



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

EEN BELEMMERING WEGGENOMEN

De minister en de staatssecretaris van Financiën hebben ingediend een ontwerp van wet ter fiscale begeleiding van verplichte deelneming in een bedrijfs- of beroepspensioenregeling. De materiële inhoud van het ontwerp is een wijziging van de Wet op de inkomstenbelasting, die het mogelijk gaat maken de verplichte bijdrage ingevolge een pensioenregeling niet tot het loon te rekenen en niet in aanmerking te nemen bij de winstberekening. Anders gezegd: de premie, betaald aan een beroepspensioenregeling, waaraan men als beroepsgenoot verplicht is deel te nemen, wordt

aftrekbaar — althans indien het ontwerp tot wet wordt verheven.

Een ernstige belemmering op de weg naar realisering van een beroepspensioenregeling — waartoe de Landelijke Huisartsen Vereniging weleer het initiatief heeft genomen en dat met alle energie is blijven vóórstaan — is daarmee opgeheven. Het is niet aan te nemen dat dit ontwerp van wet bij het parlement op grote tegenstand stuit. Toen het ontwerp van wet „Verplichte deelneming in een beroepspensioenregeling” — een raamwet — werd ingediend in juli 1969, waarbij de mogelijkheid werd geopend tot het instellen van deze beroepspensioenregelingen, waaraan deelneming door beroepsgenoten verplicht zal zijn, is er in het voorlopig verslag der Tweede Kamer van verscheidene kanten op gewezen — zie M.C. no 14/1970 — dat zodanige beroepspensioenregelingen nooit van de grond zouden kunnen komen indien een fiscale begeleiding zou blijven ontbreken. De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, toentertijd de heer Roolvink, stelde zich op het standpunt — tevoren ook reeds ingenomen door de Sociaal Economische Raad — dat een fiscale paragraaf in deze „raamwet” niet thuis behoorde; de minister wenste niet te treden op het terrein van zijn ambtgenoot van Financiën.

Hoewel er op genoemd Voorlopig Verslag een Memorie van Antwoord is verschenen, is aan de parlementaire behandeling van de „raamwet” geen voortgang gegeven; men achtte het weinig zinvol de behandeling van het ontwerp voort te zetten zolang een daarbij noodzakelijk geachte fiscale begeleiding ontbrak. Die ligt dan nu ter tafel in de vorm van

26e JAARGANG — No. 43 — 29 OKTOBER 1971

INHOUD

Een belemmering weggenomen	1115
De toekomst van het vrije beroep	1116
Ledenvergadering der L.S.V.	1117
„Pensioen dat deelt in de welvaart”, een brochure van de L.S.V.	1122
Medische ethiek en gezondheidszorg	1123
Regeling bevoegdheden en verplichtingen van de assistent-arts	1125
Het nieuwe bestel betreffende de vergoeding voor poliklinische hulp in academische ziekenhuizen	1127
De pil niet in het ziekenfondspakket? ...	1136
Varia	1137

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

Colofon op bladzijde 1138.

een wijziging van de Wet op de inkomstenbelasting.

Het is zeker in niet geringe mate aan het frappez, frappez toujours van de L.H.V. op Haagse deuren te danken dat, zij het met vertraging, dan nu toch de mogelijkheid in zicht komt de premie, te betalen aan een beroepspensioenregeling waaraan de beroepsgenoot verplicht is deel te nemen, fiscaal aftrekbaar te doen zijn. Het ware te wensen dat de parlementaire voortzetting van de behandeling van het ontwerp „raamwet” en de behandeling van de nu voorgestelde wijziging van de Wet op de inkomstenbelasting op korte termijn zouden kunnen geschieden. Enerzijds wordt niet voorbij gezien dat men in Den Haag overladen is met werk, zeker in deze begrotingsperiode, tevens de ontmoeting tussen parlement en een nieuwe regering, anderzijds was de behandeling van de „raamwet” voor wat de Tweede Kamer betreft toch al in een eindstadium en zou de nu ingediende fiscale begeleiding niet een hamerstuk kunnen zijn?

Ook met het oog op de feitelijke totstandkoming van een beroepspensioenregeling is spoed gewenst, want als de „raamwet” het Staatsblad heeft bereikt en de wijziging van de Wet op de Inkomstenbelasting is aanvaard, zal er weer enige tijd gemoeid zijn met de verdere procedure. Een verzoek van een bepaald beroep tot instelling van een beroepspensioenregeling zal door de minister in de Staatscourant moeten worden aangekondigd met vermelding van de termijn, binnen dewelke bezwaren tegen dat verzoek kunnen worden ingebracht. Overigens moet dat verzoek tot instelling van een beroepspensioenregeling met verplichte deelneming door beroepsgenoten ook door de minister zelf worden getoetst: het moet zijn ingediend door een naar zijn oordeel representatieve organisatie van het betreffende beroep en steunen op de wens van een overwegende meerderheid der beroepsbeoefenaren.

Zo ziet men in gedachten ook reeds 1972 goedgevoel of geheel verstrijken voordat eindelijk i.c. de L.H.V. en de L.S.V. het gestelde doel, beroepspensioenfonds voor huisartsen en voor specialisten, zullen hebben bereikt. Op de weg daarheen wordt met de nu ingediende fiscale begeleiding van de „raamwet” een belangrijke schrede gezet en als deze belemmering is weggenomen moge er tempo komen in de verdere ontwikkeling en afwikkeling. L.H.V. en L.S.V. zijn, is bekend, met hun voorbereidingen op elk te nemen tempo geprepareerd.

v. M.

De toekomst van het vrije beroep

Met betrekking tot de op 4 november a.s. te houden Accountantsdag 1971 met als thema „De toekomst van het vrije beroep” publiceert het oktobernummer van het maandblad „De accountant” van de orde Nederlands Instituut van Registeraccountants samenvattingen van de in deze bijeenkomst te houden inleidingen. Een der inleiders is de oud-voorzitter van de Landelijke Huisartsen Vereniging C. Landheer, die ten aanzien van de vraag, of het vrije beroep thans of op den duur wordt aangetast of gedeformeerd, naar voren brengt dat de beantwoording daarvan afhangt van een aantal factoren, welke hij als volgt formuleert:

1. Politieke factoren. Het is duidelijk dat in landen, levende vanuit een ideologie zoals in de communistische landen van Oost-Europa, voor het vrije beroep geen plaats meer is terwijl elders in Europa de politieke wensen afhankelijk zijn van de vraag in hoeverre men in deze richting denkt.

2. De vraag in hoeverre een jongere generatie van artsen de vele verplichtingen zal waarderen van het vrije beroep en de maatschappelijke risico die het vrije beroep aankleven.

3. De problemen die nu reeds groeien door de instelling van derden tegenover het vrije beroep. Door tendentieuze voorlichting worden bruto inkomsten zonder meer als inkomsten besproken om via afgunst-gevoelens een negatieve instelling op te roepen. Houdt men echter rekening met onkosten, alle sociale risico's, het probleem van een passende oudedagsvoorziening mede in verband met de constante en naar het zich laat aanzien progressieve geldontwaarding en de eveneens sterk progressieve belastingdruk, dan ontstaat wel een geheel ander beeld.

4. De ontwikkeling van de geneeskunde zelf kan leiden tot verhoudingen, die thans nog niet zijn te overzien en die zouden kunnen leiden tot ingrijpende veranderingen in de uitoefening van de geneeskunde.

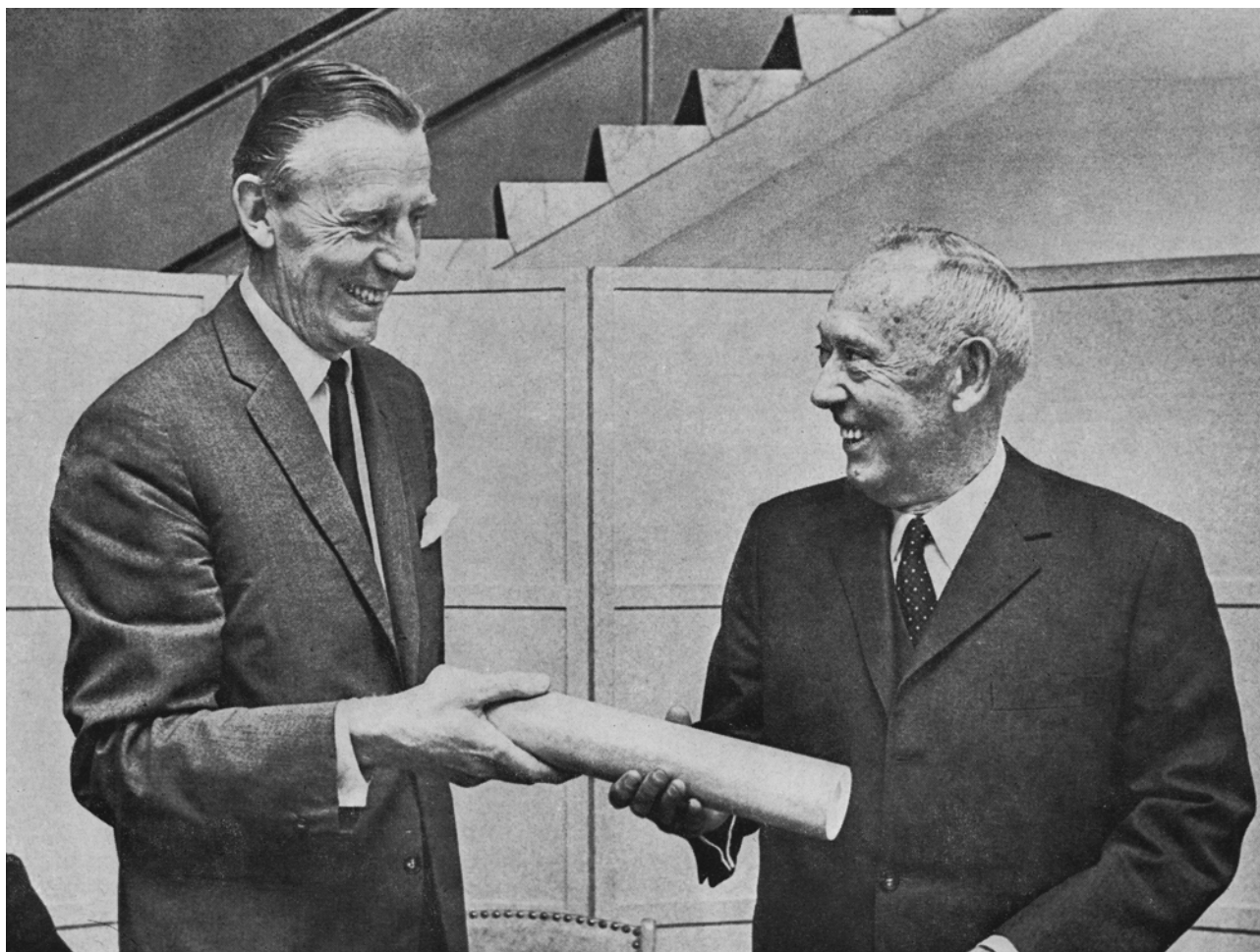
„Wil men — aldus een in de samenvatting op deze vier factoren volgend fragment — ook in de toekomst de geneeskundige voorzieningen waarborgen, dan zal de overheid moeten waken voor een voldoende „produktie” van goed opgeleide artsen, voor hun taak berekend en voor een werkklimaat, dat het beroep voldoende aantrekkelijkheid blijft geven. Daarnaast zal goede samenwerking tussen huisartsen en specialisten, paramedische beroepen en andere disciplines moeten blijven bestaan. De ziekenhuizen zullen, zo de ontwikkeling der geneeskunde dat mogelijk maakt, moeten worden aangepast en gemoderniseerd. Nieuwe en wellicht kostbare geneesmiddelen zullen ter beschikking moeten staan. Daardoor zullen economische factoren een steeds grotere rol gaan spelen. Degenen, die mochten menen dat verdwijnen van het vrije beroep van de medicus hier een sterk kostenbesparende rol zou spelen, moesten zich nog maar eens aan het rekenen zetten.”

LEDENVERGADERING DER L.S.V.

Mr. A. C. Kraayenbrink, erelid

In de zaterdag 23 oktober in Esplanade te Utrecht gehouden tweede gewone ledenvergadering in 1971 van de Landelijke Specialisten Vereniging, is bij acclamatie het voorstel aanvaard tot benoeming van Mr. A. C. Kraayenbrink, directeur van het bureau der L.S.V., tot erelid der vereniging. Mr. Kraayenbrink, die per einde van dit jaar wegens het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd zijn in 1947 aanvaarde functie neerlegt, is — nadat hij door de ereleden Van Nieuwenhuizen en Baart de la Faille was binnengeleid in de hem met applaus begroetende

vergadering - de bij deze onderscheiding behorende gecalligrafeerde oorkonde overhandigd door de voorzitter Dr. R. M. Versteegh, die zich in zijn woorden van waardering beperkingen oplegde in het vooruitzicht, dat op latere termijn een formeel afscheid zal volgen. Namens de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst overhandigde haar voorzitter Prof. Dr. Th. Vossenaar aan M. Kraayenbrink de zilveren medaille der Maatschappij, daarbij ook de verdiensten van de L.S.V.-directeur voor de artsen-organi-



De zaterdag 23 oktober i.l. gehouden Ledenvergadering van de Landelijke Specialisten Vereniging honoreerde met een overtuigend instemmend applaus het voorstel van het Centraal Bestuur tot benoeming van Mr. A. C. Kraayenbrink, sinds 1947 directeur van het bureau der L.S.V. en per einde 1971 zijn functie neerleggend, tot erelid der L.S.V. De voorzitter van de L.S.V., Dr. R. M. Versteegh overhandigde de bij deze onderscheiding behorende gecalligrafeerde oorkonde aan Mr. Kraayenbrink, aan wie daarna Prof. Dr. Th. Vossenaar, voorzitter van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst de zilveren plaque van de Maatschappij aanbood.

satie als eenheid naar voren brengende. Van grote waardering getuigende kenschetsingen vlocht daarna Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen in in zijn feestrede, welke hij hield ter gelegenheid van het 25-jarig bestaan der Landelijke Specialisten Vereniging, een rede, die overigens een breed overzicht gaf van het initiatief tot de oprichting der L.S.V. en haar ontwikkeling en die wij in een der volgende nummers van Medisch Contact welhaast integraal zullen afdrucken.

Dit alles geviel aan het slot van de middagzitting van de 's morgens te tien uur aangevangen vergadering, ingeleid door de voorzitter Dr. Versteegh met de volgende rede.

**

Vandaag gedenken wij het feit dat de L.S.V. 25 jaar geleden werd opgericht. Vanmiddag zal ons ere-lid C. L. C. van Nieuwenhuizen daarom in het verleden duiken, maar — hem kennende — ons ook voor de toekomst wel bepaalde gedachten voorhouden. Het Centraal Bestuur heeft gemeend geen aparte feestelijke bijeenkomst ter gelegenheid van deze verjaardag te moeten organiseren, doch het nuttige met het aangename te moeten combineren. Vanochtend en aan het begin van de middag zal er derhalve moeten worden gewerkt. Ik moge daartoe zelf het goede voorbeeld geven door in mijn inleiding dan ook meteen terzake te komen.

De organisatie van de Maatschappij en van de L.S.V. is op het ogenblik aan discussie onderhevig. Vanmiddag komt vanuit de wetenschappelijke verenigingen een voorstel aan de orde, dat voortkomt uit de wens om meer direct betrokken te zijn bij het werk van de L.S.V., ja zelfs via een stem daarvoor duidelijk mede-verantwoordelijkheid te dragen. Daarnaast is in Maatschappijverband hoogst actueel of de beproefde drie-deling L.A.D., L.H.V., L.S.V. nog wel in alle opzichten voldoet.

Ik zou er in de eerste plaats op willen wijzen dat wij uiteraard open moeten staan voor zinvolle suggesties die ten aanzien van huidige knelpunten reële oplossingen in het vooruitzicht stellen. De eenheid van de Maatschappij dient daarbij steeds voorop te staan. Ik geloof dat in de afgelopen 25 jaar maar al te veel de waarde van deze eenheid zowel intern als ook naar buiten is gebleken.

Dat wij echter onze ogen voor deze problemen niet willen sluiten enerzijds en ook bereid zijn om veranderingen te accepteren anderzijds, wordt door het agendapunt van hedenmiddag nog eens onderstreept.

