



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

Een nota van minister Roolvink

De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid de heer Roolvink heeft ter zake van het voorstel van wet tot wijziging van de Veiligheidswet 1934 de schriftelijke wisseling van stukken met de Tweede Kamer gecompleteerd met een aan deze Kamer toegezonden nota naar aanleiding van het eindverslag van de Vaste Commissie voor Sociale Zaken. De op de

bedrijfsgeneeskundige diensten en het tekort aan bedrijfsgeneeskundigen alsook op het beleid inzake medische keuringen betrekking hebbende gedeelten uit deze nota vindt men elders in dit nummer van M.C. weergegeven.

De strekking van het wetsvoorstel is onder meer het verplicht stellen van bedrijfsgeneeskundige diensten uit te breiden tot de niet-industrieële sector, een voornemen, waarmee de Vaste Commissie zeer wel kon instemmen. Maar harerzijds werd de vraag opgeworpen in hoeverre het geven van uitbreiding aan bedrijfsgeneeskundige diensten zou zijn te realiseren bij het thans reeds bestaande tekort aan bedrijfsartsen. Wat dit tekort betreft, waarvan hij het bestaan allerminst ontkende, geeft de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid in zijn nota nu enkele cijfers. De vraag naar bedrijfsartsen is de laatste twee tot drie jaar veel sneller toegenomen dan het aanbod. Van 1966 tot 1968 traden 56 artsen toe tot de bedrijfsgeneeskunde maar in hetzelfde tijdvak beëindigden 39 bedrijfsartsen hun werkzaamheden, zodat er een „netto winst” van 17 bedrijfsartsen over die periode kan worden vastgesteld. In deze periode is evenwel het aantal vacatures toegenomen met een veelvoud van deze „netto winst”, onder meer het gevolg van groeiende behoefte aan bedrijfsgeneeskundige verzorging van personeel, onder meer bij ziekenhuizen en universiteiten.

In zijn nota gaat de minister ook in op medische keuringen, met name op de plaats welke deze keuringen in het beroepsbeeld van de be-

25e JAARGANG — No. 18 — 1 MEI 1970

INHOUD

Een nota van minister Roolvink	445
Wachttijd van één jaar voor tweedejaars medische studenten	446
Medische keuringen door bedrijfsgeneeskundige diensten	447
Eerste Kamer over artsen-tarieven	449
De universiteitskliniek in een impasse	451
Staatssecretaris prefereert premiefinanciering kosten gezondheidszorg	456
Medische zorg in ontwikkelingslanden ...	457
Internationaal perspectief	461
Internationale cursus in gezondheidsontwikkeling	462
Belangengemeenschappen tussen ziekenhuizen (I)	463
Universitaire berichten	469
<i>Van het hoofdbestuur:</i>	
Besluiten 155ste Algemene Vergadering	470
Personalia	470
Uit de afdelingen	470
Brieven aan de redactie	471
Varia	471

Hoofdredacteur: F. A. Bol

Redactie: J. J. van Mechelen (secr.), C. C. G. Jansens

Colofon op bladzijde 472

drijfsgeneeskunde innemen. De vraag rijst, zo stelt de minister in zijn nota, of de praktijk van de bedrijfsgeneeskunde zich steeds consequent beweegt binnen het kader van een modern sociaal ondernemingsbeleid of dat zij van tijd tot tijd ook dienstbaar wordt gemaakt aan economische, financiële doelstellingen van de onderneming. Die vraag spitst zich toe, zo constateert de bewindsman, op de hier en daar aanwezige koppeling van aanstellingskeuringen met pensioenkeuringen, doch hij voegt daar onmiddellijk aan toe dat dit probleem zich in de praktijk van de industrieële bedrijfsgeneeskunde zelden voordoet omdat een groot aantal bedrijfsartsen bij keuring van een sollicitant slechts een oordeel geeft over diens meerdere of mindere geschiktheid voor bepaalde arbeid in bepaalde arbeidsomstandigheden. Het gaat daarbij om het welzijn zowel van de onderzochte persoon als van de arbeidsgemeenschap, waarvan hij eventueel deel zal gaan uitmaken.

Het uitbrengen van een geschiktheidsverklaring en tevens een advies omtrent het risico, dat een sollicitant bij indiensttreding voor de pensioenregeling van de werkgever met zich zal brengen, is een taak welke de minister slechts aan een beperkt aantal artsen - hier wordt van artsen en niet van bedrijfsgeneeskundigen gesproken - acht opgedragen en hij doet daarbij opmerken dat de wettelijke regeling op het stuk der bedrijfsgeneeskundige diensten niet uitdrukkelijk de koppeling van aanstellingskeuringen met pensioenkeuringen verbiedt. Niettemin acht minister Roolvink het gewenst dat op dit punt meer klaarheid komt, het - toch wel interessante - vermoeden uitsprekend dat deze klaarheid wellicht een gunstige invloed kan hebben op de wervingskracht van de bedrijfsgeneeskunde.

De bewindsman stelt zich dan ook voor het College van Bijstand en Advies voor de be-

Wachttijd van één jaar voor tweedejaars medische studenten

De Tweede Kamer is akkoord gegaan met de door minister Veringa voorgestelde maatregel om een wachttijd van één jaar in te voeren voor medische studenten, die na hun eerste studiejaar met goed gevolg het propedeutisch examen hebben afgelegd. Een zogenaamde Capaciteitencommissie van drie leden zal de bewindsman adviseren over de vraag welk aantal studenten per faculteit op die wachtlijst moet worden geplaatst. De selectie van deze studenten zal geschieden aan de hand van de bij het propedeutisch behaalde cijfers. De medische faculteiten zullen er naar streven tot een landelijk beoordelingssysteem te komen.

drijfsgeneeskunde, welk college hem onlangs in het vooruitzicht heeft gesteld voorstellen te zullen doen om de wetgeving inzake bedrijfsgeneeskundige diensten aan te passen aan de moderne ontwikkelingen in het bedrijfsgeneeskundig denken en handelen, te verzoeken aan de onderhavige kwestie, de koppeling van aanstellingskeuringen met pensioenkeuringen, bijzondere aandacht te besteden. Een verzoek, en dan uiteraard meer de reactie daarop van genoemd College, waarvan mag worden verwacht dat daarmee een reële en evenwichtige bijdrage wordt geleverd in de gedachtenwisseling, welke mede tengevolge van in M.C. opgenomen en sterk omstreden artikelen is ontstaan. Zeker zullen velen met de redactie M.C. belangstellend afwachten welke visie op het onderhavige probleem van de zijde van het College van Bijstand en Advies voor de Bedrijfsgeneeskunde te zijner tijd aan de minister zal worden voorgelegd.

v. M.

Medische keuringen door bedrijfsgeneeskundige diensten

Nota van minister Roolvink aan Tweede Kamer

Naar aanleiding van het eindverslag der Tweede Kamer over het wetsvoorstel tot wijziging van de Veiligheidswet 1934 (M.C. no 40/1969 blz. 1121) heeft de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid een nota doen toekomen aan deze kamer, waarin hij o.m. het volgende naar voren brengt:

„Door vele leden werd opgemerkt dat zij, ook na lezing van de memorie van antwoord betreffende het aanhangige ontwerp tot wijziging van de Veiligheidswet en de Stuwadoorswet, geen duidelijke kijk hadden gekregen op plaats en ontwikkeling van de bedrijfsgeneeskunde in het beleid van de minister. Zij vroegen of men ten departemente, na zoveel jaren van onderzoek en studie, niet verder had moeten zijn dan datgene wat in de memorie van antwoord is uiteengezet.

Dienaangaande meent de minister, dat zijn voorstel om het wettelijk mogelijk te maken, dat het regime van de verplichte instandhouding van bedrijfsgeneeskundige diensten — thans nog beperkt tot de industriële sector van het bedrijfsleven — wordt uitgebreid over andere sectoren, erop wijst dat hij ernaar streeft de gunstige invloeden van de bedrijfsgeneeskunde ten goede te doen komen aan allen, die in een onderneming werkzaam zijn. Dit uitbreidingsproces zal zich uit de aard der zaak geleidelijk moeten voltrekken. Een voorname factor vormt daarbij het „reservoir” aan bedrijfsartsen. Dit wordt vooral bepaald door de vraag naar en het aanbod van bedrijfsartsen. Over de verhouding van deze vraag en dit aanbod alsmede de beïnvloeding van die verhouding kan de minister thans op grond van recente gegevens mededelen, dat van de iets meer dan 400 voor bedrijfsartsen beschikbare plaatsen er ongeveer 10 pct. vacant zijn. Het probleem der vacatures baart vooral grote zorgen voor enige gezamenlijke bedrijfsgeneeskundige diensten; ook verschillende grote enkelvoudige diensten en overheidsinstellingen, die haar personeel bedrijfsgeneeskundige verzorging bieden, kampen met dit probleem. Een artsentekort wordt overigens ook in enige andere specifieke sectoren van de geneeskundige verzorgingesignaleerd.

Ten aanzien van de bedrijfsgeneeskunde kan worden gezegd, dat de groei van de vraag naar bedrijfsartsen de laatste twee à drie jaren veel sneller is geweest dan die van het aanbod. Van 1966 tot 1968 traden 56 artsen toe tot de bedrijfsgeneeskun-

de. Gedurende deze jaren beëindigden 39 bedrijfsartsen hun werkzaamheden op dit terrein, zodat de netto „winst” 17 bedrijfsartsen bedroeg. Het aantal vacatures is echter met een veelvoud van dit getal toegenomen. In tal van sectoren van het bedrijfsleven, waar enige jaren geleden nauwelijks aandacht aan de bedrijfsgeneeskunde werd besteed, begint zich een groeiende behoefte aan bedrijfsgeneeskundige verzorging van het personeel te openbaren. Dit is o.m. het geval bij ziekenhuizen en universiteiten.

Het zou onbescheiden zijn te beweren, dat het verheugende verschijnsel van de toegenomen vraag naar bedrijfsartsen rechtstreeks een gevolg zou zijn van het door de minister gevoerde en beoogde beleid. Anderzijds zou het onbillijk zijn het gelijkblijvende aanbod van bedrijfsartsen te zien als een gebrek in dit beleid.

Het eerder signaleerde tekort aan bedrijfsartsen kan vermoedelijk ten dele worden geweten aan min of meer latente spanningen, die in dit opzicht in de geneeskundige wereld aanwezig zijn. Daarnaast zijn er maatschappelijke factoren die rechtstreeks betrekking hebben op het aanbod van sociaal-geneeskundigen in het algemeen en van bedrijfsartsen in het bijzonder. In dit verband moge o.a. verwezen worden naar enige in het „Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde” gepubliceerde sociologische onderzoeken, die aan het licht brachten hoe weinig belangstelling de schoolgeneeskunde en de bedrijfsgeneeskunde bij studenten in de medicijnen over het algemeen genieten.

Kortom, uit het bovenstaande en uit datgene wat daarover in de memorie van antwoord is gezegd, moge blijken dat hoewel 's ministers beleid erop gericht is de bedrijfsgeneeskunde steeds verder in het bedrijfsleven te integreren, er diverse factoren bestaan, die op dat beleid een remmende invloed uitoefenen; factoren die hij niet in de hand heeft en die niet vaak zonder terugslag op andere gebieden aanstonds kunnen worden opgeheven of verzacht.

Medische keuringen

In het eindverslag werd door vele leden gewezen op de plaats, die de medische keuringen in het beroepsbeeld van de bedrijfsgeneeskunde innemen. In dit verband wilden zij, onder verwijzing naar des-

betreffende artikelen in „Medisch Contact” en in „De Gids” van 3 september 1969, vernemen of gegevens ter beschikking kunnen worden gesteld over de aard van deze keuringen, toegespitst op de gebreken, die o.a. aan aanstellingskeuringen en pensioenkeuringen zouden kleven. Indien er namelijk aanwijzingen mochten zijn, dat hier en daar sprake is van het bedrijven van „medische economie”, dan vroegen deze leden de minister hiertegen langs geëigende wegen corrigerend te willen optreden.

De minister is van mening, dat de gestelde vragen goeddeels beantwoord zijn in het op 5 maart 1970 bij de Tweede Kamer ingekomen schriftelijke antwoord van de staatssecretaris van Binnenlandse Zaken op vragen, gesteld door de heren Boot en C. J. van der Ploeg (zie M.C. no 12/1970 blz. 291).

Wat nu meer in het bijzonder de door het onderhavige ontwerp tot wijziging van de Veiligheidswet en de Stuwadoorswet behandelde bedrijfsgeneeskunde aangaat, zou de minister willen stellen, dat het onjuist zou zijn de door de bedrijfsgeneeskundige diensten verrichte medische keuringen te bestempelen als „medische economie”. Uitgangspunt van de genoemde wetten is immers het welzijn van de arbeidende mens, zijn gezondheid en veiligheid te dienen; zij beogen niet de economische activiteiten van de ondernemingen, die onder haar werking vallen, te bevorderen. In deze wetten wordt, geheel in overeenstemming met haar doelstelling, de bedrijfsgeneeskunde omschreven als preventieve gezondheidszorg op het terrein van de relatie tussen de mens en zijn arbeid. Bedrijfsgeneeskunde dient niet rechtstreeks het economische beleid, doch is een onontbeerlijk bestanddeel van het interne sociale beleid van de onderneming. Deze gedachte werd reeds uitgesproken in het advies, dat de Sociaal-Economische Raad op 1 augustus 1953 met betrekking tot de destijds voorbereide wettelijke regeling van bedrijfsgeneeskundige diensten heeft uitgebracht aan de toenmalige staatssecretaris van Sociale Zaken. Uitdrukkelijk werd in dat advies gesteld, dat „het karakter en de taak van de bedrijfsgeneeskundige diensten uitsluitend gezien moet worden als een moderne vorm van juist personeelsbeleid in de bedrijven, waarmee het bedrijfsleven in zijn geheel gediend wordt”.

De vraag rijst nu of in de praktijk de bedrijfsgeneeskunde zich steeds consequent beweegt binnen het kader van een modern sociaal ondernemingsbeleid, of dat zij van tijd tot tijd ook dienstbaar wordt gemaakt aan economische, financiële doelstellingen van de onderneming. Met name spitst zich deze vraag toe op de hier en daar aanwezige koppeling van aanstellingskeuringen met pensioenkeuringen. Gesteld mag worden dat in de praktijk van de industriële bedrijfsgeneeskunde dit probleem zich zelden voordoet. Een groot aantal bedrijfsartsen geeft bij een keuring van een sollicitant

24th World Medical Assembly 16-22 augustus te Oslo

Van 16 tot en met 22 augustus 1970 vindt te Oslo de 24th World Medical Assembly plaats. In die week heeft de organiserende World Medical Association (W.M.A.) een tweedaags congres gepland, dat als thema zal meekrijgen: „The general practitioner and his future”.

Tijdens het congres zullen referaten zijn te beluisteren over het werk van de huisarts, de organisatie van de primaire gezondheidszorg, de mate waarin bij de medische opleiding de huisartsgeneeskunde wordt gestimuleerd en het onderzoek op het terrein van de huisartsgeneeskunde.

Maatschappij-afgevaardigden zullen zijn: haar voorzitter, Dr. L. van der Drift, Dr. J. A. Dalmeljer, secretaris-generaal J. Diepersloot en collega G. Dekker, tot 1 april 1970 secretariatspenningmeester van de Maatschappij. Als waarnemer namens het Nederlands Huisartsen Genootschap zal Dr. H. J. Dokter in de Maatschappij-delegatie worden opgenomen.

Het ligt in de bedoeling de uitkomsten van het congres over de toekomst van de huisarts in boekvorm te bundelen. Naast de W.M.A.-bijeenkomsten staat een internationaal medisch filmfestival op het program; aan de Nederlandse Stichting Film en Wetenschap is gevraagd hieraan te willen deelnemen.

slechts een oordeel over diens meerdere of mindere geschiktheid voor bepaalde arbeid in bepaalde arbeidsomstandigheden. Het gaat hierbij om het welzijn zowel van de onderzochte persoon als van de arbeidsgemeenschap waarvan hij eventueel deel gaat uitmaken. Een beperkt aantal artsen verkeert in de omstandigheid om naast de geschiktheidsverklaring een advies aan de werkgever te moeten uitbrengen omtrent het risico, dat de sollicitant, indien deze in dienst wordt genomen, voor de pensioenregeling van de werkgever met zich mee zal brengen. Het is dan uiteraard ter beslissing van de werkgever of hij dit risico met de daarmee eventueel verbonden hogere pensioenpremie wil dragen.

De wettelijke regeling op het stuk der bedrijfsgeneeskundige diensten verbiedt niet uitdrukkelijk de koppeling van aanstellingskeuringen met pensioenkeuringen. De minister acht het gewenst, dat op dit punt meer klaarheid komt. Zodanige klaarheid kan wellicht een gunstige invloed hebben op de werkvingskracht van de bedrijfsgeneeskunde. Hij stelt zich dan ook voor het College van Bijstand en Advies voor de Bedrijfsgeneeskunde, dat hem onlangs heeft doen weten van plan te zijn voorstellen te doen om de wetgeving inzake de bedrijfsgeneeskundige diensten aan te passen aan de moderne ontwikkelingen in het bedrijfsgeneeskundig denken en handelen, te verzoeken daarbij aan de onderhavige kwestie bijzondere aandacht te besteden”.

Eerste Kamer over artsen-tarieven

De Eerste Kamer heeft in haar in begin april gehouden vergadering de begroting 1970 van Sociale Zaken en Volksgezondheid behandeld. Uit de thans verschenen Handelingen van die zitting citeren wij hetgeen de heer *Beerenkamp* (C.H.U.) met betrekking tot de huisartstarieven opmerkte. Deze senator zei o.m.:

„In de Tweede Kamer zijn onlangs door verscheidene sprekers waarderende woorden gewijd aan de Nederlandse huisartsen en aan de redelijkheid van hun tariefsverhogingen. Ik wil mij daar graag bij aansluiten, maar ik vind toch dat de L.H.V. niet te veel het accent moet leggen op de vrijheid om zelf de tariefhoogte te bepalen, omdat artsen beoefenaars van een vrij beroep zijn. Ook fabrikanten en ondernemers oefenen een vrij beroep uit. Niettemin zijn zij onderworpen aan de Prijzenbeschikking goederen en diensten 1969 II. Deze poging om de noodlottige stijging van de loon-prijsspiraal af te remmen, komt het gehele volk, inclusief de huisartsen, ten goede. Het lijkt mij niet onbillijk dat dan ook de diensten van artsen aan een landelijke regeling worden gekoppeld. Het lijkt mij met andere woorden een geoorloofde politieke zaak, dat de overheid alle bestedingen voor de gezondheid kritisch begeleidt, ook de tarieven. Het is overigens een verheugend verschijnsel, dat over het algemeen de financiële consequenties die de Nederlandse arts trekt uit zijn medische ethiek, door de patiënt als maatschappelijk redelijk worden geaccepteerd. Een spoedige oplossing van de pensioenproblematiek, waar het dezer dagen ons toegezonden adres van de L.H.V. terecht aandacht aan wijdt, zal ook de vlucht uit de huisartsenpraktijk naar functies in dienstverband afremmen. Het is duidelijk dat veel huisartsen wel degelijk ook de schaduwzijden van het vrije beroep onderkennen”.

