. Medisch Contact 1994; 49: 697-9.

Circulaire Staatstoezicht Volksgezondheid 94.929.

Artsen en actieve euthanasie

Opinie en praktijk

Y. Kenis

Bijgaand artikel stond in de rubriek 'Vrije Tribune' van het (Belgische) Tijdschrift van de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren (1994, 63: 55-64). Bij de interpretatie van dit onbewerkt overgenomen artikel dient er rekening mee te worden gehouden dat de Nederlandse definitie van euthanasie internationaal nog geen gemeengoed is.

BEHALVE IN NEDERLAND wordt actieve euthanasie op wettelijk vlak overal beschouwd als een misdad. Dit verklaart waarom het niet gemakkelijk is objectieve gegevens bijeen te brengen over de toepassing van euthanasie in de praktijk en de opinie van de artsen dienaangaande. De hieromtrent verschenen literatuur biedt ons echter de mogelijkheid enkele cijfers te vergaren op grond waarvan een tabel van de situatie kan worden opgesteld en een zekere evolutie in de gedragingen en opinies kan worden waargenomen. Deze studie is gebaseerd op alle gegevens die wij konden verzamelen: negen publikaties die vóór 1975 verschenen zijn in de Angelsaksische medische literatuur en vermeld worden in ons literatuuroverzicht,¹ en 24 enquêtes die tussen 1980 en 1993 uitgevoerd (of gepubliceerd) werden.²⁻²⁴ Deze opiniepeilingen hebben plaatsgevonden in de acht volgende landen: België, Luxemburg, Nederland, Frankrijk, Groot-Brittannië, Canada, de Verenigde Staten van Amerika, en in Australië, in de Staten Victoria en South Australia. Een van deze enquêtes, die uitgevoerd werd onder specialisten in de intensieve verzorging, heeft betrekking op de meeste Westeuropese landen: Scandinavië, Groot-Brittannië, Nederland, België, Duitsland, Oostenrijk, Frankrijk, Zwitserland, Spanje, Portugal, Italië.¹⁷ In de hierna volgende analyse werden de gegevens van deze laatste enquête samengebracht. De gemiddelden die voorkomen in de tekst zijn ongewogen gemiddelden die berekend zijn

op basis van de cijfers van iedere tabel. Wij hebben enkel rekening gehouden met de vragen in verband met actieve euthanasie, met andere woorden de handeling waarbij de dood bewust veroorzaakt wordt, uit medelijden, om een einde te maken aan het lijden of om gelijk welke andere ethische reden. Aangezien ik persoonlijk hoop dat er wetbepalingen opgesteld zouden worden die de arts in bepaalde omstandigheden de toelating zouden geven euthanasie toe te passen zonder strafrechtelijk te worden vervolgd, en ik persoonlijk van oordeel ben dat de uitdrukkelijke, dringende en herhaalde wil van de patiënt een conditio sine qua non zou moeten zijn, had ik graag in de verzamelde gegevens een onderscheid gemaakt tussen vrijwillige euthanasie (op verzoek van de patiënt) en euthanasie waartoe beslist werd door de arts. Dit was echter niet mogelijk: sommige vragen (waarvan u verderop voorbeelden vindt aangaande het principe en de legalisering van euthanasie) bieden de mogelijkheid een onderscheid te maken, andere - het merendeel - dan weer niet. Men mag echter veronderstellen dat diegenen die instemmen met het principe van euthanasie, zonder verdere precisering, a fortiori akkoord gaan met het principe van vrijwillige euthanasie.

de frequentie van de verzoeken en van de toepassing van euthanasie), uit de opvatting van de confraters en uit de evolutie van deze opvatting in de loop van de tijd.

Uit de enquêtes blijkt dat gemiddeld 46 procent van de artsen verklaart dat zij geconfronteerd werden met verzoeken om actieve euthanasie (tabel 1). De laagste cijfers zijn afkomstig van studies die uitgevoerd werden vóór 1975 en van een recente Canadese opiniepeiling. Voor de zes andere opiniepeilingen die dienaangaande gegevens verstrekken, schommelen de cijfers tussen 40 en 76 procent. Met uitzondering van Nederland, is het hoogste cijfer (69 procent) afkomstig van een enquête die in 1984 in België uitgevoerd werd door de Artsenkrant. Wanneer men de vóór 1980 uitgevoerde opiniepeilingen niet meerekent, bedraagt het gemiddelde 50 procent. Redelijkerwijze kan men dus stellen dat gemiddeld één op twee artsen geconfronteerd wordt met een verzoek om euthanasie vanwege een patiënt.

De gegevens met betrekking tot de toepassing van actieve euthanasie zijn gebaseerd op negen enquêtes (België, Luxemburg, Nederland, Europa, Verenigde Staten, de Staten Victoria en South Aus-

Het principe van actieve euthanasie wordt momenteel aanvaard door de helft van de artsen en het merendeel van de artsen is voorstander van de legalisering van de toepassing van actieve euthanasie in bepaalde omstandigheden

Ofschoon het voor de hand ligt dat de verstrekte antwoorden grotendeels afhangen van de morele waarden van de ondervraagde persoon, houden de getoonde resultaten (percentages) geen enkele morele beoordeling in. Iedereen beoordeelt ze vrij naar zijn eigen overtuiging. Bij velen groeit deze overtuiging echter niet los van iedere maatschappelijke context, die onder meer is samengesteld uit de kennis van bepaalde feiten (bijvoorbeeld

tralia; tabel 2). Het percentage artsen dat verklaart ten minste één maal euthanasie te hebben toegepast schommelt tussen 12 procent (South Australia 1992) en 54 procent (Nederland 1991). Het gemiddelde bedraagt 29 procent. De Belgische enquête is gebaseerd op een klein staal van 100 huisartsen en de gestelde vraag heeft betrekking op de twee laatste praktijkjaren. Negentien procent geeft een positief antwoord, doch 35 procent van de **2**

Tabel 1. Percentage van de artsen geconfronteerd met een verzoek om actieve euthanasie.

ref.	land	jaar	percentage van de positieve antwoorden	opmerkingen
1 b	Verenigde Staten	1970	12	
8 b	Iowa	1974	18	Traviz en Noyes, geciteerd door Razavi (8b)
6	België	1984	69	
8 a	België	1985	64	verzoeken geformuleerd gedurende de twee laatste jaren (staal van 100 huisartsen)
14	Victoria	1988	40	
11	Californië	1988	57	
18 b	Nederland	1991	76	huisartsen: 80 procent
20 a	South Australia	1992	±50	"almost half"
21	Nederland	1992	66	periode 1986-1989, huisartsen
22	Luxemburg	1993	44	
23 a	Canada	1993	7	

Tabel 2. Percentage van de artsen die actieve euthanasie hebben toegepast.

ref.	land	jaar	percentage van de positieve antwoorden	opmerkingen
8	België	1985	19	geen antwoord: 35 procent
11	Californië	1988	23	Travis en Noyes, geciteerd door Razavi (8b)
14	Victoria	1988	29	
17	Europa	1990	36	specialisten 'intensieve verzorging'
18 b	Nederland	1991	54	huisartsen: 62 procent
19	South Australia	1991	19	29 procent van de artsen die verzocht werden om actieve euthanasie
20 b	South Australia	1992	12	artsen die om actieve euthanasie verzocht werden: 29 procent
21	Nederland	1992	52	
22	Luxemburg	1993	22	

ondervraagde artsen laten deze vraag onbeantwoord, terwijl het percentage van de antwoorden op de andere vragen tussen 92 en 100 lag.

Bijna alle enquêtes bevatten minstens één vraag betreffende het principe van euthanasie (tabel 3). De gestelde vragen waren van het volgende type: "Vindt u het principe van actieve euthanasie aanvaardbaar?", "Stemt u in met het principe om de dood van een patiënt in bepaalde omstandigheden te versnellen?", "Zou een patiënt die aan een ongeneeslijke ziekte lijdt de mogelijkheid moeten hebben om actieve euthanasie te verzoeken?" In sommige enquêtes polste men eerder de eventuele houding van de arts in een gegeven situatie: "Zo een zwaar zieke patiënt u zou vragen hem te helpen sterven, zou u dit dan doen?", "Wat zou u kiezen ten overstaan van een patiënt voor wie alle hoop verloren is: therapeutische hardnekkigheid, passieve euthanasie, actieve euthanasie?" In de Belgische enquête van 1984 werd de volgende vraag gesteld: "Gaat u er, geheel losstaand van uw praktijk mee akkoord dat andere artsen actieve euthanasie toepassen?" Het is het percentage antwoorden op deze laatste

vraag dat wij in aanmerking hebben genomen. Het percentage positieve antwoorden schommelt tussen de 11 (enquête van 1974 vermeld door Brown) en 88 (Nederland, 1991), met een gemiddelde van 48 procent (mediaan van 44 procent). Wanneer men de vóór 1975 uitgevoerde enquêtes niet meerekent, evenmin als de Nederlandse enquête, bedraagt het gemiddelde 46 procent en de mediaan blijft hetzelfde. Wat de zevenentwintig opiniepeilingen in hun geheel betreft, bedraagt het gemiddelde 35 procent vóór 1975, 37 procent tussen 1980 en 1989 en 59 procent (mediaan 61) tussen 1988 en 1993. Voor deze laatste groep bedraagt het gemiddelde 56 procent (mediaan ongewijzigd, 61 procent) wanneer men de Nederlandse enquête niet meerekent. Een zelfde evolutie in de tijd kan worden waargenomen bij de vier opiniepeilingen die uitgevoerd werden in België: 31 procent in 1984, 34 in 1985, 40 in 1987 en 54 in 1993. Men kan dus stellen, dat momenteel gemiddeld één arts op twee, met uitzondering van de Nederlandse artsen, instemt met het principe van actieve euthanasie; in Nederland bedraagt de verhouding 8 op 10 artsen.

Het laatste aspect dat onderzocht werd is de mening van de artsen aangaande de opportuniteit om actieve euthanasie te legaliseren (tabel 4). Enkele voorbeelden van de gestelde vragen: "Bent u voor een wet die actieve euthanasie toelaat?", "Zou u instemmen met een wet die euthanasie legaliseert?", "Bent u voorstander van een wet die actieve euthanasie toelaat, zoals in Nederland?" Dergelijke vragen werden gesteld in acht opiniepeilingen (België 1984 en 1987, Groot-Brittannië 1986, Californië 1988, Victoria 1988, South Australia 1992, Luxemburg 1992, Canada 1992).

Het percentage positieve antwoorden ligt tussen 15 procent (België 1984) en 74 procent (Luxemburg 1992), met een gemiddelde van 48 procent. Men neemt dezelfde evolutie in de tijd waar als voor de vorige vraag: 26 procent vóór 1988, 63 procent tussen 1988 en 1992.

Samenvatting en besluit

Uit een overzicht van een dertigtal enquêtes die uitgevoerd werden onder de artsen van acht Westeuropese landen, van Amerika en Australië (plus een collectieve enquête uitgevoerd onder de specialisten intensieve verzorging van elf Europese landen) blijkt dat ongeveer één arts op twee geconfronteerd werd met een verzoek om actieve euthanasie vanwege een patiënt. Ongeveer één op vier artsen bekent een positief gevolg te hebben gegeven aan dit verzoek (toepassing van actieve euthanasie). Het principe van actieve euthanasie wordt momenteel aanvaard door de helft van de artsen en het merendeel van de artsen is voorstander van de legalisering van de toepassing van actieve euthanasie in bepaalde omstandigheden. Voor ieder van deze vragen wijst de evolutie in de tijd op een stijging van het aantal positieve antwoorden ten overstaan van de rechtvaardiging van actieve euthanasie. Deze gegevens tonen enerzijds duidelijk aan dat de opinie van de artsen dichter bij die van het grote publiek komt te liggen.* Anderzijds vestigen zij de aandacht op de alsmat scherpere wordende tegenstelling tussen de opinie van de artsen en de officiële stellingname van de zogenaamde representatieve artsenorganisaties, zo-

Noot

* Wat de enquêtes bij het grote publiek betreft hebben wij tussen 1980 en 1991 48 enquêtes geregistreerd, die uitgevoerd werden in dertien landen. In al deze enquêtes, op één enkele na, sprak het merendeel van de ondervraagde personen (52 tot 95 procent) zich uit voor actieve euthanasie in bepaalde omstandigheden (bijvoorbeeld voor een ongeneeslijk zieke patiënt die in een terminaal stadium verkeren en ondraaglijke pijn lijdt). In alle Europese landen schommelde het aantal voorstanders van het principe van actieve euthanasie tussen 60 en 85 procent, terwijl het percentage van de tegenstanders tussen 13 en 31 lag (een artikel waarin deze gegevens bijeengebracht zijn, is in voorbereiding).