Het contact met de staven. De commissie ziekenhuisstaven heeft in de afgelopen maanden een verheugende mate van activiteit ontplooid. Zoals bekend hebben op het ogenblik drie onderwerpen de speciale aandacht, te weten

— de problematiek rond ongevallen en fouten in ziekeninrichtingen - en met name het aspect van de voorkoming daarvan;

— de medische registratie en informatie en last but not least

— de relatie bestuur, directie, medische staf.

Ik acht het van groot belang dat ons inmiddels is toegezegd dat wij waarschijnlijk dit jaar nog een interimrapport zullen ontvangen waarin een aantal richtlijnen voor de communicatie tussen deze drie pijlers van het ziekenhuis zullen zijn vervat. Los van de vraag welk organisatiepatroon op den duur het meest wenselijk moet worden geacht, staat het immers buiten kijf dat in elk geval een goede communicatie tussen deze drie onontbeerlijk is. Ook de gedachtenvorming over de problematiek van ongevallen en fouten gaat binnen de commissie steeds vastere vormen krijgen. De response die op het naar aanleiding van het rapport der N.Z.R. aan alle staven toegezonden vragenformulier is verkregen, is daarbij van grote waarde.

Belangrijk is verder te kunnen constateren, dat door het werk dezer commissie, de discussie over deze problematiek in de staven op vele plaatsen op gang is. Enigszins betreurenswaard acht ik het in dit verband dat van de staven der academische ziekenhuizen en van categorale inrichtingen als de psychiatrische ziekenhuizen nauwelijks reactie werd verkregen. Ik kan toch bezwaarlijk aannemen dat deze problematiek zich dáár niet zou voordoen... Ik betreur het echter ook daarom, omdat uit die kringen nog al eens het geluid wordt vernomen dat men bij werkzaamheden van de L.S.V., die gericht zijn op de stafproblematiek, nauw betrokken zou moeten worden, omdat hier toch duidelijke parallellen liggen. De eerste aanzet die hiertoe door de Commissie Ziekenhuisstaven is gedaan, is echter weinig bemoedigend verlopen.

Het rapport inzake de inrichting van het medisch dossier ten slotte dat door het Centraal Bestuur aan alle leden werd toegezonden, is binnen de commissie ook nog eens kritisch doorgenomen, hetgeen haar tot bepaalde aanvullende gedachten heeft gebracht. Kortom, er lijkt stof te over om een bijeenkomst van het Centraal Bestuur met de correspondenten van de ziekenhuisstaven het komend voorjaar tot een zinvolle gebeurtenis te maken.

De relatie met de Nationale Ziekenhuisraad. Tot mijn spijt kan ik in dit verband niet nalaten te vermelden, dat onze verhouding tot de Nationale Ziekenhuisraad momenteel niet is, zoals ik die zo gaarne had gezien. Zeker, wij hebben enige malen per jaar een gezamenlijk gesprek, het zgn. voorzitters-overleg, waarvan de opzet en de bedoeling was de gezamenlijke problematiek door te spreken en indien enigszins mogelijk in voorkomende gevallen gezamenlijk op te treden. De laatste tijd echter wordt dit overleg doorkruist door een aantal rondzendbrieven van de sectie ziekenhuizen aan besturen en directies over onderwerpen, die het functioneren van de specialisten in de ziekenhuizen direct raken. Op vele plaatsen is hierdoor een duidelijke onrust ontstaan, hetgeen de zo subtiele verhouding

tussen besturen-directies enerzijds en de medische staven anderzijds bepaald geen goed heeft gedaan. Ik stel er prijs op hier te verklaren dat deze brieven zonder onze voorkennis zijn rondgezonden. Tot nu toe is dit niet onze wijze van beleidsvoering geweest: wij menen dat het de porceleinkast geen goed doet, indien er met olifantsvoeten door gelopen wordt.

Men hoort wel eens verluiden dat in het huidige maatschappelijke verkeer een zekere hardheid een oirbare zaak is, ja een „must” zou zijn. Hoewel dit niet in mijn persoonlijke aard ligt en ik daarnaast van mening blijf dat een dergelijke benadering de oplossing van de problematiek niet zal bespoedigen, zal ik mij eventueel - zo nodig, aan deze moderne aanpak aanpassen. Overigens ben ik mij bewust dat de N.Z.R. en zijn sectie ziekenhuizen nog zeer jonge instellingen zijn. Misschien moet men hen gewoon even laten uitdollen en komt de zo noodzakelijke samenwerking, gebaseerd op wederzijds respect en begrip voor elkaars standpunten, binnenkort alsnog werkelijk van de grond.

Verheugend is ten slotte dat melding kan worden gemaakt van het feit dat het contact met de Geneeskundige Vereniging tot bevordering van het Ziekenhuiswezen (onze collegae, medisch directeuren) onlangs is hernieuwd. De tot nu toe plaatsgevonden hebbende besprekingen waren zowel qua onderwerpen als qua sfeer van hoog niveau.

De oudedagsvoorziening. Vandaag staat „de oudedagsvoorziening” niet geagendeerd. Dit wil geenszins zeggen, dat de voorbereidingen voor de collectieve basisvoorziening op een zacht pitje zouden staan. De Commissie Oudedagsvoorziening Specialisten heeft onder de bezielende leiding van collega Gründemann op het ogenblik met man en macht gewerkt om een tot in reglements-artikelen uitgewerkt plan gereed te krijgen voor behandeling en definitieve vaststelling in een extra ledenvergadering op 18 december a.s.

Doordat op 20 september bij de Tweede Kamer een wetsontwerp ter fiscale begeleiding van de zgn. Raamwet (de wet die verplichte beroepspensioenregelingen mogelijk moet gaan maken) is ingediend, is deze hele problematiek in een stroomversnelling geraakt. Een stroomversnelling die veel van de stuurmanskunst van de C.O.S. en haar deskundigen zal vergen, maar die ons — die het volste vertrouwen in die stuurmanskunst kunnen hebben — een versneld bereiken van het einddoel in het vooruitzicht brengt.

Een enkel woord nog over het fiscale sluitstuk zelf. Verheugend is dat volgens het wetsontwerp niet alleen de verplicht op te brengen premie als beroepskosten ten laste van de fiscale „winst” mag worden gebracht, doch dat tevens de uit deze premie op te bouwen aanspraken niet bij deze „winst” behoeven te worden opgesteld. De reeds bestaande f 5.000,— lijfrente aftrek blijft in deze opzet onverlet, gezien de met de bedrijfspensioenfondsen ten dezen getrokken parallel.

Hiermee is derhalve aan onze plannen de zo noodzakelijke financiële basis gegeven, zonder welke zij — zoals in het verleden vanaf dit podium reeds bij herhaling is betoogd — eenvoudig niet realiseerbaar zouden zijn geweest. Iets anders is dat ieder van ons er goed aan doet terdege te beseffen, dat onze pensioenregeling straks een basisregeling zal zijn, zodat aanvullingen in de privé sfeer noodzakelijk zullen blijven. Bovendien zullen de ouderen onder ons slechts gedeeltelijk (en soms zelfs slechts zéér gedeeltelijk) van deze regeling kunnen profiteren. Het aantal potentiële deelnemers-jaren is voor hen immers domweg tekort. De back-service regeling zal ten aanzien van dit laatste punt — zo laat het zich aanzien — nauwelijks een reëel soulaas kunnen bieden. Ik geloof daarom dat als de regeling er eenmaal is, met name deze twee punten de speciale aandacht van het pensioenfonds en zijn deelnemersraad verdienen.

Bewondering is er mijnerzijds ten slotte ook nog voor het intuïtief vermogen van de C.O.S. Dezer dagen heeft immers juist een nieuwe brochure het licht gezien, waarin al onze plannen voor de oudedagsvoorziening op zo begrijpelijk mogelijke wijze nog weer eens zijn uiteengezet. Deze brochure komt op een zeer gelegen moment, omdat een voor alle specialisten in Nederland zo bijzonder belangrijke aangelegenheid als een verplichte pensioenregeling ook bij allen bekend behoort te zijn.

Met deze, in naar onze ervaring voor de problematiek zo begrijpelijk mogelijke taal geschreven brochure moet het mogelijk worden dat u als afgevaardigde straks op 18 december besluiten neemt welke ook door de overgrote meerderheid van de Nederlandse specialisten worden gedragen. Het spreekt vanzelf dat deze brochure aan die specialisten die haar onverhoopt niet hebben ontvangen, en die van het bestaan ervan eerst nu op de hoogte komen, op aanvraag alsnog zal worden toegezonden.

Volledig dienstverband van alle medische specialisten werkzaam in algemeen ziekenhuizen? De laatste maanden lijkt de vraag specialistische praktijk-uitoefening in vrij beroep dan wel dienstverband weer actualiteit te hebben gekregen. Met name vanuit de ziekenhuiswereld klinken stemmen op die pleiten voor het dienstverband van de specialisten die in de ziekenhuizen werkzaam zijn. Op de eerste algemene vergadering van de sectie ziekenhuizen van de Nationale ziekenhuisraad is dit vraagstuk zelfs als speciaal onderwerp aan de orde gesteld. In de zestiger jaren heeft dit punt ook reeds gespeeld. Vooral van de zijde van organisatie-deskundigen werd toen gesteld dat alleen langs de weg van het dienstverband de in hun ogen ongrijpbare groep van medische specialisten een juiste plaats binnen het organisatorisch verband in het ziekenhuis zou kunnen krijgen. In onze eigen kring is in de afgelopen jaren deze problematiek uitvoerig met haar voor- en nadelen door Mr. Kraayenbrink belicht. Het laatst nog in het voorjaar van 1970.

De hernieuwde belangstelling die deze vraag heeft gekregen acht ik merkwaardig, omdat twee zeer belangrijke argumenten die wel vóór het dienstverband worden gehoord, juist op dit ogenblik langs andere weg hun oplossing vinden. De zorg voor de oudedag heeft ongetwijfeld bij velen van ons in het verleden de vraag opgeroepen of het niet beter zou zijn in dienstverband te treden. En in incidentele gevallen is dit ook wel gebeurd, misschien in de laatste jaren mede omdat de verwezenlijking van onze collectieve oudedagsvoorziening maar niet in het verschiep leek te komen. De verheugende ontwikkelingen die zich op dit terrein hebben voorgedaan, heb ik zo juist reeds mogen vermelden. Ik acht deze ontwikkeling ten goede ten aanzien van de oudedagsvoorziening ook daarom zo verheugend, omdat het nu mogelijk is de vraag: vrij beroep of dienstverband, op zijn werkelijke merites te bekijken.

De krachtige ontwikkeling die de stafvorming in de afgelopen jaren heeft doorgemaakt en die er toe heeft geleid dat necrologie-besprekingen, ja zelfs intercollegiale toetsing in ruimere zin, als een verworvenheid kunnen worden beschouwd, maakt duidelijk dat een goed functioneren van de medische staf echt niet van het dienstverband der specialisten afhankelijk is. Bovendien zijn de staven bereid en in staat ten aanzien van punten als regionalisatie, ziekenhuisbegroting etc. hun inbreng bij directie en bestuursbeleid te geven. Maar is het niet veeleer zo dat het bestuur hier nog niet aan toe is?

Het is mij derhalve — het zij nogmaals herhaald — niet recht duidelijk op welke gronden het dienstverband thans opnieuw (als ideaal?) van stal is gehaald. Noch in de afgelopen jaren, noch recentelijk heb ik doorslaggevende argumenten gehoord die mij de noodzaak van deze forse ingreep in de bestaande verhoudingen hebben kunnen overtuigen. Gaarne wil ik nogmaals de bezwaren die er in mijn ogen zijn onder uw — en naar ik verwacht daarmee ook andermans — aandacht brengen. Het gaat hier om punten die voor mij — maar ik dacht voor ons allen — van wezenlijk belang zijn.

— Een van de motieven die ik wel eens meen te beluisteren is dat men van bestuurs- en directiezijde verwacht een betere *greep op de specialisten* te zullen hebben als zij allen in dienstverband zouden zijn. Daarnaast blijkt men nog al eens van mening dat een concrete conflictsituatie gemakkelijker zou zijn op te lossen indien de specialisten als werknemers van het ziekenhuis zouden fungeren, zonder zich af te vragen of dit nu werkelijk het geval zou zijn. Het dienstverband wordt hier als een panacee voor de oplossing van mogelijke conflictsituaties gezien. Een illusoire maar ook niet ongevaarlijke gedachte.

— Indien in de toekomst de specialisten in dienst van het ziekenhuis zouden treden, wordt de *medische behandeling* in juridische zin verleend *door en namens het ziekenhuis*, met alle consequenties van dien. Er zal dan géén overeenkomst tot het verlenen van diensten meer bestaan tussen de patiënt en de behandelend arts, maar tussen de patiënt en het ziekenhuis. In mijn ogen doemt dan het schrikbeeld op

van een ploegen - stelsel ook voor de specialisten en een verdere verontpersoonlijking van de behandeling. Het is dan immers niet meer „zijn” patiënt, maar een geval bij de behandeling waarvan hij als specialist wordt ingeschakeld.

— Aangenomen mag worden dat het C.O.Z. daarbij *normen* zal gaan opstellen waarin salarisschalen vervat zijn voor de individuele specialisten en voor de verschillende specialismen in de verschillende ziekenhuizen. Een veel groter bezwaar acht ik, en dat wil ik vandaag met de meeste nadruk nog eens onder uw aandacht brengen, dat er ongetwijfeld ook normen en eisen zullen worden gesteld die ons medisch functioneren direct zullen raken. Er zullen zeker ook normen worden gesteld voor het aantal in dienst te nemen specialisten, zoals thans reeds het geval is ten aanzien van bv. assistenten en de verplegende staf. En deze normen zullen weer verschillen al naar gelang de categorie (A, B, C) van het ziekenhuis, wat bij mij dan weer de institutionalisering van eerste, tweede en derde rang specialisten in de gedachte brengt. De salarispost van de specialisten zal dan immers deel gaan uitmaken van de ziekenhuisbegroting en als zodanig worden ingebracht in de verpleegprijs.

— Wij zullen voorts niet aan *hierarchische verhoudingen* kunnen ontkomen, niet alleen aan een zekere hierarchische ondergeschiktheid aan bestuur en directie binnen de organisatie van het ziekenhuis als totaliteit, maar ook onderling binnen de diverse afdelingen. En het is vooral dit laatste wat ik een bijzonder betreuenswaardige — maar in mijn ogen dan onontkoombare — ontwikkeling zou achten. Dit zou namelijk het absolute einde betekenen van het gezamenlijk werken op gelijk niveau in associatief verband, zoals het hier sinds jaren bestaat en wij tot onze verheugenis in steeds toenemende mate zien geschieden. In mijn ogen is het slechts op deze wijze mogelijk dat de stem en de mening ook van de jongste associé vrij en onbelemmerd kan klinken en ik acht dit van het allergrootste belang voor de ontwikkeling van de specialistische geneeskunde.

In plaats van ons systeem van samenwerking op voet van gelijkheid, waarvan collegae uit de omliggende landen met afgunst hebben betuigd dat zij dit als een ideale werksituatie beschouwen, zouden ook wij het hierarchische systeem krijgen van een paar oudere bovendokters en vele onderdokters. Het establishment der arrivés zou hierdoor eerst recht vaste voet aan de grond krijgen, ongetwijfeld tot ongenoegen van velen onzer jongere collegae.

— Vanuit de ziekenhuiswereld wordt in beginsel deze consequentie ontkend, maar men stelt anderszins heel duidelijk dat één van de voordelen van het dienstverband is dat daarmee een grotere mobiliteit van specialisten zou kunnen worden verkregen, wat voor hen een carrièreplanning in zou houden. Ik kan dit moeilijk anders dan als een contradictie beschouwen, omdat carrière maken voor mij inhoudt laag beginnen om eventueel hoger te kunnen eindigen.

Verder moet mij in dit verband tevens van het hart, dat een grote mobiliteit van de specialisten in het kader van hun carrière misschien voor hen een voordeel zou kunnen zijn, maar dat ook dit element weer iets uit het persoonlijke uit de behandeling dreigt weg te nemen. Ik dacht dat velen van u een soortgelijke ervaring als ikzelf heb, zullen hebben opgedaan, te weten dat na 25 jaar praktijk toch duidelijk een patiëntenkring is opgebouwd, waarbij men wederzijds aanvoelt wat men aan de ander heeft. Ik zou het persoonlijk zeer betreuren wanneer dat element uit mijn werk zou verdwijnen.

— Ik besef volkomen dat het ook in een dienst-verhouding mogelijk is ons beroep in alle gewetensvrijheid uit te oefenen, de praktijk wijst het trouwens uit, maar ik meen toch dat het voor een mens niet goed is pas op veel latere leeftijd, en in vele gevallen mogelijk nooit, een volledige verantwoordelijkheid te dragen. Onze opleidingstijd, met daarna nog de militaire dienst, duurt al lang genoeg.