Minister Roolvink over specialistentarieven

Uit de beantwoording van de sprekers door *minister Roolvink* wordt het volgende geciteerd:

„Er zijn weleens vragen uit de Kamer gekomen, waarbij de beantwoording niet door mij werd ondersteund. Ik wil hierover heel openhartig zijn. Wij geven elkaar de volledige ruimte in het werk. De staatssecretaris en ik gaan zo weinig mogelijk, alleen wanneer het noodzakelijk is, beiden ondertekenen. Het is een algemeen streven van het kabinet om zo weinig mogelijk handtekeningen onder stukken te krijgen. Het valt weleens niet mee, maar in het algemeen loopt het wel. Dit betekent bepaald niet dat er van mijn kant geen belangstelling zou

bestaan voor de materiële kant van deze zaken. Dat is bepaald niet het geval.

Vanmiddag (vergadering d.d. 8 april - red.) hebben wij dus een gesprek met de Landelijke Huisartsen Vereniging. Dit is primair een zaak van de minister van Economische Zaken, maar de beide bewindslieden van Sociale Zaken en Volksgezondheid zijn hierbij toch nauw betrokken; ik erken dat.

Tegenwoordig staan met name de specialistentarieven erg in de belangstelling. Ik wil daarover heel summier zijn en ik zal proberen mij daarover zo puntig mogelijk uit te drukken. Ik wil drie pijlers noemen waarop het beleid van de specialisten zelf zou moeten rusten.

Het spreekt zonder meer vanzelf dat bij mensen die een hele zware en langdurige vooropleiding krijgen en die een betrekkelijk korte actieve periode kennen - in dit opzicht kunnen zij bijna met beroepsvoetballers vergeleken worden - dit bij de inkomensbepaling in de beschouwingen moet worden betrokken.

Dit was echter pas het eerste van mijn drie punten. In de tweede plaats hebben wij hierbij, naar mijn opvatting, ook te maken met een ethisch vraagstuk. Iemand, ongeacht welk beroep hij uitoefent en ongeacht welke dienst hij aan de mensheid gaat bewijzen, ongeacht de vraag hoe hoog anderen tegen hem opzien, moet zich altijd zelf de vraag stellen of het redelijk is wat hij een ander in rekening brengt, ondanks de grote dienst die hij hem heeft bewezen. Gelukkig gebeurt het hoogst zelden, maar dat kan elke dag veranderen, dat een dokter mij helpt, maar ik kan mij voorstellen, dat iemand, als de dokter hem van een kwaal afhelpt, zegt: Het kan mij feitelijk niet zoveel schelen of het f 20 of f 100 duurdurder is, omdat het enorm belangrijk is wat er met mij is gebeurd. Dit kan dus het standpunt van de patiënt zijn. Ik ben van mening, dat degene, die het tarief bepaalt, daarin een stuk ethiek moet verdisconteren, wat voor de één een rekbaarder begrip kan zijn dan voor de ander, maar het mag niet buiten beschouwing blijven. Het is niet alleen - ik zwak nu het eerste argument aanzienlijk af - een materiële kwestie, er is ook een ethische kant.

Ik vind verder, dat mensen met een zware verantwoordelijkheid in de samenleving ook rekening moeten houden met de psychologische uitwerking van hun beleidsdaden. Zij moeten zich afvragen, hoe dat beleid op anderen uitwerkt. Die drie punten vormen naar mijn opvatting de grondpijlers, waarop een beleid moet worden gevoerd. Op die basis zal men ook een gesprek kunnen gaan voeren.

Er is in dat opzicht heus wel iets aan de gang.

Er is zelfs meer aan de gang dan men denkt. Wij zijn bezig om in het gesprek met de Landelijke Specialisten Vereniging te komen tot, als ik het zo mag uitdrukken, een middeling van de tarieven. Wij willen bereiken, dat de pieken eruit worden gehaald. Mogelijk moeten sommige tarieven worden opgetrokken. Het is hoe dan ook de bedoeling, dat de onderlinge verschillen tussen de tarieven geringer gaan worden. Ik zeg hiermede niet, dat ze op de juiste hoogte liggen, ook al heeft die middeling plaatsgevonden. Men zal dan met in achtneming van de door mij zojuist genoemde elementen verder als verstandige mensen, ook met het door mij genoemde driemanschap, dat gesprek moeten voeren".

Ook de *staatssecretaris* bracht later, op zijn beurt sprekers beantwoordende, deze tarieven ter sprake en zeide:

„Zoals ook in de beantwoording van de vragen van de heer Lamberts in de Tweede Kamer reeds naar voren is gekomen, worden de door de Landelijke Specialisten Vereniging opgestelde richtlijnen onzerzijds als een stap in de goede richting beschouwd! Het tarievenbeleid is overigens primair een zaak van Economische Zaken. Tussen de tarieven van de specialisten onderling bestaan nog wel verschillen. Er zijn ook verschillen in de beroepsuitoefening tussen de snijdende en de niet-snijdende specialisten.

Ik zou de geachte afgevaardigden in deze Kamer toch erop willen wijzen, dat bij de beantwoording van de vragen door de heer Nelissen en mij aan de overzijde van het Binnenhof over deze materie is toegezegd, dat een diepgaand onderzoek zal geschieden naar de inkomensstructuur van de specialisten. Wij weten daar op dit ogenblik nog veel te weinig van. Er is een oud onderzoek - het statistisch onderzoek intellectuelen, - dat waarschijnlijk een beperkte groep heeft betroffen, al weten wij ook dat niet nauwkeurig. Uit dat onderzoek is gebleken dat in de leeftijdsgroep 35 tot 40 en ook in de groep 50 tot 65 de natuurkundigen en de scheikundigen gemiddeld een iets hoger inkomen hadden dan de geneeskundigen! Nu is er natuurlijk binnen de groep van de geneeskundigen een grote spreiding, maar het staat als een paal boven water dat wij over deze gehele problematiek op dit ogenblik volstrekt onvoldoende zijn geïnformeerd en dat een nadere diepgaande studie beslist noodzakelijk is. Die is aan de overzijde van het Binnenhof reeds toegezegd. Het onderzoek zal onder andere moeten omvatten een studie van de praktijkkosten, van de arbeidstijd - het aantal uren per week dat men werkt - en van de specifieke risico's die iedere praktijkuitoefening met zich brengt. Ik denk aan risico's waaraan de röntgenoloog in verband met de meerdere straling blootstaat en aan in het bijzonder de beroepsrisico's van de anesthesist, die ook ten aanzien van zijn maatschappelijke verantwoordelijkheid toenemen. Het onderzoek zal ook moeten zijn gericht op de leeftijdsduur, de tijd geduren-



de welke men in staat is een bepaald beroep uit te oefenen. De snijdende specialismen stellen hoge eisen met betrekking tot de uitoefening van het beroep, met name op hogere leeftijd. Het is een sterk slijtend beroep. Ook dat element zal moeten worden bekeken. Ook daarover is onvoldoende bekend. Voorts is de invloed van de afwezigheid van de pensioenen een belangrijk element in de inkomensstructuur dat in de beschouwing moet worden betrokken".

Bij de replieken voerde de heer *Beerenkamp* (C.H.U.) te dezer zake nog het volgende aan:

„De door de minister genoemde drie elementen, die de tarieven van de specialisten bepalen, waren mij wel bekend. De minister heeft het zo prachtig onder woorden gebracht. Hij kan dat veel beter dan een eenvoudig kamerlid dat kan doen. Ik heb dit een heel goede illustratie gevonden bij mijn vragen. Ik kan niet zeggen, dat er direct een antwoord op mijn vragen inlag. Ik begrijp dat ook wel, want ik heb uit het antwoord van de staatssecretaris afgeleid hoe onvoldoende men nog geïnformeerd is over deze dingen. Ik moet onwillekeurig even denken aan een opmerking, die mijn fractievoorzitter heeft gemaakt bij de algemene politieke beschouwingen in deze Kamer, namelijk dat wij de armoede van de armen in Nederland heel goed kennen, vaak op een kwartje af - die armoede staat in allerlei c.a.o.'s en bepalingen vermeld -, maar dat de rijkdom van de rijken geheel in de mist hangt. Ik weet niet op welke hoogte de afspraken liggen, die zijn gemaakt ter zake van codificering en de onderlinge verhoudingen. In ieder geval wordt aan deze zaak gewerkt. Men tracht de gehele structuur van de tarieven te onderkennen. Wellicht zal daarvan op den duur meer bekend worden".

De universiteitskliniek in een impasse

Door Dr. C. de Monchy, kinderarts te Eindhoven

Inleiding

De moeilijkheden, die zich nu reeds gedurende een aantal jaren voordoen bij de stafvorming van de universiteitsklinieken worden ten onrechte voornamelijk toegeschreven aan de onvoldoende honorering. Dit houdt niet in, dat de achterstand in honorering van de universitaire specialisten ten opzichte van de periferie niet reëel zou zijn, maar deze honoreringsachterstand is slechts een onderdeel van een probleem, dat veel complexer is en veel meer structureel van aard, dan men wel zou denken bij lezing van de publikaties, die in de loop van de laatste jaren over dit onderwerp verschenen zijn. De ware aard van de problematiek wordt pas duidelijk, indien men zich gaat verdiepen enerzijds in de historisch gegroeide structuur van de Nederlandse Universitaire klinieken en anderzijds in de eisen, die vandaag aan deze universiteitsklinieken gesteld worden.

1. De taken van de Universiteitskliniek

Indien wij thans eerst bezien, welke taken de universiteitskliniek moet vervullen, dan zijn deze te verdelen in drie hoofdgroepen, te weten patiëntenbehandeling, onderwijs en research.

1. Patiëntenbehandeling

a. Medische verzorging van de directe omgeving van het ziekenhuis. De universiteitskliniek treedt voor een bepaalde bevolkingsgroep in de naaste omgeving op als een medisch verzorgingscentrum. In dit opzicht verschilt de universiteitskliniek niet van andere, niet-universitaire, ziekenhuizen.

b. Advanced medical care. Voor een aantal patiënten, lijdende aan zeldzame en ernstige aandoeningen, biedt de universiteitskliniek mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling, die in de niet-universitaire ziekenhuizen ontbreken.

c. Beroepsinstantie voor perifeer gevestigde specialisten. Regelmatig moet de universiteitskliniek de rol vervullen van beroepsinstantie voor perifeer werkende specialisten, die de diagnose en/of behandeling van een bepaalde patiënt gaarne bevestigd willen zien door een objectief, ter zake kundig onderzoek, vaak mede op verzoek van de patiënt of diens familie, waarna zij de verdere zorg voor de patiënt weer overnemen.

2. Onderwijs

a. Kandidaats- en doctoraalonderwijs.

In het vernieuwde curriculum van een aantal medische faculteiten worden enkele klinische vakken reeds voor het kandidaatsexamen geïntroduceerd. Dit onderwijs wordt door de staf van de betrokken kliniek verzorgd. Voor het doctoraalexamen wordt intensief onderwijs gegeven en examen afgenomen in alle grotere klinische specialismen.

b. Co-assistenten opleiding. Praktisch-klinische vorming van studenten voor het artsexamen.

c. Specialistenopleiding. Alle universiteitsklinieken hebben volledige opleidingsbevoegdheid in hun specialisme. In sommige specialismen zijn de universiteitsklinieken de enige volledig bevoegde opleidingsinstituten.

d. Cursussen voor specialisten en andere artsen. De universitaire centra dragen het grootste deel van de verantwoordelijkheid voor de na-scholing van de praktiserende artsen in ons land.

3. Research

Deze is te verdelen in klinische research en basis-research. Vaak zijn beide vormen niet scherp van elkaar te scheiden of bevat een project beide elementen. De samenwerking met praeklinische laboratoria of andere instituten speelt in de medische research een steeds belangrijker rol.

2. De opbouw en de taak van de staf aan de universiteitskliniek

a. De stafopbouw

De Nederlandse universiteiten zijn oorspronkelijk naar Duits voorbeeld gevormd. De meest opvallende eigenschap van dit systeem is de zeer centrale plaats van de positie van de hoogleraar. Deze is met zeer veel gezag en autoriteit omkleed, zowel intern in de staf van het instituut, dat hij leidt, als naar buiten toe. In de universiteitsklinieken heeft deze figuur zich langer kunnen handhaven dan in de meeste andere instituten en laboratoria, waar de angelsaksische opvattingen omtrent de positie van de hoogleraar in zijn team van medewerkers in belangrijker mate zijn doorgedrongen.

Nog betrekkelijk korte tijd geleden bestond de vaste staf van de meeste universiteitsklinieken slechts uit een hoogleraar met soms een of twee medewerkers. De overige medische staf werd gevormd door de assistenten in opleiding, die maar

enkele jaren bleven en enkele hoofdassistenten, die na hun specialisatie nog korte tijd aanbleven, ten-einde wat meer klinische ervaring op te doen of een proefschrift te bewerken. Zelfs de rechterhand van de hoogleraar, de chef-de clinique, was in sommige grote universiteitsklinieken tot voor kort een post, die na enkele jaren werd verlaten. In deze stafstructuur moet de hoogleraar wel een centrale plaats innemen. Hij is de enige, die, over een langere periode gezien, de continuïteit kan handhaven, zowel in de patiëntenbehandeling, als in onderwijs en research.

b. De taak van de hoogleraar

Bezien wij de taak van de hoogleraar tegen de achtergrond van de hierboven geschetste, steeds wisselende stafbezetting, dan is het begrijpelijk dat van alle taken, die de universiteitskliniek moet vervullen, een groot deel voor zijn rekening komt en maar weinig daarvan naar de overige stafleden kan worden gedelegeerd. Daarnaast heeft hij echter nog een aantal opgaven, die specifiek door hem moeten worden vervuld en die hij niet kan delegeren. Behalve de reeds genoemde gebieden van patiëntenbehandeling, onderwijs en research kunnen hier worden genoemd: 1. organisatorische leiding van de universiteitskliniek; 2. deelname aan het werk van faculteit en senaat; 3. taken buiten de universiteit op maatschappelijk en wetenschappelijk gebied; 4. taken op internationaal niveau: commissies, congressen, etc.

c. De taak van de wetenschappelijke staf

Onderwijs en research worden in de huidige structuur van de universiteitskliniek op geheel verschillende wijzen benaderd en beleefd. Het onderwijs aan de studenten is het traditionele prerogatief van de hoogleraar. Hij zal het grootste deel van deze taak, of althans een belangrijk deel ervan, zelf trachten te vervullen. In die gevallen, waarin dit te veel is voor iemand alleen, zal de wetenschappelijke staf worden ingeschakeld. Bij dit onderwijs prevaleert de gedachte, dat niet het „hoe” (de onderwijsmethodiek) het belangrijkste is, maar het „wat” (de inhoud). De leidende gedachte is, dat een bepaalde hoeveelheid kennis en bepaalde vaardigheden (lichamelijk onderzoek, gesprekstechniek, „klinisch denken”, etc.) voor de studenten moeten worden uitgesteld, waarbij aan hen zelf wordt overgelaten, in hoeverre zij hiervan iets kunnen leren. Het onderwijs is een taak, die zich presenteert, waaraan niets valt te tornen of te wijzigen (hoogstens wat te schuiven) en die door de gezamenlijke staf van de kliniek (met duidelijke nadruk op de hoogleraar) moet worden overwonnen. Voor vele hoogleraren en stafleden vormt dit een zware belasting en wordt het ook als zodanig beleefd.

De research is een geheel andere zaak. Of het staflid aan research doet en in welke mate, hangt voor een belangrijk deel af van zijn persoonlijke voorkeur en begaafdheid hiertoe. Hij kan deze bezigheden binnen de grenzen van de hiervoor beschikbare tijd zelf bepalen, evenals het tempo. Er wordt geen dwang in dit opzicht uitgeoefend. Ook

zonder researchactiviteiten kan het staflid zijn klinische werk verrichten en een nuttige en noodzakelijke functie vervullen. Wel geldt echter, dat zonder wetenschappelijke prestaties de keuzebenoemingen (lector en hoogleraar) niet voor hem zullen zijn weggelegd. Bij deze benoemingen wordt slechts zelden afgeweken van de regel, dat zelfstandig en origineel wetenschappelijk werk een *conditio sine qua non* vormt voor de benoeming.

Wetenschappelijk speurwerk is op deze manier voor die universitaire klinici, die hiervoor capaciteiten bezitten, een bron van voldoening en een steun in hun carrière. Diegenen, wier begaafdheid meer op het gebied van patiëntenbehandeling en/of onderwijs ligt worden echter duidelijk achtergesteld. Hieruit is voor een deel te verklaren, waarom de tijd, aan het onderwijs gespendeerd, door vele stafleden als „verloren tijd” wordt beschouwd.

3. De knelpunten in de huidige situatie

a. De toename van de medische taak en de subspecialisatie. De diagnostiek en behandeling van patiënten op het optimaal bereikbare niveau met kritische evaluatie van nieuwe inzichten heeft zich in de laatste 20 jaar in de meeste klinische specialismen zo sterk uitgebreid, dat integrale toepassing hiervan door een enkele specialist niet meer mogelijk is. Opsplitsing van het moederspecialisme in een aantal deelgebieden was hiervoor de uitweg. Men kan deze ontwikkeling toejuichen of betreuren, voor vele universitaire klinieken is hij onvermijdelijk. Even onvermijdelijk is hierbij het herintegreren van de verschillende subspecialismen in teamverband, ten-einde een optimale individuele behandeling van de patiënt te waarborgen. Bij deze teamvorming moeten vaak de klassieke grenzen tussen de verschillende specialismen worden overschreden. Deze ontwikkeling vindt momenteel aan vele universiteitsklinieken plaats, maar stuit vaak op moeilijkheden, die hun oorzaak vinden in de historisch gegroeide verhoudingen binnen de faculteit en de staf. De subspecialistisch geschoolde stafleden voelen zich geremd in hun ontplooiing en missen de erkenning naar buiten van hun deskundigheid. De hoogleraar, die in sommige opzichten geheel moet steunen op de deelspecialistische deskundigheid van zijn stafleden, treedt naar buiten toe op als de deskundige. Op het gebied van budgettering en inrichting van deelspecialistische afdelingen hebben de stafleden geen eigen bevoegdheid.

b. Toename van de research. Terwijl het vroeger mogelijk was, in enkele jaren tijds aan een universiteitskliniek een stuk wetenschappelijk werk te realiseren, dat ook op internationaal niveau de aandacht trok, is de moderne medische research zo sterk geavanceerd en gespecialiseerd, dat slechts begaafde wetenschappelijke werkers de internationale voorste gelederen weten te bereiken na vele jaren intensieve studie en experimenteren. Hiervoor is het nodig, de carrière welbewust op dit doel af te stem-

men en het wetenschappelijk werk niet meer te beschouwen als een fase in de vorming van de klinische specialist. Met andere woorden: de rol van de dissertatie in het totaal van het Nederlandse medische speurwerk wordt steeds kleiner. Diegenen, die aan een universiteitskliniek zich intensief bezig houden met research, hebben vaak het gevoel, dat zij worden belast met een onderwijstaak of een stuk organisatie, waarvoor zij geen werkelijk interesse kunnen opbrengen en die hen afhoudt van dat deel van hun werk, dat zij veel belangrijker achten.

c. *De toename van het aantal studenten.* Dit geldt te meer, nu in enkele jaren tijds het aantal medische studenten dermate is toegenomen, dat in het klinisch onderwijs een soort van noodtoestand heerst, welke leidt tot een mentaliteit van „alle hens aan dek”. Alle stafleden moeten worden ingeschakeld bij het onderwijs, teneinde de verdubbeling of verdriedubbeling van de colleges te kunnen bewerkstelligen en de grote aantallen co-assistenten bezig te houden.

d. *De onderwijsvernieuwing.* Daarnaast moet er worden gewerkt aan/en geëxperimenteerd met de onderwijsvernieuwing, hetgeen op vele hoogleraren en stafleden nog een extra last legt. Onderwijsvernieuwing houdt meestal ook in: intensivering, hetgeen vraagt om meer docentenuren. Een drastische uitbreiding van het onderwijsprogramma is met de aanwezige mankracht onmogelijk op te brengen, wanneer men er vanuit gaat, dat er daarnaast nog ander werk moet worden verricht. Uitbreiding van de wetenschappelijke staf is slechts in geringe mate mogelijk door de beperkte financiële mogelijkheden van de universiteiten.

e. *De uitputting van het wetenschappelijk reservoir.* Zelfs indien deze financiële mogelijkheden in ruimere mate aanwezig zouden zijn, zou het vaak onmogelijk zijn, de open plaatsen te vullen door het ontbreken van geschikt aanbod. Enerzijds is dit ongetwijfeld een gevolg van de nog steeds weinig aantrekkelijke financiële kanten van een universitaire loopbaan, anderzijds door het feit, dat er in vele specialismen een tekort bestaat aan krachten. In een dergelijke situatie oefent een goed gehonoreerde, zelfstandige positie in de periferie vaak een onweersaanbare aantrekkingskracht uit op de pas klaar gekomen specialist.