Tabel 3. Percentage van de artsen die instemmen met het principe van actieve euthanasie.

ref.land	jaar		percentage van positieve antwoorden	opmerkingen
1b	<i>Verenigde Staten en Groot-Brittannië</i>	vóór 1975	11-63	gemiddelde: 35 procent
2	<i>Verenigde Staten</i>	1980	39	
3	<i>Frankrijk</i>	1982	28	
4	<i>Victoria</i>	1983	31-40	
5	<i>Canada</i>	1983	40-47	
6	<i>België</i>	1984	31	
8a	<i>België</i>	1985	34	
9a/b	<i>Groot-Brittannië</i>	1987	30	35 procent zou bereid zijn actie- ve euthanasie toe te passen indien zij legaal zou zijn
10	<i>België</i>	1987	40	
11	<i>Californië</i>	1988	62	
12a/b	<i>Californië</i>	1988	70	
13a/b	<i>Colorado</i>	1988	60	
14	<i>Victoria</i>	1988	62	
15	<i>België</i>	1988	52	"volledig voor: 18 procent; eerder voor: 34 procent"
16	<i>Frankrijk</i>	1990	49	
17	<i>Europa</i>	1990	36	specialisten 'intensieve verzorging'
18a/b	<i>Nederland</i>	1991	88	54 procent heeft actieve euthanasie toegepast en 34 procent zou erin toestemmen in geval van verzoek
22	<i>Luxemburg</i>	1993	72	"zou u bereid zijn euthanasie toe te passen indien zij toegelaten zou zijn bij wet?"
23	<i>Alberta</i>	1993	44	
24	<i>België</i>	1993	54	"actieve euthanasie is aanvaard- baar?"; volledig akkoord 25%; eerder akkoord 21%

Tabel 4. Percentage van de artsen die voorstander zijn van de legalisering van actieve euthanasie.

ref.	land	jaar	percentage van positieve antwoorden	opmerkingen
6	België	1984	15,5	
9a/b	Groot-Brittannië	1987	36	
10	België	1987	24/20	Franstaligen/Nederlandstaligen
11	Californië	1988	69	
14	Victoria	1988	60	
19	South Australia	1992	±50	"more than half"
22	Luxemburg	1993	74	"vindt u dat de wet op dit gebied zou moeten worden hervormd?"
23a	Canada	1993	60	"in favor of legalizing some forme of euthanasia or physician-assisted suicide"

als de World Medical Association, de Orden der geneesheren en de medische vakbonden. België valt binnen dit algemene kader, doch het onderscheidt zich door het lage percentage voorstanders van de legalisering van actieve euthanasie en door het hoge percentage artsen die geconfronteerd werden met een dergelijk verzoek. Niettemin staat één op twee art-


sen positief tegenover het principe van actieve euthanasie (zonder twijfel illegaal uitgevoerd ...). Het grote aantal geneesheren dat zich in Nederland voor het principe van actieve euthanasie uitspreekt, toont aan dat de feitelijke wetgeving die sedert een tiental jaar in dit land bestaat voor de artsen geen bijzondere moeilijkheden met zich brengt

(buiten de moeite die iedere practicus heeft om deze handeling uit te voeren, ook al doet hij het in de overtuiging dat het de laatste dienst is die hij zijn patiënt kan bewijzen).

Op te merken valt, dat al deze gegevens afkomstig zijn van landen die sterk ontwikkeld zijn op economisch en technisch vlak en waar de medische middelen binnen het bereik liggen van het merendeel van de bevolking. Tevens dient gezegd dat de percentages telkens berekend zijn op grond van de verstrekte antwoorden; het percentage van de niet-antwoordenden is heel verschillend van de ene enquête tot de andere en is niet altijd bekend. Ook de grootte van de stalen varieert sterk: van een honderdtal artsen^{8a,22} tot enkele duizenden: 4.345 voor de laatst uitgevoerde enquête in België, met 2008 antwoorden op de vraag in verband met euthanasie.^{24a} Losstaand van de steekproefmoeilijkheden op zich is het dus mogelijk dat de resultaten niet van toepassing zijn op de gehele medische bevolking. De coherente resultaten geven echter een duidelijke tendens weer en vormen bovendien de enige beschikbare gegevens. Juist daarom vonden wij het nuttig ze bijeen te brengen. •

Y. Kenis,
voorzitter Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (ADMD)

Literatuur

1 a. Brown NK, Brown MA, Thompson D. Decision making for the terminally ill. Cancer: The Behavioral Dimensions. New York: Raven Press, 1976.
b. Brown NK, Bulger RJ, Laws EH, Thompson DJ. The preservation life. JAMA 1970; 211 (1): 76.
2. Enquête uitgevoerd onder Amerikaanse obstetrick. 1980.
3. Sofres. Sondage auprès de médecins français. Le Généraliste 1982.
4. Survey of obstetricians and pediatricians in the State of Victoria. 1983.
5. Enquête van de Greb, geciteerd in Boulanger V, Durand G. L'euthanasie problème de société. Montréal: Fides, 1985.
6. Vankeerberghen JP. Resultaten van het referendum van de 'Artsenkrant'. Artsenkrant 1984; 234: 2.
7. Enquête uitgevoerd onder Franse artsen. Tonus, 1984.
8 a. Razavi D, Farvacques CH, Delvaux N. Enquête menée par la CAM. Brussel, 1985 (niet-gepubliceerd).
b. Razavi D, Datto C, Delvaux N. Les euthanasies: intrications des dimensions bioéthiques et psychologiques. Annales médico-psychologiques 1987; 145 (10): 51.
9 a. The attitude of GPs to voluntary euthanasia. British Medical Journal 1987; 294: 1294.
b. Voluntary euthanasia and the doctors. The Voluntary Euthanasia Society Newsletter, May 1987.
10. Au crépuscule de la vie. Le Journal du Médecin 1987; 336.
11. Johnson T and associates (on behalf of the Hemlock Society). Survey of Californian physicians regarding active voluntary euthanasia for the terminally ill. Altadena, 1988.
12 a. San Fransisco Medical Society. Medical Survey. VES of New South Wales Newsletter August 1988; 45: 5
b. Heilig S. The SFMS Euthanasia survey: results and analysis. 

- 12 b. San Francisco Medicine May 1988; 24.
- 13 a. Center for Health Ethics and Policy. Withholding and withdrawing life-sustaining treatment: a survey of opinions and experiences of Colorado physicians. Denver, University of Colorado School of Public Affairs, May 1988.
- b. Survey of Colorado physicians. Hastings Center Report 1989; 19 (1). A special supplement.
14. Kuhse H, Singer P. Doctors' practices and attitudes regarding voluntary euthanasia. The Medical Journal of Australia.
15. Inusop. Enquête chez les médecins belges, 1988.
16. Mapi. Sondages auprès de 455 généralistes. Le Quotidien du Médecin 1990; 4553.
17. Vincent JL. European attitudes towards ethical

- problems in intensive care medicine: results of an ethical questionnaire. Intensive care Medicine 1990; 16: 256.
- 18 a. Van der Maas PJ, Van Delden JJM, Pijnenborg L, Looman CWN. Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. The Lancet 1991; 338: 669.
- b. Van der Maas PJ, Van Delden JJM, Pijnenborg L, Looman CWN. Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. An investigation performed upon request of the Commission of Inquiry into the Medical Practice concerning Euthanasia. Amsterdam: Elsevier 1992, 262 p.
19. Stevens C, Hassan R. The attitudes and practices of medical practitioners and nurses in South Australia towards the management of death, dying and euthanasia. The VE Bulletin, South Australian Voluntary Euthanasia Society 1993; 10 (2): 5.

- 20 a. Many doctors will help. Ves of New South Wales Newsletter November 1992:9.
- b. Fletcher L. Sleeping dogs. Wales news 1992; December:6.
21. Van der Wal G. Euthanasie en hulp bij zelfdoding door huisartsen. Rotterdam: WYT Uitgeefgroep, 1992, 203 p.
22. Euthanasie. Eine Umfrage der Admd-Lunter den Luxemburger Artzen. Bulletin de l'ADMD-L 1993; 11-3.
- 23 a. A survey of Canadian doctors. The Globe and Mail, August 25, 1993 (geciteerd in Goodbye Newsletter 1993; 4 (3), October).
- b. Results of a recent survey of Alberta doctors. Goodbye Newsletter 1993; 4 (3), July.
24. Wie bent u dokter? Artsenkrant 1993, speciale uitgave, 21 december 1993.

B E R I C H T E N

Applicatiecursus medische milieukunde

TNO Preventie en gezondheid (voorheen: NIPG-TNO) organiseert tussen eind november 1994 en medio mei 1995 opnieuw een applicatiecursus 'Medische milieukunde', bestemd voor artsen die bij GGD's werken, bedrijfsartsen en andere artsen die in hun werk te maken krijgen met vragen over de relatie tussen milieu (verontreiniging) en gezondheid. Het cursusprogramma is onderverdeeld in vier modules van tweemaal twee dagen, met

als thema achtereenvolgens: inleiding in de medische milieukunde, toxicologische risico-evaluatie, milieu-epidemiologie en clusteronderzoek, en binnenmilieu, straling en geluidshinder.

Inlichtingen of brochure: TNO Preventie en Gezondheid, drs O.R.W. de Jong, cursusleider, tel. 071-181714/mw P.E.M. Lindeman-Clocquet, bureaucoördinator, tel. 071-181722.

Leergang gezondheidsrecht

Rechtsproblemen vragen in de gezondheidszorg meer en meer de aandacht. Ook binnen het beleid, de wetgeving, de rechtspraak en de rechtspraktijk komen ze steeds vaker aan de orde. Op deze problemen richt zich de 'Leergang gezondheidsrecht', een gezamenlijk initiatief van de secties Gezondheidsrecht van de universiteiten van Rotterdam, Nijmegen, Leiden, Maastricht, Utrecht en Amsterdam (UvA). De volgende thema's worden behandeld tijdens de leergang '94-'95: rechten van patiënten (algemeen en bijzonder), beroepwetgeving, aansprakelijkheid, het gezondheidszorgstelsel, preventie, begin en einde van het leven, en derdenbelangen. Verdere informatie en inschrijfformulieren: Bureau Juridische PAO, Universiteit van Amsterdam, Rokin 84, 1012 KX Amsterdam.

Querido-stipendium

Het Querido-stipendium wordt jaarlijks toegekend aan een persoon die via wetenschappelijk werk, onderwijs of op andere wijze een bijdrage kan leveren aan de bevordering van de preventieve gezondheidszorg in Nederland. In aanmerking komen Nederlanders van ten hoogste 40 jaar die zijn afgestudeerd op het gebied van de preventieve gezondheidszorg, zoals artsen, tandartsen, verpleegkundigen, apothekers, gedragswetenschappers en gezondheidswetenschappers.

Het stipendium is bedoeld als toelage voor noodzakelijk te maken kosten voor een opleiding of stage aan een erkend instituut op het gebied van geestelijke of lichamelijke preventieve gezondheidszorg.

Informatie: Secretariaat Praeventiefonds, Frankenstraat 3, 2582 SC Den Haag, tel. 070-3540300.

Van Emde Boas-Van Usselprijs

In 1995 zal voor de vijfde maal de Van Emde Boas-Van Usselprijs worden uitgereikt. Het gaat om een onderscheiding van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS). In aanmerking voor de prijs komt een man of vrouw, Nederlander of Vlaming, die zich bijzonder verdienstelijk (heeft ge)maakt voor de seksuele en/of het maatschappelijk seksueel

klimaat, op een oorspronkelijke en vernieuwende wijze (heeft ge)werkt binnen de wetenschap en/of een ontwikkeling op gang heeft gebracht of bevordert.

De jury nodigt iedereen uit namen van in aanmerking komende personen door te geven. Correspondentie richten aan: Dr mr C.J. Straver, Lomanstraat 83, 1075 PX, Amsterdam, tel. 020-6794638.

Psychiatrie en filosofie

De Stichting Psychiatrie en Filosofie stelt zich ten doel wetenschappelijk onderzoek te bevorderen in het grensgebied van psychiatrie en filosofie. Men wordt van harte uitgenodigd om werk in te sturen. De stichting gaat na of ingezonden werk in aanmerking komt voor bekroning met de Van Helsdingenprijs 1995 (f 25.000). Het werk moet beantwoorden aan de doelstelling van de stichting en in de Nederlandse taal zijn geschreven.

Nadere informatie/Verzendadres: Dr E. van Leeuwen, p/a Vrije Universiteit, Faculteit der Geneeskunde, Vakgroep Meta-medica FME, Van der Boerhorststraat 7, 1081 BT Amsterdam, tel. 020-4448.214/4448.210.

Het zelfgekozen levenseinde

De patiënt centraal

D.G. Jansen

Euthanasie en hulp bij zelfdoding worden vooral vanuit de medische en de juridisch hoek bekeken. Naar de omstandigheden waaronder en de motivaties waarmee patiënten een verzoek doen om euthanasie zou meer onderzoek moeten worden gedaan. Een persoonlijke impressie.