Wij dienen goed te beseffen dat een besluit om uit eigen vrije wil en met volle overtuiging als groep tot een dienstverband over te gaan alleen aan ons is. Het is om deze reden dat ik vandaag met u een aantal belangrijke consequenties van een dergelijke beslissing heb besproken. Een dienstverband voor de specialist in de algemene ziekenhuizen is voor mij niet het wondermiddel dat alle problematiek voetstoots zal oplossen en zo lang de door mij opgesomde bezwaren niet uit de weg zijn genomen blijf ik van mening dat dit geen goede ontwikkeling zou zijn, niet voor onze patiënt en niet voor ons zelf, en uiteindelijk zelfs niet voor het ziekenhuis.

*
**

Na de inleiding van de voorzitter, met grote belangstelling beluisterd en met veel instemmend applaus gehonoreerd, zijn eerst jaarstukken aan de orde gekomen. Daarbij werden desgevraagd enkele informaties gegeven en in wat uitgebreider mate door de voorzitter van de Commissie Oudedagsvoorziening Specialisten A. M. Gründemann met betrekking tot de heffing van een extra contributie over 1972 van f 525,— ten behoeve van een risicodekking voor weduwen en wezen. Zijnerzijds werd met getallen aangegeven hoezeer deze risicodekking reeds in voorkomende gevallen van groot nut blijkt te zijn geweest. Deze informaties en inlichtingen stonden geheel naast de volledige waardering voor het gevoerde beleid want steeds met algemene instemming werden jaarverslag van de penningmeester, accountantsrapport en begroting voor het jaar 1972 — en daarmee handhaving van de contributie, zoals voor 1971 heeft gegolden — goedgekeurd.

In de vacature G. A. M. Hunfeld werd bij enkele kandidaatstelling gekozen A. C. M. Leyten te Tilburg en de vergadering onderschreef, ofwel bekrachtigde

met grote instemming het voorstel van het Centraal Bestuur tot aanwijzing voor 1972 van Dr. Versteegh als voorzitter van de L.S.V.

Er is voor het einde van de ochtendzitting in den brede van gedachten gewisseld over tariefaanpassing in 1972, ten aanzien waarvan instemming volgde met beleidslijnen, zoals het Centraal Bestuur die ontvouwde.

Een zeer principiële discussie volgde in de 's middags voortgezette vergadering over het voorstel van de Nederlandse Internisten Vereniging en de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde om het adviserend stemrecht van tot de ledenvergadering der L.S.V. toegelaten vertegenwoordigers der wetenschappelijke verenigingen om te zetten in een gewoon stemrecht. Bij die gedachtenwisseling kwamen velerlei aspecten naar voren, zoals de — later in de praktijk beantwoorde — vraag of aan het adviserend stemrecht niet een groter gewicht moet worden toegekend dan het gewone stemrecht, of de vraag in hoeverre, indien men de vertegenwoordigers der wetenschappelijke verenigingen stemrecht zou geven, dan geen vertekend stem-beeld op de toch in feite algemene belangen van de specialisten behartigende ledenvergadering zou ontstaan. Van de zijde van het Centraal Bestuur der L.S.V. werd duidelijk naar voren gebracht dat men bepaald niet onwelwillend stond tegenover het voorstel, mits daarin — en in de aanvaarding er van — nooit een schrede kon worden gezien op de weg van het vergroeiën van de L.S.V. naar een bundeling van categorale verenigingen.

Bij de stemming stelde de praktijk de door sommigen bepleite hoge waarde van de adviserende stem in het gelijk, want nadat een overwegende meerderheid der adviserende stemmen vóór aanvaarding van het voorstel was uitgebracht, werd het vervolgens door de ledenvergadering met 26 stemmen voor, 14 tegen en 4 blanco aanvaard.

Na een korte rondvraag volgde daarop het reeds vermelde voorstel tot benoeming van Mr. Kraayenbrink tot erelid en werd het woord verleend aan feestredenaar Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen, die in tempo en beeldend ontstaan en ontwikkeling van de L.S.V. schetste, leidende zulks tenslotte tot een zekere mate van zelfvoldoening bij het Centraal Bestuur der L.S.V., althans dat mocht men afleiden uit de woorden van Dr. Versteegh die bewezen verklaarde dat het Centraal Bestuur inderdaad geen betere feestredenaar had kunnen aanzoeken dan Van Nieuwenhuizen.

Ter gelegenheid van het 25-jarig bestaan heeft het Centraal Bestuur na sluiting der vergadering afgevaardigden en andere belangstellenden, onder wie leden van het hoofdbestuur en van de besturen der Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband en van de Landelijke Huisartsen Vereniging, een dronk aangeboden in een zeer geanimeerd samenzijn.

v.M.

De Landelijke Specialisten Vereniging heeft een brochure het licht doen zien „Pensioen dat deelt in de welvaart”, waarin een zo breed mogelijke voorlichting wordt gegeven over het door de L.S.V. ontworpen pensioenplan voor medische specialisten. Daarin wordt eerst dat plan in zijn geheel in hoofdlijnen geschetst. De geïnteresseerde lezer vindt in de daarop volgende inleiding en hoofdstukken alle details van het pensioenplan nader uiteengezet. Indien bij hem dan nog vragen opkomen ten aanzien van situaties en daarmee verband houdende berekeningen, zoals die voor hem individueel zouden gelden, kunnen de na de gedetailleerde uiteenzettingen nog gegeven rekenvoorbeelden zo nodige verheldering bieden.

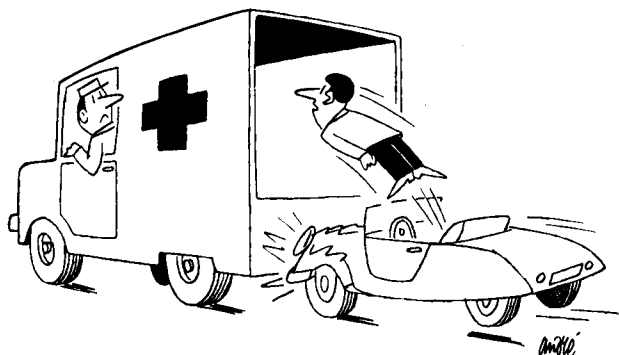
In „Hoofdlijnen” wordt toegelicht dat de Commissie Oudedagsvoorziening van de L.S.V. heeft gekozen voor een regeling met verplicht collectief karakter om hoofdzakelijk de volgende redenen: gunstiger verzekeringscondities, iedere specialist wordt zonder keuring voor de pensioenregeling geaccepteerd en de mogelijkheid bestaat regelingen te treffen voor nabestaanden van reeds overleden specialisten, voor een beperkte waardevastheid voor in het verleden door de nog actieve specialisten verondersteld opgebouwd pensioen alsook voor een regeling voor rustende specialisten.

Gesteld wordt in de brochure dat er bij de ontwikkeling van dit plan van is uitgegaan dat de verplicht te betalen premie volledig aftrekbaar zal zijn, een uitgangspunt dat intussen volkomen gerechtvaardigd is gebleken door de indiening van een wetsontwerp terzake van fiscale begeleiding van verplichte deelneming in een bedrijfs- of pensioenregeling (M.C. no 39/1971 blz. 1013). Wat de mogelijkheid tot het treffen van backservice-regelingen aangaat wordt toegelicht dat daarbij de hoogste prioriteit is toegekend aan de nabestaanden van voor

hun 65ste verjaardag overleden specialisten. Op de tweede plaats komt dan het toekennen van een beperkte waardevastheid voor de door de nog actieve specialisten in het verleden reeds getroffen pensioenregelingen en op de derde plaats is er het toekennen van rechten aan reeds rustende specialisten. Het toekennen van rechten op basis van het verleden leidt tot verhoging van de premie met een toeslag van twintig procent; de daarmee binnenkomende gelden zullen worden besteed voor de effectivering van deze regelingen.

Toegelicht wordt ook dat de pensioenregeling, zoals nu ontworpen, een basisregeling is. Dit is noodzakelijk om de aan de deelnemers op te leggen verplichtingen beperkt te houden zonder de voordelen van een verplichte regeling prijs te geven. De keuze voor een basisregeling, zo wordt gezegd, maakt het daarbij mogelijk de regeling te realiseren los van de volksverzekering AOW en AWW. Eventuele uitkeringen van het pensioenfonds zullen dan ook niet met AOW- of AWW-uitkeringen worden bekort.

Met de nu voorliggende regeling is, zo wordt verder geconstateerd, de laatste fase bereikt van een jarenlange discussie in het huis van de L.S.V. De basis voor deze discussie werd gelegd in 1967, toen met de ziekenfondsen afspraken werden gemaakt over bijdragen voor het financieren van de pensioenplannen. Sinds 1 januari 1968 zijn regelmatig door de ziekenfondsen gelden gestort en dit aanwezig vermogen zal worden gebruikt voor: 1. het toekennen van pensioenen aan weduwen en wezen van sinds 1 januari 1968 overleden specialisten; 2. het toekennen van een premievrij pensioen aan sinds 1 januari 1968 invalide geworden specialisten en 3. het opbouwen van pensioenrechten door de specialist ten name van wie de ziekenfondsenbijdragen zijn gestort.



INTERNATIONALE AUTO EMBLEMEN

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

Medische Ethiek en Gezondheidszorg

Door Dr. H. Roelink, secretaris

van de stuurgroep medische ethiek van de K.N.M.G.

Inleiding. De Commissie Medische Ethiek en Beroupsgeheim van de Maatschappij richtte zich op 18 september 1969 tot het hoofdbestuur met een schrijven, waarin zij mededeelde van mening te zijn zich in een impasse te bevinden. De snelle ontwikkeling van de geneeskundige wetenschap dwong de Commissie tot een diepgaande bezinning op de daaraan verbonden medisch ethische aspecten. De Commissie, die zich op dat moment voor een belangrijk deel bezighield met de praktische toepassing van de vigerende regels en normen, meende dat zij in haar bestaande vorm niet meer de samenstelling had, die noodzakelijk moest worden geacht voor een diepgaande oriëntering over de nieuwe gedachten, die zich in de laatste jaren op medisch ethisch terrein ontwikkelden. Teneinde uit de bestaande impasse te geraken stelde de Commissie voor:

1. een aparte studiegroep in het leven te roepen voor de bestudering van de grondslagen van de medische ethiek; in deze commissie zouden ook vertegenwoordigers van andere organisaties, zoals bijvoorbeeld de beide confessionele artsenorganisaties, zitting moeten hebben;

2. een commissie ad hoc in te stellen voor bepaalde vraagstukken van actueel medisch ethisch belang;

3. het secretariaat (zo nodig in overleg met leden van de commissie) te belasten met de advisering omtrent incidentele vragen, die kunnen worden opgelost binnen het kader van de heersende meningen. Dit laatste sloot aan bij een reeds gebruikelijke gang van zaken.

De Commissie vroeg zich verder af of met name eventuele publikaties van de onder 1. genoemde commissie niet zelfstandig, buiten verantwoordelijkheid van het hoofdbestuur zouden moeten kunnen geschieden, teneinde zo nodig in een vroeg stadium discussies over haar ideeën uit te lokken.

Daarnaast heeft de commissie zich met de herziening van het boekje „Medische Ethiek en Gedragsleer” (het zg. „blauwe boekje”) beziggehouden. Na kritische beschouwing van de inhoud kwam de gedachte naar voren een splitsing te maken tussen de grondslagen van de medische ethiek en de typische gedragsregels. Naast de bestudering van de grondslagen van de medische ethiek, waarmee de nieuwe commissie zich zou moeten bezighouden,

zou men in een afzonderlijke uitgave aan de hand van bestaande rapporten en besluiten de meest gewenste gedragsregels moeten catalogiseren. De commissie was zich ervan bewust dat de realisering van de uitgave van deze gedragsregels geen eenvoudige zaak zou zijn, hetgeen door de ervaring wordt bevestigd.

Tenslotte leek het de commissie gewenst om, indien het hoofdbestuur zich in grote lijnen met haar gedachten kan verenigen, haar mandaat ter beschikking te stellen om aan de nieuwe ontwikkeling zo ruim mogelijk baan te kunnen geven.

In aansluiting aan bovengenoemde voorstellen heeft het dagelijks bestuur van de Maatschappij zich in zijn vergadering van 14 oktober 1969 tezamen met een delegatie van de Katholieke Artsen Vereniging en de Protestants Christelijke Artsen Organisatie nader in deze materie verdiept. Een en ander mede naar aanleiding van een statutenwijziging van de Katholieke Artsen Vereniging, die met genoemde problematiek samenhangt.

Tijdens de gevoerde discussie bleek ook hier weer duidelijk dat men een scheiding wilde maken tussen de fatsoensleer en de medische ethiek. Ten aanzien van de medische ethiek kwam duidelijk de vraag naar voren of er nog wel van een specifiek medische ethiek kan worden gesproken.

Belangrijk werd geacht dat het medisch gebeuren naar de stand van de huidige medische wetenschap in het kader van de ethische opvattingen over het menselijk handelen in de huidige tijd vertaald en overgebracht wordt, echter zonder dit te zien als stringente, voor iedereen geldende regels. In dit genoemde kader zou niet alleen de houding van de artsen maar van alle werkers in de gezondheidszorg moeten worden bekeken. Nader zou moeten worden onderzocht of er toch niet een bepaald grondpatroon is van waaruit ook de thans levende ethische houdingen zijn opgebouwd. Op die wijze kan een zekere concretisering van de houding der artsen en andere werkers op het gebied van de gezondheidszorg ten opzichte van de levenswaarden worden verkregen. Door middel van het stimuleren van publikaties zou men voorlichting kunnen geven en de discussie op gang kunnen brengen. Voor dit laatste is een katalysator nodig. Besloten werd tot het instellen van een contactgroep die zou moeten trachten gestalte te geven aan hetgeen ter tafel werd gebracht.

De contactgroep. De in te stellen contactgroep

werd samengesteld uit vertegenwoordigers van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst; de Katholieke Artsen Vereniging; de Protestants Christelijke Artsen Organisatie; de Medisch-Ethische Commissie van de Remonstrantse Broederschap; de Medische Sectie van de Humanistische Stichting Socrates.

De contactgroep heeft twee maal vergaderd en wel op 7 januari en 5 maart 1970.

De discussies binnen de contactgroep hebben ertoe geleid dat besloten werd aan het hoofdbestuur der Maatschappij voor te stellen een permanente stuurgroep te vormen met een brede, flexibele opdracht, zodanig dat het voor de stuurgroep mogelijk zou zijn zelfstandig prioriteiten te stellen.

Samenstelling en doelstelling stuurgroep. De stuurgroep zou een stuurgroep van de K.N.M.G. zijn, echter multidisciplinair samengesteld. De doelstelling werd als volgt omschreven: „Bezinning op en bestudering van het medisch, in het bijzonder het medisch ethisch handelen in de geneeskunde en de gezondheidszorg en op de functie daarvan voor onze samenleving. Daarbij dient met name de rolvervulling van de arts in de samenleving aan de orde te komen.”

De middelen om deze doelstelling te bereiken zouden een stimulerend, informerend en coördinerend karakter moeten hebben. Daarbij zou men allereerst kunnen denken aan het publiceren van een soort „credo”, vanwaar uit de stuurgroep denkt. Dit „credo” zou dan als de resultante, niet als de grootste gemene deler, van de visie van de multidisciplinaire stuurgroepleden moeten worden gezien. Het stimulerend karakter van de stuurgroep zou tot uiting moeten komen in het instellen van commissies ad hoc, die ten aanzien van actuele problemen op medisch ethisch gebied zouden kunnen rapporteren, teneinde via deze informatie te trachten het denken over het desbetreffende probleem verder op gang te brengen. Niet alleen in de kring van de artsen maar ook bij medische studenten en verder bij allen, die bij de gezondheidszorg zijn betrokken.

Wellicht is er voor de stuurgroep een coördinerende functie weggelegd. Deze kan gedacht worden in het vlak van samenwerking met anderen, waarbij te denken valt aan tijdschriften als „Meta-medica” en „Soteria”.

Duidelijk werd dat, stringenter dan tot nu toe, vastgehouden moet worden aan het onderscheid tussen medisch gedrag en medische ethiek. Het medisch gedrag wordt over het algemeen door deels anders gerichte motieven (bijvoorbeeld economische) beheerst dan de medische ethiek.