4. *Structuur-hervorming van de klinisch-universitaire staf*

1. *Inleiding*

In het bovenstaande relaas zijn de voornaamste frustraties voor de hoogleraar en zijn stafleden in de huidige situatie in grote lijnen geschetst. Resume-rend kunnen deze ongeveer als volgt luiden:

Voor de hoogleraar: 1. overbelasting door een cumulatie van taken en verantwoordelijkheden; 2. administratief en organisatorisch werk, dat te veel

van zijn tijd vergt; 3. te weinig tijd voor research en medisch werk.

Voor de staf: 1. te weinig directe verantwoordelijkheid; 2. te weinig carrière-mogelijkheden; 3. onvoldoende honorering; 4. te veel bijkomstige taken, die hem niet interesseren.

Vanuit deze analyse van de situatie zal moeten worden getracht een structuur te ontwerpen, die de genoemde bezwaren en onvolkomenheden zo goed mogelijk opvangt en compenseert, en tegelijkertijd zoveel mogelijk aansluit bij de bestaande situatie.

II. *De stafopbouw* (zie schema op de volgende bladzijde)

Evenals het geneeskundige werk dat in de laatste jaren zodanig ingewikkeld en veelomvattend is geworden, dat subspecialisering en herintegrering van de subspecialisten in teamverband onvermijdelijk is geworden, evenzo is de totale taak van de universiteitskliniek uitgegroeid tot een omvang, die eenzelfde teambenadering vereist. De essentie van een teamverband is, dat de deelnemers ieder een deel voor hun rekening nemen, hiervoor de verantwoordelijkheid dragen en hun bijdrage soepel inpassen op die plaats en in die mate, als het concept van de gezamenlijke taak dit vereist. Het team bestaat dus niet uit een centrale figuur, die het totaal ontwerpt, uitwerkt, indeelt en delegeert, omgeven en bijgestaan door een aantal hulpkrachten, maar uit een groep deelspecialisten, die elkanders werkerrein niet meer kunnen overzien, maar in gezamenlijk overleg tot een gemeenschappelijk plan komen, waarin ieder de verantwoordelijkheid voor zijn bijdrage behoudt. De leider van het team heeft een coördinerende, stimulerende en richtinggevende taak, maar is niet meer de enige beslissingsbevoegde.

In het team, dat de universiteitskliniek moet leiden, zullen drie onderdelen gelijkelijk vertegenwoordigd moeten zijn: a. de patiëntenbehandeling, b. het onderwijs, c. de research. Iedere richting vertegenwoordigt een subspecialisme en heeft zijn eigen inbreng in de planning. Ieder van deze drie pijlers, waar de organisatie op rust, vertegenwoordigt een essentieel onderdeel, maar kan niet functioneren zonder de medewerking van de twee andere. Het zijn dus geen autonome, geheel onafhankelijk van elkaar opererende vakgebieden, maar meer facetten van een kristal. De interdependentie brengt echter mee, dat ieder in wezen gelijkgerechtigd is.

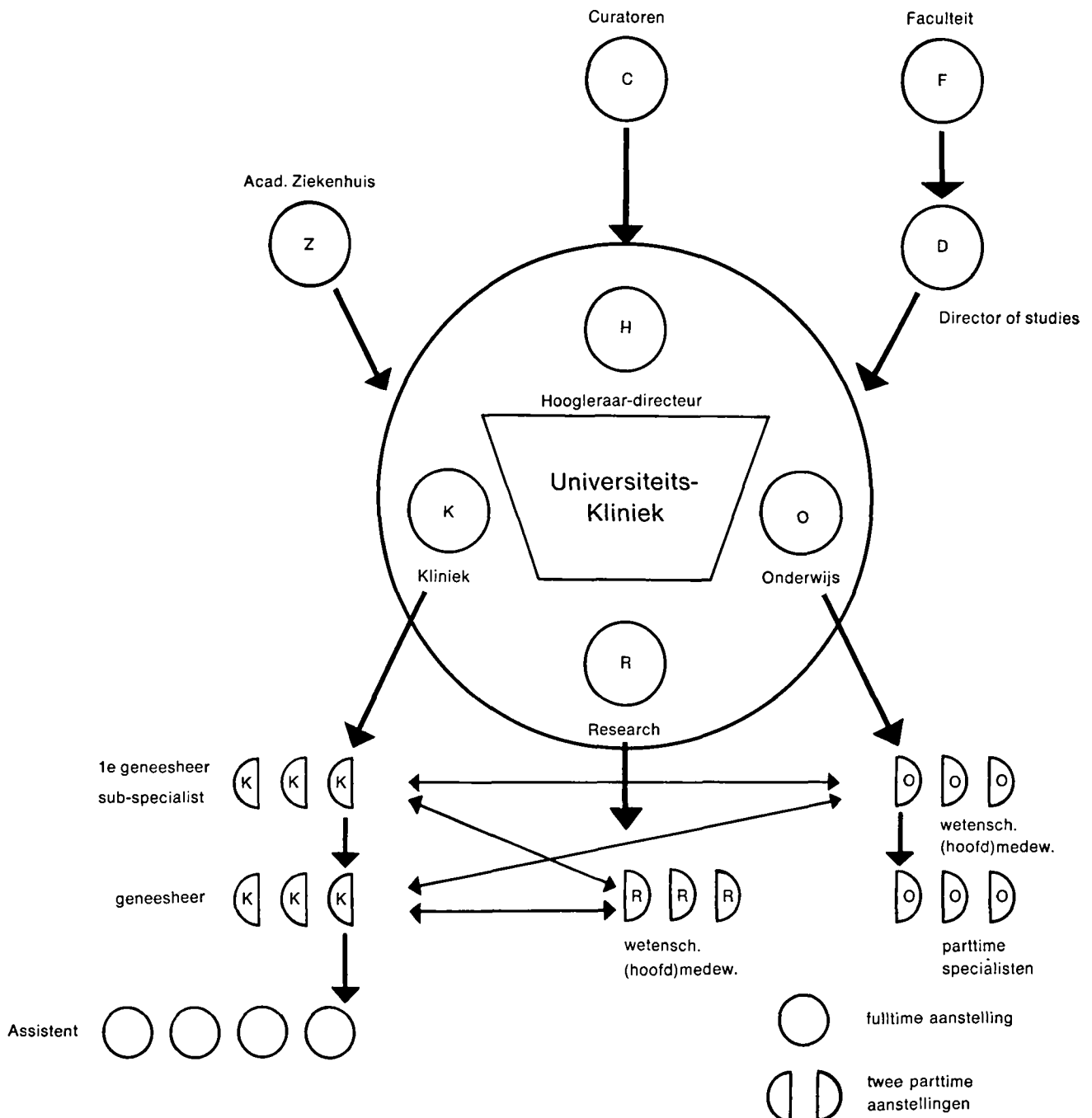
Iedere pijler heeft een eigen topfunctionaris, die de verantwoordelijkheid draagt voor de bijdrage, die zijn gebied levert in de totaliteit. Over het algemeen zal deze specialist zich uitsluitend bezig houden met organisatie, uitbouw en vernieuwing van zijn onderdeel. Hij zal hierin worden bijgestaan door medewerkers, die in een meer hiërarchisch gestructureerd verband onder zijn leiding werken. De universiteitskliniek zal zijn medewerkers dus drie verschillende carrière-mogelijkheden kunnen bieden: in

de patiëntenbehandeling, in het onderwijs en in de research. Deze drie onderdelen zijn echter niet door waterdichte schotten te scheiden. Klinisch onderwijs zal steeds hand in hand moeten gaan met patiëntenbehandeling, klinische research eveneens. Teneinde de wederzijdse integratie van de drie pijlers te verzekeren, zullen de medewerkers beneden de rang van topfunctionaris als regel twee part-time functies vervullen: naast een taak in onderwijs of research met de bijbehorende rang zullen zij een klinische aanstelling hebben die overeenkomt met

de mate, waarin zij bij de patiëntenbehandeling zijn ingeschakeld.

Dit principe is niet nieuw: de Querido-honorering is gebaseerd op een dubbele benoeming en dubbele honorering in deze zin en bestaat uit een aanstelling in de rang van wetenschappelijk (hoofd) medewerker aan de universiteit en tegelijkertijd een aanstelling als geneesheer aan het academisch ziekenhuis. Dit principe kan echter ruimer worden toegepast en in nieuwe combinaties.

Organisatieschema universiteitskliniek



a. *De patiëntenbehandeling.* De patiëntenbehandeling zal ressorteren onder een full-time klinikus, bijvoorbeeld met de rang van adjunct-geneesheer-directeur. Naast de verantwoordelijkheid voor de klinische behandeling kan hij een belangrijk stuk dagelijkse organisatie van de kliniek zoals personeelsbeleid en budgettering, van de hoogleraar overnemen. Het lijkt voor de hand te liggen, deze functie uit te bouwen tot trait d'union tussen de kliniek en de directie van het academisch ziekenhuis. Als zodanig heeft de adjunct-geneesheer-directeur dus ook een administratief-organisatorische taak en verantwoordelijkheid. De overige stafleden, die een part-time functie bij de patiëntenbehandeling vervullen, ressorteren voor wat dit gedeelte van hun werk betreft, direct onder zijn leiding.

b. *Het onderwijs.* Een van de meest evidente voordelen van dit systeem zou zijn, dat het onderwijs in plaats van een corvée, een vakgebied wordt, wat het in feite aan vele buitenlandse (vooral Amerikaanse) medische faculteiten reeds is. Men krijgt de beschikking over onderwijsspecialisten, die op de hoogte zijn van wat op dit gebied in ons land en elders gebeurt en die dit onderwijs op wetenschappelijke basis benaderen en door middel van werkhypothesen en toetsing het proces van kennisoverdracht bestuderen. Dit werk geschiedt onder toezicht van en in overleg met de „director of studies” van de faculteit, degene, die voor de gehele faculteit het studieprogramma ontwerpt, coördineert en bewaakt en leiding geeft aan de research op onderwijsgebied. Hierdoor is het onderwijs niet meer de uitsluitende verantwoordelijkheid van de hoogleraar-directeur, hoewel deze via de faculteit dit beleid wel kan beïnvloeden en uiteraard in belangrijke onderdelen van zijn vakgebied mede de inhoud van dit onderwijs helpt bepalen, doordat hij zijn eigen onderwijs-expert in de staf heeft met de rang van lector of hoogleraar.

c. *De research.* Deze zal onder leiding staan van een begaafd wetenschappelijk werker, mogelijk met de rang van hoogleraar, die zowel de klinische als de basisresearch in de kliniek entameert, stimuleert en superviseert. De klinici met een part-time researchaanstelling werken onder zijn leiding aan wetenschappelijke projecten en dissertaties, zoveel mogelijk in teamverband. Op deze manier zal er misschien gemakkelijker wetenschappelijk werk op lange termijn kunnen worden opgezet, iets waaraan in ons land grote behoefte bestaat. Verder zullen ook in principe niet-medici in de research-staf kunnen worden aangesteld, (bijvoorbeeld chemici, fysici etc.) zowel full-time als part-time, (in combinatie met het klinisch laboratorium bijvoorbeeld).

Indien de vaste staf van de universiteitskliniek op deze wijze wordt opgebouwd, zal de salarispost ongetwijfeld wat groter worden, doordat voor de individuele stafleden de aanstelling in meerdere part-time functies een hogere totaal-honorering met zich meebrengt, maar dit zal tevens de financiële aantrekkelijkheid voor een universitaire carrière verho-

gen, waardoor betere selectie mogelijk wordt. Tevens ontstaat de mogelijkheid dat met name in de onderwijssector behoorlijke tijdsbesparingen zijn te realiseren doordat dit onderwijs in handen komt van deskundigen, die bijvoorbeeld gericht gebruik kunnen maken van moderne onderwijsmethoden zoals geprogrammeerde instructie, audio-visuele hulpmiddelen etc. De toepassing van deze hulpmiddelen, hun indicaties en begrenzingen, zijn voor verreweg de meeste klinische docenten terra incognita. In ieder geval zal het onderwijs er beter op worden, indien het onder leiding staat van klinici, die naast hun klinisch werk een speciale belangstelling hebben voor dit onderwijs en daarin carrière-mogelijkheden bezitten.

Het principe van de part-time aanstelling biedt echter nog een andere mogelijkheid, waarvan de mate van realiseerbaarheid op dit moment nog moeilijk valt te overzien, maar die mogelijk een niet onbelangrijke bijdrage aan de onderwijsstaf zal kunnen gaan leveren. Deze bestaat uit het aantrekken van praktiserende specialisten voor enkele uren per week voor het geven van praktisch klinisch onderwijs aan het ziekbed aan kleine groepen studenten en co-assistenten. Deze vorm van klinisch onderwijs speelt in alle plannen voor de onderwijsvernieuwing een grote rol maar wordt voor wat betreft de praktische realisering sterk geremd door het gebrek aan geschikte docenten.

Dit op-de-praktijk-afgestemde onderwijs zou zeer wel door praktiserende specialisten kunnen worden gegeven, zoals wordt bewezen door het succesvol functioneren van co-assistenten-opleidingen in geaffilieerde perifere ziekenhuizen. Er zijn echter ook veel specialisten verbonden aan kleinere ziekenhuizen, die niet voor affiliatie in aanmerking komen. Deze specialisten zouden in een wederzijds vruchtbaar contact met de universiteitskliniek in het klinische onderwijs worden ingeschakeld, op basis van enkele uren per week in de universiteitskliniek, onder leiding en met hulp van de onderwijsstaf.

Tenslotte rijst nog de vraag naar de rol die de hoogleraar-directeur in deze staf-nieuwe-stijl speelt. Is hij nog slechts een „figure-head” geworden? In genen dele. Op hem zal de taak rusten, leiding te geven aan het team van topfunctionarissen, hen te stimuleren en te coördineren en in gezamenlijk overleg de verschillende activiteiten van de kliniek te bundelen tot een geheel. Daarbij zal hij echter zijn verlost van de zorg omtrent de dagelijkse gang van zaken met de honderden details, die nu zo'n onevenredig groot deel van zijn dagtaak vullen. Hij zal meer tijd kunnen besteden aan planning op lange termijn, de eigen research, de contacten op nationaal en internationaal niveau, post-graduate onderwijs, publicistisch werk, in het kort die activiteiten, waaraan hij dacht, toen hij destijds zijn benoeming aanvaardde. Daarvoor in ruil zal hij moeten beseffen, dat er naast hem medewerkers staan, die op bepaalde gebieden meer deskundigheid bezitten dan hij en aan wie hij dan ook een deel van zijn

taak heeft gedelegeerd, met de consequentie, dat zij voor wat betreft dit onderdeel ook zelfstandig naar buiten toe optreden.

III. De positie van de subspecialismen

De mate van integratie van de subspecialismen in het moederspecialisme wisselt sterk van geval tot geval. Voor die subspecialismen, die (nog) niet officieel zijn erkend, zal een plaats in de klinische hiërarchie moeten worden gereserveerd. Wel is het zeer goed denkbaar, dat men voor een kleinere universiteitskliniek enigszins van het voorgestelde schema afwijkt en bijvoorbeeld een klinisch subspecialisme met aanstelling als 1e geneesheer combineert met de functie van hoofd van de research-staf met de rang van wetenschappelijk-hoofdmedewerker. Ook kan de hoogleraar-directeur zich speciaal belasten met óf onderwijs, óf research. Indien een subspecialisme belangrijk genoeg wordt geacht voor een hoogleraarschap, dan dient daaraan de consequentie te worden verbonden, dat op den duur een eigen onderwijs- en researchstaf mogelijk moet worden.

**Buitendienstmedewerkers
van de O.L.M.A.**

Inlichtingen over de betekenis, welke de OLMA — de door de Maatschappij Geneeskunst ingestelde Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen — voor u kan hebben, worden gaarne verstrekt wanneer u, wonende in de westelijke helft van Nederland (inbegrepen de provincie Utrecht), de buitendienstmedewerker J. van Elzelingen Skabo-Brun te Amsterdam opbelt: 020-229.225.

Of wanneer u zich, wonende in de andere dan de genoemde delen van ons land, telefonisch verstaat met de buitendienstmedewerker R. Th. van der Garden te Epse-Gorsse: 05759-18 25.

Staatssecretaris prefereert premiefinanciering kosten gezondheidszorg

Bij de behandeling van de begroting 1970 voor Sociale Zaken en Volksgezondheid stelde - blijkens de verschenen Handelingen der Kamer - *Prof. Querido* (P.v.d.A.) de volgende vraag:

„Zou de staatssecretaris voor het verwezenlijken van zijn beleid meer geld kunnen gebruiken dan thans tot zijn beschikking staat? Wanneer hij deze vraag bevestigend beantwoordt - men kan nooit weten - zou hij dan kunnen zeggen aan welke bronnen hij dan de voorkeur zou geven: algemene middelen, premieheffing of afwenteling van lasten? En - last but not least - voor welke doeleinden zou hij dat geld dan bestemmen?”

