



OFFICIEEL ORGAAN  
VAN DE KONINKLIJKE  
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ  
TOT BEVORDERING  
DER GENEESKUNST

# Medisch Contact

REDACTIONEEL

## EEN GEDACHTE LOONGRENS

24ste JAARGANG - No. 33 - 15 AUGUSTUS 1969

### INHOUD

Een gedachte loongrens .....	909
Universitaire berichten .....	910
Abortus provocatus: een enquête onder daarbij betrokken vrouwen .....	911
Discussie over abortus provocatus .....	914
Algemene Vergadering van de World Medi- cal Association .....	915
Rondom de Algemene Vergadering te Parijs van de World Medical Association .....	919
Reacties op een artikel over aanstellings- keuring, ziekteverzuim en het karakter der sociale geneeskunde .....	920
Internationaal lucht- en ruimtevaartkundig congres .....	926
Vergoeding voor poliklinische behandeling in academische ziekenhuizen .....	927
<i>Van het hoofdbestuur:</i>	
Jaarverslag 1968 van het Centraal Collgeg	933
Jaarverslag 1968 van de S.R.C. ....	936
Uit de afdelingen .....	938
Personalia .....	939
Brieven van lezers .....	940
Varia .....	932 en 940

Redactionele verantwoordelijkheid: Bestuur Medisch Contact.  
Redactie: J. J. van Mechelen (secretaris), C. C. G. Jansens.  
Colofon op bladzijde 940

Blijkens een artikel „De loon- en inkomensgrens in de Ziekenfondswet” in het juli/augustus-nummer van De Ziekenfondsgids, maandblad van de Federatie van door Verzekerden en Medewerkers bestuurd Ziekenfondsen (V.M.Z.), heeft men in alle gewesten van deze Federatie de problematiek rond de loon- en inkomensgrens bestudeerd. Vanzelfsprekend, zo wordt in het artikel gezegd, zijn niet alle gewesten tot een zelfde standpunt gekomen, maar wel werd duidelijk een tendens naar een extra verhoging zichtbaar. Medegedeeld wordt vervolgens dat het bestuur der Federatie zich met de veruit overheersende opvatting heeft kunnen verenigen en die blijkt te zijn — „de gedachten gaan er naar uit” zo wordt het geformuleerd — dat deze grens, berekend naar de situatie op 1 januari van dit jaar, op f 16.000 zou moeten worden gesteld. Een flinke gedachtensprong wanneer men bedenkt, dat deze grens met ingang van 1969 van f 13.200 naar f 13.800 werd verhoogd.

Wat enigermate bevreemdtd bij lezing van deze het bestuursstandpunt kennelijk weergegeven beschouwing is, dat de motivering geen duidelijk verband toont met de daarna gegeven berekening. In de motivering wordt gezegd dat slechts een enkeling zelf de kosten voor de geneeskundige voorziening voor zich en de zijnen kan dragen en dat, naarmate die kosten stijgen, de mogelijkheden afnemen zelf het risico te dragen, zodat ieder, die zijn verantwoordelijkheid beseft, verplicht is dit risico te verzekeren. „De tarieven op medisch terrein, inclusief de tandheelkunde, zijn dermate gestegen dat het de draagkracht van zeer velen te boven gaat

een andere verzekering te hebben dan die het ziekenfonds biedt" zo wordt verder in deze motivering aangevoerd en voorts wordt daarin gezegd dat juist de onevenredig stijgende kosten van de medische voorzieningen de individuele welvaart verkleinen.

Op deze motivering met toch tamelijk globale beweringen volgt dan de mededeling dat een loongrens van f 16.000, waarnaar de gedachten uitgaan, wordt gevonden door het percentage, dat destijds de ziekenfondsverzekerden op de totale bevolking uitmaakten, weer te gaan aanhouden. En als effect van deze gedachte loongrens wordt dan vermeld, dat bij toepassing daarvan 80.000 personen de gelederen van de ziekenfondsen zullen komen versterken.

De gegeven globale motivering lijkt weinig redegevend voor deze exacte rekensom. De ook in het artikel in het vooruitzicht gestelde mogelijke verlaging van de premie, indien deze 80.000 personen de ziekenfondsverzekering zouden toevallen, doet de lezer duidelijk zijn, dat men van de gedachte loongrens rijkelijk verhoging van premie-ontvangsten tegemoet ziet. Inderdaad, wanneer 80.000 personen uit hogere inkomensgroepen binnen de ziekenfondsverzekering zouden kunnen worden ge-

bracht vloeien er heel wat miljoenen tevens aan de ziekenfondsen toe.

De gedachte loongrens lijkt nogal een stevige maatschappelijke ingreep, want aan te nemen is dat zeer velen van de inkomensgroep, waarop men het oog heeft, voor de kosten van geneeskundige voorzieningen verzekeringen hebben getroffen in de particuliere sector. Te vermoeden is dat het eventueel realiseren van de gedachte loongrens niet bij allen, die gedwongen zouden worden in de ziekenfondsverzekering terug te keren, waardering zal vinden, ook niet bij diegenen, die als verzekeraars economisch met deze door de ziekenfondsen te claimen groep in relatie staan.

Naarmate men zich op meer aspecten van deze gedachte loongrens bezint komt de vraag op, of het vinden van deze grens van f 16.000 door het percentage, dat destijds de ziekenfondsverzekerden van de totale bevolking uitmaakten, weer te gaan aanhouden, een niet wat eenzijdige vondst is. Om die vraag bij de lezer van deze beschouwing in De Ziekenfondsgids weg te nemen zou men met cijfers toch nader moeten adstrueren in welke mate de stijgende kosten van de medische voorzieningen de individuele welvaart verkleinen, in welke mate zij aan de reële inkomensstijging afbreuk doen. Dat voor de lezer nogal globale beweringen en een daarmee niet in duidelijk verband opgezette rekensom geen toereikende overtuigingskracht hebben, zal de door het standpunt van het bestuur van de V.M.Z. geïnspireerde schrijver die lezer bezwaarlijk euvel kunnen duiden.

v.M.

## LEDENCONGRES

's-Hertogenbosch

2, 3 en 4 OKTOBER 1969



Het programma met alle nadere gegevens,  
alsmede de inschrijfformulieren,  
werd afgedrukt in Medisch Contact nr. 26  
van 27 juli j.l.

## UNIVERSITAIRE BERICHTEN

### Benoemingen

Dr. L. Burema is met ingang van de dag waarop hij zijn ambt zal aanvaarden tot en met 1974 benoemd tot buitengewoon hoogleraar aan de medische faculteit te Rotterdam om onderwijs te geven in de leer der maatschappelijke gezondheidszorg, in het bijzonder de organisatiestructuur en de milieuhygiëne.

K. Hoornstra is met ingang van de dag waarop hij zijn ambt zal aanvaarden benoemd tot gewoon hoogleraar aan de medische faculteit te Rotterdam om onderwijs te geven in de klinische röntgen-diagnostiek.

Dr. J. A. Szirmai is benoemd tot buitengewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Leiden om onderwijs te geven in de histofysiologie van het bindweefsel en van het bewegingsapparaat.

# Abortus provocatus: een enquête onder daarbij betrokken vrouwen

Mevrouw S. M. I. Damstra-Wijmenga, arts te Groningen, schrijft ons:

Het onderwerp: abortus provocatus blijft de gemoederen bezig houden. Voor vele medici schept het verzoek om abortus provocatus een veel groter probleem, dan voor de patiënte, die er om vraagt. De gemiddelde vrouw met een ongewenste zwangerschap weet niet wat te doen, of waar te gaan. Vaak is haar enige toevlucht haar huisarts, maar onder de huidige omstandigheden durft deze niet in te gaan op een bedekt of openlijk verzoek om zwangerschapsonderbreking. Hij weet meestal niet, waarheen hij haar zou kunnen verwijzen voor een deskundig advies of een behandeling. Hij kan haar vaak geen voor haar aanvaardbare andere oplossing aan de hand doen. Dientengevolge zoekt zij een noodoplossing.

Er werd en wordt nog van psychiatrische zijde gezegd, dat na een abortus provocatus schuldgevoelens of psychische stoornissen kunnen optreden. In een recente studie van R. Bruce Sloan: *The unwanted pregnancy\** wordt gezegd, dat er weinig nieuwe psychiatrische aandoeningen optreden na een therapeutische abortus, die aan deze ingreep zouden zijn toe te schrijven. Er zou zelfs geen aanwijsbare psychiatrische indicatie zijn voor therapeutische abortus, omdat het risico van het optreden of verergeren van een psychose klein is en niet te voorspellen; zelfmoord is zeldzaam. „Menselijke” factoren bepalen dikwijls de beslissing, hoewel zij schuil kunnen gaan onder psychiatrische labels, aldus Sloan.

Van gynaecologische zijde wordt in geval van een ongewenste zwangerschap meestal geadviseerd de zwangerschap uit te dragen. Wenst men het kind beslist niet, dan kan men er immers afstand van doen. Met deze oplossing ziet de gynaecoloog zich dan niet zelf voor een gewetensconflict geplaatst. Al is de zwangerschap echter nog zo ongewenst, binnen het huwelijk wordt het afstand doen praktisch altijd zonder meer verworpen. Voor een alleenstaande vrouw evenwel, zit er, uit sociaal-economische overwegingen vaak niets anders op en biedt de opvoeding van de baby in een geselecteerd adoptief gezin inderdaad betere perspectieven. Maar brengt een afstand de moeder niet in een gewetensconflict?

In de publikaties over dit onderwerp is, voor zover ik kan nagaan, zelden de betrokken vrouw aan het woord geweest. Wat is haar mening, hoe staat zij achteraf zelf tegenover een verrichte abortus, tegenover het uitgedragen hebben van de zwangerschap, tegenover de eventuele afstand van de baby?

Om op deze en nog vele andere vragen een ant-

woord te krijgen, heb ik aan een aantal vrouwen een enquête-formulier gestuurd, tezamen met een persoonlijke brief, waarin ik hen om medewerking verzocht de vragen zo eerlijk mogelijk te beantwoorden. Hun anonimiteit zou gewaarborgd worden. Met al degenen, die ik aanschreef, had ik in voorgaande jaren persoonlijk contact gehad, soms alleen schriftelijk of telefonisch, in verband met een ongewenste graviditeit. Ook via enkele andere artsen, die persoonlijk om medewerking hadden gevraagd aan hun hiervoor in aanmerking komende patiënten kreeg, ik formulieren binnen.

Hoewel het totale aantal ingevulde formulieren voor statistische bewerking absoluut onvoldoende is, meen ik, dat de resultaten daarvan toch al zo belangwekkend zijn, dat ze een publikatie rechtvaardigen.

Ik meen te mogen aannemen, dat men de gestelde vragen eerlijk heeft beantwoord. Enkele patiënten, die meermalen met hetzelfde probleem waren geconfronteerd, hebben evenzovele formulieren ingevuld. Het betrof in alle gevallen dus ongewenste zwangerschappen. Van de eerste 100 verstuurd formulieren kwamen tot dusverre 72 terug. Ik geef eerst een overzicht van de antwoorden op de binnengekomen formulieren.

De 72 formulieren waren ingevuld door 68 patiënten. (2 2x; 1 3x). Daarbij waren er 64 van patiënten, die een verzoek tot abortus provocatus hadden gedaan; in 39 gevallen was dit korter dan een jaar geleden, in 25 langer dan een jaar. Van deze 64 patiënten waren 46 ongehuwd, 12 gehuwd en 6 gehuwd geweest (ten tijde van de graviditeit weduwe of gescheiden).

De leeftijden waren als volgt verdeeld: jonger dan 20 jaar: 4, van 20—25 jaar: 28; van 25—40 jaar: 26; ouder dan 40 jaar: 6. Deze gegevens zijn verwerkt in *tabel 1*.

De meerderheid gaf op tot een kerkgenootschap te behoren. (R.K.; N. Herv.; Geref.).

Een kleine meerderheid der patiënten had regelmatig seksuele omgang: 35, sporadisch: 11 en eigenlijk niet: 18. Men was over het algemeen op de hoogte van anticonceptie (58), maar toch waren er nog 6 bij, die zwanger geworden waren, doordat zij onvoldoende waren voorgelicht.

Opmerkelijk was, dat er zoveel patiënten opgaven geen voorzorgen te hebben genomen om zwangerschap te voorkomen, te weten 31 (ruim 48%), met als opgaaf van reden: niet aan gedacht, (teveel) gedronken, geen middelen voorhanden, partner wilde niet, min of meer overweldigd, enz. Degenen (33), die aangaven wél voorzorgsmaatregelen te hebben getroffen, bleken een verkeerd berekende periodieke onthouding of een mislukte coïtus interruptus te

hebben toegepast. Bij 2 patiënten was een graviditeit ontstaan ondanks het gebruik van een condoom, bij één ondanks een pessarium.

In tegenstelling tot hetgeen misschien vaak wordt gedacht, gaf slechts de minderheid aan zelf pogingen tot abortus verricht te hebben, namelijk 18 van de 64 (28%). Deze pogingen omvatten de bekende scala: trappen springen, hete zitbaden, massage, pillen slikken (meestal kinine), wonderolie, zelfs zeepsop spuiten, maar hadden vanzelfsprekend niet tot het gewenste resultaat geleid.

\*  
\*\*

Hoe is nu de afloop geweest van de zwangerschappen, die als „ongewenst” ter kennis kwamen van de medici door het verzoek tot onderbreking ervan; welke adviezen werden er door de artsen gegeven en hoe reageerden de patiënten hierop?

Van de 64 aanvragen tot abortus provocatus werden er 35 „toegewezen”. Dit dient zo te worden gelezen, dat de hiervoor benaderde artsen zich konden verenigen met de motivering van de aanvragen. Uit de binnengekomen gegevens blijkt echter, dat ondanks de positieve houding van deze artsen de ingreep op de vaak gestelde: sociale of psycho-sociale indicatie niet in Nederland kon geschieden. Want bij deze 35 patiënten werd de operatie slechts 13 maal in Nederland verricht. Bij de overige: 12 in Engeland, 1 in Duitsland, 6 in Joegoslavië, 2 patiënten kregen nog een spontaan-abortus vóór zij naar het buitenland hadden zullen gaan en 1 patiënte kwam onverrichter zake uit het buitenland terug, omdat zij opeens bang was dood te zullen gaan aan de ingreep.

Van de 29 patiënten, bij wie de aanvraag werd „afgewezen”, dat wil zeggen dat de benaderde medici er om persoonlijke, ethische of medische redenen van overtuigd waren, dat de patiënte de graviditeit beter wél zou kunnen uitdragen, kregen uiteindelijk slechts 17 een baby (58%), 5 kregen een spontaan-abortus, 1 een partus immaturus; 3 gingen op eigen gelegenheid naar Engeland en 2 naar Joegoslavië om zich daar in een kliniek te laten aborteren, terwijl 1 zich illegaal liet helpen. Van al diegenen (46), van wie de graviditeit werd onderbroken, hetzij spontaan, legaal of illegaal, hadden 44 geen spijt van deze gang van zaken (96%). Sommigen hadden het korte tijd na de ingreep er wél even moei-

lijk mee gehad; vaak, omdat vóórdien het begrip schuld zo benadrukt was; soms, omdat zij door hun buitenlandse noodsprong niet voldoende begeleiding kregen en er met niemand over konden of durfden te spreken. Maar hun uiteindelijke reactie was toch: geen spijt, dat het zo gelopen was. Eén meisje (22 jaar, op psycho-sociale gronden in Nederland geaborteerd), dat achteraf de ingreep betreurde, was drie maanden daarna weer zwanger en nu moeder (ongetrouwd) van een zoon van zes maanden.

Van de 72 beantwoorde vragenlijsten hadden in totaal 26 betrekking op uitgedragen zwangerschappen; deze waren alle ongewenst, hoewel slechts in 18 gevallen een verzoek tot abortus provocatus was gedaan. Van de 26 baby's, die geboren werden, werden er 14 afgestaan voor adoptie, alle van niet-gehuwde moeders (inbegrepen 1 weduwe en 1 37-jarige primi-para, die reeds met een echtscheidingsprocedure was begonnen, toen zij nog zwanger werd van haar echtgenoot).