Uit praktisch oogpunt leek het gewenst dat de stuurgroep haar doelstelling zou trachten te bereiken door eerst tot de centrale kern van het medisch-ethisch handelen te komen. Zo mogelijk zou reeds, hangende dit beraad, kunnen worden overgegaan tot het instellen van een of meer werkgroepen. Daarbij is van belang dat mede in beschouwing moet worden genomen dat een meerderheid niet aan een

minderheid de ethiek, die achter haar medisch handelen staat, mag opdringen. Gegeven de op velerlei gebied aanwezige wil tot samenwerking bij degenen, die actief bij de gezondheidszorg zijn betrokken, lijkt de mogelijkheid van realisering van deze opzet aanwezig. Ondanks het feit dat verschillende groeperingen elk een eigen ethisch achterland hebben, zou op deze wijze gezamenlijk kunnen worden gezocht naar een antwoord op de ethische vragen in de gezondheidszorg.

In aansluiting aan het advies, dat door de contactgroep van de verschillende artsengroeperingen aan het hoofdbestuur was gegeven, heeft het dagelijks bestuur van de Maatschappij in zijn vergadering van 26 mei 1970 een stuurgroep medische ethiek ingesteld met de volgende samenstelling: E. H. van Leeuwen, huisarts te Utrecht, voorzitter; Dr. H. Roelink, secretaris der Maatschappij, secretaris; Dr. E. Dekker, socioloog, verbonden aan het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne (Hoofdinspectie Geestelijke Volksgezondheid) te 's-Gravenhage; Mr. W. B. van der Mijl, secretaris der Maatschappij; Dr. C. P. Sporken, moraaltheoloog, verbonden aan de Mgr. Bekkersstichting te Nijmegen; Dr. M. Timmer, arts, verbonden aan de medische faculteit, afdeling Sociale Geneeskunde te Amsterdam; Prof. Dr. J. A. Weyel, psychiater te Amsterdam.

De stuurgroep hield haar installatievergadering op 29 oktober 1970. Hoewel zij een officiële Maatschappijstuurgroep is, heeft zij bij haar werken een zekere autonomie gekregen. Deelneming aan de stuurgroep door een arts- en een jurist-secretaris van de Maatschappij geeft echter voldoende waarborgen voor een goede communicatie met het hoofdbestuur. Uiteraard kan het hoofdbestuur de stuurgroep ook verzoeken een onderwerp in studie te nemen.

De stuurgroep hoopt dat door datgene, wat door haar zal worden uitgedragen, wellicht bepaalde concrete normen kunnen worden vastgelegd, die althans voor een bepaalde periode richtinggevend kunnen zijn. Daarbij dient de nadruk te worden gelegd op alternatieve mogelijkheden binnen het kader van de gestelde norm, zo mogelijk met het aangeven van prioriteiten. In wezen staat de stuurgroep hier voor hetzelfde probleem als een arts, die een patiënt moet genezen van een in het psychisch vlak liggende aandoening, terwijl de patiënt soms een geheel andere levensstijl heeft dan zijn arts.

Instelling van werkgroepen. De stuurgroep heeft zich voorts beraden omtrent verschillende onderwerpen, waarvoor zij werkgroepen in zou kunnen stellen. Met name kwam daarbij aan de orde het al of niet onder bepaalde situaties verplicht zijn als arts te moeten functioneren. Daarbij komt onder meer het functioneren als arts in militaire dienst aan de orde. Gezien het feit dat dit onderwerp mogelijk langs andere weg in Maatschappijverband aan de orde komt, is de stuurgroep op dit probleem thans niet nader ingegaan.

Daarnaast kwam in aanmerking de functie van het beroepsgeheim in de hedendaagse gezondheidszorg, meer in het bijzonder in verband met registratie van medische gegevens. Mede in verband met de actualiteit, welke dit laatste onderwerp verkreeg onder invloed van de volkstelling, besloot de stuurgroep een werkgroep „Medische Registratie en Beroepsgeheim” in te stellen. Deze daartoe ingestelde werkgroep is nog voor de zomer van 1971 bijeengekomen en heeft de volgende samentelling: Prof. Dr. J. de Graaf, theoloog met leeropdracht t.a.v. de ethiek te De Bilt, voorzitter; Dr. G. A. M. Hunfeld, arts te Haarlem (namens de Stichting Medische Registratie); Dr. F. H. J. Kortenhorst, arts te Delft; W. E. M. v. d. Manakker, theoloog te Nijmegen; Dr. J. F. Rang, jurist te Amsterdam; G. J. Schiethart, arts te Amsterdam; Dr. F. M. Sorel, socioloog te Tilburg.

Het ligt in de bedoeling dat de werkgroep haar activiteiten mede afstemt op datgene wat binnen de Stichting Medische Registratie in ontwikkeling is. Daarbij zal meer in het bijzonder in het oog moeten worden gehouden in hoeverre de steeds meer ontstane horizontale communicatielijnen in de gezondheidszorg, die bovendien vaak van multidisciplinaire aard zijn, gebruikt kunnen worden zonder inbreuk te maken op het privéleven van de individuele patiënt. Nader zal bijvoorbeeld moeten worden bezien in hoeverre gerealiseerd kan en moet worden, dat iedere patiënt het unieke recht heeft zijn eigen dossier in te zien en zo nodig te wijzigen door partiële vernietiging met daarnaast het eveneens unieke

recht als individu om op de hoogte te worden gebracht van distributie aan derden van gegevens uit zijn dossier.

De oprichting van andere werkgroepen wordt overwogen. De stuurgroep zou in dit opzicht graag initiatieven, voortkomend niet alleen uit de kring van de artsen maar ook uit de kringen van de overigen, die werkzaam zijn in de gezondheidszorg willen ontvangen. Daarnaast wordt niet minder prijs gesteld op initiatieven komend van buiten de groep van hen, die werkzaam zijn in de gezondheidszorg. Als zodanig zou de stuurgroep het waarderen indien men zich met deze initiatieven zou willen richten tot de stuurgroep onder vermelding van het onderwerp dat van belang lijkt om nader te worden bestudeerd. Een en ander zoveel mogelijk onder opgave van personen uit de bij het onderwerp betrokken disciplines, alsmede ook uit de kring van de patiënten of cliënt, die geacht worden hun deskundige medewerking te willen verlenen.

In het algemeen denkt de stuurgroep meer aan de bestudering van capita selecta dan aan brede onderwerpen.

Geïnteresseerden, die hun medewerking aan de activiteiten van de stuurgroep door middel van deelneming aan verschillende werkgroepen willen verlenen, wordt verzocht hun naam (of aanbevelingen van namen) en het onderwerp waarvan bestudering wenselijk wordt geacht op te geven aan:

Dr. H. Roelink, secretaris Stuurgroep Medische Ethiek, Lomanlaan 103, Utrecht.

Regeling bevoegdheden en verplichtingen van de assistent-arts

Ingediend is een ontwerp van wet tot regeling van de bevoegdheden en verplichtingen van de assistent-arts. Blijkens dit ontwerp zal degen, die op grond van een door de voorzitter van een faculteit der geneeskunde afgegeven verklaring de kennis en vaardigheid, noodzakelijk voor het uitoefenen van de geneeskunst, heeft verworven en in diens handen de — in de wet van 1878 bedoelde — eed of belofte met betrekking tot de genees-, heel- en verloskunde heeft afgelegd, zonder de hoedanigheid te bezitten als bedoeld in artikel 1 van voornoemde wet, bevoegd zijn onder de titel van assistent-arts de geneeskunst uit te oefenen onder toezicht van een de geneeskunst uitoefenende arts in een voor hem door de voorzitter van die faculteit aangewezen ziekenhuis of instelling dan wel praktijk van een arts. Voor de toepassing hiervan wordt onder ziekenhuis verstaan zowel een ziekenhuis in de zin van de Wet ziekenhuisvoorzieningen

als een ziekenhuis dat in de zin van de Wet op het wetenschappelijk onderwijs een academisch ziekenhuis is.

Voor de toepassing van de Medische Tuchtwet wordt de assistent-arts als een geneeskundige aangemerkt met dien verstande, dat, indien een beslissing moet worden genomen ten aanzien van een assistent-arts, het College voor de beslissing in eerste aanleg en het Centraal College zijn samengesteld uit vier artsen en één rechtsgeleerde, welke laatste voorzitter is.

Een door een assistent-arts gegeven recept staat voor de toepassing van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening gelijk met het recept van een arts, hetgeen met name van belang is voor de regeling inzake het uitsluitend op recept afgeven van geneesmiddelen. De assistent-arts wordt ook als een geneeskundige aangemerkt voor de toepassing van de Besmettelijke Ziektenwet en enkele artikelen van

de Wet op de lijkbezorging. In een verklaring van overlijden wordt, wanneer deze door een assistent-arts wordt afgegeven, het woord „arts” vervangen door „assistent-arts”.

Memorie van Toelichting

Aan de Memorie van Toelichting op het ontwerp van wet tot regeling van de bevoegdheden en verplichtingen van de assistent-arts is nog het volgende ontleend:

Bij de invoering van het sedert 1 september 1968 van kracht zijnde examenprogramma voor de studierichting der geneeskunde is deze maatregel een eerste stap genoemd op de weg naar nog ingrijpender wijzigingen in de artsopleiding, die te geleger tijd mogen worden tegemoet gezien. Intussen dienen in afwachting van hetgeen komen gaat bepaalde wettelijke voorzieningen te worden getroffen.

De examenregeling van het nieuwe curriculum is in 1968 tot stand gekomen. Enkele medische faculteiten waren reeds enige tijd eerder begonnen met het onderwijs volgens dat nieuwe curriculum. Dat heeft tot gevolg dat de eerste assistent-artsexamens bedoeld in artikel 27 van het Academisch Statuut aan het einde van het studiejaar 1970-1971 zijn of zullen worden afgenomen. Dit betekent dat, wil men hetgeen het Academisch Statuut beoogt, uitvoeren, het noodzakelijk zal zijn de assistent-arts een zekere bevoegdheid tot uitoefening der geneeskunst te verlenen. Echter zal deze bevoegdheid niet mede omvatten het recht zich zelfstandig te vestigen doch worden beperkt door de restrictie dat uitoefening der geneeskunst slechts zal plaatsvinden onder toezicht van een de praktijk uitoefenende, bevoegde arts en binnen een bepaald kader.

De voorliggende regeling is naar haar aard een tijdelijke maatregel in zoverre dat het assistent-artsexamen bedoeld in artikel 27 van het Academisch Statuut bij een nog ingrijpender wijziging van de artsopleiding allicht zal komen te vervallen.

Aangezien de assistent-arts nog niet geheel zelfstandig doch onder een geleidelijk aan, in de loop van de stage, losser wordend toezicht werkzaam zal zijn, anderzijds in opleiding zal blijven tot dat het artsexamen met gunstig gevolg zal zijn afgelegd, zal zijn bevoegdheid nog niet die kunnen zijn van de tot zelfstandige praktijkvoering bevoegde arts. Na bestudering van diverse mogelijkheden van bevoegdheidsbegrenzing, menen de indieners van het wetsvoorstel — de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en de minister zonder portefeuille, belast met de aangelegenheden betreffende het wetenschapsbeleid en het wetenschappelijk onderwijs — dat de meest bevredigende oplossing die is, dat de assistent-arts bevoegd wordt verklaard tot het uitoefenen der geneeskunst binnen een bepaald kader, in een bepaalde „setting”, en wel onder toezicht van een of meer ervaren artsen.

Al werkt de assistent-arts onder toezicht, hij is in beginsel voor zijn gedragingen strafrechtelijk, civielrechtelijk en tuchtrechtelijk aansprakelijk. Dit

sluit uiteraard niet uit, dat de toezichthoudende arts of de inrichting waarin de betrokkene werkzaam is ook aansprakelijk kan zijn in verband met het toezicht dat wordt uitgeoefend.

Als het „kader” waarbinnen de assistent-arts onder toezicht werkzaam is, komt niet alleen een ziekenhuis in aanmerking maar ook een huisartsenpraktijk of een instelling waarbij de betrokkene bijvoorbeeld tot sociaal-geneeskundige kan worden opgeleid. Het behoort tot de verantwoordelijkheid van de voorzitter van de faculteit der geneeskunde dat hij slechts een ziekenhuis, instelling of praktijk aanwijst waarin, gelet op het patiëntenbestand, de samenstelling van de medische staf en de organisatie van de stage, aan de assistent-arts voldoende gelegenheid wordt geboden om de bekwaamheid en de geschiktheid tot het zelfstandig uitoefenen van de geneeskunst als bedoeld in artikel 28 van het Academisch Statuut te verwerven. De overeenstemming over de persoon van de toezichthoudende arts gaat uit de aard der zaak aan de aanwijzing van een ziekenhuis of instelling vooraf. Uiteraard kunnen ook andere dan academische ziekenhuizen (bijv. geaffilieerde) worden aangewezen. Onder de aanduiding ziekenhuizen kunnen ook bijvoorbeeld vallen verpleegtehuizen, die daarvoor in aanmerking komen. Met de term instellingen hebben de bewindslieden instituten op het oog, waaraan opleidingen tot sociaal-geneeskundigen kunnen worden gevolgd.

Voor de toepassing van andere hier niet genoemde wetten waarin ook de arts of de geneeskundige wordt genoemd, wordt de assistent-arts niet met de arts gelijk gesteld. Het zou een afzonderlijke studie vereisen, zo betogen de indieners van het wetsvoorstel, wanneer men zou moeten nagaan of zulks in de voorkomende gevallen mogelijk en wenselijk zou zijn; in dit stadium is er van afgezien zulk een studie te maken.

ADVERTENTIES

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

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

Het nieuwe bestel betreffende de vergoeding voor poliklinische hulp in academische ziekenhuizen

Door Dr. J. Vermeijden*

directeur Wilhelmina Gasthuis Amsterdam

1. Inleiding

Sinds 1 april 1970 is de medische hulp, verleend in poliklinieken van academische ziekenhuizen, niet langer kosteloos. Daarmede is een einde gekomen aan een van oudsher in de academische ziekenhuizen bestaande gedragsregel van gratis behandeling, welke uit het oogpunt van het medisch onderwijs aan studenten noodzakelijk zou zijn. De laatste tien jaar had deze materie de bijzondere aandacht van de volksvertegenwoordiging, mede omdat de Algemene Rekenkamer in het verslag van haar werkzaamheden daar bij herhaling aandacht op vestigde. Ambtelijke instanties en ziekenfondsorganisaties hebben in jarenlange onderhandelingen en besprekingen gepoogd een financiële regeling voor de behandeling van ziekenfondsverzekerden in academische poliklinieken te ontwerpen, maar deze pogingen leken op den duur uitzichtloos. Deze situatie werd echter, krachtens het besluit van minister Veringa, overeenkomstig de hem in de Wet op het Wetenschappelijk Onderwijs verleende bevoegdheid, tarieven vast te stellen voor deze verrichtingen en onderzoeken, gelukkig — en voor velen wellicht zelfs nog vrijwel onverwacht — doorbroken.

Het vraagstuk van de vergoeding voor poliklinische behandelingen in de academische ziekenhuizen heeft ook lange tijd de aandacht gehad van de medische beroepsbeoefenaren zelf. In 1954 werd door het hoofdbestuur van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst een commissie ingesteld onder leiding van Rijpperda Wierdsma, die reeds enkele maanden later een rapport aan het hoofdbestuur uitbracht. Het hoofdbestuur besloot het rapport binnenskamers te houden, doch het wel te doen gebruiken als leidraad voor besprekingen, die in en met het hoofdbestuur zouden worden gevoerd. Nadien boog een commissie van de Landelijke Specialisten Vereniging zich tot eind 1967 over deze materie, doch ook die kwam er niet uit, mede op grond van onvoldoende medewerking van de universitaire centra. Zij adviseerde dan ook deze belangrijke problematiek in Maatschappij-verband en in nauwe samenwerking met het interfacultair overleg opnieuw aan de orde te stellen. Dit leidde tot instelling van een Maatschappijcommissie Ziekenfondspraktijk Academische Ziekenhuizen. Aan de hand van de door deze commissie te verzamelen gegevens over de feitelijke situatie zou worden nagegaan of het standpunt, zoals

dat door de eerstgenoemde Maatschappijcommissie in haar rapport was verwoord, nog kon worden gehuldigd en zo nee, welke wijzigingen daar dan in zouden dienen te worden aangebracht. In het onlangs verschenen jaarverslag 1970 van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst vinden wij vermeld, dat in januari 1970 door deze Commissie Ziekenfondspraktijk Academische Ziekenhuizen een rapport werd uitgebracht (Medisch Contact 1971/30, blz. 803). Blijkens dat verslag heeft de commissie, hoewel zij tot de conclusie kwam dat de gedragslijn inzake de uitoefening van ziekenfondspraktijk door hoogleraren of, algemener, door academische functionarissen herziening behoeft, geen verandering voorgesteld, omdat tijdens haar werkzaamheden de nieuwe situatie was ontstaan, dat voor poliklinische verrichtingen in academische ziekenhuizen betaling zou worden verlangd. In het verslag wordt tevens gememoreerd dat het rapport van de Commissie Smallenbroek nieuwe denkbeelden ter tafel bracht en dat het vraagstuk der gedragsregels opnieuw ter hand zou kunnen worden genomen wanneer de situatie zich zou hebben uitgekristalliseerd.