Aan het woord gekomen zijnde, beantwoordde de staatssecretaris deze vraag als volgt:

„Bij een bezoek dat onlangs de vaste Commissie voor de Volksgezondheid uit de Tweede Kamer aan Engeland heeft gebracht heeft de voorzitter van deze commissie aan de heer Crossman, de secretary of state van Social Security and Health in Engeland, de vraag gesteld - zoals bekend is daar op dit ogenblik een Labourregering aan het bewind - waaraan hij de voorkeur zou geven indien hij de kans zou hebben van de budgettaire financiering van de National Health Service over te stappen naar een premiefinanciering. De heer Crossman heeft toen gezegd: wanneer ik politiek zou kunnen, op dit ogenblik is dit onmogelijk, zou ik zeer bepaald de voorkeur geven aan een premiefinanciering. Het is nu eenmaal zo dat de bestedingen in de volksgezondheid — het woord „bestedingen” is

beter dan „kosten” — aanmerkelijk sneller stijgen dan het nationaal inkomen. Dit heeft een aantal duidelijke redenen. De bevolking veroudert; de technische mogelijkheden van de geneeskunde nemen stérk toe én het werk in de gezondheidszorg is erg arbeidsintensief! Om al dié redenen stijgen de bestedingen sterk! Dit staat niet in verhouding tot de stijging van het nationaal inkomen. Ook niet met een nationaal inkomen eventueel aangepast met een Zijlstranorm of, voor de komende periode, een andere norm. Wil de financiering dan niet in structurele moeilijkheden komen, dan is een financiering met een gezondheidspremie een véél betere financiering! In Engeland heeft men met het huidige financieringssysteem van de gezondheidszorg vele, naar mijn gevoel, onaangename, ervaringen opgedaan! De investeringen zijn in Engeland in de sector van de volksgezondheid en in de ziekenhuizen bijzonder sterk achtergebleven en er zijn grote moeilijkheden bij de financiering. Ik antwoord dan ook op de zeer nadrukkelijke vraag van de heer Querido, op welke wijze ik wil financieren, dat ik zeer bepaald de voorkeur geef aan premiefinanciering! Die premiefinanciering moet dan natuurlijk wel zo evenwichtig mogelijk zijn en over het gehele pakket worden gespreid. Ik meen, dat in toenemende mate in de komende jaren — wij hebben dit al eerder gezegd — niet alleen de intra-murale zorg die financieringsbasis moet krijgen maar ook de extra-murale zorg, al was het alléén maar ter wille van de meest effectieve uitoefening van de gezondheidszorg in ons land.”

Medische zorg in ontwikkelingslanden

Door Prof. Dr. O. Kranendonk

Tijdens de vergadering op 24 februari j.l. van de Afdeling Amsterdam van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heeft Prof. Dr. O. Kranendonk, buitengewoon-hoogleraar in de tropische gezondheidsleer aan de Universiteit van Amsterdam en directeur van de Afdeling Tropische Hygiëne van het Koninklijk Instituut voor de Tropen te Amsterdam een voordracht gehouden over de medische zorg in ontwikkelingslanden, een voordracht welke hieronder vrijwel integraal wordt weergegeven:

De ontwikkelingslanden worden als regel geprojecteerd in de tropen en subtropen. In een zekere, soms zelfgenoegzame, tevredenheid gaan wij er daarbij vanuit, dat onze eigen wereld reeds is ontwikkeld en dat het enige wat ons te doen staat, is onze kennis en ervaring en geld en materiaal naar de ontwikkelingslanden te exporteren, opdat ook zij het wonder van de welvaart in korte tijd deelachtig kunnen worden. Hierbij staat ons dan vaak het voorbeeld van de Marshallhulp voor ogen, toen na de tweede wereldoorlog West-Europa snel wederom op eigen benen kon worden geholpen. Dat dit voorbeeld echter niet opgaat, is wel heel duidelijk geworden uit de ervaringen van het eerste ontwikkelingsdecennium 1960-1970.

Het is bovendien aantrekkelijk om wat minder antropocentrisch te zijn, en er vanuit te gaan, dat ontwikkeling een kenmerk is van de gehele wereld en dat de verschillen tussen de rijke en de arme landen slechts fase-verschillen in ontwikkeling zijn. Dat wat zich nu geografisch afspeelt in de derde wereld een ontwikkeling is, die zich bij ons in de tijd, in een historisch perspectief heeft voltrokken. Door goed naar de ontwikkelingslanden te kijken, kunnen wij misschien ook nog ontdekken wat goed en wat minder goed was in onze zogenoemde goeie oude tijd.

Medische zorg in eigen land

Het beeld van de medische zorg in eigen land is volgens de één een fraai en rijk bestikt patroon, volgens de ander slechts een lappendeken. Hoe men er ook over denkt, een feit is dat elk individu waar ook in Nederland in geval van ziekte onmiddellijk een beroep kan doen op medische bijstand en dat voorts volgens de geldende maatstaven de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking behoort tot de beste van de wereld.

Nederland heeft een goed artsenbestand, met ruime specialisatie, een dicht netwerk van zieken-

huizen, vrije artsenkeuze, vrijwillige organisaties, geringe inmenging door de overheid en een ruim verzekeringswezen. Hierdoor kunnen wij onder meer bogen op de laagste zuigelingensterfte ter wereld. Dit alles werd evenwel bereikt door een gelijktijdige sterke economische groei en rechtvaardige sociale verdeling. Voorts werd een redelijke beheersing van het milieu verkregen: een betrouwbare watervoorziening en riolering, voedselinspectie, regeling van het verkeer en toezicht op ongevallen-risico's, etc.

In dit complex groeiende geheel is de medische zorg gedifferentieerd en omperkt ingepast in het totaal van de sociaal-economische vooruitgang. In deze bijkans spontane groei, gebaseerd op het particulier initiatief en het vrije marktmechanisme, waarbij de overheid slechts regulerend optreedt, denken wij dat onze ontwikkeling een goede is, die ook model kan staan voor de vooruitgang in de ontwikkelingslanden. Medische zorg in de ontwikkelingslanden zou derhalve een vrij eenvoudig recept betekenen in de ogen van medici, te weten meer artsen, meer specialisatie en meer ziekenhuizen.

Zo ging het bij ons en zo zal het ook moeten gebeuren in de ontwikkelingslanden. Moeten wij het bij deze illusie laten en opwekken tot steunverlening aan collega X, voor zijn ziekenhuis Y, in het ontwikkelingsland Z? Of willen wij een alternatief ter overdenking, de medische zorg als probleem op wereld-formaat en hoe wij daarin kunnen samenwerken?

Daarvoor eerst een verdere verkenning van onze medische problemen in eigen land. Terwijl de zuigelingensterfte nog steeds dalende is, doet de bruto algehele sterfte dit niet meer. Wel nog bij de vrouwen, doch niet meer bij de mannen. Bij deze groep is de sterfte vanaf het veertigste levensjaar weer stijgende en terug op het niveau uit de dertiger jaren. De gemiddelde levensduur vanaf het tiende levensjaar is in de Verenigde Staten de laatste vijf jaar aanmerkelijk gestegen. De doodsoorzaken zijn bekend: longkanker en vooral hart- en vaatziekten nemen in omvang en ernst toe. Daarbij komen de problemen van de pasgeborenen, de ouden van dagen, de psychische spanningen, de ongelukken, de aberraties van het geneesmiddelengebruik en nieuwe genotmiddelen. Ter bestrijding komen naast de ambulances de cardiolances op het toneel. De medische verzorging, in het bijzonder de ziekenhuisvoorzieningen worden steeds kostbaarder en het lijkt erop alsof wij voor het einde van deze eeuw tien procent van ons nationale inkomen nodig gaan hebben voor onze medische verzorging. Alsof dit

niet genoeg is, komen daarbij de steeds meer noodzakelijk ingrijpende voorzieningen om het beetje natuurlijke milieu dat wij nog hebben onder controle te houden: „The industrial man as the greatest waste-maker on earth” moet aan banden worden gelegd, om bij alle welvaart ook nog enig welzijn te kunnen behouden.

Dit alles leidt ertoe, dat wij ook in Nederland in steeds toenemende mate gaan in de richting van centrale, nationale beleidsvorming, „planning” en „management”, via coördinatie, samenwerking, schaalvergroting, fusie en integratie. De huisarts zoekt naar groepspraktijken, de kruisverenigingen naar samenwerking, de ziekenhuisvoorzieningen naar een kadring in een ruimtelijke ordening, de gezondheidszorg naar interdisciplinaire samenwerking en inschakeling van de automatisering van onderzoek en van de epidemiologie voor de opsporing van „high risk groups” zodat de medische verzorging in de wereld van morgen zich hierop kan concentreren. En voorts vragen wij ons af hoe het gedrag van de moderne mens kan worden beïnvloed, zodat hij minder eet, meer lichamelijke beweging krijgt, geen sigaretten meer rookt en toch gelukkig blijft.

Ontwikkeling van de medische zorg in de ontwikkelingslanden

Laten wij nu naar de ontwikkelingslanden kijken, de tropen en landen van de subtropen. Geleidelijk voltrekt zich ook hier de ontwikkeling, die wij zelf hebben doorgemaakt. Ook daar zien wij in de moderne centra van de grote steden de „évolution à l'américaine” met alle verworvenheden van de „affluent society”. Maar onmiddellijk rond deze middelpunten van optimisme en geloof in de vooruitgang, treffen wij in concentrische ringen de „septic fringes” aan van wanhoop, ziekte, en armoede. Dit zijn de oncontroleerbare „banlieues”, vergelijkbaar met de krotwijken van Europa uit de negentiende eeuw. Wat zich daar nu voltrekt, openbaart zich in een gigantische schaalvergroting. De steden in de ontwikkelingslanden verduubbelen in ongeveer tien jaar en tegen het einde van deze eeuw zal een groep van twee miljard mensen van onze wereldbevolking uit stadsbewoners bestaan, een conglomeraat van rijken en armen in toestanden uit de twintigste en negentiende eeuw tezamen.

Ecologisch gezien openbaart zich het werkelijke probleem echter in het achterland, op — wat wij in het Nederlands zouden noemen — het platteland. Hier ziet men een schakeling in ontwikkeling van modern geleide plantages en industrieën tot en met toestanden van een nog volstrekt onberoerde maatschappij der primitieve samenlevingen, die stammen uit het begin van onze jaartelling. De grote volksziekten, die bij ons nooit voorkwamen of reeds lang geleden werden uitgeroeid, blijven hier hun tol op-eisen aan ziekte en sterfte. Zij vormen tevens het telkens weerkerende signaal voor de achterstand in vooruitgang in de ontwikkelingslanden. Waarom nog pokken, pest, cholera en lepra, terwijl deze pla-

gen bij ons reeds lang geleden werden uitgeroeid? Het antwoord is gelegen in het anachronisme van de ontwikkeling. In sommige streken van de wereld moet de ontwikkeling een achterstand van twintig eeuwen overbruggen, in andere gebieden een periode van honderd jaar en in weer andere bedragen de verschillen met het westen in inzichten en ervaringen slechts luttele jaren.

Wanneer wij nu onze aandacht richten op de medische zorg op wereldformaat, in het bijzonder in de ontwikkelingslanden, dan zien wij in de afgelopen twintig jaar een enorme uitbreiding van medische verzorging. Opleidingen voor artsen en verpleegsters hebben zich veelelvoudigd en talloze ziekenhuizen en zogenaamde gezondheidscentra werden gebouwd of uitgebreid. Tegelijkertijd trad er een belangrijke daling op van de sterfte in de ontwikkelingslanden, die — berustend op een navrant sprookje — allerwegen werd toegeschreven uitsluitend aan de vooruitgang van de medische wetenschap en de toepassing van de geneeskunde. Men vergeet dan echter dat kwantitatief de grootste sterftevermindering werd bereikt op het platteland, waar nog meer dan driekwart van de wereldbevolking leeft. En juist hier bleef de medische verzorging het meest ten achter.

In de grote steden van de tropen en de subtropen werd een artsendichtheid en ziekenhuisvoorziening bereikt, welke vergelijkbaar is met die in het westen. Doch op het platteland bleef het bij een gemiddelde van 1 arts op de 50 tot 100.000 zielen en een ziekenhuisbezetting van minder dan 1 bed per 1.000 zielen. Toch daalde de sterfte mede door geheel andere factoren evenals in het westen, door verbetering van de voeding (betere distributie door wegen en communicatie en bestrijding van hongersnood door tijdige hulp uit de rijkere landen (vergelijk Bihar, India)), door uitbreiding van het onderwijs en de voorlichting, door een betere watervoorziening en betere huisvesting (vergelijk het verdwijnen van de „relapsing fever” in Kenia door minimale veranderingen in de woningen, waardoor de teken — de overbrengers van deze ziekte — verdwenen), door de primair economisch gedicteerde quarantainebe-palingen, waardoor de verspreiding van de grote plagen werd belemmerd (pokken, pest etc.), en tenslotte ook door de „spontane” import van modern werkende geneesmiddelen (chloroquine, penicilline etc.), die buiten de officiële medische voorzieningen de bevolking bereikten.

Zou men de medische ontwikkelingshulp stoppen, dan zou de sterftedaling toch doorzetten. Het paradoxale evenwel is, dat de economen en planners geleidelijk inzien, dat ondanks de ontstane weerstand, de medische ontwikkelingshulp nu juist nodig wordt vanwege de ongeremde bevolkingsexplosie. Voor de toepassing van de geboortenregeling zijn medische voorzieningen nodig, die de gehele bevolking, met name ook op het platteland, kunnen bereiken.

Ondanks de geleidelijke sterftedaling in de ontwikkelingslanden, bleven de grote volksziekten, die als importziekten voor het westen een voortdurende

bedreiging vormen wezenlijk onaangetast. Ondanks de gigantische mondiale aanpak van de malariabestrijding, ontstonden weer ernstige epidemieën, onder meer in Ceylon en India, terwijl in Afrika het reservoir in het geheel niet werd gereduceerd. Pest is nog in een tiental gebieden endemisch, waardoor een voortdurende bedreiging blijft voortbestaan (Vietnam!). Lepra en tuberculose breiden zich nog uit, onder toenemende resistentievermeerdering tegen de gebruikelijke geneesmiddelen. Uitbreiding ook van slaapziekte, onchocerciasis en bilharziebesmettingen. Zelfs de framboesia tropica kon niet worden uitgeroeid. De snelle bevolkingsvermeerdering (600 miljoen in de laatste tien jaar) verhinderde, dat de strijd tegen de wanvoeding (kwashiorkor en marasmus) met succes kon worden gevoerd en belette dat de medische voorzieningen in aantal gelijke tred hielden met de vermeerdering van het aantal zielen.

De medische zorg op wereldformaat bleef zelfs relatief ten achter bij de algehele sociaal-economische ontwikkeling in de tropen en subtropen. Ondanks groeicijfers van het economisch produkt tussen de 3 en 8% per jaar en ondanks de verbeterde medische verzorging in de steden voor hen, die het konden betalen, bleef de gezondheidszorg vooral op het platteland en in de arme volkswijken van de steden sterk ten achter. De belangrijkste reden voor deze achterstand was geen financiële, doch gelegen in de omstandigheid, dat het modern medisch-specialistisch model van het westen, zich niet laat enten op het patroon van de onderontwikkelde en armoede van de achtergebleven gebieden.

Een nieuwe aanpak van de gezondheidszorg

In de ontwikkelingsgebieden is de voorziening met moderne ziekenhuizen over het gehele land niet alleen onbetaalbaar (1 bed per 1.000 zielen vraagt reeds 1% van het nationale inkomen), doch ook onnodig en daardoor ongewenst. In Taiwan (Formosa) bereikte men een relatief zeer gunstige volksgezondheid met slechts een 1/2 ziekenhuisbed per 1.000 zielen tegenover het westen met 5 tot 10 bedden. Voor de bestrijding van de grote volksgezondheidsproblemen zijn slechts eenvoudige voorzieningen nodig, zoals gezondheidscentra en gezondheidsposten, met beperkte opnamegelegenheid, alsmede daarmee verbonden mobiele diensten met gerichte programma's.

Ten tweede de modern westers opgeleide medicus, specialist en verpleegster is in de ontwikkelingslanden slechts van nut in de sociaal-economisch bevoorrechte centra, dat wil zeggen in de grotere steden. Als intellectueel zijn zij van het platteland vervreemd (A. P. Oomen, artsen voor ontwikkelingslanden, *Metamedica*, 1970, 49, 76). Niet alleen zou de opleiding van artsen in grote aantallen onbetaalbaar zijn, het is ook niet nodig, omdat de grote medische problemen even doeltreffend kunnen worden bestreden door eenvoudig opgeleide krachten, mits de leiding van de gezondheidsorganisatie in

handen blijft van academisch opgeleide deskundigen. De opleiding van medische assistenten, verpleegsters en vroedvrouwen (basisopleiding 10-12 jaar) en overeenkomstige hulpkrachten (6-8 schooljaren) is in de ontwikkelingslanden financieel en binnen het raam van de sociaal-economische groei wel mogelijk.

Op het platteland kan men dan volstaan met ziekenhuizen in de districtshoofdplaats voor 200 tot 300.000 zielen in het gebied. Het ziekenhuis kan 200 tot 300 bedden tellen met 2 tot 3 artsen. Door delegatie van werkzaamheden kan het ziekenhuis worden gedreven door 2 artsen, terwijl de oudste arts verantwoordelijk is voor de gezondheidszorg in het gehele district. Het gebied telt 4 tot 6 gezondheidscentra, bemand door medische assistenten, verpleegsters, vroedvrouwen en sanitaire beampten. Elk gezondheidscentrum bedient een gebied van 50.000 zielen en beschikt over 5 gezondheidsposten voor elk 10.000 zielen. Elke gezondheidspost wordt bemand door een hulpverpleger en een hulpvroedvrouw, alsmede door een vijftal gezondheidsassistenten, die elk verantwoordelijk zijn voor een gebied met gemiddeld 2.000 zielen, een gemiddelde praktijk van een huisarts in Nederland. Elke medische werker krijgt in deze organisatie zijn eigen taak volgens een nauwkeurig ontwikkelde „jobdescription”.

De gezondheidsassistent, de mobiele component van de gezondheidspost, is verantwoordelijk voor de verzameling van sterfte- en ziektegegevens, voor de gezondheidsvoorlichting, de milieusanering, assistentie bij de ziektebestrijding en de eerste hulp bij ongelukken. De hulpverpleger op de gezondheidspost doet de ziekenverzorging en de hulpvroedvrouw de prenatale zorg, de normale verlossingen en de geboortenregeling. De gezondheidscentra en het districtsziekenhuis fungeren in deze organisatie als schakelstations en verwijlsziekenhuizen. De belangrijkste taak van het ziekenhuis in de districtshoofdplaats in deze visie is echter te fungeren als opleidingscentrum en als een hoofdkwartier voor de organisatie van de gezondheidszorg in het gehele gebied.

Naarmate de sociaal-economische situatie van het gebied verbetert, zal ook het niveau van de medische verzorging kunnen worden opgetrokken, tot tenslotte de taken van de gezondheidsassistent in zijn gebied van 2.000 zielen kunnen worden verzorgd door een academisch geschoold arts. Dit is reeds het geval in de moderne centra van de grote steden van de tropen. In het achterland moet men voorlopig genoegen nemen met eenvoudig opgeleide hulpkrachten, precies zoals het westen dat deed in vroegere eeuwen.