IN MEDISCH CONTACT 1993/nr. 33-34, blz. 1015, is een uitspraak opgenomen van de rechtbank in Rotterdam die gaat over de rol die een arts speelde bij het zelfgekozen levenseinde van een patiënt. De redactie wijdt in haar beschouwing bij het vonnis aandacht aan de positie van de arts. Wie zich over deze schokkende 'zaak' een oordeel wil vormen, zal toch ook wel iets willen weten over de patiënt. In de uitspraak leest men over hem niet veel meer dan dat hij in 1918 is geboren; hij was 73 jaar toen hij overleed. Het Maandblad Geestelijke Volksgezondheid van juli/augustus 1993 (blz. 723) geeft meer inlichtingen, maar ook daar is de blik voornamelijk gericht op de arts. Ik ga niet op de 'zaak' zelf in, want er is hoger beroep ingesteld. Wel is die aanleiding voor mij in het algemeen de patiënt centraal te stellen en aandacht te vragen voor zijn problemen rond zijn levenseinde. Een tweede aanleiding is, dat ook in het rapport van de commissie-Remmelink alleen de arts aan het woord is en niet ook de patiënt.¹ De commissie vermeldt op blz. 34/35 van haar rapport: "De commissie constateert op deze plaats dat, als gevolg van de opzet van het onderzoek om slechts artsen te benaderen, het onderzoeksrapport geen gegevens bevat over situaties waarin patiënten die een verzoek doen om levensbeëindiging, niet daadwerkelijk op hulpverlening door de arts kunnen rekenen." De onderzoekers vermelden in 'Het onderzoek voor de commissie' op blz. 8 onder het hoofdje 'Het publiek': "Over de vraag of naast de informatie die van artsen zou worden verkregen ook informatie door middel van een publieksenquête nodig zou zijn, is uitvoer-

rig van gedachten gewisseld. Uiteindelijk is besloten een dergelijk onderzoek niet uit te voeren ... (volgen de redenen voor die beslissing en daarna:) Dit betekent overigens niet dat het verkrijgen van informatie uit deze groep onbelangrijk zou zijn. Integendeel, er is al vaak aangetoond dat de communicatie tussen medici en patiënten en andere betrokkenen lang niet altijd vlekkeloos verloopt ..." Deze citaten nodigen uit aandacht te schenken aan de stem van de patiënt.

Op grond waarvan matig ik me als jurist aan uit naam van patiënten over dit onderwerp zinnig te kunnen schrijven? Toen ik 63 was, ben ik als vrijwilliger voor Den Haag en omstreken gaan meewerken aan de (leden)hulpdienst van de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE). Ik doe dit werk nu ruim vijf jaar. Ik kwam met ruim 250 hulpvragers in contact en via hen met verschillende artsen, onder wie psychiaters. De hulpvragen zijn van verschillende aard. Zij kunnen tot verschillende activiteiten leiden: eenvoudige informatie geven, verwijzen naar deskundigen voor het verkrijgen van levenshulp, helpen bij het opstellen van speciale euthanasieverklaringen toegespitst op de situatie van betrokkene (bijvoorbeeld lijdend aan chorea van Huntington of in een onafwendbaar komende uitzichtloze noodsituatie verkerend), het bijstaan van betrokkene bij zijn concrete verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding. Op deze laatste categorie wil ik mij nu verder richten. Daarbij bespreek ik een aantal aspecten dat me is opgevallen. Als ik spreek over 'levensbeëindiging', begrijp ik daaronder: het toepassen van euthanasie en het verlenen van hulp bij zelfdoding.

Het levenseinde

Ik weet niet van alle patiënten die om levensbeëindiging vroegen wat er van hun verzoek is terechtgekomen. Van 38 van deze patiënten weet ik dat ze inmiddels zijn overleden: 7 van hen zagen hun verzoek door hun arts ingewilligd; 8 stierven door eigen hand, van wie 5 op een mijns inziens onwaardige, soms harde wijze (1 door verdrinking, 1 door kogel, 1

door sprong, 2 door plastic zak); 7 stierven een natuurlijke dood, die echter bij 4 personen niets van een milde dood had (1 in ademnood, 3 door niet meer te eten en te drinken); 16 stierven een natuurlijke dood, waarover mij geen bijzonderheden bekend zijn. Anders gezegd: van de 31 patiënten wier verzoek niet werd ingewilligd, hadden er ten minste 15 een inhumane, soms harde dood.

Ik kwam dus gemiddeld per jaar in contact met zeven euthanasieverzoekende en inmiddels overleden patiënten. Dit lijkt mij een hoog aantal. De commissie-Remmelink schat dat een huisarts gemiddeld iets minder dan eenmaal per jaar een verzoek om levensbeëindiging krijgt. Op grond hiervan lijkt me de conclusie gerechtvaardigd dat er bij de ledenhulpdienst van de NVVE een grote concentratie van kennis over de positie van deze patiënten aanwezig is.

Mijn ervaring is, dat de situatie van veel van de patiënten op wie het citaat uit het rapport van de commissie-Remmelink betrekking heeft, zeer hard is. Daarop baseer ik mijn mening dat velen onnodig lijden op het einde van hun leven. Wat zullen de artsen van die vijftien patiënten achteraf hebben gedacht? "Zo iets gebeurt nu eenmaal", of "Had ik maar wel de gevraagde hulp gegeven"? In zaken rond euthanasie gaat het vaak om het conflict van de plicht het leven te behouden en de plicht het lijden te verzachten. Ik denk dat er in een aantal van deze gevallen (tevens) sprake is van een ander conflict van plichten, namelijk enerzijds de uit art. 294 Strafwet voortvloeiende negatieve plicht geen middelen te verstrekken en anderzijds de algemene menselijke plicht een kwaad te voorkomen (te weten: zelfdoding op een wijze die voor betrokkene en anderen - de vinders bijvoorbeeld - afschuwelijk is). Alle 38 personen waren boven de 65 jaar, wilsbekwaam en ongeneeslijk ziek, maar sommigen leden aan een niet-terminale ziekte. Van die laatsten is het dus nog niet zeker of de arts hun verzoek straffeloos had mogen inwilligen; de rechtspraak is op dit punt immers nog niet duidelijk. Ik wijt dit lijden dan ook niet uitsluitend aan

de artsen; de wetgever bestendigt dit eveneens.

Ik besef hoe moeilijk de positie van de arts is. Daarom bel ik de arts die een verzoek om levensbeëindiging heeft ingewilligd na afloop op om hem mijn diepe respect te betuigen voor de weldaad die hij zijn patiënt heeft bewezen. Een vreemde, 'gespleten' situatie: een weldaad die tevens een misdaad is.

De attitude van de arts bij een verzoek om levensbeëindiging

Met dit punt begeef ik mij op glad ijs. Ik kan me niet beroepen op onderzoek of studies op dit gebied. Ik wil ervoor pleiten dat hiernaar onderzoek wordt gedaan. Het hier volgende kan worden gezien als een bijdrage om de lacune aan te vullen die is ontstaan doordat er geen van een publieksenquête is gehouden, waarop de onderzoekers van de commissie-Remmelink wijzen in hun citaat, met name waar zij schrijven dat de communicatie tussen arts en patiënt niet altijd vlekkeloos verloopt.

Schrijvend vanuit de optiek van de patiënt, meen ik nu al wel op enkele reacties van artsen te mogen wijzen die ertoe kunnen leiden dat patiënten zich niet serieus genomen voelen. De reacties die ik hierna noem zijn 'afhoudende' reacties. Op zich is daar niets op tegen. Zij liggen zelfs voor de hand als de arts zich nog geen goed oordeel over de wens van de patiënt heeft kunnen vormen. Ze worden voor een patiënt echter frustrerend als ze worden geuit

Ik noem de reactie waarin wordt getwijfeld aan de oprechtheid van de stervenswens en waarin wordt verondersteld dat betrokkene ambivalent is in die wens. Bijvoorbeeld: een 75-jarige vrouw die al jaren volledig invalide is, verzoekt al enkele jaren van tijd tot tijd om hulp bij zelfdoding. Ze krijgt nu ook nog slokdarmkanker. Die kan best worden bestraald. De vrouw aarzelt of ze wel of niet zal laten bestralen. Ze kiest voor bestralen, maar blijft bij haar verzoek om hulp bij zelfdoding. Bewijst het zich laten bestralen dat ze niet wil sterven? Of heeft die vrouw - verstandig - besloten dat, zolang ze geen hulp bij zelfdoding

Ten slotte noem ik de reactie waarbij wordt aangenomen dat de patiënt depressief is en daardoor niet in staat tot een redelijk oordeel over zichzelf. Het 'sombere' bijvoorbeeld wordt dan niet als een bevestiging van de stervenswens gezien, maar als een uiting van depressief zijn. Natuurlijk moet een arts erop attent zijn of een ernstige mate van depressiviteit het oordeelsvermogen van de patiënt heeft aangetast. Als er aanleiding is dat aan te nemen, dan is een onderzoek daarnaar respectievelijk een behandeling daarvan geïndiceerd. Men kan echter niet volstaan met: u bent depressief.

Ik bel de arts die een verzoek om levensbeëindiging heeft ingewilligd na afloop op om hem mijn diepe respect te betuigen voor de weldaad die hij zijn patiënt heeft bewezen

krijgt, het leven maar zo draaglijk mogelijk moet worden gemaakt?! Ze neemt uiteindelijk haar toevlucht tot een onwaardige wijze van sterven.

Nog enkele voorbeelden van argumenten om ambivalentie aan te tonen en een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding af te wijzen: "Ze lacht af en toe nog, dus ze heeft nog levensvreugde", of: "Het eten smaakt hem nog goed." Deze handelingen of gedragingen van de om hulp verzoekende patiënt vormen geen bewijs voor zijn ambivalentie. Ze geven wel aan-

Zelf vind ik de stervenswens van de patiënten met wie ik te maken krijg vaak begrijpelijk en invoelbaar. Het lijkt me tamelijk vanzelfsprekend dat de opvatting die men heeft over eigen leven en dood en de waarde die men aan het eigen leven zou hechten in bepaalde situaties, bijvoorbeeld de toestand van volkomen afhankelijkheid, een belangrijke rol spelen bij de innerlijke opstelling die men aanneemt tegenover het verzoek van een patiënt om levensbeëindiging. Dat houdt het gevaar in dat men zich te snel met de patiënt identificeert. Ik probeer op mijn hoede te zijn. Met opzet noemde ik reeds als tweede activiteit het verwijzen van de hulpvrager naar deskundigen voor het verkrijgen van levenshulp. De vrijwilligers van de ledenhulpdienst van de NVVE zijn erin getraind en erop gespitst heel goed te luisteren naar het verhaal van de cliënt: gaat het om een roep om hulp, om betere pijnbestrijding, om gezelschap? Dan moet dat worden geregeld.

De vrijwilligers van de hulpdienst zijn erin getraind en erop gespitst heel goed te luisteren naar het verhaal van de cliënt

op een wijze die een gesprek met de patiënt blokkeert. Mijn ervaring is helaas dat dit voorkomt.

Ik noem de reactie waarbij een arts zijn eigen oordeel over de kwaliteit van het leven van de patiënt in de plaats stelt van het oordeel van de patiënt zelf: "U kunt nog dit en dat." "Ik heb patiënten die er even slecht aan toe zijn, maar die nog wel zin in hun leven zien en niet willen sterven." Ik wijs op de vindgrijpheid om oplossingen op het maatschappelijk vlak voor te stellen voor problemen die voor de patiënt begrijpelijkerwijs geen reële oplossingen zijn. Bijvoorbeeld de oplossing voor een zeer zelfbewuste 90-jarige dame, die altijd voor zichzelf had gezorgd, maar die nu invalide en totaal afhankelijk was geworden en die om hulp vroeg bij het zelf beëindigen van haar leven: "U kunt toch naar het verpleeghuis gaan? Daar heeft u contact met anderen; dat zal u opbeuren."

leiding er serieus met de patiënt over te praten, het niet bij veronderstellingen te laten maar erachter te komen of die veronderstellingen juist of niet juist zijn.

Als de in het voorbeeld genoemde vrouw resoluut had besloten zich niet te laten bestralen, als iemand niet meer eet en drinkt, als iemand nooit meer eens lacht maar aldoor 'sombert', dan kan men dat zien als bevestigingen van de stervenswens. Men mag echter niet a contrario redeneren, dat tegengestelde handelingen of gedragingen bewijzen dat de stervenswens niet oprecht kan zijn. Het weigeren van bestraling bijvoorbeeld zou niet snel tot de gewenste milde dood leiden, doch nieuw leed toevoegen. Een weigering zou alleen zin hebben als de arts toezegde dat hij de stervenswens van de patiënt zou inwilligen. Met andere woorden: het zich laten bestralen en de wens om te sterven kunnen naast elkaar bestaan.

Ongelijke behandeling van verzoeken om levensbeëindiging

In zijn proefschrift 'Beslissen om niet te reanimeren' trekt Van Delden uit zijn analyses de conclusie dat de persoon van de arts een zeer belangrijke factor vormt bij de besluitvorming rond reanimatie.² Dat lijkt me ook te gelden voor de beslissingen rond verzoeken om levensbeëindiging. Afgezien van de artsen die principieel tegen euthanasie zijn, ziet men een toenemende bereidheid tot inwilliging naarmate het sterven van de patiënt dichterbij is. Die bereidheid neemt af naarmate het sterven verder weg is. Als een behandelende arts en de door hem geconsulteerde collega('s) het niet verantwoord ach-

ten het verzoek in te willigen, betekent dat niet dat het verzoek in absolute zin niet voor inwilliging in aanmerking zou mogen komen. Andere artsen zouden er wel eens anders over kunnen oordelen.