Van de 12 baby's, die bij hun moeder bleven, behoorden er twee tot een bestaand gezin; van 2 huwde de moeder nog tijdens de zwangerschap met de verwekker, terwijl 8 baby's ten tijde van de enquête door hun ongehuwde moeder werden grootgebracht.

\*  
\*\*

Hoe stonden de 26 patiënten met een uitgedragen zwangerschap hier achteraf tegenover? Van de 14, die hun baby afstonden, waren er slechts 3, die er positief tegenover stonden een kind te hebben gebaard; 10 (70%) hadden achteraf liever gehad, dat de zwangerschap in het begin was onderbroken, en 1 had geen mening. Van de twee moeders, die alsnog gehuwd waren, vond één dit een positieve oplossing; de tweede had toch liever de zwangerschap niet uitgedragen.

De 8 patiënten, die hun kind in een situatie van ongehuwd moederschap opvoedden, vonden dit in 5 gevallen wél een acceptabele oplossing voor zichzelf en/of de baby, in 2 gevallen niet helemaal en in 1 geval niet. (Hierbij dient te worden opgemerkt, dat van de 5 ongehuwde moeders, die dit wél een acceptabele situatie vonden, er 4 nog met hun kind bij hun ouders inwoonden en dat in alle 4 gevallen de baby niet ouder was dan ruim een jaar. H. Bin-

Tabel 1

Verzoek tot abortus		ongehuwd	gehuwd	gehuwd geweest *
onder 20 jaar	4	4	—	—
20-25 jaar	28	28	—	—
25-40 jaar	26	10	10	6
boven 40 jaar	6	4	2	—
		46	12	6

\* Ten tijde van de graviditeit weduwe of gescheiden.

der\*\* heeft, in een onderzoek hierover, geconstateerd, dat van de ongehuwde moeders, die in de eerste periode na de geboorte wel positief tegenover hun kind stonden, in het latere leven slechts de helft er nog zo over dacht).

Op de vraag: „Indien er in het begin van de zwangerschap wél een abortus provocatus mogelijk zou zijn geweest, zou u dan achteraf aan deze oplossing de voorkeur hebben gegeven?“ werd in totaal (26 uitgedragen zwangerschappen) slechts 7x een negatief antwoord ontvangen; in 18 gevallen (70%) had men aan deze oplossing de voorkeur gegeven en 1 patiënte vulde in: „ik weet het niet.“

\*  
\*\*

Door de 68 patiënten, die de 72 formulieren invulden (2 2x en 1 3x), werden onderstaande meer algemene vragen als volgt beantwoord:

1. Vindt u, dat de wel-overdachte wens van de vrouw-zelf doorslaggevend zou moeten zijn om abortus provocatus te verrichten? ja: 58; nee: 9; geen mening: 1.

2. Vindt u, dat er meer mogelijkheden in Nederland zouden moeten komen voor abortus provocatus? Unaniem: ja.

3. Vindt u, dat in deze tijd een patiënte met een ongewenste zwangerschap altijd wel voldoende advies en hulp kan krijgen, wanneer zij die zwangerschap zou willen laten onderbreken? Ja: 2. Nee: 65. Geen antwoord: 1.

3a. Indien nee, hebt u suggesties hierin verandering te brengen? 15 meenden dat de huisarts de centrale plaats zou moeten innemen, door de indicatie te stellen en de verwijzing te regelen. 15 noemden een speciaal consultatiebureau of een abortuskliniek, waar hulp te krijgen zou moeten zijn. 4 vonden, dat de wet zou moeten worden veranderd. 8 opperden diverse andere mogelijkheden en de overigen brachten geen ideeën naar voren.

Dan volgt nu een kort overzicht over hetgeen bekend is van de 28 patiënten, die het hun toegezonden enquête-formulier (nog) niet retourneerden.

Van 7 patiënten waren de adressen niet te achterhalen: afloop ongewenste zwangerschap onbekend.

Van de resterende 21 werden slechts 9 zwangerschappen uitgedragen, (alle ongehuwde moeders). Hiervan werden 6 baby's afgestaan voor adoptie, 1 baby werd bij familie ondergebracht en 2 bleven bij hun eigen moeder. 12 zwangerschappen werden onderbroken, waarvan: 3 spontaan, 2 illegaal, 3 in een kliniek in Nederland en 4 in een kliniek in het buitenland.

Samenvattend: Aantal ongewenste graviditeiten: 100. Afloop onbekend: 7. Uitgedragen zwangerschappen: 35. Hiervan afstand gedaan van baby: 20.

Zwangerschapsonderbrekingen: 58.

spontaan: 11	19%
illegaal: 3	5%
in Ned.: 16	28%
in buitenl.: 28	48%
	<hr/>
	100%

Door de grotere openheid over dit onderwerp in pers, over radio en t.v. is er een toenemende vraag naar zwangerschapsonderbreking, waaraan in Nederland nog moeizaam tegemoet wordt gekomen. Een opvallend aantal patiënten zocht en vond de gewenste hulp in het buitenland (48%). Opmerkelijk mag ik in dit opzicht noemen de daling van het aantal buitenechtelijke geboorten: in 1967 4953 (20,9 o/oo); in 1968 4823 (20,4 o/oo), terwijl de verwachting voor 1968 een stijging ten opzichte van 1967 was (meer dan 5000). Deze daling kan mijns inziens niet uitsluitend aan het toenemend gebruik van „de pil“ worden toegeschreven, gezien de relatief vele ongehuwden, die geheel geen voorzorgen bleken te hebben genomen volgens bovenstaande enquête (48%) „maar eerder aan het toegenomen aantal zwangerschapsonderbrekingen, die mede in het buitenland konden worden verricht. Moeten de Nederlandse medici deze gang naar het buitenland blijven accepteren als een uitweg voor die patiënten, waarvoor in Nederland geen kliniek te vinden is?

\* The New England Journal of Medicine. May 29, 1969 vol. 280 no. 22 R. Bruce Sloan: The unwanted pregnancy blz. 1206.

\*\* Binder, H. Die uneheliche Mutterschaft. Huber, Bern

## Abortus arte provocatus

De opmerkingen van Professor Plate in M.C. no 31/1969, blz. 867, hebben bij mij het aantal vraagtekens, dat reeds bestond, doen toenemen.

Tot voor enkele jaren geleden werden wij in onze kliniek zelden of nooit geconfronteerd met een verzoek tot abortus provocatus op medische gronden. Nu inderdaad in betrekkelijk korte tijd het Nederlandse publiek geconfronteerd wordt met het probleem van de ongewenste zwangerschap bereiken ons in toenemende mate verzoeken, waarbij de vrouw meestal door de huisarts dan wel door de zielzorger wordt verwezen.

Indachtig het besprokene op de vergadering der Nederlandse Gynaecologische Vereniging hebben ook wij aan de hand van het uitgebrachte rapport een abortus-commissie ingesteld. Als perifere gynaecologen hebben wij datgene wat ons „van hogerhand” verzocht werd uitgevoerd. Wij voelen ons desondanks inderdaad niet alleen op een hellend vlak, doch ook op een glibberig pad vol oneffenheden.

De twijfel, die een man van gezag als Professor Plate uitspreekt alsook zijn huivering in deze hebben onze aarzeling ten aanzien van de abortus provocatus, die reeds bestond, niet kleiner gemaakt. In de praktijk is het toch immers zo, dat de leiders in de Nederlandse Gynaecologische Vereniging de koers bepalen in vraagstukken als deze. Vele van deze leiders zijn of waren hoogleraar. Wanneer nu Professor Plate zich uitdrukkelijk wil opstellen tegenover zijn collegae-hoogleraren dan kan zulks niet onopgemerkt en wellicht ook niet zonder gevolgen blijven.

Wij hopen dan ook, dat Professor Plate in de eerstkomende vergadering der Nederlandse Gynaecologische Vereniging dit punt nog eens aan de orde wil stellen en de vraag wil plegen of met name de Nederlandse Gynaecologische Vereniging in het algemeen en de individuele Nederlandse vrouwenartsen in het bijzonder wel voldoende doordrongen zijn van het feit „absolute eerbied te bewaren voor het menselijk leven van de bevruchting af”. Zijn opmerkingen hebben ons, die trachten te werken naar de geest van het genoemde rapport en naar voorbeeld van de Universiteitsklinieken in een nog grotere onzekerheid gebracht.

Sittard 3 augustus 1969

Dr. A. M. C. M. Schellen

\*  
\*\*

Het stukje: Discussie over abortus provocatus van Prof. Dr. W. P. Plate, verschenen in het Medisch Contact van 1 augustus l.l. is mij uit het hart gegrepen en ik kan niet nalaten openlijk mijn instemming hiermede te betuigen.

Ook ik ben van mening, dat wij met onze wetswij-

ziging en het instellen van commissies, die de geoorlooftheid van het afbreken van zwangerschap moeten beoordelen — laat staan het oprichten van abortus klinieken — op de verkeerde weg zijn.

Bij een propagandavoordracht van een dergelijke commissie uit Leiden in de kringvergadering te Eindhoven heb ik dan ook gezegd, dat ik meende, dat wij daarmede op het hellende vlak zouden geraken. Hoe goed bedoeld de opezt ook is en hoe streng de indicaties ook gesteld zullen worden, toch zullen deze laatste na enige tijd minder scherp worden en zal men na een paar jaar bemerken, dat men verwijderd is geraakt van de principes waarvan men uitging. Een teken hiervan meende ik onder andere reeds te bespeuren in de door de psychiater als mogelijke indicatie aangegeven zwangerschap na het veertigste levensjaar, vanwege de meerdere kans op een mongoloid kind. Depressietoestanden ten gevolge van een ongewilde zwangerschap, worden ook als reden voor abortus provocatus genoemd. Bedenkt men dan ook wel, dat er door de opgewekte abortus juist depressies naderhand kunnen ontstaan en dat dan de behandelende arts daaraan mede schuldig is?

Onwillekeurig denk ik terug aan de oorlogsjaren, toen er zo herhaaldelijk en met klem in onze medische contactberichten gehamerd werd op het feit, dat wij toch onwrikbaar moesten vasthouden aan onze principes, omdat wij anders zeker stapje voor stapje ervan verwijderd zouden geraken.

Naast de Declaration of Geneva aangenomen door de W.H.A. in 1948 „Ik zal absolute eerbied bewaren voor het menselijk leven van de bevruchting af” geldt voor de christen het gebod „Gij zult niet doden”.

Eindhoven 5 augustus 1969

Dr. Jos. L. H. Specken

### Maatschappij-agenda

- 13 september — Alg. Vergadering Maatschappij
- 25 september — Centraal Bestuur L.S.V. met districtsvoorzitters
- 2, 3 en 4 oktober — Ledencongres Maatschappij
  - 25 oktober — Ledenvergadering L.S.V.
  - 7 november — Ledenvergadering L.H.V.
  - 15 november — N.H.G.-congres
  - 22 november — Ledenvergadering L.A.D.
- 20 december — Alg. Vergadering Maatschappij

# A gemene vergadering van de World Medical Association

*Kort verslag van de Algemene Vergadering van de World Medical Association, gehouden van 22 tot 28 juni 1969 te Parijs in „Le Centre Parisien des Congrès Internationaux”, rue Emile Zola 120.*

De Nederlandse delegatie bestond uit de voorzitter collega Van Maarsseveen, het lid van het D.B., collega Hemmes, de toekomstige opvolger van ondergetekende collega Diepersloot en ondergetekende zelf.

Het gebouw waar de vergadering werd gehouden is nog nieuw en bevat onder andere een prachtige vergaderzaal met ingebouwde simultaan vertaalinstallatie.

Zowel in de overigens kort gehouden pauzes als ook tijdens de aangeboden recepties bestond ruime gelegenheid collega Diepersloot als mijn toekomstige opvolger bij de vertegenwoordigers van verscheidene landen te introduceren. Hierdoor was het mogelijk met de vertegenwoordigers van Engeland, Frankrijk, Duitsland en Denemarken af te spreken dat collega Diepersloot hen dit najaar zal bezoeken, met het doel verder kennis met hen en hun organisaties te maken.

De officiële opening werd niet verricht door Generaal De Gaulle, zoals was aangekondigd, maar door de nieuwe minister van Volksgezondheid, die president Pompidou verontschuldigde omdat deze nog extra druk bezet was met het overnemen van zijn belangrijke functie.

De aftredende voorzitter collega Mallen uit Australië, een oude bekende in de W.M.A., hield een afscheidsrede waarin hij wees op de te betreuren vermindering van de animo van pas afgestudeerde artsen zich als huisarts te gaan vestigen. Hij meende dat de medische opleiding daaraan mede schuld heeft en drong er bij de W.M.A. op aan alles te doen wat mogelijk is om de opleiding van huisartsen, die immers, zo zei hij, 85-90% van alle kwalen kunnen behandelen te bevorderen. Verder wees hij op de eveneens te betreuren tendens van jonge artsen om zich meer af te vragen of de artsenvereniging hen wel voldoende voordeel biedt, dan zich te bezinnen op de vraag in hoeverre het tot hun plicht behoort er aan mede te werken.

Vervolgens kreeg de nieuw opgetreden voorzitter, Dr. Monier van Frankrijk, gelegenheid tot het uitspreken van een inaugurele rede waarin hij wees op de groei van de W.M.A. in de 22 jaar, die zijn verlopen sinds de eerste General Assembly werd gehouden in Parijs in 1947. Hij constateerde dat artsen, hoewel rasechte individualisten, toch de noodzaak hadden gevoeld zich te verenigen, ook op wereldniveau. De problematiek van de arts is in grote lijnen dezelfde over de gehele wereld en het

aantal vraagstukken en de moeilijkheden nemen toe naarmate de ontwikkeling sneller gaat. De zorg aan patiënten besteed is een maatstaf voor de sociale en culturele ontwikkeling van een volk. De technische vooruitgang behoort ten goede te komen aan de patiënt en de arts speelt hierbij een belangrijke rol. Oude tradities en opvattingen zijn zeer waardevol, maar moeten plaats laten voor nieuwe ontwikkelingen en gezien de uiterst belangrijke sociale en economische ontwikkeling van de laatste jaren, is het zcér terecht dat deze Algemene Vergadering van de W.M.A. een Internationale Socio-Economische Conferentie insluit.

Na de officiële opening werd een aantal punten afgehandeld die, meestal als hamerstuk, thuis horen op de agenda van een Algemene Vergadering, zoals definitieve vaststelling van de Reference Committee, vaststelling van de notulen van de vorige vergadering, verslag van de Credentials Committee, enz., enz.

## *Zittingen van de Reference Committees*

De gehele namiddag van de eerste dag en ook de gehele volgende dag werd besteed aan behandeling van de op de agenda geplaatste stukken in zittingen van de Reference Committees (bestaande uit 4-5 leden). Het is de bedoeling dat, zoals ook reeds verleden jaar is uiteengezet, de zittingen van een Reference Committee zoveel mogelijk worden bijgewoond door alle afgevaardigden en dat ieder, die daartoe aanleiding vindt, aan de discussie van de te bespreken stukken deelneemt. Die zitting wordt daarbij voorgezeten door een uit de leden van de Reference Committee benoemde „Chairman”. De vroeger reeds toegezonden stukken worden na elkaar in discussie gegeven en de gemaakte aan- of opmerkingen, suggesties en amendementen van de afgevaardigden besproken. Besluiten worden tijdens dit deel van de vergadering niet genomen; het is meer een meningspeiling van de Algemene Vergadering. Na afloop komt de Reference Committee bijeen en maakt een rapport op waarin zo veel mogelijk met de resultaten van de meningspeiling van de Algemene Vergadering rekening wordt gehouden. Dit rapport wordt dan op de laatste dag voorgelegd aan de Algemene Vergadering in planozitting onder leiding van de voorzitter van de W.M.A.

Van een aantal stukken, die geen voorstellen bevatten, stelt de Reference Committee dan voor dat deze, al of niet aangevuld, worden aangenomen „as

informative" ter kennisneming. Stukken die wel voorstellen bevatten of die bepaalde uitspraken van de Algemene Vergadering vragen, worden door de Reference Committee — met de door de Reference Committee als resultaat van de meningspeiling van de Algemene Vergadering aangebrachte wijzigingen of aanvullingen — ter beslissing aan de Algemene Vergadering voorgelegd. De Algemene Vergadering kan deze stukken dan, eventueel nog weer geamendeerd, al of niet aanvaarden.