Voor een dergelijke medische gezondheidsorganisatie, met name op het platteland, heeft men echter behoefte aan een geheel nieuw type volksgezondheidsarts, iemand die behalve medicus, in het bijzonder preventief georiënteerd, ook gemotiveerd en is getraind om een gezondheidsorganisatie voor gemiddeld 250.000 zielen te leiden en die tevens leiding kan geven aan de opleiding en supervisie van het

daarvoor benodigde medische hulppersonneel. Reeds in vele gebieden in de tropen en subtropen experimenteert men in deze richting. In de medische opleiding wordt een geïntegreerde curatiefpreventieve benadering sterk bevorderd, waarbij „teaching health centres” zowel in de stad als op het platteland als alternatieven van het ziekenhuis fungeren. In Cali, Columbia; Ibadan, Nigeria; Nairobi, Kenia en Calcutta, India voltrekken zich soortgelijke initiatieven.

Zolang de artsen van het eigen land in deze richting nog niet zijn gevormd en gemotiveerd, blijft er vooralsnog, behoefte bestaan aan buitenlandse hulp. Desgevraagd bleek er in een vijftal Engelsprekende landen in Afrika onmiddellijk behoefte aan 200 Nederlandse artsen om de bestaande vacatures op het platteland te kunnen vervullen. Deze vacatures worden door het ontwikkelingsland zelf betaald. Het enige dat Nederland levert is het beschikbaar stellen van de artsen, enige aanvulling op hun salaris, de vliegkosten heen en terug en redelijke sociale verzekeringen. Met weinig middelen is het mogelijk de ontwikkelingslanden bij te staan bij de opbouw van hun gezondheidsdiensten en medische infrastructuur.

Het is een reële vorm van internationale samenwerking, omdat vele artsen uit het westen bereid zijn op het platteland te dienen, ook in de tropen omdat bij ons het proces van de urbanisatie nagevolgd is en de ontwikkeling van de suburbanisatie reeds is ingetreden.

Nederland en de medische ontwikkelingssamenwerking

In de medische ontwikkelingssamenwerking kan Nederland belangrijk en goed werk vervullen. Onze eeuwenlange ervaring in de tropen, wordt in de ontwikkelingslanden niet bij voorbaat als koloniaal ervaren. Ons vermogen tot transcultureel begrip wordt verre verkozen boven goedwillende, doch niet begrijpende en antropocentrisch denkende landen zonder koloniale ervaring.

De ervaringen in de afgelopen jaren hebben ertoe geleid, dat alle medische deskundigheid in Nederland zich in een nieuw samenwerkingsverband, het Internationaal Medisch Centrum IMC, aansluit. Hierin werken samen de medewerkers van de Afdeling Tropische Hygiëne van het Koninklijk Instituut voor de Tropen, het Instituut voor Tropische Geneeskunde Leiden-Rotterdam en tropendeskundigen van de Universiteiten van Utrecht, Groningen en Nijmegen. Voorts wordt nauw contact onderhouden met de medische adviseurs van het Centraal Missie Commissariaat (CMC), de Interkerkelijke Commissie Coördinatie Ontwikkelingshulp (ICCO) en de Nederlandse Organisatie voor Internationale Bijstand (NOVIB). Via de Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, kwam de Stichting Artsen Naar Ontwikkelingslanden (SANO) tot stand, waardoor het nu

weer mogelijk zal worden artsen en andere deskundigen naar de ontwikkelingslanden uit te zenden.

In dit kader van het IMC wordt gestreefd naar een maximale bundeling van krachten, opdat een optimale bijdrage kan worden bereikt in de verbetering van de gezondheidszorg in de ontwikkelingslanden. In multilateraal verband met de wereldgezondheidsorganisatie en andere internationale instellingen en in bilateraal verband via de Nederlandse overheid en particuliere organisaties, streven wij naar een doeltreffende organisatie van de samenwerking. Om praktische redenen geven wij de voorkeur aan een concentratie van de medische ontwikkelingssamenwerking in de zogenoemde zwaartepuntlanden: Peru, Columbia en de West, Nigeria, Kenia, Oeganda, Tanzania, Tunesië, Pakistan en Indonesia. Hierbij hebben wij er begrip voor wanneer particuliere organisaties een andere concentratiepolitiek volgen. In het kader van het IMC, wellicht binnenkort onder auspiciën van de Nuffic een „Foundation for International Health”, streven wij naar een functionele koppeling tussen onderwijs, onderzoek en ontwikkelingssamenwerking in de tropen.

Onderwijs

Het onderwijs wordt enerzijds geconcentreerd op de post-universitaire vorming van Nederlandse artsen, die een bestemming zoeken in één van de ontwikkelingslanden. Drie maal per jaar wordt een tropencursus van 8 weken in het Koninklijk Instituut voor de Tropen georganiseerd, voorafgegaan door een algemene voorbereidingscursus over de ontwikkelingslanden voor twee weken. Anderzijds wordt in samenwerking tussen België en Nederland een negenmaandse internationale cursus in gezondheidsontwikkeling georganiseerd, zowel in de Engelse als Franse taal, voor artsen met ervaring uit de ontwikkelingslanden. Deze cursus wordt meer en meer gericht op „management” en „planning” van de gezondheidszorg in de ontwikkelingslanden en heeft een duur van een academisch jaar (9 maanden).

Onderzoek

Het onderzoek richt zich in samenwerkingsverband op de snel veranderende gezondheidsproblemen. Naast de beoefening van de tropische geneeskunde, de parasitologie en de tropische microbiologie, welke voor de geneeskunde in de tropen en de bestrijding van de volksziekten van fundamenteel

ADRESWIJZIGINGEN

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

belang blijven, zijn in de afgelopen jaren nieuwe terreinen van onderzoek in ons programma opgenomen, zoals de tropische voedingsleer, de zorg voor moeders en kinderen, geboorteregeling, gezondheidsvoorlichting, medische sociologie, geestelijke volksgezondheid en bedrijfshygiëne. Hieraan liggen ten grondslag de beoefening van de statistiek, epidemiologie, demografie en de „research” in gezondheidsorganisatie en „planning”.

Ontwikkelingssamenwerking

Voor de ontwikkelingssamenwerking richtten wij ons op het beschikbaar stellen van artsen, verpleegsters en andere deskundigen voor het bezetten van de zogenoemde operationele plaatsen in de ontwikkelingslanden en op vormen van samenwerking in projecten gericht op opleiding en onderzoek. In het kader van het Medisch Centrum Nairobi verrichten wij medisch wetenschappelijk onderzoek sinds 1964 in Kenia onder meer op de terreinen van de slaapziekte, leishmaniasis, gelekoorts, poliomyelitis, leptospirosis, lepra, geslachtsziekten, voedingsgebreken, krop, geboorteregeling, en het functioneren van poliklinieken en gezondheidscentra. Vanuit dit Medisch Centrum Nairobi kwamen in nauwe samenwerking en op verzoek van het ministerie van Gezondheid en de medische faculteit van Nairobi twee nevenprojecten in Kenia tot stand, respectievelijk ten behoeve van de geboorteregeling en het gezondheidsonderwijs voor het platteland.

Voorts zijn in voorbereiding c.q. in uitvoering bilaterale projecten van samenwerking voor geboorteregeling in Tunesië, medische hulp in Oost Nigeria, volksgezondheidslaboratorium in Columbia, medisch wetenschappelijk onderzoek in Suriname,

onderwijs en demonstratie in Tanzania, leprabestrijding rond het Victoriameer en gezondheidsonderzoek in Indonesia. Voor dit laatste volgen op ons Instituut twaalf Indonesische artsen uit Soerabaja een cursus van vijf maanden in „public health practice research”, teneinde gezamenlijk een versterking te bereiken van het programma van onderzoek en demonstratie van het „National Institute of Health” van Indonesia.

Samenvatting

Samenvattend kunnen wij stellen, dat: in het komende ontwikkelingsdecennium DD II in het wereldplan voor gezondheidszorg (de wereldgezondheidsorganisatie heeft hiervoor reeds grote lijnen uitgezet) belangrijke verbeteringen mogelijk zijn in *de medische zorg in ontwikkelingslanden*, mits de rijke landen bereid zijn in multilateraal en bilateraal verband mede te werken aan een werkelijk structurele verbetering, die de ontwikkelingslanden zelf nastreven, te weten een opbouw van een geïntegreerd preventief-curatieve zorg, die is afgestemd op de sociaal-economische mogelijkheden van die landen. Hiervoor zijn naast de technologie van de medische wetenschap een transculturele „management” en „planning” en een krachtige versterking van het opleidingskader voor medisch en medisch hulppersoneel volstrekt nodig. Dit betekent voor Nederland, dat het bereid moet zijn vrijgevigheid en hulpvaardigheid in charitatief hulpbetoon om te zetten in doeltreffende vormen van internationale samenwerking, waarbij alle in Nederland aanwezige tropische deskundigheid gebundeld ter beschikking moet zijn voor het geven van adviezen, waarmede de medische zorg in de ontwikkelingslanden waarlijk is geëind.

INTERNATIONAAL PERSPECTIEF

Italië: ziekenfonds failliet, hoop voor ziekenhuizen

Troubles in Italië. Het ziekenfonds zit er in geldzorgen en is uitgerangeerd. De universiteit vreest voor een verloop onder het medisch kader, nu de regering een vaste ziekenhuisaanstelling tot een lucratieve zaak heeft gemaakt.

Wat het ziekenfonds betreft: het krediet, dat het bij de artsen had, is het nu wel kwijt. De Italiaanse medici hebben het Istituto Nazionale Assicurazione Malattie, korter gezegd het staatsziekenfonds INAM, aan de dijk gezet en helpen hun patiënten nog uitsluitend tegen contante betaling. Het INAM zit voor zeker f 7 miljard in de schulden. Schulden bij de artsen, evengrote schulden bij de geneesmiddelenleveranciers en de ziekenhuizen: bij ieder van deze instanties staat het INAM voor ruim f 2 miljard in het krijt. Het fonds drijft op contributies van 85%

van de bevolking. Die contributies bedragen 10,6% van alle Italiaanse lonen - 10,45% komt van de werkgevers, 0,15% van de werknemers. Gedekt wordt de medische verzorging van alle arbeiders en hun gezinnen, althans in principe. Nu het staatsfonds met grote verliezen werkt en de artsen hun medewerking hebben opgeschort, zoeken miljoenen Italianen hun heil bij de particuliere verzekeraars. Die zullen zij wel nodig hebben, gezien de frequentie waarmee zij een beroep op hun artsen doen. Schreef de Romeinse correspondent van het Financieele Dagblad niet op 27 februari, dat is uitgerekend, dat onder het oude stelsel in een gemiddeld Italiaans gezin van vier personen maar liefst veertig keer per jaar een dokter in huis kwam? En het geneesmiddelenverbruik hield daarmee gelijke tred. Daarom wordt in Italië, voor wie zijn snikken en slik-

ken niet zelf kan bekostigen, een nieuwe opzet van de gezondheidszorg uitgedokterd.

Gelukkig heeft men in hogere regionen de handen wat vrij gekregen. Onlangs werd een belangrijk aspect van het ziekenhuisvraagstuk, de bemanning van de staf, tot een oplossing gebracht. De ziekenhuisartsen zijn nu gedwongen een vaste aanstelling te aanvaarden, waarbij zij zich verplichten 40 uur per week aanwezig te zijn. De wet-Mariotti die dit regelt is nu door de specialisten ook de facto geaccepteerd. Daaraan was wel eerst een honorariumslag voorafgegaan, met als uitkomst dat thans menig medicus zich volgaarne aan het ziekenhuis zal binden. Dit betekent een breken met de gewoonte als „vrije” arts vele taken te combineren.

Overigens zijn nog lang niet alle moeilijkheden van de baan. Te denken valt aan het nog immer heersende tekort aan ziekenhuisruimte, bedden en accommodatie. Mariotti, socialistisch minister van Gezondheid aan het eind van de zestiger jaren, is de eerste bewindsman geweest die zich wezenlijk met deze problematiek heeft beziggehouden. Tijdens een 25-jarig christen-democratisch bewind was de zorg voor de ziekenhuizen aan de kerk overgelaten. Ook nu nog is 70% van de Italiaanse ziekenhuizen op een of andere wijze met de kerk gelieerd. Het land telt er ongeveer 1.500. In sommige streken is de verhouding tussen het aantal ziekenhuisbedden en het inwonertal draaglijk en bereikt zij een orde van grootte van 10 op 1.000, maar vooral in het Zuiden komt zij niet boven de 1 op 1.000. Dank zij een beter geregelde kaderbezetting kunnen de bestaande ziekenhuizen nu beter functioneren.

Vele artsen zullen bezwijken voor de verleiding van een goedbetaalde baan in het ziekenhuis. Dat houdt echter meteen in, dat vele tot dusver vrije artsen hun part-time werkzaamheden binnen de medische faculteiten zullen moeten opgeven. De universiteiten zien het allemaal met lede ogen aan, bang als zij zijn niet meer voor een volwaardig medisch onderwijs te kunnen instaan.

Troubles dus in Italië. De crisis waarin de Italiaanse parlementaire democratie doorlopend verkeert, wordt ook duidelijk weerspiegeld op het vlak

van de gezondheidszorg. Men kan zich echter niet aan de indruk onttrekken, dat ieder maar dan ook ieder der betrokkenen zijn verantwoordelijkheden schuwt: regering, arts, zowel als burger. De Italiaanse regering, omdat zij een groot deel van de bevolking wel kosteloos medische voorzieningen verschaft, maar de mensen niet bijbrengt (hoe) er een juist gebruik van te maken. De Italiaanse artsen, omdat zij plichtmatig een onbeperkt aantal bezoeken afleggen, zolang daar honoraria tegenover staan. De Italiaanse bevolking, omdat zij de rollen van de eigen verantwoordelijkheid en de kleinzerigheid steeds maar weer omdraait. Kernpunt in alle gevallen is het besef van de eigen verantwoordelijkheid, een inzicht dat men het liefst en bloc schijnt te willen omzeilen. Nu de zaak weer eens vastzit, overweegt de regering — vooralsnog schimmige — hervormingen en stellen de artsen hun lires veilig. Soms gaan die handelwijzen na een beetje passen en meten samen op en komt men tot een oplossing - bijvoorbeeld met betrekking tot de stafbezetting in de ziekenhuizen. Maar het blijft opportunistisch geschuif; de vragen worden enkel verlegd, van ziekenhuis naar academie, van ziekenfonds naar patiënt. Wat ontbreekt, is een doorgaande lijn. Niet in de opeenstapeling van problemen, die maakt dat bijvoorbeeld een ziekenfonds constant in een staat van latente crisis verkeert - de term is van de president van de Italiaanse artsenbond, Ugo Peratoner. Maar wel in het zoeken naar uitwegen: iedereen schuift af op iedereen. Peratoner over de ziekenfondsrel, in *Il Medico d'Italia* van 11 maart jongstleden: „(De crisis) trad zó snel en overduidelijk aan de dag, dat zelfs de doktoren — die, zoals reeds uitvoerig is betoogd, aan een dergelijke crisis geen enkele schuld hadden — op bedrieglijke wijze werden meegesleurd in de draaikolk van de eigen verantwoordelijkheid van regering en fondsbestuurders”.

Italië: met horten en stoten vernieuwt zich het beeld - een stomme film, maar wel indrukwekkend druk.

tV

Internationale cursus gezondheidsontwikkeling

Voor het eerst gedurende een geheel academisch jaar wordt een Internationale Cursus in Gezondheidsontwikkeling georganiseerd, dit jaar in Amsterdam, volgend jaar in Antwerpen. De cursus, resultaat van intensieve Belgisch-Nederlandse samenwerking, is bestemd voor afgestudeerde artsen, die minstens vier jaar in ontwikkelingslanden moeten hebben gewerkt in een verantwoordelijke positie binnen de gezondheidszorg.

In 1964 in het leven geroepen, heeft deze internationale cursus zich steeds meer ontwikkeld in de richting van ma-

nagement en planning. Als leidraad is gaan gelden, dat gezondheid en gezondheidszorg geen doelen op zich zijn doch belangrijke onderdelen van de algemene voortgang der mensheid. Thans is de opzet van de leergang die van een pluridisciplinaire benadering. De cursus omvat colleges, discussies, seminars, demonstraties, praktisch werk, case studies en excursies. De laatste twee maanden zijn bestemd voor het samenstellen van een scriptie. Wie de studie met succes bekroont, ontvangt de Master's Degree, de overigen een deelnemerscertificaat.

In het komende studiejaar zal de cursus uitgaan van de afdeling Tropische Hygiëne van het Koninklijk Instituut voor de Tropen. Organiserende instantie voor 1971/1972 is het Prins Leopold-instituut voor Tropische Geneeskunde te Antwerpen. Als cursusleider zullen optreden Prof. Dr. O. J. M. Kranendonk te Amsterdam en Prof. Dr. P. G. Janssens te Antwerpen.

Belangstellenden kunnen zich richten tot: NUFFIC, Molenstraat 27, 's-Gravenhage en OCD, 5 Place du Champ de Mars, Bruxelles-5, België.

Belangengemeenschappen tussen ziekenhuizen (I)

Door Dr. J. Vermeijden, algemeen directeur
van het Academisch Ziekenhuis der V.U. te Amsterdam

1. Inleiding

1. Het thema samenwerking geniet reeds jarenlang grote belangstelling in de ziekenhuiswereld. Men kan geen vaktijdschrift openslaan of men komt er wel een beschouwing tegen, die betrekking heeft op één of andere vorm van samenwerking, nu eens tussen ziekenhuizen, dan weer tussen de verschillende disciplines in het ziekenhuis, en niet te vergeten die tussen de ziekenhuisorganisaties. Er worden symposia aan gewijd en studiedagen; het is onderwerp van bespreking op vergaderingen van ziekenhuisdirecties, kortom het thema samenwerking is „in”. Gesprekken, welke worden ingegeven door de erkenning dat de ziekenhuizen elkander nodig hebben om de patiënt te behandelen, te onderzoeken en te verzorgen; dat ook medici elkaar op dit gebied kunnen en moeten aanvullen en steunen. Zowel ziekenhuizen als beroepsbeoefenaars worden daarbij welhaast dagelijks geconfronteerd met de enorme uitbreiding van technische mogelijkheden op het gebied van medische, verpleegkundige en administratieve apparaten, maar tegelijkertijd ook met de daarmee gepaard gaande, hoge kosten van investering en exploitatie, of anders gezegd met de schaarste van de economische middelen. Deze hoge kosten leiden op hun beurt weer tot een stijging van de kosten van de gezondheidszorg, die zeker aandacht verdient¹. Anderzijds wordt met name door de ziekenfondsen opgemerkt dat de ziekenhuizen niet optimaal worden gebruikt, hetgeen de kosten van de gezondheidszorg eveneens ongunstig zou beïnvloeden en noodzaak zou zijn voor betere samenwerking met de betalende instanties in de gezondheidszorg. Kortom, als men zich zet voor een beschouwing over de samenwerking, dan bespeurt men al zeer spoedig hoe gecompliceerd, veelzijdig en meervoudig dit begrip wel is.