De patiënten zijn dus in belangrijke mate afhankelijk van de persoon van de arts die ze hebben. Dat geeft een ongelijke behandeling bij (ongeveer) gelijke gevallen en frustratie bij patiënten. Als oplossing wordt in vele rapporten, richtlijnen en dergelijke genoemd: de doorverwijzing van de patiënt naar een arts die wel bereid is. Dit is echter een papieren oplossing, die in de praktijk meestal niet werkt. Het zelf zoeken van een andere arts biedt vaak ook geen uitkomst: de praktijk is vol, de arts neemt geen patiënten van een collega uit dezelfde waarnemingsgroep over, de arts werkt niet buiten zijn wijk (in de grote stad) of er is geen andere arts in de buurt (bijvoorbeeld op het platteland).

Het resultaat op is dat een aantal patiënten op zich zelf is aangewezen. Onvrede met die situatie heeft de Leidse emeritus hoogleraar in de huisartsgeneeskunde dr K. Gill er wellicht toe gebracht het boek 'Waardig sterven' van de Amerikaan Humphry voor Nederland te bewerken.³ Daarin bespreekt hij onder andere de zelfdodingsmethode door middel van een plastic zak - een nooduitgang die in ieder geval minder gruwelijk is dan de harde methoden die iedereen wel kent.

Wat zou de positie van patiënten kunnen verbeteren?

De commissie-Remmeling eindigt haar rapport aldus: "In een land, waar de ken-

nis van de zorg rond de geboorte tot een van de beste ter wereld wordt gerekend, mag die rond het sterven niet te kort schieten."⁴ Daaruit leid ik af dat ook de commissie niet tevreden is met de huidige situatie. Zij wijst erop dat de medische besluitvorming rond het levenseinde meer deskundigheid vereist op medisch-technisch gebied en op dat van de sociale vaardigheden in de omgang met de patiënt die in de stervensfase verkeert. Zij bepleit een betere opleiding van de arts om stervensbegeleiding te geven.

Ik vind het woord 'stervensbegeleiding' te beperkt. Ik pleit voor: begeleiding rond het levenseinde. Dat is een ruimer begrip. Stervensbegeleiding valt eronder, maar ook het spreken over vragen rond het levenseinde, zoals over het weigeren van levensverlengende behandeling, over een levenstestament of euthanasieverklaring, en ook het geven van levenshulp indien daartoe aanleiding is.⁵

Ten slotte: ik schreef in het begin van dit artikel dat ik de Rotterdamse 'zaak' schokkend vind, maar ik zei er niet bij in welk opzicht. Ik vind haar schokkend om de hulpeloze eenzaamheid van die patiënt, die zijn zelfgekozen levenseinde alleen op zo'n onwaardige wijze kon bereiken. Het bewijst onze onmacht: we weten er niet goed raad mee. Dat is hard voor de betrokken patiënten. •

mr D.G. Jansen,

met medeweten van de coördinator van de ledenhulpdienst van de NVVE, mw drs M. Cornelisse-Claassen, psycholoog

P.S.

Met betrekking tot de in de eerste alinea van dit artikel genoemde zaak heeft het Centraal Medisch Tuchtcollege op 16 juni uitgesproken, dat "het college ervan uitgaat dat de betrokken arts hulp heeft verleend bij zelfdoding" en heeft het de maatregel van berisping die het medisch tuchtcollege de arts had opgelegd, gehandhaafd. Volgens de - door de patiënt te hulp geroepen - arts was er sprake van een balanszelfdoding, die de patiënt door verhangning wilde uitvoeren. Zij had hem volledige informatie gegeven over het gebruik van een plastic zak gecombineerd met slaappillen (zoals onder andere vermeld in het in noot 3 vermelde boek) en was op zijn verzoek bij de zelfdoding aanwezig geweest. Ook de huisarts was van mening dat zij de zelfdoding van de patiënt niet meer kon tegenhouden.

De uitspraak van het CMT zal openbaar worden gemaakt.

Dezelfde zaak is nog aanhangig bij het Gerechtshof Den Haag.

Noten

1. Medische beslissingen rond het levenseinde. Commissie Onderzoek Medische Praktijk inzake Euthanasie. Den Haag: Sdu, 1991.

2. Delden JJM van. Beslissen om niet te reanimeren. Een medisch en ethisch vraagstuk. Assen: Van Gorcum, 1993.

3. Humphry D. Waardig sterven. Voorwoord en Nederlandse bewerking door prof. dr K. Gill. Amsterdam: Jan Mets, 1992.

4. Deze zin vertoont opvallend veel overeenkomst met de volgende zin uit het een half jaar eerder verschenen NVVE-rapport inzake hulp bij zelfdodingsvragen, blz. 24: "Zoals in onze westerse wereld het op de wereld komen in de vorm van prenatale zorg intens en uitvoerig wordt bewaakt en begeleid, zo behoort ook het sterven, ook het gevraagde sterven, met warmte, respect, begrip en daadwerkelijke hulp omringd te worden. Het sterven moet 'humaan' worden. Dat is nu vaak niet het geval."

5. Op het belang van overleg tussen arts en patiënt over de opvattingen van de laatste met betrekking tot zijn levenseinde wordt wat de verpleeghuisartsen gewezen in discussienota III van de KNMG-Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen, blz. 40. Het verdient mijns inziens aanbeveling bij opname in ziekenhuizen en verpleeghuizen gebruik te gaan maken van intake-lijsten waarop de vraag voorkomt of de patiënt een schriftelijke verklaring betreffende geneeskundige behandeling (bijvoorbeeld non-reanimatieverklaring, levenstestament of euthanasieverklaring) heeft.

H U L P V E R L E N I N G A A N A R T S E N

Landelijke contactpersonen

mw drs F.M. Arendsen Hein, psychologe, psychotherapeute
Psychotherapeutische Dagkliniek Veluweland,
Klomperweg 175, 6741 PH Lunteren,
tel. 08387-2141

R. Vecht-van den Bergh, psychiater 'Curium'
Endegeesterstraatweg 27,
2342 AK Oegstgeest, tel. 071-170661

J.J.C. Marlet, zenuwarts
Etnalaan 27, 5801 KA Venray, tel. 04780-81610

drs W.H. Melles, theoloog, psychotherapeut
Groot Hertoginnelaan 5, 1405 EA Bussum,
tel. 02159-18361

dr J. Pols
Cederlaan 4, 9401 RC Assen,
tel. 05920-14731 ('s avonds)

prof. dr M.M.W. Richartz
Postbus 88, 6200 AB Maastricht, tel. 043-685330

prof. dr W.J. Schudel
AZR-Dijkzigt, Rotterdam, tel. 010-4633227

dr M.J. van Trommel, psychiater
Terbregsealaan 18, 3055 RG Rotterdam,
tel. 010-4610750

K. Visser, psychiater
Middelstraat 9, 5176 NH Den Moer,
gem. Loon op Zand, tel. 04245-9550

J.M. Komen, huisarts
Prof. Lorentzstraat 13, 7557 AV Hengelo (Ov.),
tel. 074-439046 / 074-912131

W. Chr. F. de Vries
De Wingerd 11, 7641 CT Wierden, tel. 05490-33333 (woensdag- en donderdagavond
tel. 05496-74774)

Anonieme dokters

Werkgroep IJsselstein, tel. 01859-12292

Werkgroep Den Haag, tel. 070-3504601

Partnerwerkgroep Den Haag, tel. 070-3479979/
070-3559547



Wet BOPZ eindelijk van kracht

P.P.J.N. van Ginneken

De verschillen en de overeenkomsten tussen de oude Krankzinnigenwet en de Wet BOPZ op een rij gezet.

OP 17 JANUARI is de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) in werking getreden. Deze wet kwam in de plaats van de verouderde Krankzinnigenwet van 1884. De parlementaire behandeling van het ontwerp van Wet BOPZ heeft ruim 21 jaar gevergd; dit heeft te maken met het controversiële karakter van de materie die erin wordt geregeld (dwangopname en dwangbehandeling). De Wet BOPZ regelt de bijzondere of onvrijwillige opname (tot voor kort meestal 'gedwongen opname' genoemd) van mensen in psychiatrische ziekenhuizen, maar ook in zwakzinnigeninrichtingen en psychogeriatrische verpleeghuizen, en de rechten van deze mensen tijdens hun verblijf aldaar.

Onvrijwillige opname

Onder de Krankzinnigenwet vielen twee besluiten die ten grondslag konden liggen aan een gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis: de rechterlijke machtiging (RM) en de door de burgemeester gegeven inbewaringstelling (IBS). Beide besluiten zijn in de BOPZ gehandhaafd. Er zijn enige wijzigingen aangebracht in de procedure die aan deze besluiten voorafgaat, in de eisen waaraan bij de besluitvorming moet worden voldaan en in het effect van deze besluiten. Tot eind jaren zeventig bestond de beslissing van de rechter iemand gedwongen te laten opnemen in de regel uit niet meer dan het plaatsen van een handtekening. In de loop van de jaren tachtig is het gebruikelijk geworden dat de rechter een ieder hoorde die in een procedure op grond van de Krankzinnigenwet werd betrokken en hem een advocaat toevoegde die hem bij het verhoor kon bijstaan. Deze nieuwe procedureregels werden neergelegd in een serie uitspraken die de Hoge Raad de afgelopen tien jaar deed, daar-

toe aangezet door het zogeheten Winterwerp-arrest van het Europese Hof. De hoorplicht en het recht op rechtsbijstand zijn thans neergelegd in de wet.

De Wet BOPZ voegde een nieuw element aan de procedure toe: de betrokkene heeft in beginsel recht op een onderzoek door een door hem aan te wijzen deskundige. Over rechtshulp bij een IBS bepaalt de BOPZ, dat de burgemeester ervoor zorgt dat de betrokkene "uiterlijk vanaf het tijdstip waarop de beschikking (...) wordt gegeven, wordt bijgestaan door een raadsman". Onder de Krankzinnigenwet werd aan de betrokkene pas enkele dagen na het ingaan van de IBS een advocaat toegevoegd. Over de betekenis van de onduidelijke formule "uiterlijk vanaf het tijdstip" is enige discussie ontstaan. Duidelijk is, dat de wet niet eist dat als de IBS 's nachts wordt afgegeven de advocaat midden in de nacht verschijnt, maar het voldoende is dat deze de betrokkene de volgende dag bezoekt.

Wat de eisen betreft waaraan voor een onvrijwillige opname moet worden voldaan, kan op de eerste plaats worden vastgesteld dat het gevaarscriterium dat de laatste tien jaar door de Hoge Raad is ontwikkeld: de eis dat betrokkene een gevaar oplevert voor zichzelf, voor anderen of voor de algemene veiligheid van personen of goederen, thans in de wet is vastgelegd.

Een nieuwe eis die de BOPZ voor onvrijwillige opname stelt, is dat het gevaar niet buiten het psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend. De rechter moet telkens nagaan of een opname kan worden voorkomen doordat de betrokkene bijvoorbeeld ambulante begeleiding krijgt, een ander huis of een werkster. Verwacht mag worden dat deze nieuwe eis het aantal onvrijwillige opnames doet dalen. Onder de BOPZ moet de RM- of IBS-procedure worden toegepast in alle gevallen waarin de betrokkene "geen blijk geeft van de nodige bereidheid" tot opname. Onder deze formule vallen niet alleen degenen die tegen opname bewaar maken, maar ook degenen die daartegen geen bezwaar maken maar er evenmin mee instemmen. Onder de Krankzinnigenwet

werden uitsluitend de mensen van de eerste groep met een RM of een IBS opgenomen, terwijl de mensen van de laatste groep 'vrijwillig' werden opgenomen. De wetgever was van mening dat ook de mensen van de laatste groep door de wet moeten worden beschermd. De hier beschreven verandering zal, als het goed is, het aantal onvrijwillige opnames doen toenemen.

Onder de Krankzinnigenwet was het vanzelfsprekend dat het ziekenhuis iemand die met een RM of een IBS was opgenomen op een gesloten afdeling mocht plaatsen. Onder de Wet BOPZ verschaft een RM of een IBS het ziekenhuis daarvoor geen legitimatie meer - wel om de patiënt op het ziekenhuisterrein te houden.

Interne rechtspositie

Onder 'interne rechtspositie' verstaat men: de rechten en plichten van de patiënt tijdens zijn verblijf in het ziekenhuis. De Krankzinnigenwet bevatte hierover geen bepalingen. Gedurende de laatste twintig jaar heeft de rechter er een aantal uitspraken over gedaan. Deze jurisprudentie is niet zo consistent. De Wet BOPZ bevat een uitvoerige regeling van de interne rechtspositie van de patiënt.