Als eerste kwam de „Medical Education”, de artsenopleiding aan de orde. Kort na de van 18-23 september 1972 in Nederland te Amsterdam te houden Algemene Vergadering van de W.M.A. zal in Kopenhagen de 4de Conference on Medical Education worden gehouden onder auspiciën van de W.M.A. en met medewerking van de World Health Organization. Het thema voor dit congres zal zijn: „Educating tomorrows doctors” met als onderdelen: A. Needs of Tomorrow - methods of determining health needs for which medical education is requisite; B. Techniques of Evaluation - ways of evaluating medical education in relation to the needs; C. Orientation for change - means of developing systems to make and to keep medical education current.

Vervolgens kwam de behandeling van de stukken over medische ethiek onder leiding van de „Reference Committee on Medical Ethics”, met ondergetekende als „chairman”. Het rapport van deze Commissie, opgemaakt na de meningspeiling in de Algemene Vergadering, werd aangenomen en vastgesteld op de laatste dag in de plenovergadering.

### *Moelijke besluitvorming*

Speciaal bij de bespreking van het abortusprobleem en bij de bepaling van het moment van de dood bleek weer dat besluitvorming in een dergelijke heterogeen samengestelde vergadering nog aanzienlijk moeilijker is dan in het hoofdbestuur of in een Algemene Vergadering in Nederland, maar dat er toch duidelijk resultaten te boeken zijn voor wat betreft de opinievorming, die in een dergelijke internationale vergadering van zo bijzonder groot belang is. Juist ten opzichte van actuele vraagstukken ziet men herhaaldelijk dat tengevolge van de gehouden discussies de extreme opvattingen zich gaan wijzigen en de verschillen in opvatting verminderen!

Als men in ogeschouw neemt dat, evenals de beoefening van de medische wetenschap en research, ook de opleiding tot arts feitelijk in de gehele wereld dezelfde zou kunnen en zou moeten zijn en dat de medische ethiek geen principiële verschillen kan en mag vertonen, dan begrijpt men hoe belangrijk het is dat de ontwikkeling gaat in de richting van een gelijk inzicht over belangrijke vraagstukken. Vooral in onze tijd van verval van de grenzen, van verdwijning van de afstanden en van contacten tussen alle delen van de wereld.

Intussen is deze uniformiteit nog lang niet bereikt

en de moeite waarmee vorderingen worden bereikt en de hoeveelheid tijd en energie die er aan wordt besteed, zouden tot teleurstelling of erger nog kunnen leiden, als men niet wist uit ervaring in het eigen land, dat ook daar de problemen niet altijd snel tot een oplossing komen. Gelukkig kan men, als men de zaken nationaal en internationaal vele jaren kan overzien, constateren dat er met ups and downs toch een ontwikkeling in de gewenste richting is te constateren.

De volgende Reference Committee, waarin ook de voorzitter van onze Maatschappij collega Van Maarsseveen zitting had, was de Reference Committee on Financie.

Weliswaar gaat het met de financiën van de W.M.A. wat beter dan een paar jaar geleden, maar dit neemt niet weg dat het budget nog altijd betrekkelijk klein is en voorzichtigheid geboden blijft.

De Reference Committee on Publication kwam vervolgens achter de bestuurstafel. Met de Engelse editie van de World Medical Journal (die ook aan alle H.B.-leden in ons land wordt toegestuurd) gaat het heel goed. Het aantal abonnees bedraagt thans  $\pm 75.000$ . Indien het zou gelukken ook alle leden van de American Medical Association, de British Medical Association en bijvoorbeeld de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst als abonnee te krijgen zou het blad zo aantrekkelijk worden voor adverteerders dat het praktisch geheel gratis zou kunnen worden verstrekt. Na de Scandinavische landen gaven Canada en Australië het voorbeeld door voor al hun leden een abonnement te nemen.

Met de Franse versie gaat het minder goed. Men hoopt, op grond van recente gegevens op verbetering. Zo niet dan zou deze uitgave moeten worden gestaakt. Ook de Spaanse uitgave is maar klein.

De International Liaison was het volgende punt op de agenda. Na het overlijden van de zo zeer gewaardeerde collega Maystre uit Geneve, neemt nu de secretaris-generaal collega Romualdez dit werk voor een deel over en hij wordt daarbij gesecondeerd door collega mevrouw Dr. A. Andeoud-Naville uit Geneve.

De contacten met de World Health Organisation, de International Social Security Association en de International Labor Organisation zijn van belang en verlopen regelmatig, zodat enige beïnvloeding van deze grotere wereldorganisaties door de W.M.A. mogelijk is. Van de mogelijkheid telkens weer het eigen geluid van de W.M.A. in deze kring te doen horen, wordt herhaaldelijk gebruik gemaakt, waarwandelgangen niet het minst belangrijk zijn.

Tenslotte kwam nog een aantal stukken aan de bij, zoals altijd, de persoonlijke contacten in de orde onder leiding van de Reference Committee on Council and Planning.

Op de Medical Editors Meeting, werd de vraag aan de orde gesteld of men verwacht dat de medische televisie op den duur de medische pers zal terugdringen of geheel overbodig maken. Er waren enkele korte inleidingen waarvan er één verzorgd



zou worden door collega De Vogel uit ons land. Met de mededeling dat deze verhinderd was werd ondergetekende verzocht zijn plaats in te willen nemen. Na enige bedenkingen heeft hij er in toege stemd — zij het onder het voorbehoud geen t.v.-deskundige te zijn, noch een medisch journalist — een korte inleiding te houden. Daarin is voornamelijk de nog onopgeloste vraag naar de werkelijke waarde van de t.v. voor medische nascholing en het moeilijke punt van al of niet scrambling van deze uitzendingen naar voren gebracht. In de discussie kwam dit enkele malen aan de orde.

Kennelijk waren de meesten, al of niet op grond van ervaring, niet zo bang voor unscrambled uitzendingen bedoeld voor artsen. Wat het algemene thema betreft was de vergadering van mening dat de medische pers zeker niet door de televisie zou worden vervangen, maar integendeel, dat de medische pers een zeer belangrijke rol zal kunnen en zal dienen te spelen om de t.v.-uitzendingen tot maximaal rendement te brengen. Indien de medische pers hier controversen zou zien zou zij in de uitoefening van haar taak tegenover de volksgezondheid te kort schieten. Aankondiging van t.v.-uitzendingen, kort weergeven van de inhoud er van, begeleidende tekst verzorgen en aanvullende informatie geven door de medische pers, zal de waarde van de t.v.-uitzendingen ongetwijfeld sterk verhogen.

#### *Noodzaak kenteken voor burger geneeskundigen*

De vergadering van de Medical Secretaries, eveneens door ondergetekende bijgewoond, stond onder leiding van de Franse secretaris-generaal Dr. J. Marcais. Allereerst kwam aan de orde de wenselijkheid en de mogelijkheid van de publikatie van een „International Medical Directory”. Hierover was reeds een enquête rondgestuurd. Het resultaat van de enquête en ook de gehouden bespreking, was dat men tot de conclusie kwam dat de uitgave van een „International Medical Directory” zeer moeilijk zou zijn te verzorgen en bij te houden en dat dit bovendien zeer kostbaar zou zijn. Ook vele nationale artsenverenigingen hebben geen „medical directory” en als alle nationale artsenverenigingen deze al hadden dan zou nog een samenvoeging van die allen een wel zeer lijvig en daardoor duur en onverkooptbaar boekwerk opleveren.

Als tweede punt kwam aan de orde de noodzaak van een kenteken voor burger-geneeskundigen in oorlogstijd, nu de burgerbevolking en het land als geheel in een moderne oorlog evengoed in de frontlinie liggen als de betrokken legers. Het Roode Kruis-embleem moet beperkt blijven tot de militaire geneeskundige dienst en tot het Roode Kruis. Dat men niet veel heil ziet in een uitbreiding van de werkingssfeer van het Roode Kruis-embleem is begrijpelijk als men weet hoeveel tijd het heeft gekost voordat dit embleem door de meeste landen werd aanvaard en hoe onzeker soms ook nu nog de beschermende waarde van dit embleem is. Terzijde werd opgemerkt dat de Moslims een ander

embleem hebben voor hun „Roode Kruis” en ter vergadering werd zelfs door de Ghanese afgevaardigde verzekerd dat de Islamitische piloten van de vliegtuigen van Nigeria daar door de Roode Kruis-vliegtuigen of -opslagplaatsen bombardeerden, omdat zij deze tekens niet kenden. Laten wij dit voor kennisgeving aannemen.

De vergadering sprak de wens uit dat alle nationale artsenvereniging zich opnieuw tot hun regeringen zouden wenden om te vragen het aesculaapteken in rode cirkel, zoals in Nederland reeds op de artsenauto algemeen gebruikelijk, ook officieel te erkennen, en dit tevens ook, zowel bij het internationale Roode Kruis dat dit jaar vergadert te Istanboel als bij andere regeringen, te propageren via het instrueren van hun vertegenwoordigers bij die instanties. Als men niets doet zijn de burgerartsen, verpleegsters enz. in een eventuele nieuwe oorlog wel zéér geëxponeerd en elke regering heeft toch de plicht al het mogelijke te doen om daarin te voorzien. Dat hier voornamelijk een taak ligt voor de grote landen is duidelijk, maar ook kleine landen kunnen belangrijke initiatieven nemen.

Tenslotte kwam op dit deel van de vergadering nog aan de orde de werkwijze van de regionale secretariaten en van de medische hulp aan ontwikkelingsgebieden. Dit laatste moet via de nationale artsenverenigingen worden gestimuleerd. Ook het Marindaproject kwam daarbij in bespreking, met de hulp die door vele landen, ook en met name door Nederland, was aangeboden.

\*  
\*\*

Op de laatste dag tijdens de plenovergadering, kwam dit Marindaproject opnieuw ter sprake. Collega Amino, voorzitter van de Ikatan Dokter Indonesia, was aanwezig en deelde mede dat eindelijk een arts was gevonden die zich nu blijvend gevestigd had in Mauk ter effectieve uitvoering van het project. De voorzitter van de W.M.A. onderstreepte dat nog niet alle toegezegde hulp was verwezenlijkt. Mijnerzijds werd daarop medegedeeld dat dit ook met de door ons toegezegde Landrover nog niet het geval was, maar dat het geld reeds sedert november 1968 klaar ligt en de uitvoering van het plan tot nu toe is vastgelopen op invoermoeilijkheden.

In een privé-gesprek met collega Amino deelde deze mede dat ons tweede voorstel, namelijk dat de f 8.000 à f 9.000 die wij bestemd hadden om in ons land een landrover te kopen en naar Djakarta te doen vervoeren, in Indonesië zou worden besteed voor de aankoop door hen van een door ons te betalen landrover, niet uitvoerbaar was, omdat de landrover in Indonesië momenteel veel duurder is. In een later gesprek van onze gehele delegatie met collega Amino hebben wij hem aangeraden nogmaals te proberen een invoervergunning te krijgen (tot nu toe geweigerd). Dit is misschien mogelijk doordat, in tegenstelling tot voorheen, nu belangstelling van de regering voor dit project is gebleken. Lukt dit niet dan hebben wij toegezegd het Da-

gelijks Bestuur te zullen voorstellen het geld over te maken zodat zij dit naar hun inzicht voor dit project kunnen besteden.

Twee volle dagen, de woensdag en de donderdag, zijn besteed aan de bespreking van de ingezonden nota's voor de „First International Socio-Economic Conference”. De eerste morgen was gewijd aan het onderwerp: „Factors in the increased demand for medical care - a scientific analysis”; twee inleiders en twee openingsdiscussanten, daarna een algemene discussie. De namiddag werd besteed aan het onderwerp: „Requirement for medical manpower”; drie inleiders, één openingsdiscussant, daarna algemene discussie; en aan het onderwerp: „Requirements for medical facilities - Role of institutions providing medical care”; twee inleiders en twee opening discussanten, daarna een algemene discussie.

De tweede dag was 's morgens het onderwerp: „The form and finance of medical care - development in various countries”; vijf inleiders en twee opening discussanten, waaronder onze voorzitter, collega Van Maarsseveen. Vervolgens weer een algemene discussie. De tweede en laatste middag was het onderwerp: „The rising cost of medical care - development in various countries”; vijf inleiders onder wie ondergetekende en drie opening discussanten, waarna weer algemeen debat.

Beide dagen waren vol bezet vanaf 9 uur tot 17.30 uur met een korte lunchpauze; al te vol bezet en vermoeiend. Enkele sprekers, onder wie Prof. Pequignot uit Frankrijk, Dr. Schlögell uit Duitsland en Dr. Hudson uit de U.S.A., brachten bijzonder goede samenvattingen van hun, voorheen reeds ingestuurde en aan de deelnemers doorgezonden, nota's. Het geheel leent zich moeilijk voor een verslag. De oorspronkelijke nota's zijn in ons bezit. Binnenkort zal een verslag van het geheel verschijnen in de World Medical Journal.

Men kwam zeer onder de indruk van de in de discussie door Dr. Hudson uit de U.S.A. gedane mededelingen over de situatie in verband met „malpractice suits” in de U.S.A. Hij vertelde van een geval van een boete van 1¼ miljoen dollar opgelegd aan een collega in Californië. In Amerika — en andere landen zijn daarvoor in de toekomst niet gevrijwaard — zijn de premies voor verzekering tegen „malpractice suits” opgelopen tot soms 10 à 12.000 dollar per jaar en de premies gaan nog steeds omhoog. Dit heeft reeds een uittocht van artsen uit het beroep ten gevolge, terwijl bovendien de vertrouwensverhouding tussen patiënt en arts in het algemeen ten sterkste wordt geschaad.

Uit de vele besproken nota's en ook uit de discussies bleek dat het algemeen gevoelen was dat

de kosten van de geneeskundige verzorging nog zullen blijven stijgen. In die landen waar de regering de meeste kosten voor zijn rekening neemt en met name in Engeland, is het gevolg daarvan dat de overheid, in de noodzaak verkerend te moeten bezuinigen, dit in al te sterke mate doet op de kosten van de geneeskundige verzorging. In de door mij ingezonden nota, waarbij ik dankbaar gebruik gemaakt heb van de hulp van Drs. Brandes, werd op bepaalde vraagstukken in verband met de naar voren komende problematiek ingegaan.

\*  
\*\*

Met het bovenstaande meen ik te moeten volstaan, omdat het niet mogelijk is een vergadering die zes lange dagen heeft geduurd volledig te verslaan. Rest nog te vermelden dat de vergaderdata en plaats voor 1970 definitief werden vastgesteld op 16-20 augustus in Oslo, Noorwegen, voor 1971 op 13-17 september in Toronto, Canada, en voor 1972 op 18-23 september in Amsterdam.

Tot leden van de Council voor een periode van drie jaar werden gekozen: Dr. Boateng uit Ghana, Dr. Davies uit de U.S.A., Dr. Sewering uit West-Duitsland en Dr. Kosonen uit Finland.

Aan het eind van de vergadering deelde de secretaris-generaal mede dat hij, om geheel persoonlijke redenen, aan de Council, die de volgende dag zou vergaderen, zijn ontslag zou aanbieden. De persoonlijke reden heeft hij niet genoemd, maar bij enkelen is wel bekend dat dit familieomstandigheden zijn. De vergadering hoorde dit met enige ontsteltenis aan, want de indruk is algemeen dat Collega Romualdez zijn functie ernstig opvatte en tot grote voldoening vervulde. Aan de Council werd, onder langdurig applaus van de vergadering, verzocht alsnog een poging te doen om collega Romualdez voor de W.M.A. te behouden.

Zaterdagmiddag 28 juni te ongeveer 5 uur sloot de president, collega Monier, de vergadering nadat de afgetreden voorzitter, collega Mallen uit Australië hem en allen die aan de organisatie en verzorging van de Algemene Vergadering hadden meegewerkt — niet te vergeten de ploeg voor de simultaan-vertaling — de dank van de vergadering had overgebracht.

Deze Algemene Vergaderingen hebben duidelijk het karakter van werkvergaderingen, maar dat neemt niet weg dat 's avonds ook aandacht werd geschonken aan contacten op andere basis. Collega Hemmes heeft op zich genomen met het oog daarop een aanvulling op dit verslag te maken, welke aanvulling hieronder volgt.