2. Eigenlijk zouden wij moeten beginnen met een omschrijving van wat onder een ziekenhuis wordt verstaan. Dat valt echter niet mee; de term ziekenhuis kan op velerlei wijze worden geïnterpreteerd.

1. Zie ook L. M. J. Groot en J. Hendriks, De kostenontwikkeling na 1945 van het ziekenhuiswezen en van de gezondheidszorg in het algemeen, Actuele Ziekenhuisvraagstukken, Amsterdam 1968, blz. 7 e.v.
2. *Staatscourant* 1969, nr. 181, blz. 3. Zie ook *IPZ* 1969, blz. 591 e.v.; *Ons Ziekenhuis* 1970, blz. 441 e.v.
3. Samenwerking van ziekenhuizen, Den Haag 1959. Dit rapport werd ook gepubliceerd in *Ons Ziekenhuis* 1956, blz. 68 e.v.; het tweede interimrapport verscheen in *Ons Ziekenhuis* 1957, blz. 91 e.v.

Nevenstaand een beschouwing over de belangengemeenschappen tussen ziekenhuizen, ter publikatie in M.C. aangeboden door Dr. J. Vermeijden, algemeen directeur van het Academisch Ziekenhuis der Vrije Universiteit te Amsterdam. De schrijver bakt eerst het door hem te verkennen terrein uitvoerig af, en zet vervolgens de voor- en nadelen van een integrale samenwerking van ziekenhuizen uiteen. Het slotdeel van zijn betoog, handelend over de regie van de samenwerking, zal in het volgende nummer van Medisch Contact worden opgenomen.

Nu eens vallen verpleegtehuizen eronder, dan weer heeft men alleen de klinische behandeling en verzorging op het oog. Het wetsontwerp ziekenhuisvoorzieningen - om een recent voorbeeld te noemen - spreekt van een „inrichting, waarin personen worden opgenomen voor het ondergaan van een genees-, heel- of verloskundig onderzoek of van een genees-, heel- of verloskundige behandeling”. Daar wordt dan elders in het wetsontwerp aan toegevoegd, dat „onder een ziekenhuis mede wordt verstaan een verpleeginrichting, een polikliniek en een met een ziekenhuis verbonden of ten behoeve van één of meer ziekenhuizen fungerende bouwkundige voorziening”. In onze beschouwingen willen wij onze aandacht in hoofdzaak richten op de samenwerking tussen algemene ziekenhuizen, inrichtingen van gezondheidszorg waarin meerdere medische hoofdspecialismen aanwezig zijn. Dat neemt overigens niet weg, dat belangengemeenschappen ook zeer wel denkbaar zijn met of tussen andere instellingen op het gebied van de gezondheidszorg.

3. Bij de opening van het Delfzichtziekenhuis te Delfzijl heeft minister Roolvink eraan herinnerd, dat de Commissie Ziekenhuisvraagstukken in 1959 een rapport heeft uitgebracht inzake de samenwerking tussen de ziekenhuizen onderling². Hij doelt hier kennelijk op het Eerste Interimrapport van de Subcommissie Beginselen van Samenwerking, dat reeds op 18 april 1955 werd uitgebracht, doch in 1959 tezamen met een drietal andere rapporten door het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid werd gepubliceerd³. Deze commissie kwam tot de overtuiging, dat samenwerking van zie-

kenhuizen in plaatselijk en regionaal verband, ge-coördineerd door de ziekenhuisorganisaties, zowel in geneeskundig als in economisch opzicht een eerste vereiste was voor een efficiënte ziekenhuisverzorging. Een vrije groei van deze samenwerking verdiende hierbij naar de mening van de commissie de voorkeur. Ten aanzien van het gebruikmaken van de diensten van de superspecialisten moest samenwerking echter bepaald onvermijdelijk worden geacht. Sindsdien zijn vijftien jaren verlopen en minister Roolvink heeft terecht opgemerkt dat de ontwikkeling ter zake niet heeft stilgestaan. Meerdere ziekenhuizen zijn gaan samenwerken, terwijl de reeds langer bestaande samenwerkingsvormen werden geïntensiveerd. Dat is ongetwijfeld juist. Zowel op landelijk, maar meer nog op regionaal en plaatselijk niveau, zien wij een groeiende toenadering tot elkander, hoewel de moeilijkheden ook niet mogen worden onderschat⁴.

Als gesproken wordt over samenwerking tussen ziekenhuizen, wordt in vrijwel alle gevallen gedacht aan de functionele samenwerking; het verschijnsel dat verscheidene instellingen op een beperkt terrein, en wel ten aanzien van de uitoefening van één of meer bepaalde functies, met elkaar samenwerken. Voor het overige blijven de betrokken instellingen geheel zelfstandig. Ofschoon het verleidelijk is op de ontwikkelingen ten aanzien van de functionele samenwerking in te gaan, laten wij dat niettemin achterwege. In deze beschouwingen willen wij juist aandacht vragen voor een vorm van samenwerking, die in ons land nog vrijwel niet voorkomt, doch welke wij - zeker bij wijze van experiment - met het oog op de verdere integratie in de gezondheidszorg van belang achten. Wij hebben dan op het oog de belangengemeenschap tussen twee of meer ziekenhuizen.

Sinds enige tijd zijn wij zelf betrokken bij de voorbereiding van een dergelijke belangengemeenschap tussen een academisch ziekenhuis en een nieuw te bouwen ziekenhuis in de periferie van Amsterdam. Daarbij is wel gebleken dat wederzijds voor deze vorm van samenwerking belangstelling en zelfs behoefte bestaat. Toen bovendien bleek, dat ook bij bestaande ziekenhuizen de wens leeft de mogelijkheden van deze vorm van samenwerking nader te onderzoeken, leek het ons juist aan de grondslagen van een dergelijke samenwerking enkele beschouwingen te wijden en in breder verband ter discussie te stellen. Overigens zouden wij hierbij uitdrukkelijk voorop willen stellen dat de hierna te bespreken belangengemeenschap slechts één van de vele mogelijke vormen van samenwerking op het gebied van de gezondheidszorg vormt, waarbij met

name de functionele samenwerking tussen ziekenhuizen - gelet ook op hun eigen autonomie - van grote betekenis zal blijven.

II. Belangengemeenschap

1. Het woord belangengemeenschap kan de vraag doen opkomen, wat het verschil is met functionele samenwerking. Inderdaad, aan de term belangengemeenschap wordt in de praktijk dikwijls een zeer ruime inhoud gegeven. Wij willen die term echter gebruiken in de zin welke hij in de bedrijfs-economie heeft en verstaan daar dan onder die vorm van samenwerking, waarbij de totaliteit van functies van de aangesloten instellingen wordt ingevoegd in het bredere kader van de gezamenlijke belangen van het geheel. Tegenover de functionele samenwerking zou wellicht de term integrale samenwerking passend zijn.

Belangengemeenschappen kunnen op verschillende wijze worden gevormd. Twee of meer ziekenhuizen kunnen besluiten tot het oprichten van een aparte rechtspersoon, gewoonlijk een stichting waaraan dan de behartiging van de belangen gemeenschap als geheel wordt opgedragen. In ons land kennen wij daarvan reeds enkele voorbeelden.

Meuwese heeft in 1957 reeds de aandacht gevestigd op een zodanige samenwerking in Eindhoven door de oprichting van de Stichting Het R.K. Eindhovens Ziekenhuiswezen⁵. Deze stichting heeft tot doel te streven naar en mede te werken aan een zo goed mogelijk functioneren van het ziekenhuiswezen in de ruimste zin in Eindhoven en omgeving. Men tracht dit doel te bereiken door werkzaamheden van de katholieke ziekenhuizen in Eindhoven te coördineren, door het overnemen van bepaalde bestuurstaken en door het stichten van instellingen op het gebied van het ziekenhuiswezen. Ook Tilburg dient in dit verband te worden genoemd. Onder de Stichting Het R.K. Gasthuis ressorteren een tweetal algemene ziekenhuizen, namelijk het St. Elisabethziekenhuis en het Mariaziekenhuis, alsmede een aantal andere instellingen voor curatieve gezondheidszorg. Dat zijn dan een microbiologisch laboratorium, een radiotherapeutisch instituut, een revalidatiekliniek voor gehandicapte kinderen met daarbij behorend een kleuterschool en een school voor B.L.O., en tenslotte een verpleegtehuis. Het zou van belang zijn, indien over de resultaten van deze samenwerkingsverbanden - niet alleen wat de positieve kanten betreft, maar evenzeer ten aanzien van duidelijk gevoelde bezwaren en ondervonden moeilijkheden - nadere mededelingen zouden verschijnen ter lering maar hopelijk ook ter stimulering van soortgelijke samenwerkingsverbanden elders.

In dit artikel willen wij onze aandacht bijzonder richten op een belangengemeenschap welke door middel van een overeenkomst kan worden aangegaan - hoewel uiteraard de oprichting van een overkoepelend orgaan niet bij voorbaat zou zijn uitgesloten - en die betrekking heeft op een samenwerking tussen twee of meer ziekenhuizen, die zoda-

4. Zie ook J. B. Stolte, Mogelijkheden en moeilijkheden bij regionalisatie van ziekenhuisbeleid en ziekenhuisactiviteiten, Actuele Ziekenhuisvraagstukken, Amsterdam 1968, blz. 63 e.v.; *De Ziekenfondsgids* 1968, blz. 147 e.v.

5. Samenwerking van de R.K. Ziekenhuizen te Eindhoven, *Ons Ziekenhuis* 1957, blz. 172 e.v.

nige afspraken met elkander maken dat één van deze ziekenhuizen zal fungeren als centrum-ziekenhuis en het andere als satelliet-ziekenhuis. De term satelliet-ziekenhuis hebben wij ontleend aan de Amerikaanse ziekenhuisliteratuur, een vorm van samenwerking tussen „suburban hospitals and the central city hospitals“⁶. Dat houdt dan in, dat het centrum-ziekenhuis zich richt op alle hooggekwalificeerde behandelings- en verplegingsmethodieken, terwijl de satelliet-ziekenhuizen zich, overeenkomstig de met het centrum-ziekenhuis gemaakte afspraken, beperken tot meer eenvoudige behandelingen, doch met het recht en de plicht op het centrum-ziekenhuis een beroep te doen voor alles wat het zelf niet kan doen. Gaat het bij de functionele samenwerking veelal om gelijkwaardige ziekenhuizen, in de belangengemeenschap wordt uitdrukkelijk uitgegaan van de ongelijkwaardigheid van de samenwerkende ziekenhuizen. Voorwaarde voor deze belangengemeenschap is voorts dat het satelliet-ziekenhuis betrekkelijk dicht gelegen is bij het centrum-ziekenhuis, waarbij goede wegverbindingen mede van groot belang moeten worden geacht. In onze gedachten zien wij dan ook de satelliet-ziekenhuizen als het ware in een krans van bijvoorbeeld 10-30 km rondom het centrum-ziekenhuis gegroepeerd. In de grote steden zouden echter o.i. ook bepaalde ziekenhuizen kunnen fungeren als een satelliet-ziekenhuis van een aldaar gevestigd centrum-ziekenhuis. Het zij hier reeds gezegd - maar wij komen daar nog op terug - dat een belangengemeenschap zoals hier kort omschreven het eenvoudigst zou zijn te realiseren daar waar sprake is van voorbereiding en bouw van nieuwe ziekenhuizen in groeiende agglomeratiegebieden. Hoewel de mogelijkheden ten aanzien van bestaande ziekenhuizen zeker niet geheel mogen worden afgeschreven, zullen daar echter vele belemmerende factoren een rol spelen. De samenwerking tussen een centrum-ziekenhuis en een satelliet-ziekenhuis mag men overigens niet kenschetsen als een affiliatie-overeenkomst in de zin die daaraan in het Nederlands onderwijsbestel wordt gegeven. Wij merken dit wellicht ten overvloede op, omdat in de Amerikaanse ziekenhuisliteratuur aan het woord „affiliation“ een veel ruimere betekenis wordt gegeven, in de zin van samenwerking in het algemeen met andere instellingen van gezondheidszorg. Wij horen trouwens ook in de Nederlandse verhoudingen hoe langer hoe meer spreken van affiliatie, waar het algemene begrip van functionele samenwerking beter op zijn plaats zou zijn geweest.

2. De motieven zijn in wezen gelijk aan die van de functionele samenwerking; zij worden echter in hun consequenties verder doorgetrokken. De betrokken ziekenhuizen erkennen niet onnipotent te willen zijn. De centrum-ziekenhuizen beschikken,

krachtens hun functie, over superspecialistische voorzieningen in de vorm van moderne, kostbare apparatuur en technische hulpmiddelen voor diagnostiek en therapie, alsmede over een uitgebreide, hooggekwalificeerde staf, niet alleen op medisch, doch ook op verpleegkundig en ander gebied. Op deze staf en apparatuur wordt echter in de huidige structuur van onze gezondheidszorg en het daarmee gepaard gaande opnamebeleid niet continu, doch incidenteel een beroep gedaan. Dat betekent niet alleen dat zij ondoelmatig, inefficiënt, gebruikt worden, maar bovendien dat ervaring en specialisatie minder tot hun recht en ontplooiing kunnen komen. Laat het centrum-ziekenhuis dan zoveel mogelijk het „grote“ werk doen en de andere in een duidelijke, integrale taakverdeling zich bewust en blijvend beperken tot meer eenvoudige medische behandelingen.

In het bedrijfsleven is deze ontwikkeling al decenia lang volkomen aanvaard. Naast integratie en combinatie van ondernemingen is er ook de specialisatie; bedrijven die zich bijzonder toeleggen op de vervaardiging van hoogwaardige producten of op de levering van deskundige diensten, omdat zij vanwege één of meer factoren daartoe bij uitstek geschikt blijken te zijn. Trouwens, ook binnen de medische professie kunnen wij dagelijks kennis maken met de specialisatie van mensen. In de ziekenhuiswereld heeft die specialisatie o.i. echter nog onvoldoende gestalte gekregen. Specialisatie heeft uiteraard haar grenzen. In het bedrijfsleven liggen die onder meer in de omvang van de markt. Specialisatie heeft als nadeel het vernauwen van de markt, het aanbod van en de vraag naar gespecialiseerde diensten. Specialisatie in ziekenhuisdiensten hangt dan ook ten nauwste samen met het behoeft patroon van de gezondheidszorg. Daarom zal bij het bepalen van de omvang van het centrum-ziekenhuis zeker ook aandacht verdienen, welke vraag naar medische zorg - maar dan beperkt tot hooggekwalificeerde specialistische behandeling en verzorging overeenkomende met inrichting en hoe danigheden van het op specialisatie gerichte centrum-ziekenhuis - redelijkerwijs mag worden verwacht vanuit het verzorgingsgebied van dat ziekenhuis. Dat is geen statisch gegeven, gelijkblijvend in de loop der jaren, doch behoeft steeds aanpassing. Ingrepen welke aanvankelijk in het stadium van experimenteel werk of met veel technisch kunnen hebben plaatsgevonden, kunnen op den duur gaan behoren tot routine-achtige behandelingen. Daarom is de terrein-afbakening tussen centrum-ziekenhuis en satelliet-ziekenhuis ook geen statisch, eensgegeven uitgangspunt, doch moet zij in gezamenlijk overleg steeds vatbaar blijven voor aanpassing.

3. De afspraken betreffen niet alleen bouw en inrichting, maar dienen vooral te zijn gericht op de exploitatie en derhalve voor lange tijd te zijn gemaakt. Tengevolge van deze afspraken kan in het satelliet-ziekenhuis worden volstaan met een betrekkelijk eenvoudige inrichting en een beperktere

6. Zie o.a. *Hospitals*, Journal of the American Hospital Associations, Juni 1, 1965 (Smaller Hospitals issue).

staf dan bij de opzet van een geheel zelfstandig ziekenhuis het geval zou zijn geweest. Dit moet ongetwijfeld leiden tot lagere kosten voor ziekenhuisopname en een daadwerkelijke bijdrage leveren in de bestrijding van de steeds hoger wordende uitgaven. De medische bezetting in het satelliet-ziekenhuis zal slechts binnen de beperkte doelstelling werkzaam kunnen zijn. Dat is alleen een onoverkomelijk bezwaar als het satelliet-ziekenhuis op zichzelf zou staan. Het zou de arbeidsvreugde en gezonde ontlooiingsdrang van de medewerkers benemen, en het resultaat zou zijn dat men slechts genoeg zou moeten nemen met deeltijdse of minder volwaardige functionarissen. In het kader van de integrale samenwerking valt dit bezwaar echter geheel weg. De medewerkers van het satelliet-ziekenhuis behoren op grond van de regeling tot de staf van het centrum-ziekenhuis en kunnen daar gebruik maken van alle apparatuur voor de (verdere) behandeling van patiënten. Zij genieten alle faciliteiten welke het centrum-ziekenhuis kan bieden en onderscheiden zich in niets van degenen die dagelijks werkzaam zijn in het centrum-ziekenhuis. Dat houdt echter wel in, dat hun aanstelling in het satelliet-ziekenhuis behoort te geschieden in overeenstemming met de staf van het centrum-ziekenhuis en zelfs zoveel mogelijk op gelijke arbeidsvoorwaarden. Zo niet, dan zou de samenwerking tussen de medische staven in de praktijk van het dagelijkse werk op moeilijkheden kunnen afstuiten. *Mutatis mutandis geldt dit evenzeer voor andere leidinggevende functionarissen in het satelliet-ziekenhuis.* Een intensief overleg tussen en een volledig wederzijds op de hoogte zijn van de besturen der beide instellingen is daarom wel een eerste vereiste. Omgekeerd kunnen de medewerkers van het centrum-ziekenhuis voor langere of kortere duur tewerkgesteld worden in het satelliet-ziekenhuis. Op zichzelf is dat reeds een belangrijke zaak. Bij afwezigheid van specialisten of andere leidinggevende functionarissen door vakantie, ziekte of anderszijds, kan een beroep worden gedaan op functionarissen uit het centrum-ziekenhuis. Wellicht dat dit niet altijd of onmiddellijk volledig te realiseren valt, doch de situatie is niettemin aanmerkelijk gunstiger dan in het geval, dat het betrokken ziekenhuis of de stafleden zelf voor vervanging - soms zelfs op korte termijn - zouden hebben te zorgen. Doch niet alleen bij calamiteiten en afwezigheid, doch ook ter afwisseling in de werkzaamheden kan een uitwisseling van personeel zeer waardevol zijn. De mogelijkheden van carrièreplanning en „job-rotation” worden verruimd.

Bij het vorenstaande wordt uitgegaan van de situatie, dat de ziekenhuismedewerkers, ook de specialisten, in dienstverband werkzaam zijn. Weliswaar kennen wij in de ziekenhuizen nog vrij veel andere

vormen van aanstelling, beter gezegd van toelating, doch o.i. zullen deze op den duur moeten plaats maken voor het dienstverband.