Aan de patiënt wordt zo spoedig mogelijk nadat hij is opgenomen schriftelijk meegedeeld wie zijn behandelaar is. De behandelaar stelt in overleg met de patiënt een behandelsplan op. Het plan komt pas tot stand nadat hierover tussen behandelaar en patiënt overeenstemming is bereikt. Het moet op schrift worden gesteld. Het plan moet zo zijn opgesteld dat een regelmatige evaluatie ervan mogelijk is.

Voor het mogen uitvoeren van het behandelsplan is het niet voldoende dat de patiënt ermee heeft ingestemd; tevens is vereist dat de patiënt zich niet tegen de uitvoering van het plan verzet. Het staat de patiënt dus vrij zich op elk door hem gewenst ogenblik te verzetten tegen de uitvoering van een bepaald onderdeel van het plan. De behandelaar mag dan niet met de behandeling beginnen of moet de behandeling staken.

Als de behandelaar meent dat de pa- **■**

tiënt niet in staat is zijn wil met betrekking tot de voorgestelde behandeling te bepalen, moet hij het behandelingsplan opstellen in overleg met de echtgenoot, de wettelijk vertegenwoordiger of - als dezen ontbreken - de naaste (familie)betrekkingen van de patiënt. Het plan mag niet worden uitgevoerd als de vertegenwoordigers zich ertegen verzetten.

Dwangtoepassing

Hoofregel van de BOPZ is dat dwangtoepassing niet is toegestaan; de behandelaar mag de patiënt bijvoorbeeld niet separeren of een injectie toedienen als deze zich daartegen verzet.

Op deze regel laat de BOPZ twee uitzonderingen toe: ten eerste mag de behandelaar een middel dat in het behandelingsplan is genoemd, onder dwang toepassen

van degene die de dwang toepast feitelijk vast te stellen. Voor zover dit onderscheid wel bruikbaar zou zijn, heeft de wetgever het in elk geval vertroebeld door dwang met een therapeutische intentie alleen toe te staan als dat ter beveiliging nodig is (volstreekte noodzaak ter afwending van ernstig gevaar).

De patiënt kan de rechten die hij tijdens zijn verblijf in het ziekenhuis heeft, handhaven door gebruik te maken van het klachtrecht: hij kan een klacht indienen bij het bestuur van het ziekenhuis. Het bestuur kan de klachten ofwel zelf behandelen, ofwel een commissie daarmee belasten. Intussen is duidelijk dat vrijwel alle ziekenhuisbesturen ervoor hebben gekozen een klachtencommissie in te stellen. Enkele besturen meenden de klachten-

regeling ruimer dan die welke zojuist werd beschreven: ook de vrijwillig opgenomen patiënten kunnen er gebruik van maken en geklaagd kan worden over elk jegens een patiënt genomen besluit; anderzijds is ze beperkter: de klager kan geen beroep doen op de rechter.

Zwakzinnigeninrichtingen en psychogeriatrische verpleeghuizen

Tot voor enige maanden werden opnemingen in zwakzinnigeninrichtingen en psychogeriatrische verpleeghuizen - op een enkele uitzondering na - gerealiseerd zonder dat daaraan een RM of IBS ten grondslag lag. Deze instellingen hadden dus vrijwel niets met de Krankzinnigenwet te maken. Sinds januari van dit jaar hebben ze wel met de BOPZ te maken. Het gaan werken volgens de regels van de BOPZ zal naar verwachting veel van deze instellingen vergen.

Met het oog op de opname in deze instellingen maakt de BOPZ het eerder genoemde onderscheid tussen degenen die tegen opname bezwaar maken en degenen die daartegen geen bezwaar maken maar er evenmin mee instemmen. Als het gaat om iemand die behoort tot de eerste groep, is voor opname een RM of een IBS vereist; bij iemand uit de tweede groep moet een onafhankelijke indicatiecommissie worden ingeschakeld. De commissie gaat allereerst na of betrokkene toch geen bezwaar tegen opname maakt door hem er uitdrukkelijk op te wijzen dat hij bezwaar kan maken. Vervolgens gaat de commissie na of is voldaan aan de eis dat betrokkene zich ten gevolge van de geestesstoornis niet buiten de inrichting kan handhaven. Oordeelt de commissie positief, dan geeft zij haar fiat tot opname. Maakt de betrokkene vroeg of laat bezwaar tegen opname of verblijf, dan moet alsnog een RM of een IBS worden verkregen.

Wat de interne rechtspositie van de bewoners van deze instellingen betreft, zou ik willen opmerken dat er behandelingsplannen moeten komen (daar zorg- of begeleidingsplannen genoemd), dat de Inspectie waarschijnlijk meer greep op het geheel zal krijgen doordat de instellingen noodmaatregelen en dergelijke moeten gaan registreren en melden, en dat de positie van de familieleden van een bewoner kan worden versterkt doordat zij kunnen klagen over bepaalde jegens de bewoner getroffen maatregelen. •

mr P.P.J.N. van Ginneken,
senior wetenschappelijk medewerker
Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv)

De BOPZ kent het klachtrecht behalve aan de patiënt zelf ook toe aan de medepatiënten en aan bepaalde familieleden en vertegenwoordigers van de patiënt

"voor zover dit volstrekt noodzakelijk is om ernstig gevaar voor de patiënt of anderen (...) af te wenden". Hieruit blijkt, dat het gaat om een zware eis waaraan niet licht zal zijn voldaan.

Men spreekt in dit geval van 'dwangbehandeling'. Ten tweede mag de behandelaar dwang toepassen "ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties".

Een middel ter overbrugging van een noodsituatie mag slechts gedurende korte tijd worden toegepast. De duur mag hoogstens zeven dagen zijn. Dit betekent, dat voor zover het om medicatie gaat alleen medicijnen met een korte werkingsduur zijn toegestaan. Als de behandelaar nadat een noodmaatregel zeven dagen lang is toegepast van mening is dat de toepassing nog moet worden voortgezet, mag hij dit alleen doen als aan de eis voor dwangbehandeling is voldaan.

Het verschil tussen beide vormen van dwang is: bij dwangbehandeling is de toepassing van het middel in het behandelingsplan opgenomen (daarin staat bijvoorbeeld de afspraak dat de patiënt wordt gesepareerd als hij zich agressief gedraagt), bij dwang ter overbrugging van een noodsituatie is dit niet het geval.

Vaak wordt het verschil tussen beide vormen van dwang ook gezocht in de intentie bij de toepassing ervan: bij dwangbehandeling heeft de dwang een therapeutische intentie en bij dwang ter overbrugging van een noodsituatie een beveiligingsintentie. Naar mijn mening is dit onderscheid juridisch niet hanteerbaar, aangezien het niet mogelijk is de intentie

behandeling te kunnen opdragen aan de geneesheer-directeur. In twee gevallen werd deze constructie afgekeurd door de rechter: aangezien de geneesheer-directeur de eindverantwoordelijkheid draagt voor de behandeling van de patiënten, zou de onpartijdigheid van de klachtenbehandeling in de knel komen.

De BOPZ kent het klachtrecht ook toe aan de medepatiënten en aan bepaalde familieleden en vertegenwoordigers van de patiënt. Zij kunnen klagen over: het oordeel van de behandelaar dat de patiënt wilsonbekwaam is, het niet-toepassen van een overeengekomen behandelingsplan, het toepassen van een dwangbehandeling, het toepassen van een middel ter overbrugging van een noodsituatie en het beperken van het recht op bewegingsvrijheid, bezoek of telefoonverkeer.

Nadat een klacht is ingediend, hoort de klachtencommissie de klager en de aangeklaagde. De commissie kan de aangevochten beslissing schorsen. Zij moet binnen de extreem korte termijn van twee weken een uitspraak doen, waarbij zij de klacht gegrond of ongegrond verklaart. Als de commissie de klacht ongegrond verklaart of niet binnen twee weken een uitspraak doet, kan de klager het oordeel van de rechter vragen. De rechter beslist binnen vier weken.

Tegen het einde van de parlementaire behandeling van het ontwerp van Wet BOPZ werd daarin via een amendement nog een aanvullende regeling van het klachtrecht opgenomen. Enerzijds is deze



Opnemen en behandelen met de BOPZ

A.J. Tholen

De procedure en de criteria voor onvrijwillige opname veranderen door de BOPZ niet ingrijpend. Wel is er een verandering van de praktijk te verwachten door de in die wet uitgebreid vastgelegde rechten van de patiënt tijdens diens onvrijwillig verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis.

DE WET Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) regelt de rechten van patiënten voor en tijdens de opname. De wet biedt garanties voor een zorgvuldige rechtsgang en een goede zorg, onder andere door behandelaars en directies van ziekenhuizen een aantal plichten op te leggen. Dwangbehandeling is binnen bepaalde regels en met zorgvuldige verslaglegging en berichtgeving weer toegestaan. Ook psychiatrische afdelingen van algemene en academische ziekenhuizen (PAAZ en PUK) kunnen nu patiënten met een rechterlijke machtiging (RM) opnemen. Voor psychogeriatrische patiënten of zwakzinnigen die tegen opname bezwaar maken, dienen nu eveneens inbewaringsstellingen- (IBS-) en RM-procedures te worden gevolgd.

In deze bijdrage wil ik eerst stilstaan bij de geneeskundige verklaring voor opname met een inbewaringstelling of rechterlijke machtiging in psychiatrische ziekenhuizen. Vervolgens stel ik aan de orde: de wilsbekwaamheid, het behandelingsplan, het toepassen van middelen en de behandeling zonder toestemming van de patiënt. De regelingen betreffende de huisregels, het dossier en de berichtgeving aan derden (waaronder de Inspectie) blijven buiten beschouwing, evenals het klachtrecht.

Geneeskundige verklaring

De Krankzinnigenwet bepaalde dat een geneeskundige verklaring niet mocht worden geschreven door iemand die was verbonden aan de inrichting waar de gedwongen opname zou plaatsvinden.

Onder de BOPZ mag dit wel. In geval van een IBS gaat de voorkeur wel uit naar een niet-behandelend psychiater of arts.

Een geneeskundige verklaring voor een rechterlijke machtiging kan in de BOPZ slechts worden afgegeven door psychiaters of zenuwartsen die niet bij de behandeling betrokken waren. In sommige regio's zal het moeilijk zijn een met deze materie vertrouwde psychiater of zenuwarts te vinden die niet bij de eerdere behandeling betrokken was. Daar komt bij, dat de beste beoordeling van het gevaar van mogelijke alternatieven voor de dwangopname (mantelzorg, thuiszorg, bemoeizorg) misschien wel plaatsvindt door de eerdere behandelaar van deze vaak chronisch patiënten. De wetgever heeft hier het principe van de onafhankelijke beoordeling laten prevaleren om de mogelijk terechte vrees voor ingrijpen vanuit frustratie en overmatig verantwoordelijkheidsgevoel te voorkomen. Opmerkelijk is, dat deze onafhankelijke beoordeling niet vereist is bij de (jarenlange) verlengingen van de rechterlijke machtiging. De geneeskundige verklaring kan dan worden afgegeven door de psychiater van de behandel- of verblijfsafdeling. Waarom hier geen onafhankelijke beoordeling door een met revalidatie en ambulante alternatieven vertrouwde psychiater?

Criteria voor onvrijwillige opname

Onvrijwillige opname kan plaatsvinden indien naar het oordeel van de burgemeester en/of de rechter een stoornis van de geestvermogens gevaar veroorzaakt dat niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend. In het geval van een IBS dient dat gevaar onmiddellijk en dreigend te zijn.

Voor opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen is nieuw, dat niet alleen bij bezwaar tegen opname een IBS- of RM-procedure vereist is, maar ook indien de patiënt niet in staat is blijk te geven van *de nodige bereidheid* tot opname. Veel patiënten die geen teken van bereidheid noch van bezwaar geven zullen er bij op-

names in psychiatrische ziekenhuizen waarschijnlijk niet zijn.

Degene die de geneeskundige verklaring uitschrijft moet, indien dat enigszins mogelijk is, de betrokkene onderzoeken en overleg plegen met de huisarts. Hij zal moeten nagaan of er een *alternatief voor de onvrijwillige opname* is. Bij de evaluatie van de wet over drie jaar zal moeten worden nagegaan of toevoeging van dit criterium enige betekenis heeft gehad. Veel van die alternatieven, zoals thuiszorg, intensieve ambulante begeleiding en acute deeltijdbehandeling moeten nog worden ontwikkeld en georganiseerd. Daar komt bij, dat het onder dwang opleggen van ambulante behandeling, bijvoorbeeld met antipsychotica, niet kan. Dat is slechts mogelijk aan de achterdeur van het algemeen psychiatrisch ziekenhuis, in het kader van een voorlopig ontslag.

Het bestaan van een geestesstoornis, alsook het vereiste dat het *gevaar door een geestesstoornis veroorzaakt* wordt, worden over het algemeen op gezag van de arts aangenomen (Van Ginneken). Bij een gebrekkige of ziekelijke stoornis van de geestvermogens gaat het volgens de regering om ernstige stoornissen van de vermogens tot denken, voelen, willen, oordelen en doelgericht handelen. In tegenstelling tot de regering rekent de Hoge Raad persoonlijkheidsstoornissen daar wel onder, althans indien een gebrekkige gedragsbeheersing daarbij gevaar oplevert. Op de BOPZ-formulieren voor de geneeskundige verklaring hoeft niet te worden ingevuld of het gevaar wordt veroorzaakt door de geestesstoornis.