G. Dekker

# Rondom de vergadering te Parijs van de World Medical Association

Door Dr. Louise Hemmes

Er is geen congres en geen dagen-lang-durende vergadering, of er wordt door de ontvangende organisatie gezorgd voor culturele en sociale manifestaties rondom de ernstige, zakelijke of wetenschappelijke besprekingen. Het enthousiasme en de organisatorische talenten van de gastheer kunnen een dergelijke internationale — maar ook nationale — bijeenkomst maken tot iets, waaraan de deelnemers met veel plezier terugdenken. Hoe onaantrekkelijk een bepaalde plaats ook lijkt, hoe langdurig de besprekingen ook zijn, hoe ongunstig het jaargetijde, het is de gastheerorganisatie, die met trots toont wat zijn land of zijn stad en zijn eigen leden te bieden hebben. En dan kan het altijd worden tot een positieve beleving voor de gasten.

Een vergadering zoals deze, die per dag op zijn deelnemers een beslag legt van vele uren (minstens zes, vaak langer), in een schemerig verlichte congreszaal ergens in een bijzonder ongezellige buurt van de stad, midden in de zomer, eist wel een feestelijke garnering in de avonduren om dit tijdsbeslag te rechtvaardigen. Wie de vergaderingen volgt moet onder de indruk raken en zelfs worden gegrepen door problematiek op zoveel terreinen, door de dynamiek van onze tijd in het medisch-maatschappelijke, door de merkwaardige parallel lopende rijpingsprocessen in landen met onvergelykbare cultuurgeschiedenis — oude culturen en zeer jonge culturen. Wie wordt niet gegrepen door vrijwel gelijk verlopende ontwikkelingen in het ethisch denken, die men hoort uit de mond van vertegenwoordigers uit Ghana, uit de Verenigde Staten, uit de Philippijnen en India? Gedelegeerden uit alle deelnemende landen verdiepten zich in deze op zich boeiende materie. Ook zonder garnering zou dit een positieve beleving kunnen zijn, maar er is iets anders nodig... iets om het dikwijls monotone geluid van een voorzitter te doen vergeten, iets om te doen beleven dat wij in de stad Parijs zijn: Paris que j'aime.

De meeste deelnemers hadden hun echtgenote meegenomen, veel meer dan gewoonlijk bij congressen en vergaderingen het geval is. Een enkele keer kwam eens een echtgenote mee als „observer”, maar de echtgenotes hadden dagelijks excursies en ieder die wat van Parijs kent, weet dat er vermoedelijk geen stad ter wereld is, waar men meer kan tonen van cultuurmonumenten uit de meest uiteenlopende perioden. De echtgenotes hebben, wat dit betreft, een zeer gevarieerde en waardevolle week gehad.

Tegen het einde van de dag kwamen zij op een afgesproken plaats om verder met hun man deel te nemen aan wat de Franse gastheren hadden geor-

ganiseerd. Dit was dan iedere avond — vijf avonden na elkaar! — een met chagpagne overgoten receptie. Als ik dit nu nuchter in een volkomen andere wereld neerschrijf, kan ik mij nauwelijks de bekooring hiervan voorstellen. En toch, waarde lezer, iedere avond was een feest op zich zelf. Het duurde nooit lang, hoogstens een paar uur, maar de werelden waarin een en ander zich afspeelde waren zo indrukwekkend en zo verschillend van sfeer, dat wij er allen met de grootste dankbaarheid en met bijzonder veel waardering op terugzien. Velen onzer zijn toch wel wat blasé en staan zeer kritisch tegenover dergelijke evenementen, maar de wellevendheid, de charme van al diegenen, die hun steentje hadden bijgedragen, hebben op deze acht dagen een stempel gedrukt van sprankeling, van gevoel voor oude glorie, van gerechtvaardigd chauvinisme van de Fransen, de Parijzenaars in het bijzonder.

Het Louvre is niet te vatten in enkele woorden, wie van u kent het niet? Maar als de Franse regering in dit Louvre een receptie aanbiedt, kunt u zich voorstellen dat men dit zelf moet ondergaan om er een beeld van te bewaren. U kent misschien niet het indrukwekkende Hotel de Ville van Parijs, waar de gemeentelijke autoriteiten een receptie gaven in grote, hoge zalen met schitterende tapisserieën, wandschilderingen en een veelheid van spiegels en duizenden lichtjes uit de ontelbare grote kwartsluchters. Uit de geschiedenis en uit verhalen kennen wij het beroemde Hotel George V. De farmaceutische industrieën boden hier de meest rijke ontvangst aan die men zich kan voorstellen, te midden van de rijkdom van de fin-de-siècle, in een omlijsting van rood velours gordijnen en prachtige, fijn geknoopte vloerbedekking, waarin ieder te luid gesproken woord verzacht werd tot de toon waarin men elkaar rond de eeuwwisseling in vorstelijke kringen placht aan te spreken. Alleen al het toeven hier en de handkus van de gastheer gaven het beeld van een bij uitstek Frans-charmant gebeuren.

\*  
\*\*

De Franse Maatschappij voor Geneeskunst bood ons in haar eigen zetel een ontvangst aan. In haar heilige hallen hadden wij alle gelegenheid de in de loop van deze dagen groeiende banden met verscheidene deelnemers te versterken, omdat men er alle tijd had — als het ware in eigen huis — gesprekken aan te knopen en tegelijk te genieten van de fraaie — misschien niet zo doelmatige — 18e en 19e eeuwse binnenhuisarchitectuur van dit rijke en representatieve huis aan een statige avenue.

De vijfde receptie was in het gemeentehuis van

St. Germain-en-Laye, een stadje in de banlieue, waarheen wij via een mooie route werden gebracht om er ook later op de avond het jaarlijks weerkerend banket te hebben. In het paviljoen zagen wij de kamer waarin Louis XIV het levenslicht zag en wederom ervoeren wij een stukje Franse geschiedenis. Het banket later op die dag was elders in hetzelfde stadje, wat ons noopte in de vallende avond door het wijde park te wandelen, met een schitterend uitzicht over de stad Parijs, waar langzaam de lichtjes werden ontstoken. De in grote bochten rustig stromende Seine vermenigvuldigde al dit licht, dat ten dele statisch was uit miljoenen vensters en vele rijen lantaarns langs de kaarsrechte uitvalswegen, ten dele dynamisch door het ononderbroken in verschillende richtingen — gezien vanuit de verte — in praktisch gelijke snelheid voortijlende verkeer. De gehele avond konden wij dit boeiende schouwspel blijven volgen uit de grote als serre gebouwde zaal, waarin het banket werd gehouden. De zaal zelf was zeer geraffineerd onvoldoende verlicht en men móést wel de grote stad beneden tot Ville lumière zien worden. Geen stad als deze: Paris que j'aime.

Zelfs naast deze voor de deelnemers georganiseerde evenementen was er in de latere uren en in de avonden ervóór en erna volop gelegenheid Parijs te beleven naar eigen gaardheid. Maar daartoe moest men zelf inventief zijn. Trouwens wie dat niet

was, vond op alle hoeken van alle straten in alle wijken van de stad terrasjes, vanwaar hij het va-et-vient — gezeten op zijn ijzeren stoeltje — kon gadeslaan, op welke tijd van de dag of de nacht ook. Want het was midden in de zomer en het was het Parijs nú van de Parijzenaars zelf en dit Parijs is nooit in rust en boeit op alle uren van de dag en nacht. Maar dit is een zeer subjectief beleven, het is de een gegeven en de ander niet om dit tastbaar te ondergaan.

Waarom ik hierbij stil sta in ons Medisch Contact? Iedere vergadering en ieder congres behoeft immers een dergelijke omlijsting, zoals ik in het begin stelde! Welnu, in 1972 zal Nederland gastheer zijn voor de jaarlijkse vergadering van de W.M.A., hetgeen van verschillenden onzer aandacht en inspanning zal vragen en van ons allen meeleven. Op diversen zal een beroep worden gedaan, op afdelingen en individuele leden van onze Maatschappij. Een dergelijke organisatie voor de opvang van enige honderden uit alle delen van de wereld vraagt heel veel hulp. En wij hebben ook iets kostbaars te bieden, namelijk dat wij veel eigens en veel aan oude en nieuwe schoonheid bezitten. Op het eigene — is het te chauvinistisch? — komt het aan.

Troense paa Taasinge,

11 juli 1969.

Louise Hemmes

---

## Reacties op „Artikel van Urk”

# Aanstellingskeuring en Ziekteverzuim

Het artikel van collega Van Urk in Medisch Contact<sup>1</sup> heeft buiten de kring van medici nogal wat stof doen opwaaien.

Het zal de auteur, als bedrijfsarts, niet onbekend zijn dat de aanstellingskeuring in het verlopen decennium reeds vele malen in de Nederlandse kring van bedrijfsgeneeskundigen een onderwerp van gesprek is geweest.

Daar veel van deze gespreksstof in principe tendeerde naar een zelfde (zij het meer genuanceerde) opvatting als de zijne, was het niet nodig geweest zijn betoog te laten schragen door citaten van buitenlandse auteurs. Zo had hij bijvoorbeeld te rade kunnen gaan bij de gepubliceerde discussies op de bedrijfsgeneeskundige dagen in 1963 en 1968<sup>2,3</sup> of bij de dissertatie van Kuiper, die in hoofdstuk 8 uitvoerig ingaat op de problematiek van de aanstellingskeuring<sup>4</sup>. Juist ook door de door hem gebruikte citaten heeft het verhaal van collega Van Urk een emotionele ondergrond gekregen. Deze ondergrond maakt, dat zijn verhaal naar mijn mening geen zinnige bijdrage levert aan het reeds lang op gang zijnde intercollegiale beraad over aanstellingskeuringen.

Voorts had collega Van Urk, als zeer productief scribeur in Medisch Contact, kunnen bevroeden, dat uitdrukkingen als „nationaal schandaal, bedrog, bedrieglijk spel, onzin, dubieuze geneeskunst” e.d. (al of niet tussen aanhalingstekens geplaatst) gretig door de lekepers zouden worden overgenomen in een opmaak, welke de emotionaliteit van zijn eigen artikel alleen maar deden toenemen. De tijd dat Medisch Contact alleen een contact tussen medici was, is allang voorbij. Ook het interview voor de radio, waaraan collega Van Urk naar aanleiding van zijn artikel medewerking verleende, droeg mijns inziens niet bij tot een objectieve meningsvorming van het lekepubliek.

Graag nu nog enkele kanttekeningen.

1. Collega Van Urk gaat met zijn betoog voorbij aan de werkwijze, welke in vele bedrijven met full-time bedrijfsartsen wordt gevolgd. In de eerste plaats wordt meestal uitgegaan van de capaciteiten van de kandidaat. Niet de functie wordt primair gesteld, doch de kandidaat. Een afkeuring, dat wil zeggen ongeschikt voor alle functies binnen een be-

drijf, behoort dan tot de uitzonderingen. Voorts is het niet de bedrijfsarts, die een veto over een kandidaat uitspreekt. De bedrijfsarts fungeert als lid van het selectie-team, dat mede bestaat uit personeelsfunctionaris, afdelingschef, psycholoog en eventueel de bedrijfsmaatschappelijk werkster. In gezamenlijk overleg wordt bezien voor welke functies een kandidaat min of meer geschikt kan worden geacht.

2. Collega Van Urk meent, dat de bedrijfsarts zich „waar moet maken” door zo nu en dan iemand af te keuren of te suggereren, dat hij door middel van een aanstellingskeuring „de juiste man op de juiste plaats kan brengen.” Als zulks een vertolking is van gevoelens, die hij in zijn eigen beroepsuitoefening ervaart, dan beklaag ik hem over het klimaat, waarin hij zijn werk moet verrichten.

Naar mijn stellige overtuiging zal geen enkele full-time bedrijfsarts, die reeds een aantal jaren achtereen als zodanig werkzaam is, deze gevoelens onderschrijven. Gelukkig is het arbeidsgebied dat de bedrijfsarts bestrijkt zó uitgebreid, dat hij het verrichten van aanstellingskeuringen niet nodig heeft om „zich waar te maken”. Het ligt buiten mijn competentie om een mening uit te spreken over de vraag of dit „waar maken” misschien wel van toepassing is op de artsen, die naast hun eigen (meestal curatieve) praktijk nog tijd beschikbaar hebben om voor een of meer instellingen, kantoren of winkels, aanstellingskeuringen te verrichten.

3. Het pleit van de redactie van M.C. en collega Van Urk voor een mogelijkheid van de kandidaat om beroep aan te tekenen tegen een keuringsuitslag, is een rechtvaardige. Doch wie zal in dit beroepscollege zitting moeten nemen? Verwacht mag dan namelijk worden van deze beroepscollegeleden, dat ze minstens zo goed op de hoogte zijn van een bedrijf als geheel, de bedrijfsafdelingen, arbeidsmilieu en inhoud van de functies, als de bedrijfsarts.

Voorts lijkt het mij vooralsnog de vraag in hoeverre men een bedrijfsleiding kan verplichten een kandidaat in dienst te nemen, als het eigen selectieteam heeft gemeend dit te moeten ontraden.

4. Collega Van Urk maakt zich zorgen over het feit, dat de artsen meewerken aan de handhaving van bestaande sociale situaties. Hij vraagt zich af „of dat allemaal wel mag” en niet in strijd is met de geest van de „Verklaring van Genève en de Internationale Code der Medische Ethiek”. Ik dacht dat de schrijver zich niet al te bezorgd hoeft te maken: bestaande sociale situaties worden door geheel andere zaken beïnvloed dan die waaraan medici in hun beroepsuitoefening hun medewerking verlenen.

Wel werkt de bedrijfsarts bewust (en dus niet ongemerkt!) mee aan het vormen en handhaven van een goed arbeidsklimaat en goede intermenselijke relaties binnen het bedrijf. „Het medewerken aan het bevorderen van goede arbeidsverhoudingen in de onderneming” is expliciet een der taken van de

bedrijfsarts. Het is op grond hiervan zeker denkbaar, dat het selectieteam een bepaalde kandidaat minder geschikt of ongeschikt acht om in een bepaalde bedrijfsafdeling te werken. Het belang van zowel individu (kandidaat) als (arbeids-)gemeenschap kan hiermee gediend zijn.

Naar mijn mening heeft collega Van Urk met zijn publikatie over aanstellingskeuringen zichzelf en zijn collegae geen dienst bewezen.

Arnhem, 31 juli 1969

J. J. Kolk, bedrijfsarts A.K.U.

#### Literatuur:

1. G. R. van Urk - Aanstellingskeuring, ziekteverzuim en karakter der Sociale Geneeskunde. M.C. 24 (1969) 837-840.
2. K. Modderaar - Voor- en nadelen van de aanstellingskeuring. Tijdschrift van Soc. Geneesk. 42 (1964) 138.
3. P. A. van Wely - Het keuren van sollicitanten. Tijdschrift van Soc. Geneesk. 47 (1969) 477-483.
4. J. P. Kuiper - Bedrijfsarts en arbeidende mens. (Dissertatie 1968, Amsterdam.)

\*  
\*\*

In zijn artikel aanstellingskeuring, ziekteverzuim en karakter der sociale geneeskunde haalt collega Van Urk zoveel overhoop en ook zoveel door elkaar, dat het onbegonnen werk is, stap voor stap met hem in discussie te treden. Dus slechts enkele kanttekeningen.

Ook zonder een zo vernietigende en weinig gefundeerde kritiek op de aanstellingskeuring (via welke de hele bedrijfsgeneeskunde in de hoek wordt getrapt) kan men collega Van Urk toegeven dat de bedrijfsgeneeskunde beter wettelijk kan worden geregeld in een nieuwe Wet op de Uitoefening der Geneeskunst dan in Veiligheidswet en de Stuwadoorswet en ook dat daarbij een beroepsprocedure gewenst is. Collega Van Urk vergeet, (het is namelijk niet aan te nemen, dat hij dit niet zou hebben „geweten”) dat zulk een procedure bij keuring van overheidspersoneel reeds lang bestaat.