4. Het centrum-ziekenhuis zal zich anderzijds door inrichting en personeel juist op zijn eigen taak moeten instellen, een taak die echter maar voor een beperkt aantal ziekenhuizen is weggelegd. Wij zien hier een arbeidsterrein voor de academische ziekenhuizen en een aantal algemene en categorale ziekenhuizen. In deze ziekenhuizen zal men zich dan bijzonder richten op de moeilijke gevallen en het wetenschappelijk onderzoek; zij worden dan in de ware zin des woords het ultimum refugium. De gedachten zouden zelfs kunnen gaan naar een medisch-technisch centrum, met dien verstande dat hier te lande, in afwijking van bijvoorbeeld de Verenigde Staten (Mayo Clinics), de verpleging van patiënten moeilijk los is te denken van de behandeling.

Wij stuiten hierbij echter wel op een tweetal moeilijkheden. De eerste is deze, dat bij het huidige opnamebeleid en vrijheid van artsenkeuze de academische ziekenhuizen en de grote algemene ziekenhuizen vrijwel geen geselecteerde ziektegevallen krijgen, maar zoveel mogelijk iedereen hebben op te nemen, die aldaar wenst te worden opgenomen. Bovendien vraagt de opleiding tot arts ook de nodige variatie van ziektebeelden en is ook in dat opzicht een eenzijdige samenstelling van de patiënten niet verkieslijk. Het is dan ook begrijpelijk dat de academische ziekenhuizen nu en dan wel eens protesteren als zij teveel „normale” ziektegevallen te behandelen krijgen, maar dat zij anderzijds tot nu toe geen werkelijke weerstand en oplossing hiervoor konden bieden, omdat zij anders in de artsenopleiding tekort zouden schieten. Daarbij komt nog, dat van universitaire zijde het standpunt wel wordt ingenomen dat de academische ziekenhuizen er in de eerste plaats zijn voor de opleiding van studenten en dat zonder medische faculteit de universiteit geen behoefte zou hebben aan een dergelijk ziekenhuis. Dat argument geldt inderdaad voor de totstandkoming van een academisch ziekenhuis, maar eenmaal in gebruik zijnde, krijgt het een eigen, zelfstandige taak op het gebied van de gezondheidszorg. Kan een academisch ziekenhuis echter daarbij rekenen op een samenwerking met een satelliet-ziekenhuis, dan is dat ook voor de artsenopleiding van belang. Dat zou van betekenis kunnen zijn bij de verdere bezinning die ten aanzien van de plaats van de academische ziekenhuizen, zowel in het bestel van onze gezondheidszorg als in het kader van de verhouding tot de universiteiten, geboden blijft. Blanpain heeft daar onlangs, tijdens het Dusseldorfer congres van de International Hospital Federation, ook op gewezen⁷. Hij pleit voor een ontwikkeling in de richting van het Health Science Centre, dat een bredere taak zou hebben dan de beide andere door hem genoemde modellen, het University Hospital en het University Medical Centre.

Een en ander zou wel eens kunnen betekenen dat

7. J. E. Blanpain, The Changing Pattern in the Organisation and Management of University Hospitals, *World Hospitals* 1969, blz. 222 e.v.

het thans gebruikelijke beddenaantal van de academische ziekenhuizen, dat zijn motivering vindt in andere uitgangspunten dan de specialisatie, op die wijze te omvangrijk zou blijken te zijn. Vanzelfsprekend zullen dan ook die andere motieven worden aangevoerd, zoals de voorwaarden voor opleidingsbevoegdheid en de co-assistentenopleiding. Indien evenwel andere ziekenhuizen bij deze opleidingen zouden kunnen worden betrokken, zou aan die bezwaren tegen de specialisatie van de centrum-ziekenhuizen tegemoet kunnen worden gekomen. Het zou ons te ver voeren dit verder uit te werken, maar wij hopen ermede aangeduid te hebben dat een structuurwijziging, zoals in de belangengemeenschap aan de orde zou zijn, niet kan worden beperkt tot het aspect van de patiëntenbehandeling, maar ten nauwste samenhangt met andere taken welke thans door de ziekenhuizen worden vervuld en die dan ook in het geheel van de overwegingen moeten worden betrokken.

5. Er zijn enkele bijzondere voordelen, wanneer het kleinere ziekenhuis nog staat aan de voorbereiding en uitvoering van zijn plannen. Het kan allereerst gebruik maken van de kennis en ervaring van de staf van het centrum-ziekenhuis in al zijn gedingen (medisch, administratief, technisch) voor de planning, bouw en exploitatie van het satelliet-ziekenhuis. Deze staf is er ook persoonlijk bij geïnteresseerd, omdat hij er later mee zal moeten werken en heeft dan ook meer zeggingskracht dan adviseurs en buitenstaande instanties, welke in de regel niet verder gaan dan enkele algemene richtlijnen en de detaillering gaarne overlaten aan de definitieve gebruikers. Dat dit laatste vaak leidt tot wijzigingen in opzet en installatie, althans tot het uiten van gerechtvaardigde wensen in die richting, laat zich gemakkelijk denken. Zo nodig kan het satelliet-ziekenhuis steun ontvangen bij het verkrijgen van geldmiddelen voor de financiering van bouw en inrichting; het centrum-ziekenhuis kan zich zo nodig garant stellen voor rente en aflossing. Voorts bestaat de mogelijkheid dat het centrum-ziekenhuis gedurende de ontwerp- en bouwperiode reeds overgaat tot opleiding van personeel ten behoeve van het satelliet-ziekenhuis. Het vermijden van dublures in apparatuur en bepaalde diensten hebben wij hierboven reeds vermeld. Wij moeten echter niet de mogelijkheden onderschatten welke gelegen zijn in een centralisatie van bepaalde diensten (zoals administratie, laboratoria, medische registratie). Tenslotte wijzen wij nog op de mogelijkheid gezamenlijk opleidingen voor verplegend en paramedisch personeel op te zetten en uit te breiden. Daarbij zal bijvoorbeeld voor de opleiding tot verpleegkundige de leiding kunnen berusten bij het centrum-ziekenhuis, maar anderzijds zou het satelliet-ziekenhuis

in zijn verbinding met verpleegtehuizen de opleiding tot ziekenverzorgster ter hand kunnen nemen.

6. De hier besproken belangengemeenschap dient ook de belangen van het centrum-ziekenhuis. Wij noemden reeds de mogelijkheid van specialisatie van de ziektegevallen. De voordelen strekken zich eigenlijk uit tot alle activiteiten van het ziekenhuis; deze ondergaan een verbreding welke zonder die samenwerking ternauwernood mogelijk is. Wij denken aan het personeelsbeleid, opleidingen, samenwerking met huisartsen. Indien het centrum-ziekenhuis mede de opleiding tot arts tot taak heeft, zien wij in het satelliet-ziekenhuis uitstekende faciliteiten voor de specialisatie tot huisarts, zoals die in het nieuwe curriculum voor het zevende jaar is voorzien. Kortom, er is alle reden dat ook het centrum-ziekenhuis, niet alleen als instelling maar ook wat betreft de professie, positief mag staan tegenover deze nieuwe en wellicht in de Nederlandse verhoudingen niet zo gemakkelijk te aanvaarden mogelijkheden op samenwerkingsgebied. Aangezien wij in de ziekenhuizen nauwelijks vertrouwd zijn geraakt met het werken in teamverband, zal dit werken in teamverband door teams van verschillende, gedisllocaliseerde instellingen ongetwijfeld nog veel overredingskracht vergen. Het is de tijd en moeite echter zeker waard in het pogen mede hierdoor een greep te krijgen op het kostenpeil der gezondheidsvoorzieningen.

Wat wij tot nu toe gezegd hebben over de belangengemeenschap heeft primair betrekking op de klinische behandeling van patiënten. Wij kunnen ons echter ook een soortgelijke ontwikkeling denken naar de kant van de poliklinische verrichtingen. Op die wijze zou wellicht mede een oplossing gevonden kunnen worden voor de massale, met wachttijden gepaard gaande poliklinieken bij de grote algemene ziekenhuizen, waar als gevolg daarvan eigenlijk te weinig tijd overblijft voor het optimaal verrichten van bijzondere en ingewikkelde verrichtingen. Wanneer ook hier de meer eenvoudige behandelingen elders kunnen plaatsvinden, heeft dit tevens een verdere integratie van de gezondheidszorg in het woon- en leefmilieu van de bevolking ten gevolge.

7. De belangengemeenschap houdt ontegenzeggelijk op den duur ook in een algemene classificatie van ziekenhuizen. Een classificatie, niet naar grootte of levensbeschouwelijke grondslag, maar naar functie in het totaal van de gezondheidszorg. Deze classificatie zal dan ook tot uitdrukking dienen te worden gebracht in de prijsstelling van de ziekenhuizen - een prijsstelling die wellicht iets weg heeft van de klasse-indeling in de horeca-sector - met een afzonderlijk tariefschema voor de academische ziekenhuizen en de andere, duidelijk lagere tarieven voor de andere ziekenhuizen en de satelliet-ziekenhuizen⁸.

Aangezien het de taak is van het satelliet-ziekenhuis zorg te dragen voor de eenvoudige opvang van

8. Zie bijv. W. H. Rippel, Die Landespflegesatzverordnung in Rheinland-Pfalz und ihre Anwendung, *Das Krankenhaus* 1969, blz. 71 e.v.

degenen die medische aandacht en hulp behoeven, ligt het voor de hand dat deze satelliet-ziekenhuizen, voor wat het beddenaantal betreft, tot de kleinere ziekenhuizen zullen behoren. De laatste jaren is er nogal aandrang geweest het minimum aantal bedden te verhogen; heel begrijpelijk en voor de hand liggend als uitgegaan moet worden van een doelmatige, efficiënte en medisch verantwoorde bedrijfsvoering als zelfstandige instelling. Deze aandrang kan echter geheel wegvallen als het ziekenhuis functioneel is opgenomen in een groter verband. Het beddenaantal is niet langer relevant; het totale behoeftepatroon in het verzorgingsgebied - en de wijze waarop daarin kan worden voorzien door het centrum - en het satelliet-ziekenhuis gezamenlijk krijgen dan de aandacht die zij verdienen. Wel kan bijzonder gelet worden op de poliklinische voorzieningen, ambulatoria, terwijl er ook faciliteiten kunnen zijn voor huisartsen en vroedvrouwen.

Het zou echter volkomen onjuist zijn bij satelliet-ziekenhuizen te denken aan ongevallen-centra in de buurt van grote verkeerswegen, zoals wel eens ter plaatse wordt geopperd. Juist die eerste-hulp-posten vragen een permanente bezetting van chirurgen en andere specialisten, terwijl ook de technische uitrusting verre van eenvoudig is, wil het ziekenhuis die functie naar behoren kunnen vervullen. Daarentegen zou een goed uitgeruste, goed functionerende ambulance-dienst wel de voorkeur verdienen, zo nodig opgezet en georganiseerd vanuit het centrum-ziekenhuis.

8. Uit het vorenstaande zou de indruk kunnen postvatten, dat de belangengemeenschap alleen maar voordelen biedt. Er zijn echter wel degelijk een aantal moeilijkheden en bezwaren te overwinnen.

De eerste moeilijkheid is deze, dat de samenwerking zich ternauwernood laat realiseren met bestaande ziekenhuizen. Niet dat er geen centrum-ziekenhuis zou zijn te creëren - dat wil in het algemeen wel lukken - maar juist de positie van satelliet-ziekenhuizen geeft allerhande bezwaren. Er is de autonomie van het bestuur, welke wordt opgeofferd, althans beperkt; er is de zelfstandige positie van de aanwezige medische staven met verkregen rechten, en min of meer hetzelfde geldt ook voor het overige personeel. Men zal alleen bereid zijn zich te voegen in het grotere geheel als de noodzaak daarvan duidelijk kan worden aangetoond. En wie enigszins in de wereld van de gezondheidszorg bekend is, weet dat dit laatste vrijwel onmogelijk is. Alleen bij grote interne conflicten lijkt de sfeer rijp te denken aan een belangengemeenschap met een groter ziekenhuis, maar het is de vraag of in die sfeer de belangengemeenschap een fortuinlijke start vindt en juist niet ernstig wordt bemoeilijkt. Vandaar, dat de beste kansen op een belangengemeenschap liggen in de si-

tuaties van nieuwe stadsdelen of uitgroei van platelandsgemeenten tot voorsteden in een stedelijke agglomeratie. Daarbij dient echter wel te worden bedacht dat ook hier de start niet zonder slag of stoot zal gaan. Juist door de eisen welke het centrum-ziekenhuis aan opzet, personeel, inrichting van het satelliet-ziekenhuis behoort te stellen, kan het in conflict komen met de belangen van reeds gevestigde huisartsen en specialisten; kan het ingaan tegen wensen welke bij de plaatselijke bevolking leven voor een eigen, zelfstandig ziekenhuis; kan het een afwijkend patroon opleveren van de levensbeschouwelijke kaders van die bevolking. Kortom, er zullen vele en vaak ook onverwachte barrières te nemen zijn. Gepleit moet dan ook worden voor een goed, tijdig en open overleg, zowel met landelijke en regionale organisaties als met de plaatselijke autoriteiten op velerlei terrein, waarbij getracht dient te worden, waar mogelijk, plaatselijke deskundigen in de samenwerking te betrekken. Daarnaast dient duidelijk te worden gemaakt dat de samenwerking niet terwille van het centrum-ziekenhuis wordt gecreëerd, maar dat de drijfveer is gelegen in en alleen behoort te zijn een zo optimaal mogelijke gezondheidszorg.

Voorts is er nog een bezwaar van geheel andere aard. Bij de functionele samenwerking ging het eigenlijk om gezamenlijke activiteiten op het gebied van de dienstverlening rondom de patiënt. De patiënt zelf ondervindt er echter alleen maar voordelen van door kwaliteitsverbetering of kortere verpleegduur. Bij de belangengemeenschap wordt hij echter beperkt in zijn vrije ziekenhuiskeuze tengevolge van de directe band tussen satelliet-ziekenhuis en centrum-ziekenhuis. De mogelijkheid dient dan ook open te blijven, dat de patiënt deze directe band niet verkiest en elders verdere geneeskundige behandeling mag vragen. Er is wel opgemerkt dat men gaarne in een topziekenhuis behandeld wil worden, mede als geruststelling van de patiënt en zijn omgeving, het uiterste geprobeerd te hebben⁹. Overigens is de vraag om in een topziekenhuis te worden behandeld zeker niet het enige motief van de patiënt. In het voortreffelijke, in november 1968 gereedgekomen rapport van de gezamenlijke commissie van vertegenwoordigers van de L.S.V. en van de ziekenhuisorganisaties wordt terecht gesteld, dat vele omstandigheden een rol spelen bij de keuze van het ziekenhuis. De commissie gaat er daarbij van uit, dat niets zo duister is als het geheel van motieven van de mens. Dit geldt ook, als het erom gaat af te wegen welk motief of welke motieven van de acht door de commissie genoemde mogelijkheden de doorslag geven. Door de geïnstitutionaliseerde belangengemeenschap lijkt de keuze-mogelijkheid van de patiënt te worden beperkt. Wij moeten echter wel bedenken dat allerwegen de keuze-mogelijkheid van de patiënt hoe langer hoe meer wordt gedirigeerd, geleid en beperkt: beperkingen ten gevolge van de voortschrijdende specialisatie en de daarmee noodzakelijkerwijs verband houdende intercollegiale consulten; ontwikkelingen

9. Ziekenhuisorganisatie, Verslagen der symposia 1967, Groningen, blz. 36.

op het gebied van medische en verpleegkundige techniek, die ook van de ziekenhuizen vragen zich te specialiseren. Deze specialisaties beïnvloeden ook weer de mogelijkheden van de patiënt opgenomen te worden in een ziekenhuis van eigen levensbeschouwelijke richting, ja zij stellen de confessionele ziekenhuizen zelf voor de vraag naar de zin van de eigen confessie in het ziekenhuis, naast de taken van de professie. Kortom, het is niet juist alleen de keuze-mogelijkheid van het topziekenhuis als een eigen prerogatief van de patiënt er uit te lichten en wellicht op die grond bezwaren te maken tegen een mogelijke belangengemeenschap tussen een plaatselijk ziekenhuis en een centrum-ziekenhuis. Het kan juist in het voordeel van de patiënt zijn, te weten dat het centrum-ziekenhuis zonder meer ter beschikking staat, maar dat voorshands met opname en behandeling in het satelliet-ziekenhuis kan worden volstaan. Het satelliet-ziekenhuis is dan niet zo maar een klein ziekenhuis, met beperkte mogelijkheden, maar het is, met dezelfde medische staf - en dat is bijzonder belangrijk - voorpost, wellicht zelfs organisatorisch deel, van het grote ziekenhuis.

9. Tot nu toe hebben wij alleen het oog gericht op die belangengemeenschap, waarbij de samenwerkende instellingen als instelling zelfstandigheid

10. Zie ook J. C. J. Burkens, Personeel en beleid: Een ondernemingsraad in elk ziekenhuis, *Het Ziekenhuisweten* 1969, blz. 474 e.v.

behielden, hoewel uiteraard vrijwel alle activiteiten, handelingen en beslissingen in gecoördineerd verband hebben plaats te vinden. Het ligt echter wel voor de hand dat de eenmaal aangevangen belangengemeenschap geredelijk kan uitmonden in een volledig samengaan, een samensmelting of fusie van de betrokken instellingen. Dat behoeft nog geenszins te betekenen dat dan alles alleen vanuit het centrum-ziekenhuis wordt geregeld, met volledige onzelfstandigheid van het satelliet-ziekenhuis. In het bedrijfsleven hebben wij voorbeelden te over, dat ook na fusie de oude onderneming onder eigen naam en leiding in het economisch proces werkzaam blijft. Voor de instellingen van gezondheidszorg kan dit ook aanbeveling verdienen, omdat mede daardoor een beroep kan worden gedaan op daadwerkelijke steun en medewerking van plaatselijke autoriteiten en belangengroeperingen. Ten aanzien van de interne verhoudingen kan fusie leiden tot vereenvoudiging van de bedrijfsvoering met betrekking tot arbeidsvoorwaarden, hoewel het feitelijk nut daarvan eerst op de lange duur merkbaar zal zijn. Dat het aangaan van een belangengemeenschap of een fusie niet kan plaatsvinden dan in goed overleg met staf en personeel, behoeft nauwelijks te worden gezegd. Wij kunnen ons daarbij spiegelen aan de ontwikkelingen in het bedrijfsleven op het terrein van het fusiebeleid en de codes, welke als spelregels behoren te worden gevolgd. Dat vraagt echter om goede representatieve vertegenwoordiging van staf en overig personeel in het overleg, waartoe een personeelsraad of ondernemingsraad onontbeerlijk mag worden geacht¹⁰.

UNIVERSITAIRE BERICHTEN

Promoties:

P. A. R. H. E. M. Clement te Amsterdam promoveerde aan de Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Dysrhythmia during caloric nystagmus”. Promotor was Prof. Dr. L. B. W. Jongkees.

Ray Ajit Kisor te Leiden promoveerde aan de Universiteit te Leiden tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Genetics of haptoglobin: a study at family and population level with reference to ahaptoglobinemia”. Promotor was Prof. Dr. M. Siniscalco.

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

C. H. Waar te Rotterdam promoveerde aan de Universiteit te Leiden tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „De vroege ontwikkeling van het binnenoorgebied”. Promotor was Prof. Dr. J. M. F. Landsmeer.