Het cruciale criterium voor onvrijwillige opname is het *gevaarscriterium*, dat de Hoge Raad al sedert 1982 hanteert. Voorheen kon een psychiater een patiënt met een rechterlijke machtiging laten opnemen indien hij kon aantonen dat dit noodzakelijk of wenselijk was in het belang van de openbare orde of van de betrokkene zelf. Voor de inbewaringstelling was al sedert 1970 de aanwezigheid van een onmiddellijk dreigend gevaar vereist. Sedert 1982 hanteert de Hoge Raad voor de rechterlijke machtiging ook het gevaarscriterium, dat nu in de BOPZ is opge-

nomen. De Hoge Raad heeft in tientallen uitspraken de voorlopige contouren van het gevaarscriterium geschetst:

Geen gevaar werd aanwezig geacht bij ernstige overlast, met uitzondering van de situatie van iemand die 's nachts schreeuwend met luide muziek en open ramen een explosieve situatie in de buurt creëerde. Ook gevaar voor de algemene veiligheid van personen of van goederen bleek zelden een rechtsgrond voor onvrijwillige opname te zijn. Bij ernstige schade biedt het strafrecht mogelijkheden.

Gevaar voor zichzelf is een erkende rechtsgrond voor onvrijwillige opname, zeker indien er een risico is dat iemand zichzelf zal doden of ernstig zal verminken. Dat geldt ook bij vrees voor maatschappelijke en sociale ondergang en ernstige zelfverwaarlozing, met name op hygiënisch gebied, bijvoorbeeld het nalaten van insuline-injecties of behandeling van ernstige infecties.

Gevaar voor anderen - in de vorm van huisvredebreuk met geweld, het toebrengen van verwondingen of het lastig vallen van kinderen - is volgens de Hoge Raad een aanwijzing voor voldoende gevaar. Het gevaarscriterium in de BOPZ is dus een voortzetting van de huidige praktijk.

Wilsbekwaamheid

De als verantwoordelijk aangemerkte behandelaar dient zo spoedig mogelijk, na overleg met de vorige behandelaar en de huisarts, een behandelingsplan op te stellen. De patiënt wordt van voldoende informatie voorzien en om instemming gevraagd. De behandelaar dient te beoordelen of de patiënt tot een wilsbepaling in staat is. Een patiënt kan als wilsbekwaam worden beschouwd als hij er blijk van geeft de op zijn bevattingvermogen afgestemde informatie te begrijpen naar de mate die voor de aard en reikwijdte van de aan de orde zijnde beslissing noodzakelijk is (werkgroep WVC en Justitie, 1994).

Indien de patiënt niet in staat kan worden geacht tot wilsbepaling met betrekking tot de voorgestelde behandeling, dient te worden overlegd met de echtgenoot, wettelijk vertegenwoordiger, of ingeval dezen ontbreken, met de naaste (familie)betrekkingen van de patiënt. Als de patiënt zich verzet tegen de behandeling kan het behandelingsplan niet worden uitgevoerd. Wilsonbekwaamheid is dus geen grond voor uitvoering van het behandelingsplan, ook al is er overeenstemming met de echtgenoot of wettelijk vertegenwoordiger. Het vaststellen van wilsonbekwaamheid is bij zich verzettende patiënten pas zinvol als een dwangbehandeling wordt overwogen vanwege een ernstig gevaar.

Bij wilsonbekwaamheid zonder verzet kan worden behandeld, indien over het behan-

delingsplan overeenstemming is bereikt met de echtgenoot, de wettelijk vertegenwoordiger of, indien dezen ontbreken, de naaste (familie)betrekkingen. Bij wilsonbekwame patiënten zal de behandelaar, indien vervangende toestemming door echtgenoot of anderen niet wordt gegeven, moeten afwegen of hij de behandeling alsnog doorzet.

Behandelingsplan

Over het behandelingsplan heeft de regering bij besluit nadere regels opgesteld. In het behandelingsplan dienen de therapeutische middelen te worden opgenomen waarmee het gevaar, op grond waarvan de patiënt in het psychiatrisch ziekenhuis moet verblijven, wordt weggenomen. Tevens dienen erin te worden opgenomen: alle vrijheidsbeperkende maatregelen die zijn toegesneden op de individuele problematiek en dus geen deel uitmaken van de huisregels. Het behandelingsplan dient schriftelijk te worden vastgelegd met een afschrift aan de patiënt.

De bevindingen uit de klachten en het onderzoek moeten zo worden geordend dat de somatische, de psychiatrische en de sociale aspecten van de stoornis inzichtelijk worden gepresenteerd. Regelmatig moet het plan worden geëvalueerd, waarbij de therapeutische middelen in verband worden gebracht met de verschillende aspecten van de stoornis. In de evaluatie dient te worden onderzocht en schriftelijk te worden vastgelegd of de inzet van middelen bijdraagt aan het doel: een zodanige verbetering van de stoornis van de geestvermogens van de patiënt te bereiken dat het gevaar op grond waarvan deze in het psychiatrisch ziekenhuis moet verblijven, wordt weggenomen.

Behandeling zonder toestemming

De aan- of afwezigheid van wilsbekwaamheid is volgens de wet geen criterium bij het zonder toestemming toepassen van behandeling. Behandeling zonder toestemming is mogelijk in twee situaties:

1. indien strikt noodzakelijk, om ernstig gevaar voor de patiënt of anderen, voortvloeiend uit de stoornis van de geestvermogens, af te wenden. Dat deel van het behandelingsplan dat nodig is om het ernstige gevaar af te wenden, kan dan worden uitgevoerd. De wetgever heeft overwogen een beperking op te leggen van het soort behandeling dat onder dwang kan worden toegepast. De regering heeft daarvan afgezien, waardoor ook elektroconvulsieve therapie (ECT) onder dwang kan worden toegepast;

2. indien er sprake is van een tijdelijke noodsituatie waarin het behandelingsplan niet voorziet. Het gaat dan om een nood-

oplossing, waarbij de behandeling tijdelijk wordt aangepast. Uitgangspunt blijft het overeengekomen behandelingsplan. De middelen en maatregelen die in een dergelijke noodsituatie kunnen worden toegepast zijn beperkt tot: afzondering, separatie, fixatie, medicatie en toediening van voedsel en vocht. Belangrijk is de bepaling, dat deze middelen en maatregelen niet langer dan een week kunnen worden toegepast. Dat betekent niet dat ze moeten stoppen, maar dat ze binnen een week onderdeel dienen te zijn van een behandelingsplan. Dat plan moet dus, liefst eerder, worden opgesteld. Terwijl middelen en maatregelen een noodoplossing vormen, dient het behandelingsplan aan een structurele oplossing te werken. Voor behandelaren, die jarenlang niet waren geautoriseerd tot behandeling onder dwang, betekent dit een ommezwaai. Een verplichting is nu, maatregelen als gedwongen voeding en separatie niet meer eindeloos te laten voortduren, maar structureel aan te pakken.

Dwangbehandeling dient vooraf aan de Inspectie te worden gemeld. Somatische zieken kunnen met de BOPZ niet onder dwang worden behandeld; daarvoor is het wachten op de Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).

Conclusie

De procedure en de criteria voor onvrijwillige opname veranderen door de BOPZ niet ingrijpend. De zorgvuldigheid van de rechtsgang en de voorwaarden voor opname zijn iets aangescherpt. Wel is er een verandering van de praktijk te verwachten door de nu uitgebreid vastgelegde rechten van de patiënt tijdens diens onvrijwillig verblijf. Het informed consent, met als basis het behandelingsplan, komt centraal te staan. Ondanks de werkbelasting voor behandelaren kan dit ook meer winst opleveren dan de beoogde rechtsbescherming. Systematische verslaglegging en evaluatie, inzichtelijk voor de patiënt, hoeven niet alleen gezien te worden als lastige wettelijke verplichtingen. Het geven van voorlichting en het overleg over het behandelingsplan kunnen een belangrijk middel zijn om de autonomie, de wilsbekwaamheid en de werkkrelatie te verbeteren. De wettelijke verplichting behandelingsplannen op te stellen kan het ontwikkelen van protocollen bevorderen. Voor de psychiatrische praktijk is het zeer relevant hoe in de jurisprudentie het criterium 'ernstig gevaar' zal worden beoordeeld als het gaat om dwangbehandeling. •

dr A.J. Tholen,
klinisch geriater, Academisch Ziekenhuis
Groningen

Waarschuwing wegens lichtvaardig afgeven verklaring

Uitspraak Medisch Tuchtcollege te Groningen 13 december 1993

HET MEDISCH Tuchtcollege te Groningen heeft de navolgende beslissing gegeven inzake de klacht, ingediend door A, huisarts te C, tegen mw B, als arts verbonden aan de bedrijfsgezondheidsdienst van X te C, 1993/15.

1. Verloop van de procedure

Bij brief van 29 april 1993 heeft klager een klacht ingediend tegen de aangeklaagde arts. Bij brief van 21 juni 1993 heeft aangeklaagde de verweer gevoerd.

Het college heeft de klacht behandeld ter zitting van 25 oktober 1993 in aanwezigheid van beide partijen.

2. De klacht

De klacht luidt - zakelijk weergegeven - als volgt:

Klager is verwikkeld in een procedure met zijn gewezen echtgenote. Zijn gewezen echtgenote was verslaafd aan het gebruik van alcohol. Over deze problematiek hebben klager en aangeklaagde in het verleden telefonisch overleg gehad.

In de bedoelde procedure is door de gewezen echtgenote van klager een verklaring van 4 september 1992, door aangeklaagde geschreven op het briefpapier van de bedrijfsgezondheidsdienst, overgelegd van de volgende inhoud:

"... ken ik sinds november 1985. Ik heb met haar uitsluitend contact gehad in de arts-patiëntrelatie.

"Op de spreekuurkaart staat d.d. 8 april '87 voor het eerst het vermoeden dat zij door haar echtgenoot wordt geslagen.

"Op 21 februari 1991 vertelde zij mij tijdens een huisbezoek dat haar man haar met een mes bedreigd had en gezegd haar in elkaar te zullen slaan.

"Op 1 oktober 1991 bracht zij een bezoek aan mij tijdens het bedrijfsgeneeskundig spreekuur. Op mijn vraag hoe het kwam dat zij er zo slecht uitzag en blauwe plekken had in het gezicht en op de benen liet zij mij elders op het lichaam meerdere letsels zien en zei dat zij op 20 september door haar echtgenoot mishandeld was, waarbij hij haar o.a. met de vuist in het gezicht had geraakt. Zij had daarvan aangifte gedaan bij de politie.

"Met toestemming van betrokkene zou ik inzage kunnen geven in de spreekuurgegevens."

Klager heeft tegen deze verklaring en de afgifte daarvan de volgende bezwaren:

a. Aangeklaagde was op de hoogte van de

verslavingsproblematiek van zijn gewezen echtgenote en heeft daarover telefonisch contact met klager opgenomen om daarover overleg te plegen; dit was een intercollegiaal contact.

b. Aangeklaagde heeft in haar verklaring vermoedens geuit, die zij dan adstrueert door mededelingen van horen zeggen van zijn gewezen echtgenote.

c. Zij heeft klager niet over de vermoedens en mededelingen gehoord, zodat zij zich niet van de juistheid heeft kunnen vergewissen, zulks terwijl zij op de hoogte behoort te zijn van de mechanismen in de verslavingsproblematiek, zoals ontkenning en de schuldvraag.

d. Zij heeft door de afgifte van de verklaring, die geen medische zaak dient, de stemmingsmakerij ondersteunt.

Klager betwist de juistheid van de inhoud van de verklaring en is van mening dat aangeklaagde zeer onzorgvuldig jegens hem heeft gehandeld.

3. Het verweer

Het verweer luidt - zakelijk weergegeven - als volgt:

De aantekening van 1987 is afkomstig van een collega.

Aangeklaagde had met de gewezen echtgenote van klager te maken in verband met haar ziekteverzuim.

Aangeklaagde was op de hoogte van het alcoholprobleem van de gewezen echtgenote van klager. Gezien de vertrouwelijkheid van haar mededelingen heeft aangeklaagde nooit de behoefte gevoeld een gesprek met klager aan te gaan.

In 1991 ging het niet goed met de gewezen echtgenote van klager. Zowel op 21 februari 1991 als op 1 oktober 1991 heeft zij zeer gedetailleerde en emotionele verklaringen aangegehoord. Op 1 oktober 1991 heeft zij zelf de genoemde letsels geconstateerd. De gewezen echtgenote van klager vertelde toen ook dat zij aangifte had gedaan bij de politie, die haar had geantwoord dat er gebrek aan bewijs was. Aangeklaagde wist dat de verklaring naar de advocaat van de gewezen echtgenote van klager ging.