Of deze procedure nu juist zo nodig is om de consequenties te vermijden, dat iemand, als gevolg van een uitspraak van een medicus, van een bepaald beroep wordt uitgesloten, is een andere vraag. Sommige sollicitanten, die functies ambiëren die fysiek of psychisch niet bij hen passen, moeten nu eenmaal tegen zichzelf worden beschermd. Geheel afgezien van het recht op zelfbescherming dat de werkgever toch ook wel heeft.

De bedrijfskeuring is een onderdeel van de personeelsselectie, zo citeert collega Van Urk een rapport uit de kring van de Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde. Hij zelf verabsoluteert in zijn betoog de bedrijfsgeneeskunde tot een soort medisch-economisch manusje van alles. Immers, waar hij schrijft over „het brengen van de juiste man op de juiste plaats”, geeft hij blijk van een zo grote mate van onwetendheid ten aanzien van de multidisciplinaire selectie, die bij de behandeling van sollicitaties wordt toegepast, dat

het de enigszins terzake kundige verbijstert.

Nadat hij de taken van personeelsbeoordelaar, psycholoog en medicus ten onrechte onder een enkele noemer, die van de bedrijfsgeneeskunde, heeft gebracht, insinueert hij, dat, „een afkeuring nu en dan zin lijkt te geven aan het volumineuze dagelijkse medische werk.” Wie met de lectuur van zijn artikel zo ver is gevorderd, kan als collega tegenover collega slechts met een variant op een bekende verzuchting concluderen: „God behoede mij voor mijn collegae, met de leken speel ik het zelf wel klaar.”

Amsterdam, 1 augustus 1969

E. H. H. Handl, hoofd afd. Bedrijfsgeneeskunde  
G. G. en G. D.

\*  
\*\*

Met stijgende verbazing heb ik het artikel van collega Van Urk gelezen.

In het middelgrote bedrijf waar ik als bedrijfsarts werkzaam ben hebben wij in 1968 van 879 sollicitanten 12 definitief afgekeurd, dat is 1,36%. De afkeuringreden waren: 2 epilepsie, 4 ernstige rugklachten met duidelijke anatomische afwijkingen, 2 vitia cordis, 2 hypertensie, 1 coronair-insufficiëntie (had reeds Wao-uitkering), 1 chronische nephritis. Bij 3 van deze gevallen vonden wij ook nog andere duidelijke afwijkingen. Hierbij zij aangetekend dat hier sollicitanten bij waren van middelbare leeftijd, die of uit het vrije beroep kwamen en hun werk als zodanig niet meer konden volhouden of bij een ander bedrijf werkeloos waren geworden.

Zoals waarschijnlijk de meeste bedrijfsartsen in Nederland keuren wij „gericht” dat wil zeggen wij geven aan wat de keurlingen wel en niet kunnen doen. Er zijn dus verschillende mensen met bepaalde afwijkingen die voor bepaalde werkzaamheden worden goedgekeurd en als zodanig in dienst genomen. Bij de 867 goedgekeurden zijn natuurlijk verschillende mensen met afwijkingen, die gelukkig voor bepaalde functies 100% geschikt waren. De afgekeurden zijn merendeels ongeschoolden, die solliciteerden voor functies met een bepaalde lichamelijke belasting (tillen, bukken, veel lopen en staan enz.). Met een andere vooropleiding waren enkelen nog wel te plaatsen geweest. Het is begrijpelijk dat bij andere bedrijven met andere werkzaamheden het percentage afgekeurden aanzienlijk groter moet zijn. Een duidelijk voorbeeld is de N.S. met zijn machinisten, rangeerders en ander veiligheidspersoneel.

Collega Van Urk beschrijft in zijn artikel met zijn eigen woorden de psychisch labielen. Voor velen van dezen is nog wel een passende functie te vinden. Bij deze passende functie komt de kreet „de juiste man op de juiste plaats” aan de orde. De medicus speelt hierbij een bescheiden rol, en dan in negatieve zin, namelijk deze man is om gezondheidsredenen voor dat werk niet geschikt. Bij de positieve selectie mag hij geen uitspraak doen. Dat kan hij niet en dat mag hij ook niet in verband met zijn vertrouwenspositie.

Bij medisch onderzoek vinden wij bij de psychisch-labielen dikwijls een vegetatieve labiliteit. Hier houdt onze medische deskundigheid op. Het is mijns inziens dan ook een goede gewoonte bij deze bevindingen een psycholoog of in bijzondere gevallen een psychiater in consult te vragen om de kwantitatieve psychische eigenschappen en de persoonlijkheidsstructuur te laten beoordelen.

Collega Van Urk wijdt ook enkele beschouwingen aan het ziekteverzuim. Dit is naast een medische zaak vooral een sociologisch probleem. Hierover is een overweldigende hoeveelheid literatuur. Naar ik begrijp werkt het woord „verzuim” irriterend op collega Van Urk. Begrijpelijk, wanneer men dit zuiver taalkundig opvat. Als de heer Van Urk hiervoor een ander en beter woord weet zullen wij hem dankbaar zijn. Het is dikwijls moeilijk een verschijnsel in één woord aan te duiden. In ieder geval gaat het om een niet volledig sociaal functioneren, wat duidt op een stoornis in de gezondheid volgens de W.H.O.definitie. Ons doel is niet „het bestrijden van ziekteverzuim”, maar medisch toezicht op het verzuim. Wij streven naar een optimaal ziekteverzuim (dit ingezonden stukje leent zich niet om hierop verder in te gaan). In verschillende individuele gevallen kan een te kort verzuim nog schadelijker voor de gezondheid zijn dan een te lang verzuim! Het medisch toezicht op het ziekteverzuim is mijns inziens positieve gezondheidszorg.

Over ziekte-, invaliditeits- en pensioenfondsriscico zegt collega Van Urk dat nog nooit iets bewezen en zelfs nog nooit iets waarschijnlijk is gemaakt. Deze risicofactoren zijn onderwerp van studie van de medische statistiek. Wanneer men met dergelijke negatieve kreten komt vereist dit gedegen studie en daarna goede argumenten.

Bij verscheidene bedrijfsgeneeskundige diensten bevindt zich een archief waardoor een longitudinaal onderzoek van gedeeltelijk-afgekeurden en anderen mogelijk is. Al heeft schrijver hierover blijkbaar geen literatuur gelezen, dan wil dit nog niet zeggen dat dit intern niet is bestudeerd.

Uit de agressieve stijl van het artikel neem ik aan dat schrijver sociaal geëngageerd is. Dit is een goed ding! Verschillende punten die hij aansnijdt zijn inderdaad een bron van zorgen voor velen. Er zijn patiënten die geen werk kunnen vinden. Pensioenfondsen betekenen voor velen een onneembare barrière. Het Rijk geeft hierbij een slecht voorbeeld. Het is goed dat aan deze dingen extra aandacht wordt besteed. Maar mijns inziens heeft een beter gedocumenteerd artikel meer resultaat.

Een belediging voor de medische stand is het om te stellen dat een keurend arts af en toe eens mensen moet afkeuren om „zich waar te maken”. Elke afkeuring gaat ons aan het hart. Dikwijls proberen wij nog voor deze mensen een oplossing te vinden. In ieder geval lichten wij de huisarts in, zodat patiënt kan worden opgevangen.

Behalve aan de stijl van schrijver heb ik mij geërgerd aan het feit dat zijn agressie niet goed is gericht. Primair komen de sollicitanten bij wervings-

personeel. Dit tracht te beoordelen of de sollicitant past in het bedrijf en gaat eventueel de sociale achtergronden van betrokkene na. Een bedrijf is er niet alleen om winst te maken, maar ook om voor de continuïteit van zijn gemeenschap (een „micro-maatschappij”) te zorgen. De zorg voor alle medewerkers is een vorm van welzijnzorg. Wanneer hij stelt dat bepaalde groepen bevoordeeld worden boven anderen moet hij — maar dan gedocumenteerd — niet de artsen beschuldigen, maar onze samenleving als geheel beschouwen.

Het is begrijpelijk dat velen onder meer verontrust worden door mededelingen in de pers over plaatselijk zeer hoog ziekteverzuim en misbruik op grote schaal van onze in vele opzichten goede sociale voorzieningen. Maar ook deze berichten moeten goed gedocumenteerd zijn. Zeer veel factoren spelen hierbij een rol, onder meer de leeftijdssamenstelling van een bepaalde beroepsbevolking, de aard van het werk, de werkomstandigheden, de organisatie van het werk, het sociaal beleid, de mentaliteit van bedrijfsleiding en werknemers.

Wanneer collega Van Urk bezwaar heeft tegen de werkwijze van sommige artsen is de meest aangewezen weg zich in discussie te begeven in de vergaderingen van de Mij voor Geneeskunst of de Vereniging van Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. Daar zijn altijd voldoende terzake deskundigen om hem te informeren en van repliek te dienen.

Baarn, 2 augustus 1969

J. P. J. Punt, bedrijfsarts

\*  
\*\*

In nummer 30 van de lopende jaargang van Medisch Contact is een artikel opgenomen van collega G. R. van Urk getiteld: Aanstellingskeuring, ziekteverzuim en karakter der Sociale Geneeskunde. Vermoedelijk niet in het minst ten gevolge van de krasse beweringen van de auteur en de gebruikte terminologie, vond dit artikel snel zijn weg naar de dagbladders, die er, zoals te verwachten viel, met grote koppen melding van maakte, een enkel blad zelfs reeds op de dag na verschijning van het betreffende nummer. De later opgenomen kritiek op het artikel van uiterst deskundige medici, die vanzelfsprekend bezadigder taal gebruikten, doet aan de indruk bij het grote en als regel weinig kritische publiek niet veel af. Zelfs als het publiek het woord „bedrog” overtrokken zou achten, dan blijft zonder enige twijfel de indruk hangen dat in ons land talrijke artsen bezig zijn op onverantwoordelijke en willekeurige wijze — en bovendien uit onvermogen — jaarlijks duizenden kandidaten de weg te versperren naar een maatschappelijke carrière.

Met de auteur valt mijns inziens nauwelijks te discussiëren, omdat naar een goed Frans gezegde: Pour discuter il faut être d'accord. Dat wil zeggen er moet een zekere gelijkgerichtheid aanwezig zijn en wederzijds een mentaliteit die een basis van vertrouwen schept. Het moet mij van het hart dat de

houding van de redactie, die dit artikel opnam mij diep heeft teleurgesteld. Men kan als enkeling een fout maken en zelfs derailleren doch van een veelhoofdige redactie, bestaande uit vooraanstaande medici, die de verantwoordelijkheid draagt voor een officieel orgaan van een Koninklijke Maatschappij mag men toch een kritischer instelling verwachten ten aanzien van te plaatsen kopij. Ik meen dat de redactie op deze wijze het zo noodzakelijke vertrouwen in de geneeskundige stand een slechte dienst heeft bewezen.

Rotterdam, 2 augustus 1969

J. Huijbregtsen

\*  
\*\*

Na enige tijd geleden door de „medische medewerker” van een veelgelezen ochtendblad te zijn afgeschilderd als „wolven in schaapskleren”, worden de bedrijfsartsen en anderen, die aanstellingskeuringen verrichten ten behoeve van bedrijven en instellingen, nu weer fel geattaqueerd door collega Van Urk<sup>1</sup>. Zijn ongenueanceerde artikel bereikte snel de lekenpers, fel als deze is op elke negatieve kritiek in de medische wereld.

In het bewuste artikel wordt ook nog ingegaan op het ziekteverzuim en de toekomstige wetgeving ten aanzien van de bedrijfsgeneeskunde, maar in mijn kritiek wil ik mij omwille van de duidelijkheid beperken tot de wijze, waarop schrijver meent het huidige keuringsbeleid te moeten afkraken.

De keurende arts zou dubieuze geneeskunde bedrijven en in strijd handelen met de Verklaring van Genève en de Internationale Code der Medische Ethiek. Hij verkoopt zijn vermeende, maar niet aanwezige kennis en kunde aan de bedrijven, die in hun „autoritaire gezagsstructuren” geen instabielen en potentiële psychosomatici en neurotici dulden, mensentypen, die als zodanig door de keuringsarts worden herkend en afgekeurd. Ik zou Van Urk willen vragen op welke rationele gronden deze ongefundeerde, bijna emotionele uitspraak eigenlijk berust. Natuurlijk moet de arts zich uitsluitend bezig houden met gezondheidszorg en gezondheidsbescherming, maar sinds wanneer wordt dat beperkt tot de bestrijding van ziekten?

Bij de aanstellingskeuring is de arts zuiver preventief werkzaam in de volle omvang van het woord, vanaf primaire preventie in de zin van het voorkómen van door de werksituatie te verwachten ziekten tot en met de tertiaire preventie in de zin van het voorkómen van vermijdbare invaliditeit. Deze laatste ziet men vaak ontstaan in de vorm van langdurige arbeidsongeschiktheid, wanneer de te verrichten functie een grotere belasting vraagt, dan de sollicitant zal kunnen opbrengen. Lammers<sup>2</sup> ziet de aanstellingskeuring wel degelijk als onderdeel van de preventieve behartiging van de gezondheidsbelangen van de werkende mens. Door de aanstellingskeuring zal getracht moeten worden hem te plaatsen in voor zijn gezondheid en constitutie zo gunstig mogelijke arbeidsomstandigheden.

Kuiper<sup>3</sup> heeft een analyse gemaakt van klachten,

die met de arbeidssituatie samenhangen. Hiervan zijn het vooral de ergogene klachten, samenhangend met de moeite, de zwaarte en het tempo van het werk en verder de operogene klachten, berustend op een gestoorde affiniteit tot de eigen arbeid, die goeddeels voorkómen kunnen worden door een functionele aanstellingskeuring waarbij de bedrijfsarts meehelpt de juiste man op de juiste plaats te krijgen. Ik zeg met opzet „meehelpt”, omdat het natuurlijk vanzelfsprekend is, dat de bedrijfsarts dat niet alleen kan. De keuring bij indiensttreding is slechts één schakel in de selectieprocedure, waaraan nog verscheidene anderen, zoals personeelschef, psycholoog en maatschappelijk werker hun bijdrage leveren. Uit het overleg resulteert dan een advies aan de directie, die over de aanstelling een beslissing neemt. Natuurlijk gebeurt dit nog lang niet altijd en overal op deze manier en spreekt de keurende arts nogal eens een eenzaam veto uit. Ook is het waar, dat mensen ten onrechte om onbenullige redenen worden afgekeurd en dat er hoogstnodig een beroepsprocedure moet komen. De keuringsarts dient er zich terdege van bewust te zijn, welke consequenties zijn adviezen kunnen hebben en te beseffen, dat elk mens recht heeft op de arbeid, waarvoor hij geschikt is. Van Urk stelt, dat de arts niet in staat is, om te kunnen beoordelen, of iemand al of niet voor een bepaalde functie geschikt is, dat hij „maar wat zegt en maar wat doet” en dat de bedrijfsarts zijn functie „waar moet maken” door af en toe eens iemand af te keuren! Vooral dit laatste vind ik een grove onbillijkheid en een volkomen onjuiste voorstelling van zaken. Alsof niet heel ons denken en doen doortrokken is van irrationele motieven, die op allerlei gebied beslissingen wel moeilijk en aanvechtbaar, maar tevens menselijk maken. Ik zou haast zeggen: gelukkig zijn er geen vaste keuringsnormen en exact vastgelegde keuringseisen, die de arts tot een robot en de bedrijfsgeneeskunde tot computergeneeskunde zouden maken.