Benoemingen:

Dr. P. J. F. M. Kuypers te Nijmegen, die thans de leiding heeft van de sub-afdeling voor hart- en vaat-chirurgie van de kliniek voor heelkunde aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen, is benoemd tot gewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan deze universiteit om onderwijs te geven in de vaat-chirurgie.

Dr. L. K. M. H. Lacquet te Antwerpen is benoemd tot gewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen om onderwijs te geven in de thorax- en hartchirurgie.

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

Dr. J. Oldhoff is benoemd tot gewoon hoogleeraar in de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Groningen om onderwijs te geven in de algemene heelkunde.

Dr. J. Spierdijk te Dordrecht is benoemd tot gewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Universiteit te Leiden om onderwijs te geven in de anaesthesiologie.

Besluiten 155ste Algemene Vergadering

Overzicht van de besluiten van de 155ste Algemene Vergadering, gehouden op zaterdag 18 april 1970 te Utrecht (Esplanade), aanvang 13.30 uur.

1. Benoeming van een commissie van redactie van het verhandelde ter Algemene Vergadering (punt III van de beschrijvingsbrief). Aangewezen worden de voorzitter, de secretaris-generaal en J. A. Leezenberg, arts te Groningen (district XX).

2. Het voorstel tot goedkeuring van de 13e lijst van aanvullingen en wijzigingen bij het „Rapport inzake Geneeskundige Verklaringen” (punt 4 van de beschrijvingsbrief). Het voorstel wordt met algemene stemmen aangenomen.

Na een korte schorsing hebben de voorzitter der Maatschappij en Dr. C. P. Sporken voordrachten gehouden gewijd aan de ontwikkeling op en het gebied van de medische ethiek, waarna discussie plaatsvond.

De voorzitter sluit te 17.30 uur de Algemene Vergadering.

Nieuwe leden:

W. G. van Arkel, J. J. Viottastraat 23 bv, Amsterdam.

D. I. Blonk, Sportlaan 37, Heerjansdam.

C. Borst, Jan Luykenstraat 26IV, Amsterdam.

A. Constandse, Gnephoek 20, Alphen a/d Rijn.

H. P. C. Donders, Elsenhouwerstraat 690, Sittard.

D. H. Helmhout, Steniaweg 2, Zeist.

C. D. Hermsen, Havikshorst 124, Deventer.

W. A. J. van Hertum, Eikenlaan 117, Groningen.

G. J. Hoogendoorn, Averlosehoutweg 1, Diepenveen.

P. J. Kingma, Polluxstraat 84, Groningen.

Mevr. v. Kuenen-Boumeester, van Lenneplaan 373, Groningen.

F. J. de Laat, Bolestein 378, Amsterdam.

F. J. Lodewegens, Helperzoom 163, Groningen.

V. Manger Cats, Prinsengracht 514, Amsterdam.

M. Y. F. Monkhorst, Helperzoom 55, Groningen.

R. Pannekoek, Hoornweg 98, Marum. (Gr.)

L. A. M. Peeter, Markt 15, Doetinchem.

Th. L. Peters, v. Eeghenlaan 30, Amsterdam.

F. A. Seepers, Helmondse Weg 20, Deurne.

H. J. Th. Thalen, Strauslaan 34, Groningen.

C. H. N. Veenhof, Lomanstraat 29, Amsterdam.

Mej. C. Weijland, J. J. Cremerplein 13IV, Amsterdam.

E. M. Wolfs, Langenhorst 1013, Ede.

Overleden:

F. G. C. Arnout, Cypreslaan 80, Rotterdam.

Dr. J. de Bloeme, v. Lennepweg 9, Oosterbeek.

P. van der Kuy, Noordeinde 5, Kethel.

Th. Niemeyer, Kamplaan 1, Helpman, Groningen.

L. Stoltz, Knopbrekersstraat 1, Oss.

Voordrachten

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

Alkmaar en Omstreken: Prof. Dr. H. Verbiest, neurochirurg, onderwerp: „Enige aspecten van de invloed van vertebrale afwijkingen op het zenuwstelsel”.

Amsterdam: Dr. R. B. Spanjaard, onderwerp: Veranderde tuberculose bestrijding”.

Apeldoorn en Omstreken: Prof. Dr. J. W. H. Mali, onderwerp: „Het verruceuse symptomencomplex, complicaties, diagnose en therapie”.

Assen en Omstreken: Prof. Dr. G. Boering, hoogleraar voor mondheelkunde en chirurgische prothetiek, onderwerp: „Mondheelkunde”.

Eindhoven en Omstreken: Dr. G. A. de Jonge en Dr. G. H. Brillenburg Wurth, onderwerp: „De noodzaak van goede en tijdige diagnostiek”. H. J. M. Custers, onderwerp: „Bij welke ziekteverschijnselen dient er onderzoek naar een urineweginfectie plaats te vinden?” R. J. Holthuis, onderwerp: „De kern van de diagnose het urine onderzoek in de huisartsenpraktijk”. F. H. Huibregtsen, onderwerp: „Hoe krijgt men van een kind betrouwbare urine?” L. E. M. Pijnenburg, onderwerp: „De behandeling van de eerste urineweginfectie bij een kind”. F. A. G. Kramer, onderwerp: „Over de indicaties voor verwijzing naar een specialist”.

Gorinchem en Omstreken: Prof. Dr. J. C. van Es, onderwerp: „De nieuwe huisartsenopleiding”. Dr. W. Steensmaa, onderwerp: „De radiomedische dienst van het Rode Kruis”.

Helmond en Omstreken: Prof. Dr. H. Visser, kinderarts, onderwerp: „Preventieve aspecten in de kindergeneeskunde: recente ontwikkelingen”.

Hunsingo - Fivelingo - Westerkwartier: Dr. S. P. Keijser, onderwerp: „Diagnostiek en therapie met behulp van radioactieve isotopen”.

Utrecht: Dr. F. A. Nelemans, onderwerp: „Geneesmiddelen en verkeer”.

West-Friesland: G. Schoemaker, chirurg, onderwerp: „Arteriografie en de chirurgische consequenties”.

Geneeskundige Kring Zutphen: Prof. Dr. A. Querido, onderwerp: „Nieuwe aspecten van de geneeskundige opleiding”.

Zwolle en Omstreken: Prof. Dr. Mr. P. A. M. Baan, onderwerp: „Waarom verstaan medici en juristen elkaars taal niet?”

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

MOEILIJKE MAAR LEGITIEME VRAGEN (IV)

De vragen die collega A. Sauer in Medisch Contact no. 14/1970, bladzijde 343, stelt, roepen enige even legitieme wedervragen op. Is de wereld der predikanten zo klein, of is er in die wereld zo weinig solidariteit, dat men niet is kunnen komen tot een collectieve ziektekostenverzekering, waarin doorgaans ook de minder goede risico's kunnen worden opgenomen? Heeft de assuradeur waarbij de predikant en zijn gezin tegen ziektekosten zijn verzekerd en die de predikantsvrouw weigerde, aan zijn cliënt medegedeeld dat er in de derde klasse ook voor overigens onverzekerbare personen een speciale verzekering mogelijk is? Heeft de predikant toen hij voor zijn geestesoog de schrikbarende ziekenhuisnota's en de ruïneuze specialisten-declaraties zag, deze verminderd met de bedragen, die hij in de loop der jaren heeft bespaard doordat hij voor zijn vrouw geen verzekeringspremie behoefte te betalen? Heeft de predikant deze bedragen ook nog verminderd met het fiscale soelaas waarop hij wegens buitengewone lasten aanspraak kan maken? Maar goed, het kan zijn, dat zelfs dan nog het betalen van de verschillende specialisten-declaraties een financiële ramp zou hebben veroorzaakt. Hebben de specialisten van deze dreigende ramp geweten en hebben zij desondanks hun declaraties gehandhaafd? Aannemende dat dit het geval was, en aannemende, dat wij met Maatschappijleden te doen hebben, heeft collega Sauer toen de voorzitter van de Afdelingsraad van de situatie op de hoogte gesteld en hem gevraagd te bemiddelen? (De laatste vraag in deze reeks zou dan moeten luiden: Is die bemiddeling mislukt en hebben de specialisten de dominee een deurwaarder op zijn dak gestuurd? Maar dit acht ik uitgesloten).

Dat de tijd, waarin „Latijn aan Latijn” niets in rekening bracht, voorbij is, meen ik ook te hebben gemerkt aan brieven die ik ondanks mijn gymnasiale opleiding van kerkelijke zijde kreeg. Uit deze brieven heb ik overigens wel geleerd, dat het hier te lande en te dezen tijde nog steeds legitiem is, dat men met de welstand van de geadresseerde rekening houdt. Overigens moge ik mij tegenover de

theoloog een kleine tekstkritiek veroorloven. *Latinus non solvit latino* betekent Latijn betaalt niet aan Latijn, en dat is nog weer iets anders dan Latijn declareert niet aan Latijn. Waar onze eerwaarde opponent ons wil vastleggen op de tekst van het door hem ingeziene boekje: „Medische Ethiek en Gedragstheorie”, zou ik hem willen antwoorden, dat waar niet over tripleren wordt gerept, het ook niet wordt verboden of zelfs maar ontraden. Dat er op de derde klas geen richards liggen, is voor de predikant een weet, en voor de arts een vraag. Men kan ook zeggen dat de eerste het gelooft en de laatste het hoopt. Wanneer men verneemt, dat er ziekenfondsverzekerden zijn, wier loon dus beneden de loongrens ligt, die zich voor de eerste klas bij-verzekeren omdat hun neveninkomsten dit mogelijk, en hun status dit nodig maakt, dan bewijst dit wel dat de verhoudingen tussen klasse en welstand minder simpel zijn dan veelal wordt aangenomen. Het zou aantrekkelijk zijn, op de legitieme vraag of het derde klas tarief (wat dat dan ook zijn moge) het basishonorarium vormt, bevestigend te antwoorden. Voor mijn eigen specialisme liggen de richtlijnen voor de derde klasse die onlangs de goedkeuring van de Landelijke Specialisten Vereniging hebben ontvangen tegen de ondergrens van het Franse ziekenfondstarief aan. Wellicht is dus de veronderstelling van de predikant juist, dat de Nederlandse ziekenfondsen als machtige organisatie hun veel lagere tarieven hebben kunnen afdwingen. Zij hebben, in strijd met de Schrift, den dorsenden os gemuillband. Men kan het ook vriendelijker zeggen, en stellen dat het Nederlandse ziekenfondswezen slechts kan reilen en zeilen dank zij een aanzienlijke subsidie die het van de specialisten en andere medewerkers ontvangt.

De verantwoordelijkheid van het ziekenhuisbestuur betreft op de eerste plaats de *kwaliteit* van het werk, en kwaliteit moet nu eenmaal worden betaald. Een ziekenhuisbestuur dat, om kosten te sparen, een ondermaatse kracht toelaat of aanstelt, kan, als er brokken komen, zeker van een culpa in eligendo worden beticht. En als een specialist brokken maakt, is dat meestal ernstiger dan wanneer een kapper dat doet, al denken sommige dames daar misschien anders over. „De geneesheer is de dienaar van de zieke mens”. Ik ben blij dat de predikant dit onderschrijft, want wij kunnen zijn steun best nog eens nodig hebben. Er zijn autoritaire figuren genoeg, die in de arts een dienaar van kerngezonde ziekenhuis- of ziekenfondsdirecties

willen zien. De dienaar was in de feodaliteit „*taillable et corvéable à merci*”. Maar we leven nu in een tijd en een economisch bestel waarin grote inkomensverschillen mogelijk en toegelaten zijn. Het ontgaat mij waarom de arts in principe een uitzondering op de rest moet maken. Wanneer het inkomen van een arts volgens hier te lande gangbare begrippen sociaal hoog zou worden, is daar de fiscus om dit te corrigeren. En juist bij de arts gaat dat zo gemakkelijk, want men kan niet in Nederland praktijk uitoefenen en in Liechtenstein wonen. Hoe harder en hoe beter een arts werkt en hoe duurder hij is, hoe groter deel van zijn inkomen via de fiscus aan de gemeenschap ten goede komt.

De predikant hoort op de preekstoel en niet op de stoel van de fiscus. Hij houde zich overtuigd, dat ook ik een declaratie die een financiële ramp veroorzaakt, ja zelfs die een patiënt in ongelegenheid brengt, ongepast vind. Sinds de publikaties van de KLOZ-Heer P. A. Zeven vind ik mededogen met een assuradeur ook ongepast.

Amersfoort, 19 april 1970

F. W. A. van Asbeck, arts

Op donderdag 14 mei 1970 organiseert de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in de Provincie Drenthe een provinciale gezondheidsdag met als onderwerp „Hartinfarct: preventie en revalidatie”. De dag zal plaatsvinden in het „Wilco-centrum”, Rembrandtlaan 9 te Assen. Voorzichten zullen worden gehouden door Prof. Dr. F. L. Meijler, hoogleraar in de cardiologie, verbonden aan het Academisch Ziekenhuis te Utrecht; Prof. Dr. F. S. P. van Buchem, supervisor van het epidemiologisch onderzoek betreffende hart-vaatziekten te Zutphen; Prof. Dr. J. Nieveen, hoogleeraar in de cardiologie, verbonden aan het Academisch Ziekenhuis te Groningen; H. W. H. Weeda, hoofd van het Bureau voor Arbeidsgeschiktheid te Leiden; J. Ringelberg, psychiater, verbonden aan de afdeling Psychosomatiek van het Academisch Ziekenhuis te Leiden en Dr. J. H. R. van der Pas, verzekeringsgeneeskundige, medisch adviseur van de Bedrijfsvereniging voor Detailhandel en Ambachten te Utrecht. De dag zal met een forum onder voorzitterschap van Dr. C. J. Jonkman, directeur-arts van de Pro-

vinciale Raad voor de Volksgezondheid in Drenthe, worden afgesloten. Belangstellenden kunnen zich aanmelden bij de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in de Provincie Drenthe, Gedempte Singel 31, Assen.



In het Fysiologisch Laboratorium van de Rijksuniversiteit te Leiden, Wassenaarseweg 62, zal op 9 mei 1970 een interdisciplinair symposium over „Het milieu van onze samenleving” worden gehouden. De bijeenkomst is belegd in het kader van de Algemene Vergadering 1970 van het Thijmgenootschap. Inleidingen zullen worden gehouden door Prof. W. F. M. J. Krul, adviseur van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid voor gezondheidstechnische aangelegenheden; Dr. N. J. M. Nelissen, wetenschappelijk medewerker aan het Sociologisch Instituut van de Katholieke Universiteit te Nijmegen voor urbane en rurale sociologie; Prof. Dr. R. Zielhuis, hoogleraar-directeur van het Coronel-Laboratorium voor Arbeidshygiëne van de Universiteit van Amsterdam; Dr. J. van Londen, hoofd afdeling Geestelijke Volksgezondheid te Den Haag; Drs. R. Hueting, afdeling Kosten Gezondheidszorg en Leefmilieu van het Centraal Bureau voor de Statistiek te Den Haag; Mr. J. Witsen, directeur Algemene Zaken van de Rijksplanologische Dienst te Den Haag en Prof. Dr. A. T. Peperzak, die het thema van het symposium zal benaderen vanuit wijsgerig standpunt. Tot slot zal men kunnen discussiëren met de inleiders, die daartoe een forum vormen onder voorzitterschap van Prof. Mr. J. M. M. Maeijer. Inlichtingen: secretariaat Thijmgenootschap, Koningin Wilhelminalaan 17, Amersfoort, tel. 03490-17958.



In de Verenigde Staten is de Public Health Cigarette Smoking Act nu de beide huizen van het Congres gepasseerd, meldt Lancet. Het wachten is hierna nog op de presidentiële handtekening. Meest in het oog springend in de nieuwe anti-rookwet is een artikel, dat luidt: „It shall be unlawful to advertise cigarettes on any medium of electronic communication subject to the Federal Communications Commission on or after January 1, 1971”. Naast dit verbod op sigarettenreclame via de communicatiemedia, is er een nieuw voorschrift, dat de waarschuwingstekst op sigarettenpakjes verscherpt. In de nieuwste versie leest men: „Warning: Excessive Cigarette

Smoking Is Dangerous to Your Health”. De anti-rookwet verplicht de staatssecretaris van Volksgezondheid jaarlijks voor het Congres een rapport over de gevolgen van roken voor de gezondheid op te stellen. Ook de Federal Trade Commission zal een jaarverslag moeten uitbrengen, en wel over het daadwerkelijk nut van de opdruk op sigarettenpakjes en de stand van zaken met betrekking tot de sigarettenreclame. Tenslotte, is bepaald, dienen zowel de bewindsman als de commissie hun gedachten te laten gaan over een mogelijke uitbreiding van de anti-rookwetgeving.



Dezer dagen vond de oprichting plaats van de Sectie Medische en Biologische Informatieverwerking van het Nederlands Rekenmachine Genootschap. De sectie stelt zich ten doel, door het organiseren van voordrachten en symposia en het instellen van werkgroepen, de informatie over de toepassing van computers in de geneeskunde en de biologie te bevorderen. Tot haar belangrijkste activiteiten rekent de sectie het geven van gerichte voorlichting. De sectie zal Nederland vertegenwoordigen bij internationale evenementen op haar gebied en in internationale organisaties; zij is onder meer vertegenwoordigd in de Medische Commissie van de Internationale Federation for Information Processing. Secretaris van het voorlopig bestuur van de sectie is Dr. O. Fokkens.



De provinciale raad voor de volksgezondheid in Zuid-Holland organiseert op 26 mei a.s. haar jaarlijkse provinciale gezondheidsdag. Ter gelegenheid van zijn 40-jarig jubileum is de Zuidhollandse Bond van het Wit-Gele Kruis in de gelegenheid gesteld de inhoud van de bijeenkomst te verzorgen. Het onderwerp van de dag is: de toekomst van de georganiseerde gezondheidszorg. De voorzitter van de jubilerende bond, Mr. J. A. J. Daniels, zal over dit thema een inleiding houden. Als co-referenten treden op de heer J. W. Wegstapel, voorzitter van de Zuidhollandse Vereniging „Het Groene Kruis” en Dr. Joh. van der Spek, oud-voorzitter van de Prot. Chr. Landelijke Kruisvereniging Het Oranje-Groene Kruis. In de middagbijeenkomst zal een forumbespreking plaatsvinden. In aansluiting hierop zal door het bestuur van de verjarende bond worden gereciperd. Plaats van handeling: motel „Holiday Inn of Leiden”.

MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

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

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

Uitgever: Uitgeverij Mij. Kruij n.v., Groot Hertoginnelaan 28, Bussum, telefoon 02159-3225*, postgiro 142554.

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

Abonnementen: Voor niet-leden der Kon. Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst f 30,—, plus f 1.20 BTW = f 31.20, buitenland f 35,—, losse nummers 78 cent (incl. 4% BTW). Opgave uitsluitend bij de uitgever.

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

Oplage: 16.220 exemplaren.

Druk: Verwelj Mijdrecht.

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen: secretaris P. J. M. Baudoin, Parkstraat 7, Assen, telefoon 05920-2184; postgiro 111950 t.n.v. de penningmeester der Stichting Ondersteuningsfonds te Utrecht.

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