Een jaar later vroeg de gewezen echtgenote van klager of aangeklaagde bereid was op papier te zetten wat zij had gezien en gehoord. Aangeklaagde heeft dat gedaan zonder conclusies te trekken. De verklaring is een weergave van hetgeen haar is verteld.

De enige keer dat aangeklaagde contact heeft

gehad met klager was telefonisch in 1988 of eerder. Hij heeft toen enkele mededelingen gedaan die zij voor kennisgeving heeft aangenomen.

Aangeklaagde heeft niet met derden over deze zaak gesproken, met uitzondering van het hoofd van de dienst en twee juridische medewerkers van de Dienst Algemene Bestuurlijke en Juridische Zaken van X te C, waarbij zij als bedrijfsarts werkzaam is.

Beoordeling van de klacht

Het college stelt vast, dat de bedoelde verklaring is geschreven op het briefpapier van de X te C Bedrijfsgezondheidsdienst en door aangeklaagde is ondertekend met haar naam met de toevoeging 'bedrijfsarts'. Dit betekent dat aangeklaagde de verklaring beroepshalve heeft opgesteld. Zij heeft deze opgesteld op verzoek van de gewezen echtgenote van klager en was ervan op de hoogte dat deze verklaring aan de advocaat van klagers gewezen echtgenote zou kunnen worden overhandigd. Zij wist dus, althans zij had kunnen en moeten beseffen, dat deze verklaring voor een ander dan een medisch doel zou kunnen worden gebruikt. Afgezien van de inhoud van de verklaring, acht het college het laakbaar dat aangeklaagde deze verklaring heeft opgesteld en afgegeven terwijl zij wist dat anderen dan beroepsgenoten hiervan kennis zouden kunnen nemen. Daar komt nog bij dat aangeklaagde ook nog met derden, ook al waren deze ook in dienst van X, heeft gesproken.

Het college is van mening, dat de verklaring onzorgvuldig is opgesteld. Aangeklaagde stelt, dat klagers gewezen echtgenote haar vroeg op papier te zetten wat zij had gezien en gehoord. Als aangeklaagde al meende dit te mogen doen, dan had zij de aantekening van haar collega uit 1987 niet moeten vermelden en had zij wel moeten vermelden met welke klachten en problemen de gewezen echtgenote van klager bij haar was gekomen. Aangeklaagde heeft niet aangegeven in welke hoedanigheid zij contact had met klagers gewezen echtgenote, behoudens in de tweede zin: "arts-patiëntrelatie". Naar het oordeel van het college was er geen sprake van een arts-patiëntrelatie; immers, zij had - zoals aangeklaagde ter zitting verklaarde - met klagers gewezen echtgenote te maken als bedrijfsarts in verband met ziekteverzuim; onduidelijk is in hoeverre de bezoeken op 21 februari en 1 oktober 1991 met haar functie te maken hadden. Daar-

gelaten dat het college van oordeel is dat aangeklaagde in het geheel geen verklaring mocht afgeven, is het van mening dat de verklaring niet neutraal te lijkt zijn opgesteld. Het college acht de klacht gegrond en besluit alle omstandigheden in aanmerking nemende tot het opleggen van de maatregel van waarschuwing. In verband met het nog steeds voorkomen van het lichtvaardig afgeven van verklaringen door artsen acht het college het in het algemeen belang dat deze beslissing in geanonimiseerde vorm wordt bekendgemaakt.

5. Beslissing

Het Medisch Tuchtcollege te Groningen, Rechtdoende,

Legt aan de aangeklaagde arts de maatregel van waarschuwing op,

Gelast dat deze beslissing op de wijze als voorgeschreven bij artikel 13b van de Medische Tuchtwet wordt bekend gemaakt door toezending met het verzoek tot plaatsing aan de Nederlandse Staatscourant en aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Medisch

Contact en het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.

Aldus gewezen door mr R.J.C. Wessels, plv. voorzitter, prof. dr J.N. Homan van der Heide, lid-geneeskundige, mw drs P.W. Chin A Paw-v.d. Sloot, lid-geneeskundige, drs F.G.H. de Noord, lid-geneeskundige, drs J.B. Schneider, plv. lid-geneeskundige, bijgestaan door mr M.P. Dorhout, secretaris, en uitgesproken op 13 december 1993 door de voorzitter, in tegenwoordigheid van de secretaris. •

Z I E K T E I N D E L I T E R A T U U R



Bittere oogst

TOEN IK aan de junk was, was ik aan de junk en niemand legde mij wat in de weg. De smerissen niet, de lui van de opiumwet niet, niemand", staat in 'Lady sings the blues', de levensbeschrijving van Billie Holiday. In schoolmeisjesachtig proza beschrijft haar ghostwriter een hard leven vol prostitutie, heroïne, drank en geweld. Een fascinerend boek, al neemt zij met de werkelijkheid regelmatig een loopje. 'Faction' dus, zoals de Engelsen het noemen.

Billie Holiday was een mooie, indrukwekkende vrouw, die heel haar leven vocht tegen een aangeboren ziekte: haar huidskleur. Voor de blanke big band van Artie Shaw was ze te zwart, voor het zwarte orkest van Count Basie moest ze haar gelige huid donkerder maken. Om die reden verliet zij het orkest. Althans dat is de reden die zij geeft, Basie is een andere mening toegedaan: ze was te onberekenbaar.

De heroïne houdt haar op de been, de drank doet haar steeds meer wankelen. Ze weet dat zij er niet van afkomt en is soms doodziek. Klam zweet, koude rillingen, koorts. De eerste keer laat ze zich nog vrijwillig opnemen. De tweede

keer wordt ze tot opname in een vrouwen-gevangenis veroordeeld. "Mensen aan de dope zijn zieke mensen", zegt zij. Maar de kuur in de gevangenis had ze ook alleen kunnen toepassen door zichzelf in een kamer op te sluiten en de sleutel weg te gooien. Het mocht nauwelijks een 'kuur' heten, want ze lieten haar niet geleidelijk ontwennen. "Ze smijten je in het ziekenhuis, zetten de spuit in de kast en kijken hoe je lijdt. De eerste nachten was ik klaar voor het einde. Ik dacht dat ik gewoon zou ontploffen."

Haar stem gaat steeds meer naar dood klinken. Het volle gelaat heeft inmiddels plaats gemaakt voor een ingevallen gezicht met gezwollen ogen in een uitgemergeld lichaam. De bittere oogst van een hard leven. Ze heeft slechts één vriendin: haar secretaresse (een diabetespatiënte) geeft haar liever schone naalden dan de zoveelste waarschuwing. Daarnaast blijft er het voortdurende gebrek aan geld om aan dope te komen. Zij toont zich echter creatief in het verstoppen ervan; zo bewaart ze bankbiljetten in haar vagina. Maar uitgeteerd of niet, de grandeur blijft. In 1958 trad zij op tijdens het Monterey openlucht-jazzfestival. Als zij 'I only have

eyes for you' zingt, nadert in de verte een vliegtuig. De straalmotoren overspoelen even later het unieke stemgeluid van Billie Holiday. Maar als het vliegtuig verdwijnt, keert ze langzaam hoorbaar terug, met haar unieke, raspende, sensuele stem, die perfecte dictie en timing, alsof nooit weggeweest. "Languid in movement and speech", zoals Oscar Peterson het omschreef in zijn ode *Lady Day*.

Een jaar later werd ze in New York van het podium geholpen, zes dagen later ging ze het ziekenhuis in. De politie arresteerde haar op bed, nadat een verpleegster sporen van een wit poeder op haar neus had waargenomen. Ze namen haar bezittingen in beslag: naast stripboeken en chocolaatjes ook een kleine dosis heroïne. Met een agent voor de deur van haar ziekenhuiskamer overleed zij. 's Morgens verscheen haar grafschrift als graffiti op een muur in Harlem: "On the morning of July 17 Lady Day split the scene" •

Frans Meulenbergh,
coördinator standaardenontwikkeling bij
het Nederlands Huisartsen Genootschap

Salarisrichtlijnen per 1 juli 1994

L A D

Per 1 juli 1994 zijn de bedragen van de salaris-richtlijnen niet-CAO-inkomens aangepast overeenkomstig de consumentenprijsindex (*reeks werknemerslaag, afgeleid*) van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Dit percentage

bedraagt 0,8%. De richtlijnen voor de zogeheten trendvolgers zijn per 1 april 1993 met 4% aangepast, conform de afspraak die de CAO-partijen bij de CAO-Ziekenhuiswezen hebben gemaakt betreffende de aanpassing van de salarissen. Betreffende een eventuele aanpassing per 1 april 1994 zijn partijen nog in onderhandeling. De uit-

komst van deze onderhandelingen zal ongetwijfeld aandacht krijgen in de pers. Op dat moment zijn de richtlijnen voor de trendvolgers op aanvraag beschikbaar. Hiervoor kunnen instellingen en personen die deze richtlijnen gebruiken zich wenden tot het bureau der LAD, Postbus 20058, 3502 LB Utrecht, tel. 030-823344 of 823348.

BIJLAGE I

Richtlijnen met doorberekening prijscompensatie

HOOFDSTUK I

Categorie I	per 1.7.94	Categorie II	per 1.7.94
1e jaar	f 5.437	1e jaar	f 7.376
2e jaar	f 5.782	2e jaar	f 7.664
3e jaar	f 6.132	3e jaar	f 7.957
4e jaar	f 6.465	4e jaar	f 8.248
5e jaar	f 6.777	5e jaar	f 8.543
6e jaar	f 7.088	6e jaar	f 8.835
7e jaar	f 7.376	7e jaar	f 9.130
8e jaar	f 7.664	8e jaar	f 9.421
9e jaar	f 7.957	9e jaar	f 9.733
10e jaar	f 8.248	10e jaar	f 10.049
11e jaar	f 8.543	11e jaar	f 10.361
12e jaar	f 8.835	12e jaar	f 10.677
13e jaar	f 9.130	13e jaar	f 10.991
14e jaar	f 9.421	14e jaar	f 11.303

Categorie III	per 1.7.94	Categorie IV	per 1.7.94
1e jaar	f 9.130	1e jaar	f 10.991
2e jaar	f 9.421	2e jaar	f 11.303
3e jaar	f 9.733	3e jaar	f 11.747
4e jaar	f 10.049	4e jaar	f 12.160
5e jaar	f 10.361	5e jaar	f 12.643
6e jaar	f 10.677	6e jaar	f 13.084
7e jaar	f 10.991	7e jaar	f 13.533
8e jaar	f 11.303	8e jaar	f 13.979
9e jaar	f 11.747	9e jaar	f 14.409
10e jaar	f 12.160	10e jaar	f 14.843
11e jaar	f 12.643	11e jaar	f 15.268
12e jaar	f 13.084	12e jaar	f 15.697
13e jaar	f 13.533	13e jaar	f 16.125
14e jaar	f 13.979	14e jaar	f 16.559

HOOFDSTUK IV

- Punt 4.1.**
Specialistentoelage: per 1.7.94 n x f 482
- Punt 4.2.**
Sociaal-geneeskundigentoelage: per 1.7.94 2 x f 482
- Punt 4.3.**
Huisartsentoelage: per 1.7.94 1 x f 482

HOOFDSTUK VI

Vakantietoeslag en vakantiedagen
De vakantietoeslag welke de LAD adviseert is 8%, welk bedrag in de pensioengrondslag dient te worden opgenomen.