Een punt, dat door Van Urk in het geheel niet wordt aangeroerd is, dat het ontbreken van een aanstellingskeuring en daarmee het medisch advies bij sollicitaties, tot gevolg kan hebben dat lichamelijk of geestelijk gehandicapten geen kans krijgen tot het bedrijfsleven door te dringen, om op die manier in hun eigen onderhoud te kunnen voorzien en een volwaardig menselijk bestaan te leiden. Directies en personeelsfunctionarissen nemen door ondeskundigheid vaak betreurenswaardige beslissingen, waarvan het volgende geval een duidelijk voorbeeld is:

Een 19-jarig meisje solliciteert voor een administratieve functie bij een bankinstelling, maar vertelt erbij, dat zij reeds elf maal haar neus heeft gestoten. Zij is tengevolge van een traumatische geboortelaesie zeer slechtziende, maar heeft vanaf haar vijfde jaar in „Bartimeus” een opleiding gehad, die resulteerde in de diploma's U.L.O. en typen. Het beste kan zij overweg met een dictafoon, maar ge-

typt schrift kan zij ook, zij het met enige moeite, ontcijferen. Van de elf keer, dat zij solliciteerde, bracht zij het slechts éénmaal tot een medische keuring, de overige tien keer werd zij zonder meer afgewezen. Eénmaal werd zij op proef aangenomen, maar na één week weer weggestuurd, omdat zij niet aan de gestelde eisen voldeed. Besloten werd haar aan de normale selectieprocedure, inclusief aanstellingskeuring te onderwerpen. De keurende arts vond een visus beiderzijds van hoogstens 5/18 met een voortdurende rotatoire nystagmus en een onmogelijkheid tot fixeren. De geconsulteerde oogarts vond een sterke zwerfnystagmus en een astigmatisme van 2 D op beide ogen; met correctie bedroeg de visus beiderzijds 1/10. Hij adviseerde met klem een proef te nemen met dit meisje „om te zien of de aan haar visuele handicap aangepaste arbeid ook voor de bank voldoende profijt afwerpt” (een hoogstwaarschijnlijk onbewust geformuleerde, maar zeer duidelijke uitspraak ten aanzien van de dubbele doelstelling van de keuring). In overleg met de personeelschef en de sociaal verzorgster werd sollicitante uitgenodigd op een ochtend een proeve van bekwaamheid met de dictafoon af te leggen onder het wakend oog van een ervaren typiste. Na deze proef glansrijk doorstaan te hebben, kreeg zij een tijdelijke aanstelling voor drie maanden. De definitieve goedkeuring volgde, toen na deze periode zowel haar chef als het meisje zelf zeer tevreden was over de bereikte resultaten. Dit voor alle partijen zo verheugende resultaat werd mede bereikt, doordat de bedrijfsarts de werkgever gerust kon stellen, wat betreft de geconstateerde afwijkingen: het betrof hier een aangeboren, niet progressieve aandoening waaraan de overigens lichamelijk en geestelijk gezonde sollicitante zich zeer wel had aangepast.

Anders gezegd: iedere sollicitant heeft recht op een medische beoordeling. Bij een functionele keuring zal het oordeel van de arts, die naar beste weten en kunnen meehelpt de sollicitant op de plaats te krijgen, waar deze zijn kennis en vaardigheid optimaal kan ontplooien en waar het bedrijf een redelijk rendement van de gedane investering mag verwachten, niet kunnen ontbreken. Over de grootte van een dergelijke investering moet men niet te licht denken, vooral gezien de toenemende specialisatie gepaard met langdurige instructie (systeem-analist, programmeur).

Het is mij verder niet duidelijk wat er voor schandelijk of oneerbaars aan is zijn medische know-how in dienst te stellen van een bedrijf of in te zetten op verzoek van een opdrachtgever, die een economisch doel nastreeft. In de meeste gevallen lopen de belangen van de sollicitant en het bedrijf parallel: indien iemand met plezier het werk doet, waarvoor hij het meest geschikt is en waartoe hij geestelijk en lichamelijk in staat is, zal dit bijna altijd de produktie ten goede komen. Juist de vermaatschappelijking bepaalt het karakter van de sociale geneeskunde, indien wij ons tenminste niet krampachtig blijven vasthouden aan verouderde ge-



zondheidsbegrippen. Gezondheid omvat ook een optimale relatie tussen de arbeidsbelasting van de te verrichten functie en de individuele belastbaarheid van de sollicitant. Dit te helpen bevorderen door een medische beoordeling vóór de aanstelling is een moeilijke, maar dankbare taak en een bij uitstek bedrijfsgeneeskundige aangelegenheid.

#### Literatuur:

1. Urk, G. van - Aanstellingskeuring, ziekteverzuim en karakter der Sociale Geneeskunde, Med. Contact 1969, nr. 30, 837.
2. Lammers, B. - Keuringen in de Bedrijfsgeneeskunde. 1969 Keuringen. De Ned. Bibliotheek der Geneeskunde nr. 43, 33.
3. Kuiper, J. P. - Bedrijfsarts en arbeidende mens. 1968 van Gorcum & Comp. n.v., Assen.

Hilversum, 3 augustus 1969

E. van Westreenen

\*  
\*\*

Het heeft mij enige dagen gekost voordat ik het artikel van Van Urk aan een rustige beschouwing kon onderwerpen maar ik kan dit toch niet nalaten omdat hij zoveel onjuistheden debiteert dat een reactie noodzakelijk is.

Om te beginnen dan de primaire aanleiding, zowel van het redactioneel hoofdartikel als van het „bewogen” artikel van Van Urk. De afkeuring van een sollicitant is en blijft, ook voor de keurende arts, een hoogst vervelende zaak zodat sympathie voor de „underdog” begrijpelijk is. Wanneer echter deze keuring wordt gedaan door een wijs man met sociaal gevoel en verantwoordelijkheidsbesef en dan na specialistisch advies zijn conclusie wordt bevestigd door een herkeuringscommissie, die alles nogeens zorgvuldig heeft overwogen, dan moet er toch wel iets mis zijn geweest, hoe beroerd dat dan ook is. Het is echter uitgesloten dat hierover iets bekend wordt gemaakt door de keurende instanties gezien hun beroepsgeheim.

Daar komt dan nog bij dat hen door de pensioenwet 1966 geen enkele ruimte wordt gelaten. Deze wet kent de bepaling dat een werknemer na een periode van zes maanden van zijn werkzaamheden geacht wordt in vaste dienst te zijn, doch dat bij afkeuring daarna de kosten van het invaliditeitspensioen voor rekening van het aanstellende lichaam zijn. Vóór die tijd was het mogelijk een sollicitant goed te keuren voor een of twee maal een jaar of, als dat er ook niet inzat, hem aan te stellen op arbeidscontract. Daarna bestond dan de mogelijkheid, na verloop van tijd, opnieuw keuring aan te vragen waarbij ook de kennis van de capaciteiten en de mentaliteit van de sollicitant een rol ging spelen. Op die manier zijn vele mensen toch in vaste dienst gekomen tot voordeel voor henzelf en van de overheid. Deze mogelijkheid bestond dus niet in het bekende geval.

Is hiermee aan het rechtsgevoel voldaan? Aan de verschillende reacties is wel duidelijk dat dit niet

het geval is zodat een aanvulling zoals een beroep op een „ombudsman” of een commissie voor de verzoekschriften uit de Tweede Kamer mogelijk moest zijn.

Het keuringsbeleid in het algemeen is de laatste twintig jaar, in tegenstelling met de suggesties van Van Urk, niet star geweest en de keuringsleidraad samengesteld door een commissie van de Rijksgeneeskundige Dienst en enige grote gemeenten draagt daarvan de duidelijke sporen.

Dat omstreeks 1950 opvattingen bestonden over keuringen die „the right man on the right place” moesten brengen weten we wel maar dit is geen taak die alleen ter beoordeling van de arts is. Deze kan alleen afwijzingen vaststellen, die met een bepaald beroep onverenigbaar zijn. De beroepsselectie is steeds een aangelegenheid geweest voor de personeelsafdelingen vaak met steun van psychologen. In Amsterdam heb ik omstreeks 1960 ongeveer honderd keuringen gedaan om daarin een inzicht te krijgen en dat alleen op verlangen van een commissie die over de selectie-keuring een rapport had uitgebracht. Die keuringen, (alleen van ongeschoolden) verricht door een bedrijfsarts, een psycholoog en een psychiater hadden tot resultaat dat zij in 99% het oordeel van de afd. Personeelsvoorziening (met een zeer bevoegde ambtenaar) konden onderschrijven. Zodat wij het daarbij maar hebben gelaten.

Dat, zoals Van Urk stelt, de bedrijfsartsen vanwege den brode het instituut van de keuringen in stand houden is een aantijging waarvan ik de beantwoording overlaat aan de Vereniging voor Arbeids- en bedrijfsgeneeskunde en die ik persoonlijk beschouw als een beschuldiging van kwade trouw. Vernieuwing is best en ook het keuringsbeleid, inclusief de overweging of het allemaal zó nog wel moet, mag voor mij gerust wel op de korrel worden genomen, maar dan zonder verdachtmakingen en met gezond verstand en daar heeft het bij Van Urk wel aan ontbroken.

Amstelveen, 5 augustus 1969

J. de Koning

## ADVERTENTIES

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

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

# Internationaal lucht- en ruimtevaartgeneeskundig congres

Men schrijft ons:

Voor na de tweede wereldoorlog ontwikkelde zich, tegelijk met de wetenschap der geneeskunde en die der biologie, de luchtvaartgeneeskunde. Deze „aviation medicine” had zich gedurende de oorlog dienstbaar gemaakt aan de problemen die zich voordeden bij de steeds grotere technische ontwikkelingen, die de luchtvaart te zien gaf. Het „hoger”, „sneller”, „verder” bracht dusdanige risico's mee voor de mens in het vliegtuig, dat er op ruime schaal onderzoekingen moesten worden verricht om de mens daartegen te beschermen.

De luchtvaartgeneeskunde rekende het tot zijn voornaamste taak te onderzoeken in hoeverre de fysische en mentale invloeden van het vliegen voor de mens verdraagbaar, of verdraagbaar te maken waren. Wanneer de vliegfactoren de menselijke limieten te boven gingen, werden middelen bedacht om de menselijke „onvolkomenheden” door technische hulpmiddelen te compenseren. Deze problemen, waarbij de vliegtuigbouwer en de arts in feite twee elkaar tegenwerkende disciplines voorstellen, konden alleen dan tot een oplossing worden gebracht, wanneer de arts meer begrip kreeg voor de luchtvaartontwikkeling en de consequenties daarvan, terwijl de ingenieur meer begrip moest tonen voor de mogelijkheden en de onmogelijkheden van de mens. Een en ander leidde ertoe, dat in de grote landen verenigingen ontstonden van artsen, biologen, psychologen, ingenieurs, fysici en technologen, die allen min of meer tot doel hadden de integriteit van de mens in een luchtvaartuig, en later in een ruimtevaartuig, te verzekeren.

De ongetwijfeld oudste en grootste vereniging op dit gebied was en is de Aero-medical Association, die ongeveer tien jaar geleden haar naam veranderde in Aerospace Medical Association. In april van dit jaar hield deze vereniging haar 40ste jaarlijkse congres in Amerika (San Francisco).

De behoefte om ook in Europa jaarlijks een congres op luchtvaartgeneeskundig gebied te houden werd het eerst in de Franssprekende landen gevoeld. Toen dit congres in Nederland zou plaats hebben meenden de toenmalige organisatoren, dat de belangstelling aanmerkelijk groter zou zijn, wanneer het in het Frans, zowel als in het Engels zou worden gehouden. Zij noemden dit congres het „European Congress of Aviation Medicine” (E.C.A.M.). Het had plaats in september 1956 te Scheveningen onder voorzitterschap van Prof. Dr. J. Jongbloed.

Het Nederlandse initiatief had zeer veel succes en werd tot op heden door ettelijke Europese landen nagevolgd. Verschillende landen namen toen het besluit een instituut te stichten, dat als het ware de continuïteit van de congressen in Europa moest waarborgen. Dit werd de International Academy of Aviation and Space Medicine (Académie Internationale de Médecine Aéronautique et Spatiale), die

haar zetel heeft in Brussel. Deze academie stelt zich ten doel de lucht- en ruimtevaartgeneeskunde op internationaal niveau op alle mogelijke manieren te bevorderen. Zij telt thans 110 leden, die tezamen 31 landen vertegenwoordigen.

Op de vergadering van de „Academy” in 1966 in Praag werd Nederland verzocht de mogelijkheid te willen overwegen om het 18e congres in 1969 in Nederland te organiseren. Het lag voor de hand, dat de feitelijke organisatie van het congres in handen van de Nederlandse Vereniging van Luchtvaartgeneeskunde zou worden gelegd. Deze vereniging maakt deel uit van de Koninklijke Nederlandse Vereniging voor Luchtvaart en dankt daaraan een waardevolle achtergrond op organisatorisch gebied.

De Nederlandse luchtvaartgeneeskunde telt te weinig beoefenaren om veel van zich te laten horen. Desondanks blijkt telkens weer, dat talrijke Nederlandse artsen zeer geïnteresseerd zijn in de lucht- en ruimtevaartgeneeskundige problematiek. Het congres in Amsterdam zou derhalve veel kunnen bijdragen tot het verkrijgen van een beter begrip van de luchtvaartgeneeskunde. Het merkwaardige is, dat vrijwel alle specialiseringen in de geneeskunde altijd wel luchtvaartgeneeskundige aspecten bevatten, die slechts door de vliegerartsen worden onderkend.

Het congres, dat op maandag 15 september 1969 geopend wordt door Z.K.H. Prins Bernard en ter inleiding waarvan o.m. ook de voorzitter der Maatschappij voor Geneeskunst G. C. M. van Maarsseveen het woord zal voeren, zal vier dagen duren. De Amsterdamse hoogleraren Boerema, Durzer en Jongkees werden aangezocht een ochtend of middag te wijden aan luchtvaartgeneeskundige aspecten van hun specialiteiten. Zij doen dit in de vorm van een forum met internationaal bekende experts. Daarenboven zal Dr. Charles A. Berry van de NASA met een groep bekende specialisten een halve dag wijden aan de recente maanlandingspogingen. Voorts werden nog ruim 60 korte voordrachten aanvaard, die over verschillende secties zullen worden verdeeld.

Het congres is voor iedereen toegankelijk en is, behalve voor medici, biologen en psychologen, zeker even interessant voor ingenieurs, fysici en technologen. De kosten voor deelname aan het gehele programma bedragen U.S.\$ 40,— of f 145,— sociale evenementen inbegrepen. Het is echter ook mogelijk een beperkt programma te volgen voor één of meer dagen. Een aantrekkelijk programma is georganiseerd voor dames, tegen een inschrijfgeld ad \$ 30,— (f 108,—).

Het secretariaat verstrekt gaarne alle verdere informatie. Aanvragen van voorlopige programma's: Secretariaat XVIII International Congress of Aerospace Medicine, Postbus 960, 's-Gravenhage. Tel. 070-543810.

# Vergoeding voor poliklinische behandelingen in de academische ziekenhuizen (I)

Door Mr. J. Vermeijden

*Inleiding.* In de curatieve gezondheidszorg zien wij in de laatste jaren een grote toename van de poliklinische behandelingen. Waren de ziekenhuis-poliklinieken eertijds veelal slechts aan academische ziekenhuizen verbonden inrichtingen waar aan niet-bedlegerige patiënten medische consulten werden gegeven en kleine ingrepen werden verricht voor de minder draagkrachtigen van de bevolking, zij vormen thans een integrerend onderdeel van de mogelijkheden voor medische verzorging, zowel voor de academische ziekenhuizen als voor overige ziekenhuizen, toegankelijk voor alle lagen van de bevolking. Wij zien hierbij een verschuiving optreden van klinische behandeling en verpleging naar de poliklinieken, gepaard gaande met het treffen van eenvoudige voorzieningen voor en in verband met een kortdurend verblijf van de patiënt en degenen, die hem vergezellen. Hoewel dit zeker niet de enige oorzaak is, ligt de reden van deze verschuiving ook in de stijgende kosten van de klinische ziekenhuisbehandeling. Bovendien wordt de oprichting van ziekenhuispoliklinieken gestimuleerd door de ontwikkelingen op het geneeskundig terrein zelf, met name waar dat het instrumentarium en therapeutische mogelijkheden betreft. Het is voor een specialist in een aantal gevallen niet goed meer doenlijk de polikliniek-sprekuren buiten het ziekenhuis op adequate wijze te houden, zodat hij, indien enigszins mogelijk, ook zijn ambulante patiënten in de ziekenhuis-polikliniek ontvangt. Deze ontwikkeling heeft zeker haar einde nog niet gevonden.