Met dit artikel beoog ik enerzijds ruimere bekendheid te geven aan de structuur en inhoud van deze vergoedingsregeling, terwijl ik anderzijds in wil gaan op de uitgangspunten van de huidige regeling, juist met het oog op de verdere ontwikkelingen. Het belang van deze uitgangspunten blijft niet beperkt tot de academische ziekenhuizen, omdat nu of later ook de andere ziekenhuizen, met name in het tariefoverleg met de ziekenfondsorganisaties, zullen worden geconfronteerd met de resultaten van het soortgelijke overleg met de academische ziekenhuizen. Daarbij gaat zich anderzijds ook de vraag voordoen of de academische ziekenhuizen kunnen en moeten voortgaan met het afzonderlijk onderhandelen met ziekenfondsorganisaties of dat er niet op één of andere wijze een verband kan worden gelegd met de organen die de algemene ziekenhuizen op dit gebied bezitten.

De voorgeschiedenis is in 1969 uitvoerig beschreven (Medisch Contact 1969/33, blz. 927; 1969/34,

* Dr. Vermeijden was tot 1 oktober l.l. algemeen directeur van het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit. Sindsdien is hij directeur van het Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam, het Wilhelmina Gasthuis.

blz. 951 en 1969/35, blz. 985) en onlangs had ik gelegenheid aan de wijze van totstandkoming van de regelingen beschouwingen te wijden in het orgaan van de Nationale Ziekenhuisraad (Het Ziekenhuis 1971/10, blz. 488).

II. Structuur en inhoud van de regeling

De vergoedingsregeling voor poliklinische behandelingen in academische ziekenhuizen verschilt in meerdere opzichten fundamenteel van de honoreringssystemen in de niet-academische ziekenhuizen. Deze verschillen betreffen zowel de juridische structuur als de financiële en technische inhoud van de regeling.

In de meeste ziekenhuizen is het nog gebruikelijk dat aan een patiënt, die poliklinische hulp heeft genoten, afzonderlijk de medische hulp in de vorm van een honorariumnota en de kosten van het ziekenhuis in de vorm van een kostennota van het ziekenhuis in rekening worden gebracht. Voor de ziekenfondsverzekerden, die rechtens deze hulp in natura verkrijgen, gaan deze nota's — voor de specialisten door de inlevering van verwijs- en herhalingskaarten — rechtstreeks naar de ziekenfondsen; de overige patiënten hebben deze persoonlijk te voldoen of kunnen deze laten voldoen door hun ziektekostenverzekeraars. Een en ander hangt samen met de juridische positie van de specialisten in de niet-academische ziekenhuizen, die met name ten aanzien van de poliklinische hulp veelal gebruik maken van ruimtelijke en personele voorzieningen van het ziekenhuis, op basis van een gemengde overeenkomst, waarin elementen van de overeenkomst van huur en verhuur en de overeenkomst tot het verrichten van enkele diensten nauw verweven zijn. In de regeling voor de academische ziekenhuizen daarentegen is er slechts sprake van één facturerende instantie, namelijk het academisch ziekenhuis, dat een nota zendt voor de totale kosten van de verleende hulp aan de patiënt c.q. het ziekenfonds, waarbij de patiënt is ingeschreven. In deze nota is dan zowel het kostenbestanddeel van het ziekenhuis als een vergoeding voor de arbeidsprestatie van de behandelende specialist begrepen.

Niet alleen de structuur van de betalingsregeling is afwijkend van die van de algemene ziekenhuizen, maar ook de inhoud van die regeling. Om te beginnen zij erop gewezen dat, overeenkomstig de aanwijzing van de minister van Onderwijs en Wetenschappen, ten aanzien van de hoogte der tarieven — zowel voor de verschillende consulten als voor verrichtingen — geen onderscheid wordt gemaakt tussen ziekenfondsverzekerden en niet-ziekenfondsverzekerden, met dien verstande dat de minister voorschijnt de mogelijkheid heeft opengelaten van behandeling als privé-patiënt. Als privé-patiënten mogen echter alleen worden aangemerkt diegenen, die uitdrukkelijk de wens te kennen geven door de hoogleraar of lector persoonlijk te worden behandeld. Deze privé-patiënten vallen buiten de thans ter sprake zijnde regeling en de hoogte van de aan hen

in rekening te brengen bedragen is voorlopig nog aan de prudentie van het desbetreffende academisch ziekenhuis en de daaraan verbonden specialisten overgelaten. De omvang van deze poliklinische privé-praktijken loopt overigens in de verschillende academische ziekenhuizen nogal uiteen. Wanneer ik het in dit artikel heb over de regelingen voor de poliklinische vergoedingen, laat ik deze groep van privé-patiënten buiten beschouwing.

Omdat er derhalve van kon worden uitgegaan dat de niet-ziekenfondsverzekerden dezelfde bedragen verschuldigd zijn als de ziekenfondsen voor hun verzekerden, is de regeling tussen de academische ziekenhuizen en de ziekenfondsen — althans voor het huidige — maatgevend geworden voor hetgeen door de niet-ziekenfondsverzekerden verschuldigd is. Bij de invoering van de regeling per 1 april 1970 heeft dat aanleiding gegeven tot moeilijkheden betreffende de tarieven, omdat er op dat moment nog geen sprake was van overeenstemming tussen de ziekenhuizen en de ziekenfondsen over de inhoud van de regeling. Voor het vaststellen van hetgeen door de niet-ziekenfondsverzekerden verschuldigd was, kon echter moeilijk worden gewacht op het totstandkomen van deze regeling, en vandaar dat de minister van O. & W. voor deze groep van patiënten toen voorlopige tarieven heeft vastgesteld, die naar verwachting ongeveer zouden kunnen overeenkomen met het resultaat van de onderhandelingen met de ziekenfondsorganisaties. Deze discrepanties zijn echter inmiddels achterhaald en sinds 1 juli 1971 zijn de bedragen voor ziekenfondsverzekerden en niet-ziekenfondsverzekerden geheel met elkander in overeenstemming.

Met betrekking tot de hoogte van de bedragen — waarbij de ziekenfondstarieven, zoals gezegd, maatgevend waren — is aansluiting gezocht bij de bestaande tarieven voor medisch-specialistische hulp, zoals overeengekomen tussen de Landelijke Specialistische Vereniging en de ziekenfondsorganisaties en welke met een uitvoerige toelichting in het bekende tarievenboek zijn afgedrukt. Daarbij is echter wel een poging gedaan te komen tot administratieve vereenvoudiging. Deze vereenvoudiging heeft zowel betrekking op de tariefklassen als op het aantal specialismen. De bestaande ziekenfondstarieven voor medisch-specialistische hulp kennen immers een onderscheid in negen tariefklassen, waarvan de eerste twee betrekking hebben op consulten en de tarieven III t/m IX op verrichtingen en onderzoeken. In de regeling met de academische ziekenhuizen is, in afwijking van de bestaande tarieven I, II en VII, een zelfstandig tarief overeengekomen, dat zowel de consulten — in welke vorm ook — als de laboratoriumonderzoeken (die normalerwijze volgens tarief VII kunnen worden gedeclareerd) omvat. Dit zelfstandige tarief wordt bovendien gekenmerkt door het begrip „jaarkaart”. De verwijskaart, welke door de huisarts c.q. specialist bij verwijzing naar een polikliniek van een academisch ziekenhuis wordt afgegeven, vertegenwoordigt voor de onder-

scheidene specialismen van de academische polikliniek een bepaalde waarde welke echter afwijkt van de normale bedragen van de verwijskaarten, omdat op grond van deze verwijskaart het academisch ziekenhuis aan de verzekerde poliklinische specialistische hulp verleent gedurende één jaar na de datum waarop de verzekerde zich voor het eerst op de polikliniek heeft vervoegd. Een bijzonderheid daarbij is tevens dat deze jaarkaart het recht geeft voor de duur van 12 maanden binnen het desbetreffende specialisme te worden behandeld voor verschillende ziektegevallen of voor letsels van verschillende aard. De ziekenfondstarieven kennen tenslotte voor de tarieven I en II een grote variatie van specialismen, onderverdeeld in 27 rubrieken, met verschillende bedragen voor verwijskaarten en herhalingskaarten en uiteenlopende herhalingscoëfficiënten. In het kader van de administratieve vereenvoudiging zijn deze rubrieken voor de academische ziekenhuizen teruggebracht tot 19, met inbegrip van de mondheelkundige behandelingen, voorzover deze in een polikliniek van een academisch ziekenhuis worden verricht.

In het hierbij afgedrukte overzicht zijn de verschillende specialismen weergegeven, met in kolom A de bedragen van de jaarkaarten, zoals die sinds 1 juli 1971 voor alle patiënten, met uitzondering van de privé-patiënten, van toepassing zijn. Zonder hierop verder in te gaan, is daarbij achter de streep in de kolommen B (niet-ziekenfondsverzekerden) en C (ziekenfondsverzekerden) nog aangegeven welke bedragen van toepassing zijn geweest in de periode 1 april 1970 - 1 juli 1971. Ik laat buiten beschouwing de verschillen in bedragen, die bij vergelijking van de kolommen B en C te constateren vallen. Wie daarvoor belangstelling mocht hebben, mag ik verwijzen naar mijn voorgenoemde beschouwingen in „Het Ziekenhuis”.

Overzicht van de van toepassing zijnde specialismen; voor verklaring zie men de tekst

	A	B	C
1. Oogheelkunde	f 20,—	f 15,—	f 18,—
2. Keel-, neus-, oorheelkunde	„ 27,—	„ 20,—	„ 24,—
3. Chirurgie	„ 31,—	„ 25,—	„ 27,—
4. Plastische Chirurgie ..	„ 38,—	„ 30,—	„ 32,—
5. Orthopedie	„ 35,—	„ 25,—	„ 29,—
6. Urologie	„ 68,—	„ 60,—	„ 60,—
7. Gynaecologie/Obstetrie ..	„ 57,—	„ 45,—	„ 50,—
8. Neurochirurgie	„ 55,—	„ 45,—	„ 48,—
9. Zenuwziekten	„ 85,—	„ 75,—	„ 77,—
10. Huidziekten	„ 58,—	„ 50,—	„ 52,—
11. Interne ziekten	„ 66,—	„ 80,—	„ 90,—
12. Kinderziekten	„ 62,—	„ 60,—	„ 66,—
13. Maag- en stofwisselingsziekten ..	„ 86,—	„ 110,—	„ 116,—
14. Hartziekten	„ 91,—	„ 90,—	„ 89,—
15. Longziekten	„ 94,—	„ 95,—	„ 95,—
16. Rheumatologie	„ 80,—	„ 95,—	„ 99,—
17. Allergische ziekten ...	„ 92,—	„ 125,—	„ 117,—
18. Revalidatie	„ 64,—	„ 50,—	„ 53,—
19. Mondheelkunde excl. orthodontie	„ 20,—	„ 15,—	„ 18,—

De academische ziekenhuizen hebben zich, wat betreft de ziekenfondsverzekerden, niet alleen aangesloten bij de tarieven, die van toepassing zijn in niet-academische ziekenhuizen, maar hebben ook het systeem van verwijskaarten overgenomen, zij het dat zij dit systeem van verwijskaarten in overleg met de ziekenfondsen op enkele punten wijzigden. Allereerst door invoering van het begrip jaarkaart, welke binnen de periode van 12 maanden het afgeven van herhalingskaarten en nieuwe verwijskaarten voor dat specialisme overbodig maakt. Een ander verschil betreft het feit dat de door de huisartsen en specialisten afgegeven verwijskaarten slechts dienen als administratief bewijsstuk voor de afwikkeling van de financiële verhouding tussen ziekenfonds en academisch ziekenhuis. Zij vertegenwoordigen immers niet de bedragen, die in de tariefregelingen met de specialisten zijn overeengekomen. Deze verwijskaarten kunnen uiteraard dan ook niet door de in de academische poliklinieken werkzame specialisten worden verzilverd bij de ziekenfondsen.

Zowel bij de huisartsen als bij de specialisten in de academische poliklinieken ontmoet dit voorschrift van verwijskaarten wel eens bezwaren. Sommige specialisten vinden dat de huisartsen voor deze zaken worden gedenatureerd tot administratieve figuren en menen dat het uitsluitend aan de specialist ter beoordeling staat hoe en door wie hij de patiënt wil laten behandelen, zo hij eenmaal naar hem is verwezen. Kortom, bezwaren welke zeker niet nieuw zijn, maar wellicht nu als nieuw worden ervaren, omdat men tot voor kort in de academische poliklinieken helemaal niet gehinderd werd door procedures, die elders als legitiem zijn aanvaard. Trouwens, ook bij de patiënten zal het besef moeten groeien dat zij zich niet langer buiten de huisarts om rechtstreeks tot een academische polikliniek kunnen wenden, zoals dat in het verleden wel min of meer het geval is geweest. Het feit dat de huisartsen bij voortzetting van de behandeling van de patiënt na één jaar of bij overdracht van de zorg voor de patiënt naar een ander specialisme worden ingeschakeld, brengt inderdaad enige administratieve rompslomp met zich mede. Dit bezwaar valt echter in het niet bij het grote winstpunt van een dergelijke regeling, dat de huisarts hierdoor beter in staat is zijn continue en persoonlijke zorg ten aanzien van de patiënt te blijven vervullen. Het is mij gebleken dat er bij de huisartsenorganisaties thans dan ook zeker geen behoefte bestaat in deze regeling een wezenlijke wijziging te doen aanbrengen; integendeel, zij juichen deze ten zeerste toe. Dat neemt niet weg dat, zeker in de beginperiode, door de wijze, waarop in de academische poliklinieken uitvoering werd gegeven aan deze regeling, bij huisartsen wel eens een geprikkelde stemming is ontstaan, doch wij mogen aannemen dat aan deze strubbelingen langzamerhand wel een einde is gekomen. In elk geval moet worden vermeden, dat dan de patiënt het kind van de rekening, niet alleen in figuurlijke, maar zelfs in letterlijke zin van het

woord, zou worden. In dit verband kan worden vermeld, dat de Amsterdamse ziekenfondsen en de daar gevestigde academische ziekenhuizen in juni 1971 een gezamenlijk schrijven deden uitgaan aan de huisartsen en specialisten, verbonden aan de Amsterdamse ziekenfondsen, aangaande de inhoud van de nieuwe regeling. Daarin werd met name ook aandacht gevraagd voor de regeling inzake verwijskaarten voor ziekenfondsverzekerden. De Amsterdamse academische poliklinieken hebben, in aansluiting daaraan, een voorgedrukte brief ingevoerd, waarin de behandelende specialist aan de huisarts kan melden dat hij voortzetting, medebehandeling of overname van de behandeling door een andere specialist noodzakelijk acht. De verwijzende huisarts of specialist wordt op deze wijze dan de vrijheid gelaten de behandeling van zijn patiënt al dan niet in de academische polikliniek verder te doen geschieden.

Ik moge er nog de aandacht op vestigen, dat in de vorengenoemde bedragen van jaar kaarten en in de regeling inzake de verwijskaarten de eerste hulp een uitzonderingspositie inneemt. Overeenkomstig de aanwijzing van de minister van O. & W. is in de regeling met de ziekenfondsen bepaald dat eerste hulp bij ongevallen of bij een acuut optredende ziekte — plotselinge verergering van een bestaande ziekte daaronder begrepen — in een polikliniek of op een eerste hulp post van een academisch ziekenhuis kosteloos zal geschieden, met dien verstande, dat hieruit voortvloeiende verrichtingen, voorzover voorkomende in de tarieven III, VI en VIII, volgens deze tarieven zullen worden vergoed. Voor de eerste behandeling kan dan ook geen verwijskaart worden afgegeven, maar uiteraard wel voor verdere behandeling in een academische polikliniek, althans voorzover de patiënt en diens huisarts daarmee instemmen. Ook voor deze verdere behandeling hanteren de Amsterdamse academische ziekenhuizen voorgedrukte brieven voor de huisartsen.