HOOFDSTUK VII

- Punt 7.1. Beginnende artsen**
Voor deze categorie geldt de volgende regeling: per 1.7.94
- | | | |
|---------|----------------------|---------|
| 1e jaar | aanvang categorie I | f 5.437 |
| 2e jaar | 3e jaar categorie I | f 6.132 |
| 3e jaar | 5e jaar categorie I | f 6.777 |
| 4e jaar | aanvang categorie II | f 7.376 |
- Vervolgens doorlopend in categorie II, totdat het maximum is bereikt.
- Punt 7.2. Assistent-geneeskundigen**
- | | | | |
|-----------------|--------------|--------------|--------------|
| per 1.7.94 | opl.
4 jr | opl.
5 jr | opl.
6 jr |
| aanvangssalaris | f 5.789 | | |
| tweede jaar | f 6.018 | | |
| derde jaar | f 6.274 | | |
| vierde jaar | f 6.555 | f 482 | |
| viijfde jaar | f 6.835 | f 482 | f 482 |
| zesde jaar | f 7.093 | | f 964 |
| zevende jaar | f 7.348 | | |
| achtste jaar | f 7.609 | | |
| negende jaar | f 7.866 | | |

HOOFDSTUK VIII

- Punt 8.2. Vergoeding voor wachtdiensten**
De vergoeding voor bereikbaarheidsdiensten wordt per 1 juli 1994:
- een bereikbaarheidstoelage voor elke werkdag van f 54 voor ma. t/m vr. van 18.00 tot 08.00 uur de volgende morgen;
 - een bereikbaarheidstoelage voor de za. en zo. elk van f 74 deze dienst loopt van za. 08.00 uur t/m ma. 08.00 uur

HOOFDSTUK IX

- Uurtarief**
Het uurtarief is per 1 juli 1994 als volgt:
- voor artsen die voldoen aan de criteria voor inschaling in categorie I f 82
 - voor artsen die voldoen aan de criteria voor inschaling in categorie II f 100
 - voor artsen die voldoen aan de criteria voor inschaling in categorie III en IV f 150

• C S G • C H V G • S R C • S G R C • H V R C •

BIJLAGE II

Richtlijnen rekening houdend met arbeidstijdverkorting

De prijscompensatie die ingeleverd is in ruil voor arbeidsduurverkorting was van 1 januari 1983 tot 1 juli 1986 8,33%.
Het aantal equivalente vrije dagen was daarbij 22 dagen:

per 1 januari 1983	2,06%	5 dagen	per 1 januari 1985	1,44%	4 dagen (afgerond)
per 1 juli 1983	0,44%	1 dag	per 1 juli 1985	1,26%	3 dagen
per 1 januari 1984	1,92%	5 dagen	per 1 januari 1986	0,91%	2 dagen
per 1 juli 1984	0,08%	2 dagen	per 1 juli 1986	0,08%	-

HOOFDSTUK I

Categorie I	per 1.7.94	Categorie II	per 1.7.94
1e jaar	f 4.984	1e jaar	f 6.801
2e jaar	f 5.300	2e jaar	f 7.064
3e jaar	f 5.617	3e jaar	f 7.332
4e jaar	f 5.935	4e jaar	f 7.600
5e jaar	f 6.248	5e jaar	f 7.871
6e jaar	f 6.538	6e jaar	f 8.138
7e jaar	f 6.801	7e jaar	f 8.405
8e jaar	f 7.064	8e jaar	f 8.674
9e jaar	f 7.332	9e jaar	f 8.960
10e jaar	f 7.600	10e jaar	f 9.250
11e jaar	f 7.871	11e jaar	f 9.535
12e jaar	f 8.138	12e jaar	f 9.827
13e jaar	f 8.405	13e jaar	f 10.111
14e jaar	f 8.674	14e jaar	f 10.398

Categorie III	per 1.7.94	Categorie IV	per 1.7.94
1e jaar	f 8.405	1e jaar	f 10.111
2e jaar	f 8.674	2e jaar	f 10.398
3e jaar	f 8.960	3e jaar	f 10.806
4e jaar	f 9.250	4e jaar	f 11.216
5e jaar	f 9.535	5e jaar	f 11.622
6e jaar	f 9.827	6e jaar	f 12.031
7e jaar	f 10.111	7e jaar	f 12.440
8e jaar	f 10.398	8e jaar	f 12.849
9e jaar	f 10.806	9e jaar	f 13.243
10e jaar	f 11.216	10e jaar	f 13.639
11e jaar	f 11.622	11e jaar	f 14.030
12e jaar	f 12.031	12e jaar	f 14.422
13e jaar	f 12.440	13e jaar	f 14.816
14e jaar	f 12.849	14e jaar	f 15.212

HOOFDSTUK IV

Punt 4.1.

Specialistentoelage: per 1.7.94 n x f 443

Punt 4.2.

Sociaal-geneeskundigetoelage: per 1.7.94 2 x f 443

Punt 4.3.

Huisartsentoelage: per 1.7.94 1 x f 443

HOOFDSTUK VI

Vakantietoeslag en vakantiedagen

De vakantietoeslag welke de LAD adviseert is 8%, welk bedrag in de pensioengrondslag dient te worden opgenomen.

HOOFDSTUK VII

Punt 7.1. Beginnende artsen

Voor deze categorie geldt de volgende regeling: per 1.7.94

1e jaar aanvang categorie I	f 4.983
2e jaar 3e jaar categorie I	f 5.617
3e jaar 5e jaar categorie I	f 6.248
4e jaar aanvang categorie II	f 6.801

Vervolgens doorlopend in categorie II, totdat het maximum is bereikt.

Punt 7.2. Assistent-geneeskundigen

per 1.7.94	opl. 4 jr	opl. 5 jr	opl. 6 jr
aanvangssalaris	f 5.300		
tweede jaar	f 5.512		
derde jaar	f 5.750		
vierde jaar	f 6.027	f 443	
vijfde jaar	f 6.303	f 443	f 443
zesde jaar	f 6.541		f 886
zevende jaar	f 6.773		
achtste jaar	f 7.010		
negende jaar	f 7.248		

HOOFDSTUK VIII

Punt 8.2. Vergoeding voor wachtdiensten

De vergoeding voor bereikbaarheidsdiensten wordt per 1 juli 1994:

- een bereikbaarheidstoelage voor elke werkdag van f 50 voor ma. t/m vr. van 18.00 tot 08.00 uur de volgende morgen;
- een bereikbaarheidstoelage voor de za. en zo. elk van f 69 deze dienst loopt van za. 08.00 uur t/m ma. 08.00 uur

HOOFDSTUK IX

Uurtarief

Het uurtarief is per 1 juli 1994 als volgt:

- voor artsen die voldoen aan de criteria voor inschaling in categorie I f 75
- voor artsen die voldoen aan de criteria voor inschaling in categorie II f 92
- voor artsen die voldoen aan de criteria voor inschaling in categorie III en IV f 134

A M B U L A N T

- 6 SEPTEMBER -

DI.

Academisch Medisch Centrum Amsterdam:
PAOG-nascholing 'Jeugdgezondheidszorg' met als onderwerp: 'OME' en 'Gokverslaving bij middelbare scholieren'.

Doelgroep: artsen en verpleegkundigen die werkzaam zijn in de jeugdgezondheidszorg.
Inlichtingen: PAOG, tel. 020-5664801.

- 14 SEPTEMBER -

WO.

Erasmus Universiteit te Rotterdam:

studiedag 'Kwaliteit van leven in medisch onderzoek'.

Doelgroep: klinische onderzoekers, huisartsen-onderzoekers en allen die betrokken zijn bij patiëntgebonden onderzoek.

Inlichtingen: HCO, Erasmus Universiteit Rotterdam, mw M.A.F.H.W. Wenckebach, tel. 010-4087880.

- 15 EN 16 SEPTEMBER -

DO./VR.

Hotel Heidepark te Bilthoven:

workshop 'Medisch management en ziekenhuisorganisatie', georganiseerd door de Erasmus Universiteit en de LSV.

Inlichtingen: Bureau LSV, mw L. Hené, tel. 030-823290.

- 16 SEPTEMBER -

VR.

Stadsparkpaviljoen te Groningen:

themapag 1994 'Ongezonder genezen', georganiseerd door de Huisartsopleiding Groningen en de Deskundigheidsbevordering Noord-Nederland.

Inlichtingen: Secretariaat Huisartsopleiding Groningen, tel. 050-632974.

- 16 SEPTEMBER -

VR.

De Eenhoorn te Amersfoort:

congres 'Ouder- en Kindzorg ... Ook voor ouders?'

Doelgroep: wijkverpleegkundigen, cb-artsen, wetenschappers en anderen die zich betrokken weten bij de ontwikkeling binnen de Ouder- en Kindzorg.

Inlichtingen: IIT, tel. 05920-11914.

- 16 SEPTEMBER -

VR.

Jaarbeurs te Utrecht:

consensusbijeenkomst 'Depressie bij volwassenen', georganiseerd door het CBO op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie in samenwerking met onder andere het Nederlands Huisartsen Genootschap.

Inlichtingen: CBO, tel. 030-960647.

- 17 SEPTEMBER -

ZA.

Orpheus te Apeldoorn:

congres 'Samenwerking arts - fysiotherapeut, nieuwe wegen', georganiseerd door de Stichting Ergonomie en Preventieve fysiotherapie.

Inlichtingen: ST.E.P. Congresorganisatie, tel. 074-426688.

- 17 SEPTEMBER -

ZA.

Radboudziekenhuis te Nijmegen:

congres 'Gezondheid en Milieu', bestemd voor geïnteresseerden in de gezondheid-milieuproblematiek.

Inlichtingen: mw drs M. Verheuvél, tel. 010-4558201.

- 21 EN 28 SEPTEMBER, 5 OKTOBER -

Scandic Crown Hotel te Utrecht:

leergang 'Financieel Management van non-profit organisaties', georganiseerd door het Nederlands Studie Centrum.

Inlichtingen: mr N.J. Mookhoek en mw N. van 't Hoen, tel. 010-4349966.

- 22 SEPTEMBER -

DO.

Laboratorium voor Fysiologie te Leiden:

cursus 'Vorderingen in de verpleeghuisgeneeskunde'.

Doelgroep: (verpleeg)huisartsen, klinisch geriateren en zij die in opleiding zijn voor deze specialismen.

Inlichtingen: Bureau van de Boerhaave Commissie, tel. 071-275292.

- 22 SEPTEMBER -

DO.

Academisch Medisch Centrum Amsterdam:

PAOG-cursus 'Behandelingsstrategie van aandoeningen van het bewegingsapparaat', bestemd voor: onder anderen huisartsen, verzekeringsgeneeskundigen en bedrijfsartsen (de cursus vindt ook plaats op 24 november).

Inlichtingen: bureau PAOG-Amsterdam, Carla Schoof, tel. 020-5664801.

- 22 T/M 24 SEPTEMBER -

Golden Tulip te Amsterdam:

Combined Meeting Dutch Pain Society & Pain Society of Britain and Ireland.

Inlichtingen: Congressecretariaat (Tonne Verdonk), tel. 040-852212.

- 29 EN 30 SEPTEMBER -

DO./VR.

Hotel Inttel te Zutphen:

werkkonferentie 'Managementparticipatie van medisch specialisten, op weg naar een andere organisatie?', georganiseerd door het NZI.

Inlichtingen: Dienst Opleidingen & Congressen NZI, mw M. Donkersloot, tel. 030-739291.

- 30 SEPTEMBER -

VR.

Universiteit Twente Enschede:

symposium 'Whiplash-trauma post-whiplashsyndroom, letsel en dysfunctie', bestemd voor neurologen, huis-, bedrijfs- en revalidatieartsen, verzekeringsgeneeskundigen, anesthesisten, psychologen en fysiotherapeuten.

Inlichtingen: dr G.J. van Hoytema Stichting, tel. 053-892409.

- 4 OKTOBER -

DI.

Academisch Medisch Centrum Amsterdam:

PAOG-nascholing 'Jeugdgezondheidszorg' met als onderwerpen: 'Dyslexie' en 'Op weg naar een beter borstvoedingsbeleid'.

Doelgroep: artsen en verpleegkundigen die werkzaam zijn in de jeugdgezondheidszorg.
Inlichtingen: PAOG, tel. 020-5664801.

- 5 OKTOBER -

WO.

Gertrudiskapel te Utrecht:

middag-symposium 'Recht en moraal in de biomedische praktijk', georganiseerd door het Centrum voor bio-ethiek en gezondheidsrecht.

Inlichtingen: mr B.M.J. de Kanter-Loven, tel. 030-534384/533499.

- 6 EN 7 OKTOBER -

DO./VR.

Congrescentrum Koningshof te Veldhoven:

nascholingscursus Medische Oncologie, bestemd voor internisten, medisch oncologen, andere specialisten en arts-assistenten in opleiding.

Inlichtingen: Congressecretariaat, tel. 073-429285.

- 6 EN 7 OKTOBER -

DO./VR.

Hotel Heidepark te Bilthoven:

workshop 'Kosten en kwaliteit: rol medische staf bij kwaliteitsbeleid en budgettering', georganiseerd door de Erasmus Universiteit en de LSV.

Inlichtingen: Bureau LSV, mw L. Hené, tel. 030-823290.

- 6 EN 7 OKTOBER -

DO./VR.

MECC te Maastricht:

Tweede Europees congres over thuiszorg, bestemd voor personen die werkzaam zijn in de extramurale of de intramurale gezondheidszorg.

Inlichtingen: Europese Vereniging van Thuisorganisaties, tel. (09-32) 2.7393511.

- 7 OKTOBER -

VR.

De Balie te Amsterdam:

studiemiddag 'Maagdelijkheid in onze multiculturele samenleving', georganiseerd door de Rutgers Stichting.

Doelgroep: huisartsen, gynaecologen, RIAGG/AMW-medewerkers.

Inlichtingen: Aletta Jacobshuis, tel. 020-6168603.

- 7 OKTOBER -

VR.

De Eenhoorn te Amersfoort:

symposium 'Uw positie in het veld; samenwerking in de sportgezondheidszorg'.

Doelgroep: huis- en sportartsen, ziekenhuizen, sport-medische adviescentra, verzekeraars, GG & GD, specialisten en fysiotherapeuten.

Inlichtingen: Sanasport, tel. 080-658302.

- 7 OKTOBER -

VR.

De Doelen te Rotterdam:

symposium EMD 'De huisarts en het elektronisch medisch dossier - 'Op voorschrift', georganiseerd door de vakgroep Medische Informatica van de Erasmus Universiteit, de LHV en het NHG.

Doelgroep: huisartsen, doktersassistenten en medewerkers van universitaire huisartseninstituten.

Inlichtingen: Symposiumsecretariaat EMD '94, mw R.J.J.R. Scholte en mw D.I.M. de Jong, tel. 010-4087050.