Wat betreft de omvang van de vergoeding voor deze diensten valt er een groot verschil te constateren tussen de academische ziekenhuizen en alle overige ziekenhuizen<sup>1</sup>. Het is namelijk reeds vele jaren gebruikelijk, dat de academische ziekenhuizen voor hun poliklinische verrichtingen geen vergoeding van de patiënten vragen, ongeacht of zij bij een ziekenfonds zijn aangesloten of dat zij particulier zijn verzekerd. Vóór de tweede wereldoorlog gold

*Sinds zeer geruime tijd wordt uit de kring van de academische ziekenhuizen aangedrongen op vergoeding van door deze ziekenhuizen verleende poliklinische hulp aan ziekenfondsverzekerden. Bij herhaling is dienaangaande om een beslissing gevraagd aan de overheid, bij herhaling ook wordt een te geven beslissing in het vooruitzicht gesteld wanneer studies of adviezen te dezer zake zijn beëindigd of ingewonnen. Intussen wordt de vraag om vergoeding aan de academische ziekenhuizen voor poliklinische behandelingen te klammender nu steeds meer van een toeneming van deze verleende hulp sprake is.*

*In bijgaande beschouwing geeft Mr. J. Vermeijden, economisch directeur van het Academisch Ziekenhuis der Vrije Universiteit, een beeld van wat zich in de loop der jaren met betrekking tot deze vraag heeft voorgedaan, een stuk historie en tevens argumentatie. Bijgaand treft men het eerste deel aan van zijn overzicht, dat in twee volgende nummers van Medisch Contact zal worden vervolgd. — Red. M.C.*

daartoe als motief dat op deze wijze het medisch onderwijs aan studenten zou kunnen beschikken over een voldoende aantal patiënten.

Het valt niet te ontkennen dat in vroegere jaren bij de bevolking grote, soms emotionele bezwaren leefden tegen verzorging en verpleging in de academische ziekenhuizen, waar men zich als „proefkonijn” of „demonstratiemateriaal” voelde beschouwd. Om echter toch de toevloed van patiënten naar deze instelling te verzekeren, werden in de academische ziekenhuizen lage of in het geheel geen vergoedingen gevraagd voor de geneeskundige behandeling. Ook bij de invoering van het Ziekenfondsenbesluit 1941 en nadien van de Ziekenfondsenwet kwam hierin geen verandering. Weliswaar bleken de ziekenfondsen bereid voor de klinische verrichtingen een gedragslijn te volgen die op vele punten — met name bij de all-in tarieven — overeenstemt met de regelingen voor niet-academische

<sup>1</sup> Als wij spreken over academische ziekenhuizen, bedoelen wij daarmee de aan een universiteit verbonden algemene ziekenhuizen. Daarnaast zijn er nog enige categorale ziekenhuizen, die geheel of gedeeltelijk ingevolge artikel 9 lid 3 Ziekenfondsenwet als academisch ziekenhuis worden beschouwd. Zie ook de Beschikking d.d. 29 december 1965, Stct. 253, gewijzigd 13 mei 1968, Stct. 100. Hoewel het aan de orde gestelde vraagstuk in wezen ook voor deze laatstgenoemde geldt, zijn de feitelijke verhoudingen ten opzichte van de ziekenfondsen zo verschillend, dat het ons juist voorkwam deze niet in onze beschouwingen te betrekken.

ziekenhuizen, doch de ziekenfondsen bleven geen vergoeding betalen voor de behandeling van de bij hen verzekerde patiënten in academische poliklinieken. Op grond daarvan werden de specialisten, verbonden aan het academisch ziekenhuis, door de ziekenfondsen niet geaccepteerd als medewerkers, ondanks het feit dat tussen de organisaties van ziekenfondsen en de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst wel een overeenkomst is gesloten inzake de honorering van specialisten voor poliklinische en klinische hulp aan de bij een ziekenfonds verzekerden<sup>2</sup>.

Ging het vorenstaande over het zogenaamde honorariumbestanddeel, ook voor de eigen kosten ontvangen de academische ziekenhuizen slechts zeer ten dele vergoeding. Die vergoedingen zijn trouwens voor de verschillende academische ziekenhuizen nogal uiteenlopend ten gevolge van de — hieronder nader te behandelen — in 1963 door de voorzitter van de Ziekenfondsraad afgekondigde status quo regeling. Dit in tegenstelling tot de poliklinieken van de niet-academische ziekenhuizen, aan wie de ziekenfondsen de kosten wel vergoeden overeenkomstig de tarieven die daarvoor in het georganiseerd overleg en met goedkeuring van de Ziekenfondsraad zijn vastgesteld.

De academische ziekenhuizen en de medische faculteiten hebben daar jarenlang vrede mee gehad, mede wellicht omdat hun tekorten door het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen werden gedekt. Dit is echter in verschillende opzichten een ongezonde situatie. De gratis behandeling van niet-ziekenfondsverzekerden plaatst de academische ziekenhuizen en de daaraan verbonden medische staf ten opzichte van de zelfstandige specialisten en de overige ziekenhuizen in een oneerlijke concurrentiepositie. Voorts kan als principieel bezwaar worden aangevoerd, dat de kosten voor medische behandeling niet worden gedragen door de patiënten of instanties waarbij deze verzekerd zijn — en dat geldt zowel voor de ziekenfondspatiënten als voor de particuliere patiënten — doch door de gemeenschap door middel van de begroting van het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen.

#### *Pogingen tot herziening van het bestaande bestel*

In de jaren zestig is dan ook getracht van verschillende zijden in de zo gegroeide situatie verandering te brengen. Om te beginnen noemen wij de besprekingen gevoerd door het ministerie van Onderwijs, (Kunsten) en Wetenschappen, mede naar aanleiding van de controle door de Algemene Rekenkamer op de uitgaven van de openbare academische ziekenhuizen. In het verslag van de Algemene Rekenkamer over het jaar 1964<sup>3</sup> vinden wij

<sup>2</sup> Zie ook de beslissing van de toelatingscommissie specialisten inzake de vraag of de röntgenologen verbonden aan het Radiologisch Instituut te Groningen wel medewerkers van aldaar werkende ziekenfondsen konden zijn, Kluwer, Sociale Verzekeringswetten 3, Deventer, bladzijde 308a en volgende.

<sup>3</sup> Zitting 1964-1965, stuk 8144, punt 20.

weergegeven hoe moeilijk de besprekingen op dit gebied vorderden. De Rekenkamer had bij brief van 12-9-1960 reeds onder de aandacht van de minister van Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen gebracht, dat bij een in 1960 uitgeoefende controle ter plaatse bij het Academisch Ziekenhuis te Leiden de Kamer bleek, dat voor poliklinische behandelingen wel de zgn. kostenvergoeding aan de ziekenfondsen, c.q. de particuliere patiënten, werd doorberekend, maar dat dit niet het geval was met de ter zake geldende honoraria. Evenmin werden de door de huisartsen afgegeven verwijskaarten en herhalingskaarten aan de ziekenfondsen ter honorering aangeboden. Waar evenwel krachtens de ter zake geldende regelingen het ziekenhuis aanspraak op de onderwerpelijke vergoeding kon doen gelden, wilde het de Kamer voorkomen, dat daar niet zonder meer van kon worden afgezien. Daarbij werd de suggestie gedaan om, gezien de bezwaren van administratieve aard, in plaats van individuele doorberekening van de kosten der werkelijke verrichtingen een vast bedrag als afkoopsom per patiënt aan de ziekenfondsen in rekening te brengen. Gezien het grote aantal ziekenfondspatiënten zou volgens de Rekenkamer bij een afkoopsom van enkele gulden per patiënt een niet onbelangrijke bate voor het ziekenhuis worden verkregen.

Na een voorlopig antwoord in april 1961 deelde de minister begin 1962 mede, dat het vraagstuk van de mogelijke vergoeding voor poliklinische behandeling in de academische ziekenhuizen werd bestudeerd door een interdepartementale werkgroep, waarin vertegenwoordigers zitting hadden van de ministers van Economische Zaken, van Financiën, van Sociale Zaken en Volksgezondheid en van zijn eigen departement.

Ten gevolge hierop berichtte Zijne Excellentie medio 1963, dat bovenbedoelde werkgroep in het algemeen niet afwijzend stond ten opzichte van een verwezenlijking van de vergoeding, doch dat de weerstanden bij de academische ziekenhuizen zeer groot waren. Inmiddels had echter een commissie uit de faculteit der geneeskunde te Leiden, bestaande uit de hoogleraren van Dishoek, Holmer en Mulder, een rapport opgesteld, gedagtekend 20-3-1962, waarin enige aanbevelingen waren opgenomen betreffende de wenselijkheid van betaling door polikliniekpatiënten in het Academisch Ziekenhuis te Leiden. Dit rapport alsmede een daarmee nauw samenhangend rapport inzake de positie en salariering van universitaire polikliniek-specialisten, gedagtekend 23 juli 1963, opgesteld door een andere commissie van dezelfde faculteit, werd ook ter kennis gebracht van de zusterfaculteiten in ons land.

De minister had één der hoogleraren, die eerstgenoemd rapport mede had ondertekend, bereid gevonden een informele werkgroep te formeren bestaande uit vertegenwoordigers van de universiteiten, teneinde de diverse standpunten af te tasten.

Medio 1964 ontving de Kamer de mededeling van de minister, dat de werkgroep haar rapport had uitgebracht. Hieruit bleek, dat de meningen van de

onderscheidene faculteiten nog niet definitief en evenmin eensluidend waren. Op grond daarvan besloot de bewindsman voorlopig alleen bij het Academisch Ziekenhuis te Leiden met de invoering van een tarief voor de vergoeding van enkele vormen van poliklinische hulp een proef te nemen. De noodzakelijke voorbereidingen daartoe — onder andere het overleg met betrekking tot de hoogte van het tarief en de wijze van heffing en inning — werden op dat moment getroffen. De Algemene Rekenkamer besluit haar verslag dan met de volgende constatering: „Met volledige erkenning van de ingewikkeldheid van de onderwerpelijke materie en van de verschillende daaraan verbonden aspecten, acht de Kamer het niettemin teleurstellend dat het vooroverleg inzake het in rekening brengen van rechtens aan deze instelling toekomende vergoedingen zoveel tijd moet vergen”.

Sindsdien is in deze situatie weinig of niets veranderd. In het verslag van de Algemene Rekenkamer over 1965<sup>4</sup> wordt medegedeeld dat de in uitzicht gestelde proef met de invoering van een tarief voor de vergoeding van enkele vormen van poliklinische hulp is voorbereid door een commissie, samengesteld uit vertegenwoordigers van het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, het college van curatoren der Rijksuniversiteit te Leiden, de Medische Faculteit en de directie van het Academisch Ziekenhuis te Leiden. Na langdurig voorbereidend werk van deze commissie en de Ziekenfondsraad was een voorstel dienaangaande door het bestuur van genoemd ziekenhuis aanvaard en bij de Ziekenfondsraad ingediend. De Kamer had vernomen, dat nog geruime tijd gemoeid zou zijn met de invoering van deze regeling, aangezien nog verschillende instanties hieraan hun goedkeuring moesten hechten.

Ook het verslag over 1966<sup>5</sup> geeft aan deze zaak wederom aandacht met de constatering dat ook in 1966 een regeling, volgens welke de academische ziekenhuizen een vergoeding zullen ontvangen voor poliklinische behandelingen, niet tot stand is gekomen. Hierdoor ontging — aldus het verslag — deze ziekenhuizen ook in dat jaar een aanzienlijk bedrag aan inkomsten.

Blijkens het verslag van de Algemene Rekenkamer over 1967<sup>6</sup> was ook in dat jaar van enige voorziening op dit punt nog geen sprake; het verslag vermeldt dat bij brief van 21-11-1967 de minister aan de Kamer heeft medegedeeld dat over deze gecompliceerde aangelegenheid reeds enige tijd overleg gaande was tussen vertegenwoordigers van zijn ministerie en een commissie ad hoc uit de Ziekenfondsraad. Gestreefd werd, aldus de minister, naar

een desnoods voorlopige regeling welke per 1-1-1968 zou moeten ingaan.

Doch niet alleen de Algemene Rekenkamer heeft zich met deze problematiek bezig gehouden. Ook de Tweede Kamer van de Staten-Generaal bracht haar in discussie. Voorzover wij hebben kunnen nagaan werd dat voor de eerste maal gedaan in het verslag van de Vaste Commissie voor Onderwijs en Wetenschappen ter voorbereiding van de openbare behandeling van de begroting voor het dienstjaar 1967, waarin aan de minister van Onderwijs en Wetenschappen de volgende vragen werden gesteld:<sup>7</sup>

„Wil de minister bevorderen, dat voor de reeds in 1960 door de Algemene Rekenkamer aan de orde gestelde kwestie van de vergoeding voor poliklinische behandeling in de academische ziekenhuizen (zie laatstelijk het verslag van de Algemene Rekenkamer over 1965, stuk 8599, punt 21) nu zeer spoedig een bevredigende regeling door de Ziekenfondsraad zal worden getroffen? Wil hij erop toezien, dat deze regeling zeer spoedig in 1967 wordt ingevoerd?

Welke besparingen op de begroting 1967 zou dit meebrengen?

Kan de nu voor het Academisch Ziekenhuis te Leiden uitgewerkte regeling voor de vergoeding van enkele vormen van poliklinische hulp niet aanstonds voor alle academische ziekenhuizen worden ingevoerd? Welke verdere besparingen zouden mogelijk zijn, wanneer behalve aan de ziekenfondsen ook aan particuliere patiënten een redelijke vergoeding zou worden gevraagd?

Welke vormen van poliklinische hulp zijn in de nu ontworpen regelingen nog niet opgenomen en waarom is dit niet het geval?

Welke besparing zou naar schatting kunnen worden bereikt indien de academische ziekenhuizen ter zake van poliklinische behandeling aan ziekenfondsen en aan particuliere patiënten soortgelijke vergoedingen in rekening zouden brengen als bij gewone ziekenhuizen gebruikelijk is?”

Minister Diepenhorst antwoordde hierop onder meer als volgt:<sup>8</sup>

„De hoogte van de eventuele opbrengst zal ten nauwste samenhangen met de uiteindelijk met de ziekenfondsen getroffen regeling. Een zeer globale berekening van de opbrengst van de voor het Academisch Ziekenhuis te Leiden voorgestelde regeling leidt tot een bedrag van f500.000,— op jaarbasis. Zou een dergelijke regeling voor alle academische ziekenhuizen kunnen worden ingevoerd, dan laat zich de orde van grootte van de gezamenlijke opbrengst op jaarbasis stellen op enige miljoenen guldens.

Betreffende de vraag welke besparing mogelijk zou zijn wanneer behalve aan de ziekenfondsen ook aan particuliere patiënten een redelijke vergoeding zou worden gevraagd, kan worden medegedeeld, dat bij de aan de Ziekenfondsraad voorgestelde regeling de verzekering is gegeven, dat ten minste eenzelfde vergoeding ook aan particuliere patiënten in rekening zal worden gebracht. Het bedrag dat hiermede zal zijn gemoeid is in bovengenoemde schatting begrepen.

Aan de Ziekenfondsraad is voorts nog geen voorstel gedaan voor poliklinisch verrichte chirurgische ingrepen en andere behandelingen volgens tarief III van de door de Ziekenfondsraad vastgestelde lijst van „premies, normen en tarieven”. De commissie uit de Leidse medische

4 Zitting 1965-1966, stuk 8599, punt 21.

5 Zitting 1967, stuk 9148, punt 20.

6 Zitting 1967-1968, stuk 9671, punt 21.

7 Zitting 1966-1967, stuk 8800 nummer 16, vraag 34.

8 Idem nummer 17, bladzijde 6.

faculteit heeft gemeend hierover voorshands geen eigen oordeel te moeten uitspreken, doch de betaling voor de verrichtingen als een punt van overleg met de Ziekenfondsraad te moeten beschouwen.

Tenslotte deelt de ondergetekende mede, dat het niet in het voornemen ligt een regeling te treffen waarbij de academische ziekenhuizen ter zake van poliklinische behandeling aan ziekenfondsen en aan particuliere patiënten een vergoeding in rekening brengen als bij gewone ziekenhuizen gebruikelijk is. De betreffende voorschriften van de Ziekenfondsraad voorzien namelijk slechts in vergoedingen die rechtstreeks door de medische specialisten in rekening worden gebracht. Het is gebruikelijk, dat deze specialisten aan het ziekenhuis slechts een vergoeding terugbetalen voor het gebruik van de polikliniek. Deze vergoeding heeft met name in een groot ziekenhuis in het westen des lands over 1965 een bedrag van ca. f 263.000,— opgebracht. Voor de academische ziekenhuizen wordt echter een regeling overwogen waarbij voor elke nieuwe poliklinische patiënt een vast bedrag per jaar door het academisch ziekenhuis in rekening wordt gebracht".