De inhoud van de regeling met de ziekenfondsen heeft uitdrukkelijk het karakter van een proefregeling, omdat bij de opstelling daarvan moest worden uitgegaan van een aantal premissen, welke nog nadere bewijsvoering vereisten. Uiteraard zou de invoering daarvan afhankelijk kunnen zijn gesteld, maar zowel de academische ziekenhuizen als de landelijke ziekenfondsorganisaties stelden prijs op een spoedige, zij het dan voorlopige, overeenstemming in een materie, die de gemoederen van vele belanghebbenden reeds jaren in beweging had gehouden. Het is ook verheugend dat de Ziekenfondsraad en de minister van O. & W. het belang daarvan onderkenden en zich met structuur en inhoud akkoord verklaarden. Deze proefregeling duurt tot 1 juli 1972 en beide partijen hebben toegezegd tijdig nadere voorstellen uit te werken voor hetgeen na dat tijdstip zal gelden.

Het nieuwe bestel heeft overigens inmiddels ook zijn weerslag gevonden in de wettelijke regelingen inzake het verstrekkingenpakket ten behoeve van ziekenfondsverzekerden. Ofschoon de hulp in aca-

demische poliklinieken in wezen niet iets anders is dan de niet-klinische genees-, heel- en verloskundige hulp te verlenen door een specialist, zoals die reeds is voorzien in artikel 3 sub b van het Verstrekingenbesluit ziekenfondsverzekering, heeft de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid een aanvulling nodig geoordeeld. Strikt genomen wordt die hulp immers verleend vanwege het academisch ziekenhuis, dat daartoe — op basis van de door de Ziekenfondsraad goedgekeurde model-overeenkomst — met de ziekenfondsen overeenkomsten heeft te sluiten ter waarborging van de aanspraken van de ziekenfondsverzekerden. Bij Koninklijk Besluit van 18 augustus 1971 (Stb. 549) is die aanvulling tot stand gekomen, in die zin dat naast de hulp van vrij gevestigde specialisten ook aanspraak op niet-klinische specialistische hulp vanwege een academisch ziekenhuis wordt gegeven. Deze aanvulling werkt, blijkens artikel II van dat K.B., terug tot 1 april 1970, de datum waarop in feite het nieuwe bestel is ingegaan. Wel heb ik mij afgevraagd, waarom de wetgever deze uitbreiding heeft beperkt tot academische ziekenhuizen. Daaruit zou immers de gevolgtrekking gemaakt kunnen worden dat niet-klinische specialistische hulp niet zonder meer ook vanwege niet-academische ziekenhuizen kan worden verleend, terwijl met een ontwikkeling in die richting toch alleszins rekening dient te worden gehouden.

III. De inhoud vergeleken

Ofschoon het onderhandelingsresultaat in financieel opzicht een duidelijke verbetering betekent ten opzichte van hetgeen in de jarenlange ambtelijke besprekingen aanvankelijk werd beoogd, kan naar mijn oordeel nog niet worden gezegd dat de academische ziekenhuizen daardoor thans minstens in een gelijkwaardige positie zijn gekomen met de niet-academische ziekenhuizen. Kwantitatieve vergelijkingen op dit punt zijn uitermate moeilijk, mede omdat weinig of niets bekend is ten aanzien van de honorariumontvangsten, verkregen door in poliklinieken van niet-academische ziekenhuizen werkzame medische en andere specialisten, alsmede inzake de bedragen, die per ziekenhuis worden verkregen van de ziekenfondsen en specialisten als kostenvergoeding voor die poliklinische voorzieningen. Dat neemt niet weg, dat er in de regeling met de academische ziekenhuizen wel enkele elementen zijn aan te wijzen, die, naar het mij wil voorkomen, duidelijk tenderen in een lagere opbrengst, vergeleken met hetgeen bij hetzelfde aantal patiënten elders te verwachten zou zijn.

Om te beginnen zij genoemd de regeling, dat de jaar kaart geldt voor poliklinische behandeling binnen het desbetreffende specialisme, onafhankelijk van het aantal en de aard van de ziektegevallen. In de algemene regeling met de L.S.V. dient voor elk nieuw ziektegeval een nieuwe verwijskaart te worden afgegeven; zo niet echter voor de behandeling in de academische polikliniek. Dat kan bijvoorbeeld inhouden dat een ziekenfondsverzekerde voor een

jaarkaartwaarde van f 20,— gedurende twaalf maanden de oogarts kan consulteren voor elke ziekte of elk letsel op het gebied van dat specialisme en dat ook de huisarts gedurende de looptijd van die jaarkaart geen nieuwe verwijskaarten voor dat specialisme — voorzover zijn patiënt althans in de academische polikliniek wenst te worden behandeld — behoeft af te geven. Bovendien is het zo, dat als men in de loop van het jaar, dat wil zeggen de twaalf maanden van de geldigheidsduur van de jaarkaart, niet langer bij een ziekenfonds verzekerd is, dan toch de afgegeven jaarkaart gedurende de resterende maanden nog geldig is. Moet men daarna nog onder behandeling blijven, dan is de volgende kaart voor eigen rekening of — als men zich elders verzekerd heeft — eventueel voor rekening van de ziektekostenverzekeraar. Ook omgekeerd is zulks het geval. Wordt men tijdens de behandeling ziekenfondsverzekerd, dan blijft de eerder afgegeven jaarkaart tot maximaal twaalf maanden doorlopen. Daarna kan eerst een verwijskaart worden gevraagd en komt de nieuwe kaart voor rekening van het ziekenfonds.

De bijzondere regeling kent vervolgens geen afzonderlijke verrekening van de laboratoriumonderzoeken. Terwijl deze in de niet-academische ziekenhuizen nog steeds stuk voor stuk — of beter gezegd punt voor punt — worden berekend, worden deze in de academische ziekenhuizen immers door middel van een opslagpercentage — voorlopig vastgesteld op 25 — op het consulttarief gehonoreerd. Het zal nog moeten blijken of dit percentage overeenkomt met de feitelijke omvang, omgerekend in geldsbedragen, omdat dit percentage in het geheel niet kon worden ontleend aan ervaringsgegevens van grote poliklinieken elders, doch is afgeleid van gemiddelde, door de ziekenfondsorganisaties aangedragen cijfers in de klinische sector.

Gewezen kan voorts worden op de intercollegiale consulten, waarvoor geen afzonderlijke verwijskaart mag worden gevraagd, aangezien ook deze (nog) in de jaarkaart zijn begrepen. Een niet onbelangrijk aspect vormt ook de eerste hulp, welke kosteloos wordt verleend. De eerste hulp-posten van de academische ziekenhuizen verheugen zich in een grote, steeds toenemende belangstelling, mede omdat degenen, die daar geneeskundige hulp zoeken, weten dat deze voorziening dag en nacht ter beschikking staat. Dat neemt niet weg, dat niet licht mag worden gedacht over de omvang en de daaraan verbonden kosten, die deze hulp in de eerste hulp-posten heeft aangenomen. Van de zijde van het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven is weliswaar goedgevonden dat de algemene ziekenhuizen voor elke eerste hulpverlening een bescheiden bedrag in rekening brengen als kostenvergoeding (f 4,—), doch dit is nog niet in alle ziekenhuizen aanvaard. Burgemeester en Wethouders van Amsterdam hebben bijvoorbeeld bepaald dat eerste hulp door de gemeentelijke ziekenhuizen gratis dient te worden verstrekt.

Tenslotte zij erop gewezen dat verschillende rege-

lingen, welke landelijk of plaatselijk met de ziekenfondsen zijn aangegaan, nog niet in de bijzondere regeling zijn opgenomen. Wij denken bijvoorbeeld aan de fysiotherapie. Ook het radicaal per 1 april 1970 beëindigen van de zogenaamde perifere regelingen, zonder dat is nagegaan of daarin ook geen kostenvergoedingen voorkwamen, die niet in het tarievenboek voor de medisch-specialistische hulp genoemd zijn, dient in dit verband te worden gememoreerd.

Mij wordt wellicht tegengeworpen dat tegenover dit alles staat dat in de academische polikliniek veel meer wordt gedaan dan in de poliklinieken elders en dat dit meerdere krachtens de regeling ook wordt vergoed. Deze gedachte leeft inderdaad en is in de onderhandelingscommissie van de zijde van de ziekenfondsen ook wel tot uitdrukking gebracht, zelfs in die zin dat gesteld is dat onderwijs niet mag worden vergoed. Als ik dit standpunt echter wat nader bezie, zou dat in het kader van de huidige regeling met de academische ziekenhuizen in feite alleen kunnen opgaan voor de röntgenonderzoeken (tarief VIII). Aangenomen mag toch wel worden dat ook in de academische ziekenhuizen geen meerdere medische ingrepen en verrichtingen worden gedaan dan de patiënt behoeft, zodat die tegenwerping niet op toepassing van tarief III kan slaan. De laboratoria vallen onder de bijzondere regeling, terwijl ook meerdere consulten en terugbestellen van de patiënt geen rol kunnen spelen, daar in de jaarkaart wordt uitgegaan van de feitelijke, landelijk gemiddelde herhalingsfactor. Dan kunnen alleen de röntgenonderzoeken overblijven. Doch ook ten aanzien van dat deel der geneeskundige behandeling wordt, voorzover ik kan beoordelen, alleen het strikt noodzakelijke gedaan, waarbij nog komt dat wat gedaan moet worden niet door de röntgenoloog, doch door de aanvragende arts wordt bepaald. Kortom, ik ben van mening dat, wanneer het effect van de vergoedingsregeling voor de röntgenonderzoeken in de academische poliklinieken te overzien valt, geen wezenlijke verschillen te constateren zullen zijn met overeenkomstige afdelingen in de algemene ziekenhuizen, gesteld dat cijfers van deze laatste voor vergelijking beschikbaar zijn.

Er is tenslotte nog een geheel ander element, dat een sterk opbrengstverlagend effect heeft, namelijk de in beginsel gelijke behandeling, ook in de verschuldigde betalingen, van ziekenfondsverzekerden en niet-ziekenfondsverzekerden. Bij navolging van de tot nu toe gebruikelijke praktijk in de niet-academische poliklinieken zouden de financiële opbrengsten voor de behandeling van patiënten, die niet bij een ziekenfonds zijn verzekerd, een veelvoud bedragen van hetgeen thans op grond van de ziekenfondstarieven mag worden gedeclareerd. Toch zou ik geen pleidooi willen houden om die elders nog algemeen gebruikelijke structuur in de academische poliklinieken over te nemen; integendeel, het is een gezond uitgangspunt dat, waar er geen onderscheid is in aard en omvang van behandeling en verzor-

ging, dit ook tot uitdrukking komt in gelijke betalingsverplichtingen. Namens de academische ziekenhuizen is overigens over de opzet van de nieuwe regeling en met name over de vraag van de gelijkstelling van de tarieven — die dan zowel ten aanzien van het honorarium als met betrekking tot de kostenvergoeding speelt — overleg gepleegd met het bestuur van de Landelijke Specialisten Vereniging. Bij dat bestuur bleken echter tegen dit aspect van de regeling geen bezwaren te zijn.

Terugkerend tot de uniforme tarieven voor ziekenfondsverzekerden en particuliere patiënten, kan allereerst worden vastgesteld dat gelijke tarieven zonder meer van toepassing kunnen zijn voor de kosten van huisvesting, apparatuur en dienstverlenend personeel; het geldt naar mijn mening ook voor de kosten van de specifieke medische behandeling door de specialist, temeer wanneer uitdrukkelijk wordt gesteld dat juist in dat opzicht geen verschil tussen de patiënten kan en mag worden gemaakt. Wel zou ik het geoorloofd vinden, overeenkomstig de praktijk in het bedrijfsleven, voor de behandeling door een pas klaargekomen specialist een ander, lager geldsbedrag in rekening te doen brengen dan voor een behandeling door het afdelingshoofd, zo dit in de artskeuze door de patiënt op één of andere wijze ware in te bouwen. Dat zou zelfs kunnen leiden tot de conclusie dat ook de ziekenfondsen eigenlijk zouden hebben te bewilligen in gedifferentieerde honorariumbestanddelen, al naar gelang de bekwaamheid van de medische beroepsbeoefenaren.

Bij het naast elkaar leggen van de vergoedingsregelingen in de academische ziekenhuizen en die van de andere ziekenhuizen en specialisten, stuit men niet alleen op een verschillende inhoud, doch ook op een andere juridische structuur. Deze heeft ook gevolgen ten aanzien van het financiële aandeel, dat de medische staf in de opbrengsten heeft, en met name de wijze waarop iedere specialist en eventuele andere medewerkers van het academisch ziekenhuis in die opbrengsten participeren.

In het jaarverslag van de Maatschappij over 1970, dat ik aan het begin memoreerde, wordt terecht verband gelegd met de denkbeelden, die in het rapport Smallenbroek ter tafel zijn gebracht. Een belangrijk deel van de uitvoering van het nieuwe bestel betreft immers de verdeling van de bij de academische ziekenhuizen aldus ontvangen gelden van ziekenfondsen en niet-ziemenfondsverzekerden. Die verdeling is weliswaar niet een zaak van overleg tussen ziekenfondsen en ziekenhuizen, doch een interne zaak binnen de academische ziekenhuizen, maar het mag zowel de aan de academische ziekenhuizen verbonden wetenschappelijke staf als de ziekenhuizen zelf niet onverschillig laten hoe die verdeling in feite zal gaan geschieden. Wel dient daarbij te worden bedacht dat niet elk academisch ziekenhuis zelfstandig en afzonderlijk daarvoor een eigen regeling kan treffen, aangezien dat zou kunnen worden geduid als het scheppen van oneerlijke, onderlinge concur-

rentieverhoudingen, zeker als twee academische ziekenhuizen in dezelfde stad zijn gevestigd. Van daar dat de minister van O. & W. voorlopig heeft bepaald dat van de ontvangsten 40% ten goede moet komen aan het academisch ziekenhuis en 60% mag worden afgezonderd op een geblokkeerde rekening. De gelden op deze geblokkeerde rekening zijn bestemd voor een aanvullende honorering van het wetenschappelijk corps van de faculteit der geneeskunde. Helaas is echter tot op heden over de besteding van de aldus geboekte bedragen nog geen beslissing van de minister van O & W. afgekomen, mede omdat deze bestemming samenhangt met hetgeen gaat geschieden op het gebied van de honorering van de klinische activiteiten, waaromtrent door de commissie Smallenbroek eveneens voorstellen zijn gedaan aan de minister van O. & W. Ofschoon tegen deze voorstellen van verschillende zijden bezwaren zijn ingebracht — en ook het in februari 1971 door de commissie uitgebrachte vervolgrapport kennelijk nog lang niet al die bezwaren heeft weten weg te nemen * — neemt dat niet weg dat de honorering van de medische staven in de academische ziekenhuizen een urgente en hoogst belangrijke zaak is en dat derhalve op korte termijn daarin zeker voorzieningen moeten worden getroffen. Van de zijde van de perifere ziekenhuizen, en niet te vergeten van de met de faculteiten geaffiliëerde ziekenhuizen, wordt een grote zuigkracht uitgeoefend op de staven van de academische ziekenhuizen. Voor de ene afdeling is dat weliswaar anders dan voor een andere, maar wij mogen niet uit het oog verliezen dat, wil het academisch ziekenhuis zijn functie als top-ziekenhuis kunnen waarmaken, het blijvend zal moeten kunnen beschikken over de beste en meest deskundige specialisten en in de gelegenheid moet worden gesteld deze aan het academisch ziekenhuis te verbinden en te behouden. Ik ben dan ook van oordeel dat de aan het academisch ziekenhuis verbonden specialisten niet alleen een met hun collegae in de niet-academische ziekenhuizen vergelijkbare honorering zou toekomen, doch dat het zelfs noodzakelijk is hun netto inkomenspositie gunstiger te doen zijn, uiteraard daarbij in aanmerking nemend alle materiële en immateriële factoren van een aanstelling bij een academisch ziekenhuis. Mochten de honorariumfondsen voor één of meerdere specialismen van onvoldoende effectiviteit blijken te zijn, dan zullen alsnog andere wegen en middelen moeten worden gevonden om daarin te voorzien.

IV. Hoe nu verder?

De academische ziekenhuizen beginnen thans enige ervaring te krijgen met het nieuwe bestel. Dat neemt echter niet weg dat zij nog geregeld worden geconfronteerd met het opvangen van allerhande zaken en vragen, welke bij de uitvoering van de re-

* Zulks blijkt bijvoorbeeld uit de brief, welke door de stafconventen van alle academische ziekenhuizen in Nederland in juli jl. aan de minister van O & W is gericht.

geling aan de orde komen. Enerzijds betreft dat de interne vastlegging van de noodzakelijke administratieve gegevens en het voortdurend wegwijsmaken van de in de poliklinieken werkzame artsen in het geheel van uitvoeringsmaatregelen. Anderzijds is er de noodzaak op korte termijn, in onderlinge taakverdeling, de nodige gegevens te verzamelen en te interpreteren, die voor een staving c.q. wijziging van verschillende elementen van de huidige regeling als bewijsmateriaal moeten kunnen dienen. Het verzamelen, vastleggen en interpreteren van die gegevens zijn echter nog taken, welke rechtstreeks voortvloeien uit de voorlopige regeling; zij geven nog niet aan in welke richting het verdere overleg met de ziekenfondsen en met het ministerie van O. & W. zou moeten gaan.

In de kringen van de academische ziekenhuizen bestaat nog geen eenstemmig beeld omtrent dat toekomstige bestel, mede omdat de gedachtenwisseling daarover nog aan de gang is. Daarin zijn verschillende stromingen te beluisteren en het lijkt mij nuttig, enkele daarvan weer te geven. Om te beginnen zij gewezen op een duidelijk groeiend onbehagen bij sommige academische ziekenhuizen tegen de inhoud van de voorlopige regeling. Dit onbehagen leeft met name in de kring van de wetenschappelijke staf, doch ook enkele besturen en directies staan niet onverdeeld gunstig achter de huidige opzet. Die bezwaren richten zich voornamelijk op twee, niet onbelangrijke aspecten van de regeling.

In de eerste plaats geldt dat de gelijkstelling in de tarieven tussen ziekenfondsverzekerden en particuliere patiënten. Men vraagt zich af waarom juist op dit punt de academische ziekenhuizen moeten afwijken van het algemeen gebruik in de andere Nederlandse ziekenhuizen. Ofschoon gaarne wordt erkend dat wellicht in de toekomst een zodanige nivellerende ontwikkeling kan plaatsvinden — en ten aanzien van de kostenvergoeding in de Nederlandse ziekenhuizen geleidelijk aan een gelijkstelling tussen ziekenfondsverzekerden en particulieren reeds kan worden waargenomen — vermag men niet in te zien waarom in deze materie de academische ziekenhuizen als koplopers moeten fungeren.

Het tweede bezwaar richt zich op het van de overige ziekenhuizen afwijkend karakter ten aanzien van de regeling met de ziekenfondsen. Degenen, die hier bezwaar tegen hebben, bepleiten een zo volledig mogelijke overneming van de bestaande regelingen tussen specialisten, ziekenhuizen en ziekenfondsen, zoals deze vorm hebben gekregen in het bestaande tarievenboek. Daarbij wordt wel de opmerking gehoord dat bij toepassing van dat tarievenboek de academische ziekenhuizen en de daaraan verbonden medici in een financieel betere positie zouden komen te verkeren dan thans op grond van de proefregeling het geval is.

Ik acht het minder juist op deze bezwaren thans in den brede in te gaan of daartegen verweer te leveren. De zaken zijn daarvoor nog teveel object van bespreking in de eigen kring, zowel van elk van

de academische ziekenhuizen afzonderlijk als in hun gemeenschappelijk overleg. Dat neemt niet weg dat in de suggesties, welke van andere zijde worden gedaan — en waarvan ik er hieronder enkele zal bespreken — wel elementen van verweer tegen vorenstaande bezwaren kunnen worden teruggevonden. Wat daarvan ook zij, uit het feit dat deze bezwaren opkomen blijkt wel dat, niettegenstaande de aanvankelijke bereidheid nieuwe of vereenvoudigde structuren te aanvaarden en uit te werken, de invloed van het huidige tariefbestel op het gebied van de poliklinische behandelingen in de niet-academische ziekenhuizen nog zeer verstrekkend is.

Anderzijds gaan er ook stemmen op, die juist gericht zijn op de mogelijkheid te komen tot andere en nieuwe vormen in de verhouding tussen academische ziekenhuizen en ziekenfondsen. Zulks zou, om te beginnen, bijvoorbeeld reeds kunnen worden gevonden in een doelbewuste vereenvoudiging van de tarieven, in die zin dat het voor de academische ziekenhuizen niet nodig is in de tarieven een onderscheid te maken tussen honorarium en kosten. Dit onderscheid is nog gebaseerd op de uitoefening van een vrij beroep als specialist in polikliniekruimten van algemene ziekenhuizen. De structuur van het contract tussen ziekenfondsen en academische ziekenhuizen opent daarentegen de mogelijkheid te volstaan met aan de ziekenfondsen — en uiteraard ook aan de niet-ziekenfondsverzekerden — een totaal bedrag in rekening te brengen, waarvan de verdeling dan binnen en door het ziekenhuis kan plaatsvinden. Dat deze beschouwingswijze overigens geleidelijk aan ook voor de algemene ziekenhuizen van belang wordt, blijkt uit de recente besprekingen in de Nationale Ziekenhuisraad ten aanzien van de honorering van de medische inbreng bij toepassing van radio-actieve isotopen. De Ziekenfondsraad heeft voor deze verrichting onlangs voor een proefperiode van twee jaar, ingaande 1 januari 1971, een apart tarief IX goedgekeurd. Daar echter met het stichten en instandhouden van een isotopenlaboratorium aanzienlijke bedragen zijn gemoeid, welke door het ziekenhuis moeten worden opgebracht, dient er aanvullend een kostenregeling ten behoeve van het ziekenhuis tot stand te komen. Aan gezien de medicus bij deze onderzoeken nauw samenwerkt met farmaceuten, chemici en fysici, kunnen hieruit ingewikkelde problemen ontstaan met betrekking tot ieders aandeel in de honorering en de kosten. Door de ziekenhuis- en ziekenfondsorganisaties is dan ook bij deze nieuwe toepassing der geneeskunst, welke in het bijzonder wordt gekenmerkt door samenwerking met niet-medische disciplines en door de zeer grote investeringen, die door het ziekenhuis moeten worden gedaan, gepleit voor een all-in systeem. Dit zou, mijns inziens terecht, dan het eerste begin zijn van een doorbreking van de bestaande kaders van honorering in de algemene ziekenhuizen.

De vraag komt op mij af of het wel juist is dat de tarieven voor consulten en onderzoeken in polikli-

nieken van academische ziekenhuizen worden ontleend aan de tarieven van de medisch-specialistische behandeling als vrij beroep in ziekenhuizen van allerlei aard. Eerder heb ik al eens als mijn mening te kennen gegeven dat de ziekenhuizen eigenlijk in een aantal klassen dienden te worden gerangschikt en dat op basis van die klassenindeling de tarieven zouden behoren te worden opgebouwd. Ik had toen met name de verpleegtarieven op het oog, maar dat uitgangspunt blijft evenzeer van kracht voor de poliklinische hulp. Overigens wil dit geenszins zeggen dat deze, vanwege de meerdere kosten die voor de behandelingen moeten worden gemaakt, uiteraard hogere tarieven alleen maar door academische ziekenhuizen zouden kunnen worden verlangd. Het lijkt mij zonder meer een zaak van recht en billijkheid als ook andere grote ziekenhuizen met de kwantitatieve en kwalitatieve mogelijkheden voor het uitoefenen van een centrumfunctie daarvoor in aanmerking zouden komen.

Niet alleen ten aanzien van de tarieven, maar ook betreffende de structuur van de overeenkomsten is er nog ruimte voor wensen. Er is thans een model-overeenkomst gekomen voor de poliklinische hulp; een overeenkomst, speciaal bestemd voor de academische ziekenhuizen. Daarnaast is er een door de organisaties van ziekenfondsen en organisaties van ziekenhuizen opgestelde landelijke, op de algemene ziekenhuizen gerichte, standaard-overeenkomst voor de klinische behandeling en verzorging. Over de aanpassing van de bewoordingen van deze standaard-overeenkomst aan de juridische relaties in de academische ziekenhuizen is jarenlang gesproken, doch tot op de dag van vandaag heeft dat gesprek nog niet geleid tot overeenstemming en ondertekening van overeenkomsten.

De zich wijzigende structuur van onze gezondheidszorg vraagt, naar het mij wil voorkomen, op den duur om andere juridische contouren. De overeenkomsten tussen ziekenfondsen en ziekenhuizen zijn uitsluitend nog gericht op het klinische aspect van de medische behandeling, terwijl anderzijds de poliklinische hulp geregeld wordt in overeenkomsten tussen de organisaties van ziekenfondsen en van specialisten. Gelet echter op de juridische relatie van de specialisten tot de academische ziekenhuizen, zou het zeer wel denkbaar zijn dat gestreefd wordt naar overeenkomsten tussen ziekenfondsen en academische ziekenhuizen, waarin het gehele veld van voorzieningen op het gebied van de medische hulp wordt bestreken.

Dat een dusdanige ontwikkeling ook van invloed kan zijn op de niet-academische ziekenhuizen, ligt voor de hand. Temeer omdat er sprake is van een steeds sterker groeiende belangstelling voor de juridische relatie tussen arts en ziekenhuis. In het Memorandum I van Querido wordt een bestudering van de voor- en nadelen van het werken in dienstverband door artsen en specialisten in ziekenhuizen als één van de maatregelen op korte termijn noodzakelijk geacht en de Vereniging Nationale Ziekenhuis-

raad verzocht Wiebenga en Planten op de eerste ledenvergadering van de Sectie Ziekenhuizen, gehouden op 15 oktober jl., dit vraagstuk te willen inleiden. Dat zulks ook zijn gevolgen kan en moet hebben ten aanzien van de verhoudingen tussen ziekenhuizen en specialisten enerzijds en de patiënten of hun verzekeringsorganen anderzijds, lijkt mij aan geen twijfel onderhevig. Wat dat betreft, betekent de overeenkomst academische ziekenhuizen — ziekenfondsen meer dan alleen zo maar een contract; die overeenkomst kan, naar het mij wil voorkomen, met name door het gekozen uitgangspunt wie de contracterende partijen zijn, een goed voorbeeld zijn in welke richting zich de contractsrelaties zouden hebben te ontwikkelen.

Hoe nu verder? Naast de inhoud van de regeling zal dat naar mijn mening ook moeten gelden voor de wijze waarop de onderhandelingen en besprekingen in de komende tijd gestalte moeten krijgen. De huidige proefregeling is tot stand gebracht in een onderhandelingscommissie ad hoc, zeker wat betreft de vertegenwoordigers uit de academische ziekenhuizen. Wellicht mede door dit informele karakter van de besprekingen kon op korte termijn een resultaat worden bereikt, waarop met voldoening mag worden teruggezien, zij het dat, zoals ik reeds uiteenzette, niet alle betrokkenen op den duur de inhoud even positief waarderden. Maar hoe nu verder met deze onderhandelingscommissie? Daarbij dient in de eerste plaats te worden bedacht dat de krachten van de beide partijen niet gelijk zijn. Van de zijde van de ziekenfondsorganisaties wordt daaraan deelgenomen door deskundigen, die zulke onderhandelingen tot hun dagelijks werk kunnen beschouwen en diensgevolge beschikken over een groot reservoir van informatie, dat mede wordt gevoed uit stafbureaus van de organisaties. Van de zijde van de academische ziekenhuizen zijn het enkele, nogal wisselende vrijwilligers, die — ofschoon zij zich qualitate qua interesseren voor structuurvragen in de gezondheidszorg — lang niet ingewijd zijn in alle mogelijkheden op het terrein van kosten- en honorariumvergoedingen en die dit ook slechts zeer ten dele kunnen doen aanvullen door informatie van de administratieve organen in de academische ziekenhuizen of bij het ministerie van O. & W. Aangezien wel mag worden aangenomen, dat besprekingen met de ziekenfondsen ook in de toekomst nodig zullen blijven, komt de vraag op of daarvoor dan geen andere mogelijkheden aanwezig zijn. Ik meen dat deze er terdege zijn, hoewel het moeilijk valt deze thans reeds in volle omvang aan te geven. Laat ik daarom mogen volstaan met het aanduiden van enkele aanknopingspunten.

Het eerste is dan dit, dat het secretariaat van de delegatie van de academische ziekenhuizen zou kunnen worden gelegd in handen van één van de functionarissen van de Vereniging Nationale Ziekenhuisraad. Een dergelijke verbinding functioneert sinds enkele maanden reeds ten aanzien van het gezamenlijk directiecontact van deze ziekenhuizen,

met de vooropgezette bedoeling via dit secretariaat de relaties met de Nationale Ziekenhuisraad en het Nationale Ziekenhuisinstituut te verstevigen en uit te bouwen.

Een tweede aanknopingspunt zal, naar ik meen, moeten worden gevonden in de reeds jaren bestaande landelijke tarievencommissies. Om te beginnen geldt dit voor de vaste commissie van de sectie ziekenhuizen van de Nationale Ziekenhuisraad, de Tarievencommissie ziekenhuizen. Deze commissie vormt de voortzetting van de voormalige gecombineerde tarievencommissie, in 1947 ingesteld door de Stichting Het Nederlandse Ziekenhuiswezen en de Vereniging van Katholieke Ziekenhuizen; zij heeft tot taak de Nationale Ziekenhuisraad, indien deze daarom verzoekt, alsmede de sectie ten behoeve waarvan zij optreedt, van advies te dienen inzake tarieven in ziekeninrichtingen, die onder de sectie ressorteren. Zij heeft voorts tot taak, met instemming van de sectie, ten behoeve waarvan zij optreedt, inzake tarieven als hiervoren bedoeld overleg te plegen met daarvoor in aanmerking komende instanties (Nationale Ziekenhuisraad, Verslag over de periode 29 december 1966 tot en met 31 december 1969, blz. 20 e.v.)

Het zou niet goed zijn de taken van de onderhandelingscommissie reeds thans geheel in handen te leggen van bedoelde tarievencommissie. De tariefvraagstukken, die in de academische ziekenhuizen aan de orde zijn, verschillen daarvoor, door de verwevenheid met universitair onderwijs en wetenschappelijke research, te sterk van hetgeen in de niet-academische ziekenhuizen om een antwoord en oplossing vraagt. Anderzijds hebben deze wel over en weer invloed op allerhande regelingen en structuren in de onderscheidene ziekenhuizen als instellingen van gezondheidszorg. Vandaar dat van de zijde van de academische ziekenhuizen de suggestie is gedaan te komen tot een voorlopige gedragslijn, waarbij van weerszijden waarnemers in de onderhandelingscommissies worden uitgenodigd. Op deze wijze kan dan het gesprek worden voortgezet en gezocht worden naar een definitieve oplossing, waarin de academische ziekenhuizen zich niet langer geïsoleerd opstellen, maar geïntegreerd zijn in de geleidelijk aan vormkrijgende samenwerkingsverbanden. Dat zulks dan ook zal doorwerken in de samenstelling van andere landelijke overlegorganen, zoals het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven en het College voor de Ziekenhuisvoorzieningen, acht ik zonder meer voor de hand te liggen.

V. Nabeschouwing

Het is verheugend te kunnen vaststellen dat eindelijk, na vele jaren voorbereidende en ogenschijnlijk doodgelopen onderhandelingen, toch in redelijk kort tijdsbestek kon worden gekomen tot afspraken, die — hoewel nog niet volledig aanvaardbaar voor de academische ziekenhuizen — toch in beginsel een goede kans bieden voor een verdere uitbouw van de contractsband tussen academische zieken-

huizen en ziekenfondsen. Anderzijds moet worden geconstateerd dat de thans getroffen regelingen wezenlijk verschillen van hetgeen met name de bewindslieden op de departementen van Onderwijs en Wetenschappen en Sociale Zaken en Volksgezondheid jarenlang als oplossing voor ogen heeft gestaan. De oorzaken daarvan zijn mede gelegen in de ontwikkelingen ten aanzien van de positie van de medische specialisten in de ziekenhuizen, in het bijzonder in de academische ziekenhuizen, en in de visie op de belangrijke taak van de academische ziekenhuizen als organen van de gezondheidszorg.

Als ik het thans bereikte resultaat leg naast het begin van de besprekingen in de jaren 60, dan valt op dat de Rekenkamer destijds aanmerking maakte op de gang van zaken, omdat aan het ziekenhuis de honorariumopbrengsten uit de ziekenfondsen werden onthouden. Typerend is daarbij dat de Rekenkamer daarvan zei, dat het ging om het in rekening brengen van rechtens aan deze instellingen i.c. de academische ziekenhuizen toekomende vergoedingen. Allengs verschoof in de onderhandelingen het accent naar het kostenbestanddeel in de tarieven van de ziekenfondsen, totdat ook op dat punt in 1969 de besprekingen vastliepen. In de huidige overeenstemming is nu zowel het honorarium- als het kostenaspect met elkander verenigd, zelfs in zo sterke mate dat voor een groot deel van de tarieven deze niet meer van elkander zijn te onderscheiden en de verdeling een interne aangelegenheid van het ziekenhuis is geworden.

Het is al meerdere malen genoemd, maar het feit dat de overeenstemming nu geen zaak is van minister en ziekenfondsen, maar van ziekenhuizen en ziekenfondsen, kan alleen maar tot verheugenis stemmen. Op deze wijze wordt immers, wat De Vreeze in het kamerdebat op 18 juni 1969 hoopte, bewaarheid, namelijk dat het academisch ziekenhuis niet buiten de ziekenhuiswereld staat, maar erbij hoort. Het is een partner geworden in de onderhandelingen met de ziekenfondsen en het zou zelfs wel eens zo kunnen zijn dat wat de academische ziekenhuizen met de ziekenfondsen nu en in de toekomst gaan overeenkomen, het patroon zal gaan vormen voor overeenkomstige regelingen met niet-academische ziekenhuizen. De centrum-functie, die de academische ziekenhuizen ongetwijfeld hebben op het gebied van de medische zorg, mede in de vorm van de „advanced medical care”, zou op deze wijze ook haar invloeden kunnen doen gelden op de organisatorische structuur van de gezondheidszorg, met name van de curatieve zorg. Het vooropstellen van het academisch ziekenhuis als een totaliteit en een samenwerking in optima forma houdt in, dat deze ook tot uitdrukking dient te komen in de contractsrelaties naar buiten met derden. Dat betekent geen nationalisatie of socialisatie van de gezondheidszorg, evenmin als het werken in welk dienstverband ook tot die conclusie mag leiden. Dat de keuze daarbij duidelijk is gevallen op het zgn. all-in systeem — in tegenstelling tot de in alle ziekenfondstarieven tot

nu toe gehanteerde splitsing tussen kosten en honorarium — acht ik doelmatig en de voorkeur te verdienen boven de tot nu toe gebruikelijke, omdat daarin tot uitdrukking wordt gebracht dat de geneeskundige behandeling en verzorging in de academische ziekenhuizen een gezamenlijke activiteit betekent van een collectivum van hoog-gekwaliificeerde medewerkers van onderscheidene disciplines, waarin de taken wel te onderscheiden, maar niet van elkander te scheiden zijn.

Amsterdam, september 1971

ADRESWIJZIGINGEN

kunnen om technische redenen niet spoor-slags worden gerealiseerd. Men verzeker zich toezending van Medisch Contact op een nieuw adres door van adreswijziging ten minste vier weken tevoren opgave te doen aan de administratie.

De pil niet in het ziekenfondspakket?

Op afzonderlijke vragen van de Tweede Kamerleden de heer Dolman (P.v.d.A.) en de heer Baruch (D.S.'70) betreffende het advies van de Ziekenfondsraad om de pil niet op te nemen in het ziekenfondspakket, heeft minister Stuyt van Volksgezondheid en Milieuhygiëne geantwoord dat hij deze kwestie nog zal voorleggen aan de vaste Kamercommissies voor Volksgezondheid en voor Sociale Zaken.

De heer Dolman had zijn vragen als volgt ingeleed:

Is het de minister opgevallen, dat het advies van de Ziekenfondsraad om de pil niet in het ziekenfondspakket op te nemen, is uitgebracht met 16 tegen 15 stemmen, dat wil zeggen niet met de absolute meerderheid uit 35 stemmen?

Is hem voorts opgevallen, dat noch de leden van de verschillende groepen in de Ziekenfondsraad (Kroonleden, medewerkers, werkgevers, werknemers en ziekenfondsen) noch de aanhangers — voor zover bekend — van sommige politieke partijen (waaronder de K.V.P.) bij de stemming eensluidend over deze zaak bleken te denken?

Zou de minister het niet elegant vinden om, na een dergelijke voor Nederland uitzonderlijk verdeelde stemming, zijn beslissing ter zake uit te stellen tot een uitvoerige gedachtenwisseling gevoerd is kunnen worden in de Tweede Kamer (b.v. bij de komende begrotingsbehandeling)?

Is de minister bereid, ter voorbereiding van een dergelijk debat, niet alleen het advies van de raad te publiceren, maar ook te bevorderen dat het ontwerp-advies van de voorbereidende commissie en de desbetreffende notulen van de raad zelf openbaar worden?

Minister Stuyt antwoordde daarop, dat hij van zijn

Minister wil alsnog praten over het advies van de Ziekenfondsraad

waarnemer bij de desbetreffende vergadering van de Ziekenfondsraad had vernomen dat aldaar in stemming was gebracht een voorstel de minister te adviseren om de anticonceptiepil onbepikt voor ziekenfondsverzekerden toe te staan. „Met 16 tegen 15 stemmen, dat is met absolute meerderheid van de aanwezige leden, werd dit voorstel verworpen. De raad heeft daarmee tevens uitgesproken dat naar zijn oordeel de bestaande regeling van kracht dient te blijven”. Aldus de bewindsman, die voorts stelde, dat hij van zijn waarnemer had vernomen hoe de desbetreffende stemming is verlopen. De minister vervolgt dan: „Daarbij is inderdaad door verschillende groeperingen in de Ziekenfondsraad geen eensluidend standpunt ingenomen. Naar het oordeel van de Ziekenfondsraad dient de huidige regeling ongewijzigd te blijven. Het volgen van dit standpunt zou dus niet tot een concrete beslissing leiden. Dit zou alleen het geval zijn indien de minister voornemens zou zijn van dit standpunt af te wijken. Hij is gaarne bereid hierover met de Kamer van gedachten te wisselen. Hierover geeft hij, tezamen met de bewindsliden van Sociale Zaken, de voorkeur aan een behandeling in de vaste Commissie voor Volksgezondheid en voor Sociale Zaken.”

De minister acht het niet juist, notulen van besloten vergaderingen te publiceren; overigens berust de beslissing hieromtrent bij de Ziekenfondsraad zelf. De Ziekenfondsraad zal ter zake geen advies in de eigenlijke zin des woords uitbrengen, omdat de raad geen wijzigingen voorstelt en aan zijn standpuntbeling ook geen adviesaanvraag ten grondslag ligt. Wel heeft de minister aan de Ziekenfondsraad verzocht hem de argumenten, welke bij de beschouwingen in de raad en de desbetreffende commissie aan de orde zijn geweest, kenbaar te maken en de desbetreffende brief te publiceren.

In antwoord op vragen van het Tweede Kamerlid voor de A.R.P., de heer Walburg, inzake de percentages van medisch geschikte en niet geschikte dienstplichtige militairen, antwoordt minister De Koster van Defensie: In 1970 zijn 39.000 dienstplichtigen in werkelijke dienst opgekomen; in 1971 zullen naar verwachting ongeveer 44.000 dienstplichtigen ter vervulling van hun dienstplicht in werkelijke dienst komen. Het verloop van de jaarlichtingen 1970 en 1971 zal naar verwachting ongeveer het volgende beeld vertonen: jaarlichting: 100%; medisch niet geschikt (met inbegrip van degenen die, alhoewel niet afgekeurd gezien hun keuringsresultaten, niet in-deelbaar zijn): 28,10% — vrijstellingen enzovoort: 28,65% — overige verloop (vrijwillige dienstneming, uitsluiting, overleden, gewetensbezwaarden enzovoort): 4,25%; (opgeteld) niet beschikbaar voor vervulling van de dienstplicht: 61%, (dus) beschikbaar voor vervulling van de dienstplicht: 39%.



Het Centre International de l'Enfance te Parijs heeft ons land een tweetal beurzen aangeboden voor deelneming aan een cursus, getiteld „Het kind en zijn eerste schooljaar”. De cursus, in de Franse hoofdstad te houden van 26 januari tot 2 maart 1972, is bedoeld voor onderwijspedagogen, schoolartsen, kinderpsychiaters en kinderartsen die betrokken zijn bij het probleem van de aanpassing van het kind aan de school, alsmede voor kinderpsychologen. Het is voor het eerst dat het centrum een dergelijke cursus organiseert. Gega digden uit de medische sector, die inlichtingen wensen te ontvangen dan wel voor een beurs in aanmerking willen komen, dienen zich uiterlijk 15 oktober 1971 schriftelijk te wenden tot het directoraat-generaal voor Internationale Zaken van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Zeestraat 73, Den Haag. Een uitstekende kennis van de Franse taal is vereist.



Den Haag krijgt een „drugboerderij”, meldt de N.R.C. van 13 oktober jl. Het gaat om een opvangcentrum voor verslaafden aan hard drugs, dat met ingang van 1 januari van het komende jaar zal worden opengesteld. Het cen-

trum zal onderdak bieden aan jeugdige verslaafden, die het in een inrichting niet uithouden. Voorlopig kan men elf man herbergen. Het project in de tot drugboerderij om te toveren „Emiliehoeve” zal worden geleid door de directeur van het consultatiebureau voor alcoholisme, de arts M. Kooyman.



In het Publikatieblad van de Europese Gemeenschappen — 14de jaargang nr. C. 102 van 14 oktober 1971 — is gepubliceerd het voorstel van de Commissie voor een verordening van de Raad tot vaststelling van de wijze van toepassing van Verordening nr. 1408/71 van 14 juni 1971 tot toepassing van de regeling van sociale zekerheid op werknemers in loondienst en hun gezinnen die zich binnen de gemeenschap verplaatsen. Bij de toepassing van deze regelingen is aangegeven op welke wijze geneeskundigen kunnen worden ingeschakeld terzake van vaststelling van arbeidsgeschiktheid, risico's van beroepsziekten, mate van invaliditeit, enz. en op welke wijze de uitwisseling van daarop betrekking hebbende gegevens zal geschieden. De prijs van genoemd, met de bijlagen 84 pagina's tellende nummer van het Publikatieblad van de Europese Gemeenschappen, is f 5,50 exclusief verzendkosten. Losse nummers bij: Staatsdrukkerij- en Uitgeversbedrijf, Christoffel Plantijnstraat, 's-Gravenhage.



In Lambarene, West-Gabon, zal het ziekenhuis waar Dr. Albert Schweitzer werkte worden vervangen door een nieuw. De kosten zijn geraamd op bijna 5 miljoen dollar. Opdrachtgeefster voor de bouw is de International Association of Swiss Hospitals; aldus J.A.M.A., 20 september 1971.



In West-Duitsland verblijven bijna 2.000 artsen en ruim 2.000 ingenieurs, afkomstig uit ontwikkelingslanden. Volgens „Entwicklung und Zusammenarbeit” nr. 1 — 1970 zal men bij het verlenen van studiebeurzen rekening moeten houden met de behoefte aan afgestudeerden in de betrokken landen en zal men de bursalen waarschijnlijk moeten verplichten na voltooiing van de studie terug te keren. Er zou, zegt deze publikatie, een ontwikkelingsprogramma moeten komen, in het kader waarvan de studenten vlak voor hun

afstuderen per land kunnen worden bijeengeroepen om op de verplichtingen van hun kant jegens hun land te worden gewezen. In hetzelfde kader zou een fonds moeten worden gevormd, waaruit subsidies voor het opzetten van een praktijk in eigen land kunnen worden verstrekt. Tenslotte zouden de ex-bursalen kunnen worden ingeschakeld bij de uitvoering van ontwikkelingsprojecten. Aldus een bericht in Universiteit en Hogeschool september 1971 over de „brain drain”, aldaar omgedoopt tot breintrek.



In Ede, midden in de nieuwe wijk Veldhuizen, wordt de laatste hand gelegd aan de bouw en de inrichting van een bejaardentehuis, dat uniek is in Nederland. Dit tehuis zal namelijk een aangepaste woonaccommodatie bieden aan ruim 100 bejaarden, die doof zijn geboren of op zeer jeugdige leeftijd geheel of nagenoeg geheel doof zijn geworden. De totstandkoming van dit tehuis, dat de naam „de Gelderhorst” heeft gekregen en waarvan de stichtingskosten ruim 4½ miljoen gulden bedragen, is een opmerkelijke gebeurtenis. Met de ingebruikneming zal worden bereikt, dat, althans voor een groot aantal bejaarde doven, een einde komt aan een vaak zeer geïsoleerd en verenzaamd bestaan. Er zal dan voor het eerst een reële oplossing worden geboden voor de huisvestingsproblemen van deze categorie bejaarden, voor wie tot nu toe, indien zij niet langer in staat zijn om voor zichzelf te zorgen, vrijwel geen andere mogelijkheid bestaat dan opgenomen te worden in willekeurige bejaardentehuizen, verzorgingstehuizen of zelfs psychiatrische inrichtingen. Het gebouw, bestaande deels uit 7 en deels uit 4 woonlagen, bevat onder andere 75 éénpersoonskamers en 14 kamers voor echtparen, een grote recreatiezaal en een kapel. Diverse bijzondere voorzieningen zijn getroffen in verband met de handicap van de bewoners, zoals een speciale lichtsignaal-inrichting en een aangepast waarschuwingssysteem op de kamers. Het initiatief tot de bouw is uitgegaan van de landelijke Stichting Christelijke tehuizen voor doven, waarvan ds. J. van der Linden, Neerlandseweg 5 te Andel (N.B.) het secretariaat voert. Het tehuis draagt een open karakter. De voorbereidingen voor de opname zijn reeds in een vergevorderd stadium. Naar het zich laat aanzien kan rond de jaarwisseling gerekend worden op een volledige bezetting. De plaats van „de Gelderhorst”, midden in de „bewoonde wereld” en niet af-

gelegen in een op zich zelf wel fraaie, maar stille omgeving, is een bewuste keuze geweest. De bewoners zullen zich op deze wijze meer betrokken voelen bij het gewone maatschappelijke leven in hun onmiddellijke omgeving. Vanuit het gebouw heeft men namelijk een ruim uitzicht op een drukke verkeersweg en — in de nabije toekomst — op een winkelcentrum. Plannen bestaan om de bewoners van de wijk, waarin „de Gelderhorst” staat, bij het tehuis te betrekken; daarbij wordt gedacht aan bezoek en recreatie, zoals het maken van autotochtjes of wandelingen.



De Nederlandse Vereniging van Suikerzieken (N.V.S.), die zich de behartiging van de algemene en individuele belangen van diabetici ten doel stelt, zou er zeer bij zijn gebaat, indien de artsen die diabetici behandelen hun patiënten zouden willen aansporen lid te worden van deze vereniging. De aandacht van artsen en kinderartsen die diabetische kinderen behandelen wordt in het bijzonder gevestigd op het medisch kindertehuis „Bos en Duin”, dat speciaal bestemd is voor kinderen bij wie de diabetesregeling thuis niet goed slaagt. Aangezien dit kindertehuis sinds 1 januari 1970 is erkend in de zin van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, is het noodzakelijk, dat de opname-indicatie een duidelijk omschreven indicatie is, waarbij deze een medische of een sociale kan zijn. Inlichtingen zijn te verkrijgen bij het centraal bureau der Nederlandse Vereniging van Suikerzieken, Duinweg 35, Bosch en Duin, post Bilt-hoven, telefoon 03404-31246.



„Heeft de regering reeds gereageerd op het initiatief van de president der Franse Republiek om te komen tot internationale coördinatie van de bestrijding van handel in en gebruik van verdovende middelen? Zo ja, op welke wijze? In het kader van welke internationale organisatie wordt aan coördinatie gedacht? Wil de regering verzekeren, dat zij zich op geen enkele wijze in het desbetreffende overleg zal binden, voordat het rapport van de commissie-Baan is gepubliceerd en daarover in Nederland een openbare discussie, onder meer in het parlement is gevoerd?” Aldus vragen van de Tweede Kamerleden Dolman, Haas-Berger, Egas, Stoffelen en Voogd (allen P.v.d.A.) aan minister Schmelzer van Buitenlandse Zaken.

MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

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

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

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

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

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

Abonnementen: Voor niet-leden der Kon. Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst f 40,—, plus f 1,80 BTW = f 41,60, buitenland f 45,—, losse nummers f 1,04 (incl. 4% BTW). Opgave uitsluitend bij de uitgever.

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

Oplage: 17.000 exemplaren.

Druk: Verweij Mijndrecht.

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-885411

Postgiro K.N.M.G.: 58083

Bureau voor waarneming en vestiging:

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

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

Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen:

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

Raad van Beroep:

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

* * *

Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfondsen Artsen:

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-887021