Ook bij de begrotingsbehandeling in de Tweede Kamer werd dit onderwerp ter sprake gebracht op 20-12-1966 door het toenmalige lid van de Tweede Kamer, de heer Witteveen, die onder meer opmerkte:<sup>9</sup>

„Het is wel teleurstellend dat zes jaar verlopen zijn sinds de Algemene Rekenkamer constateerde dat vergoedingen, die rechtens aan de academische ziekenhuizen toekomen, niet worden geïnd.

Naar mijn mening stelt de minister zich in zijn antwoord over deze zaak ook wat passief op... Hij moet mijns inziens actiever zijn. Het gaat hier om tenminste enige miljoenen. Het zal zelfs meer kunnen zijn wanneer men ook tot een regeling komt met betrekking tot de chirurgische ingrepen en nog meer wanneer men de vergoedingen over de gehele linie zou gaan innen zoals dat bij gewone ziekenhuizen gebeurt...

De tijd om een proef te nemen is nu voorbij. Wil de minister een duidelijke tijdslimiet stellen? Ik vertrouw erop dat hij dit zal willen doen".

De minister gaf hierop onder meer het volgende antwoord:<sup>10</sup>

„Het verheugt mij, te kunnen mededelen, dat er een toezegging is van de voorzitter van de Ziekenfondsraad om, ongeacht de werkelijk grote moeilijkheden, een antwoord op korte termijn namens zijn instantie, de Ziekenfondsraad, te geven. Ik heb goede hoop, dat nu eerlang — in de letterlijke betekenis van het woord, dus binnenkort — de zaak tot een bevredigend einde kan worden gebracht".

De heer Witteveen sprak bij de replieken uit dat hij zich erover verheugde dat binnenkort kan worden verwacht dat de voorgestelde vergoeding in rekening wordt gebracht en dat de minister er naar

## Medische informatiekaart

Het is voor patiënten, die daarvoor in aanmerking komen, van groot belang dat zij een medische informatiekaart bij zich dragen. De arts, die incidenteel aan zodanige patiënten hulp moet verlenen, is er — en de patiënt zelf vooral — ten zeerste mee gebaat wanneer hij door middel van deze medische informatiekaart onmiddellijk kan vaststellen van welke medicijnen degeen, die acut medische hulp behoeft, gebruik maakt en tot welke behandelende huisarts of familieleden van de betrokkene hij zich kan wenden.

De medische informatiekaart van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst — een herziene uitgave van de vroegere „Medicamentenkaart voor noodgevallen" — is bij het Bureau der Maatschappij verkrijgbaar tegen kostprijs. De prijs is vastgesteld op f 0,20 per stuk bij aflevering in plastic hoesje; de verzendkosten zijn hierbij niet inbegrepen. Grotere hoeveelheden van deze medische informatiekaarten kunnen ook worden afgenomen zonder plastic hoesje à f 0,10 per stuk.

zal streven dat deze regeling binnenkort bij alle academische ziekenhuizen kan worden toegepast. Hij nam voorts aan dat ook het overleg over de chirurgische ingrepen met kracht zou worden gevoerd.<sup>11</sup>

Twee jaar later, op 3-12-1968, was in de Tweede Kamer aan de orde behandeling van het eindverslag van de vaste Commissie voor de Rijksuitgaven omtrent het Verslag van de Algemene Rekenkamer betreffende haar werkzaamheden over het jaar 1966<sup>12</sup>. Naar aanleiding hiervan heeft de heer Notenboom aan de ministers van Onderwijs en Wetenschappen en van Sociale Zaken en Volksgezondheid medegedeeld dat het feit dat een volkomen normale zaak van toerekening van kosten nu zo lang moet duren en een zo onflexibel en ondynamisch beeld vertoont, in de vaste Commissie voor de Rijksuitgaven teleurstelling en ergernis had gewekt. Hij merkt daarbij op dat het de taak is van de Tweede Kamer om, puttend uit de verslagen van de Rekenkamer, de ministers met grote dringendheid te vragen, hoe lang deze zaak nu nog moet duren en om welke bedragen het ongeveer gaat. Het ging in dezen niet alleen om „Leiden", maar om alle academische ziekenhuizen.

Minister Veringa antwoordde daarop onder andere dat hij had gehoopt dat per 1-1-1968 een — zij het voorlopige — regeling zou zijn getroffen. Hij gaat dan verder als volgt:

„Dit is echter niet gelukt door allerlei moeilijkheden, en wel omdat het hier om een uitermate gecompliceerde affaire gaat. Er was verschil van mening over de vraag, of alleen het kostenbestanddeel of ook het honorarium-

<sup>9</sup> Handelingen Tweede Kamer, zitting 1966-1967, bladzijde 479.

<sup>10</sup> Idem, bladzijde 506/507.

<sup>11</sup> Idem, bladzijde 515.

<sup>12</sup> Handelingen Tweede Kamer, zitting 1968-1969, bladzijde 827 en volgende.

bestanddeel in rekening zou moeten worden gebracht en dus in de overeenkomst zou moeten worden betrokken.

Toen een voorlopig akkoord scheen te zullen worden bereikt, deed zich het probleem voor van de reeds jarenlang — van 1958-1959 af — in de academische ziekenhuizen bestaande perifere regelingen, ten aanzien waarvan in 1963 door de Ziekenfondsraad een status quo is afgekondigd, waarbij min of meer is geaccepteerd dat er wellicht honorariumbestanddelen in deze perifere regelingen zijn geslopen. Daarnaast komt het probleem van de zogenaamde aan de medici toegestane consultatieve en eigen praktijken. Het is vaak moeilijk hieraan de juiste omschrijving te geven. Een oplossing in de geest van het aanbod van de Ziekenfondsraad wordt ook nog bemoeilijkt door de discrepantie, die straks misschien zal ontstaan binnen de polikliniek van een geaffilieerd ziekenhuis.

U weet ook, mijnheer de voorzitter, dat, als wij met verwijfskaarten gaan werken, de Ziekenfondswet mogelijk als zodanig moet worden gewijzigd, en dat dan de medewerkers in de academische ziekenhuizen contracten moeten sluiten en aan de totale voorschriften van de Ziekenfondsraad zijn gehouden.

Ik wil door deze opmerkingen duidelijk maken, dat er een aantal bezwaren zijn. Er wordt nog steeds vergaderd door de Ziekenfondsraad, de ministeries van Financiën, van Sociale Zaken en Volksgezondheid en van Onderwijs en Wetenschappen. De laatste vergadering is op 20 november gehouden en naar ik heb begrepen, vindt ook heden weer informeel overleg plaats. Ik wil niet zeggen dat het feit, dat wij continu bezig zijn, de teleurstelling van de geachte afgevaardigde, de heer Notenboom, geheel zou moeten kunnen wegnemen. Wat de bedragen betreft, is het wat moeilijk een schatting te maken. Het gaat om ongeveer 3,5 mln. op jaarbasis, wanneer wij het kostenbestanddeel alleen rekenen en niet het honorariumbestanddeel. Ik kan mij voorstellen dat wij in de verdere gesprekken tot andere bedragen zullen komen.

De staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, de minister van Financiën en ikzelf achten een spoedige overeenstemming, al is zij ook van voorlopige aard, tot het ogenblik namelijk waarop de commissie Smallenbroek met betrekking tot de honorering van de medische specialisten een rapport heeft uitgebracht en een beslissing daarop is genomen, uitermate gewenst. De zaak speelt in feite al twintig jaar. De laatste acht jaar is het probleem meer acuut geworden. Wij willen nogmaals toezeggen, dat op zo kort mogelijke termijn — ik noem als datum: vóór 1 juli van het volgend jaar — zo enigszins mogelijk een regeling tot stand zal zijn gebracht. Ik hoop dat ik hiermee de geachte afgevaardigde voldoende heb ingelicht".

In de vergadering van 17-12-1968 dankte de heer Engelbertink — de heer Notenboom was door een ongeval verhinderd — voor de uitvoerige uiteenzetting van de minister. Hij vroeg wel of de minister niet alles wilde doen opdat de commissie op 1-7-1969 ook werkelijk ziet, dat de nieuwe regeling er is<sup>13</sup>.

Minister Veringa antwoordde daarop dat de term „zo spoedig mogelijk" niet sloeg op reeds thans voorziene moeilijkheden en verduidelijkte dit aldus:

„De geachte afgevaardigde zal echter weten, dat er een derde partij in de onderhandelingen is betrokken, namelijk de Ziekenfondsraad. De term „zo enigszins mogelijk" slaat alleen op onze wens om de Ziekenfondsraad, als belangrijk lichaam, in zijn eigen recht te laten en de onderhandelingen niet als volstrekt gebonden te doen ingaan. Het gaat dus niet om een rechtvaardiging voor reeds nu voorziene veranderingen. Ik neem aan, sprekende mede namens de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, dat ik op 1 juli de regeling aan de Kamer zal hebben voorgelegd".

De vraag zou kunnen worden gesteld of de academische ziekenhuizen niet zelf de impasse hadden kunnen doorbreken en zelfstandig met de ziekenfondsen ter plaatse onderhandelingen hadden kunnen openen. De voorzitter van de Ziekenfondsraad had echter bij circulaire van 21-6-1963 aan de algemene ziekenfondsen bericht gezonden, dat de Ziekenfondsraad een commissie had ingesteld, die zich zou bezighouden met de problemen verband houdend met aan verzekerden van algemene ziekenfondsen verleende hulp in poliklinieken van academische ziekenhuizen en semie-academische instellingen. Hij vermeldt dat er in den lande, zij het op nog beperkte schaal, door ziekenfondsen voor de verleende hulp betalingen worden gedaan, welke echter geschieden op grond van plaatselijke, onderling veelal verschillende, regelingen, welke in nagenoeg alle gevallen in het verleden buiten medeweten en goedkeuring van de Ziekenfondsraad tot stand zijn gekomen. De Raad, aldus de voorzitter, acht het niet opportuun thans in afwachting van een beslissing over een door genoemde commissie uit te brengen rapport, waarmee overigens nog wel enige tijd gemoed zal zijn, stappen te ondernemen om deze incidentele regeling te liquideren. Wel doet de Raad hierbij een dringend beroep op de algemene ziekenfondsen de status quo op dit gebied te handhaven en geen nieuwe of verdergaande afspraken of regelingen ter zake te maken, noch wat betreft de verrichtingen waarvoor betaald wordt, noch wat betreft de hoogte der betalingen. Aldus werd de deur gesloten voor nieuwe besprekingen. Sommige academische ziekenhuizen konden de bedragen blijven innen, die zij in het verleden waren overeengekomen; andere bleven van elke vergoeding verstoken. Deze oude afspraken staan bekend onder de naam van perifere regelingen — zie ook het antwoord van minister Veringa aan de afgevaardigde Notenboom — en belopen een bedrag van ca. 1,6 mln. gulden op jaarbasis, waarvan het Sint Radboudziekenhuis te Nijmegen ongeveer tweederde ontvangt. Deze betalingen blijven echter beperkt tot kostenvergoedingen.

Voorts zij nog gememoreerd dat ook de Landelijke Specialisten Vereniging een commissie Ziekenfondspraktijk door functionarissen werkzaam in academische ziekenhuizen had ingesteld, onder voorzitterschap van Dr. Baart de la Faille, die zich bezighield met bestudering van de problemen die voortvloeien uit de bij een aantal hoogleraren geconstateerde wens als medewerker aan de ziekenfondsen te worden verbonden, alsmede met het op enkele

<sup>13</sup> Handelingen Tweede Kamer, zitting 1968-1969, bladzijde 1109 en volgende.

plaatsen voorkomende verschijnsel dat andere universitaire medewerkers in toenemende mate buiten de universiteit praktijk gaan uitoefenen. Deze commissie bracht eind 1967 een interimrapport uit, dat echter niet openbaar werd gemaakt. Dit interimrapport had als voornaamste strekking dat het de commissie niet mogelijk was geweest over de in de verschillende universitaire centra bestaande regelingen afdoende informatie te verkrijgen. Op grond daarvan meende de commissie dan ook met een aanbeveling te moeten komen deze belangrijke problematiek in het verband van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en in nauwe samenwerking met het interfacultair overleg opnieuw aan de orde te stellen. Dit advies werd door het Centraal Bestuur van de L.S.V. opgevolgd met als gevolg dat op het ogenblik een Maatschappij-Commissie Ziekenfondspraktijk Academische Ziekenhuizen zich over deze problematiek buigt.

Om het beeld nog te completeren vermelden wij

dat het Interfacultair Overleg van de Medische Faculteiten onlangs bij de medische faculteiten een enquête heeft ingesteld naar de omvang van de poliklinische hulp aan ziekenfondsleden, regelingen betreffende de klinische behandeling van deze patiënten, alsmede suggesties gevraagd voor een betere regeling. Deze enquête werd echter inmiddels, onzes inziens terecht, weer stopgezet, aangezien zij het werk van de commissie Smallenbroek zou kunnen doorkruisen.

Dit brengt ons op de door de minister van Onderwijs en Wetenschappen op 30-1-1968 ingestelde Commissie Honorering Wetenschappelijk Corps Medische Faculteiten onder voorzitterschap van de heer J. Smallenbroek. Deze houdt zich eveneens met de onderhavige materie bezig, aangezien zij niet is los te denken van het gehele honoreringsvraagstuk en de uitoefening van eigen praktijk in het ziekenhuis, zowel poliklinisch als klinisch.

(Wordt vervolgd)

## MC | VARIA

De Tweede Kamerleden Maenen, Nelissen en Notenboom (allen K.V.P.) hebben de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid gevraagd of de stichtingskosten voor een nieuw gebouw voor de Ziekenfondsraad ad f 15 miljoen niet belangrijk hoger zijn dan voor een modern, goed ingericht kantoor — met een uitgroei tot 150 personeel — nodig is. De minister heeft geantwoord dat hem na onderzoek is gebleken, dat hier niet van een kantoorpand in de strikte zin van het woord sprake is. De bestemming van het gebouw gaat ver uit boven het alleen maar huisvesten van het secretariaat van de raad. Ter toelichting daarvan moge dienen, dat de raad een publiekrechtelijk lichaam is, dat anders dan een zuiver administratieve instelling, zijn werk verricht in en door middel van frequente vergaderingen van zijn 17 commissies en 15 subcommissies en werkgroepen. Naast de werkruimten voor het secretariaat zijn daarom nodig verschillende vergader-ruimten alsmede accommodatie voor de raad zelf en zijn leden. Voorts is, ten behoeve van een efficiënte kostenbewaking van de op jaarbasis circa f 3 mld. omvattende uitgaven van de raad, voorzien in een computerruimte.

Niettemin is de minister tot de overtuiging gekomen, dat de reservering van f 15 mln. bepaald als ruim gesteld moet worden beschouwd, ook in aanmerking nemende, dat een relatief hoog percentage, hoog tot zeer hoog gekwalificeerde arbeid, als door de raad te verrichten, bijzondere eisen

stelt aan de binnen het gebouw te treffen voorzieningen voor een ook in de toekomst optimaal werkklimaat en dat voorts ernaar gestreefd wordt ook op langere termijn het onderhoud zo veel mogelijk te beperken. De minister heeft daarin aanleiding gevonden zich tot de voorzitter van de Ziekenfondsraad te wenden met het verzoek er nauwlettend op te doen toezien, dat ook die soberheid wordt betracht, die wordt vereist door de doelstelling van de raad als instituut ten dienste van de minder draagkrachtigen in onze samenleving, zodat het gereserveerde bedrag niet geheel verbruikt behoeft te worden. De voorzitter heeft deze aanwijzing bereids doorgegeven aan de bouwcommissie en aan zijn speciale adviseur ter zake met de opdracht aan deze laatste hem in alle twijfelgevallen tijdig vooraf volledig op de hoogte te stellen.

Volgend jaar moet minstens f 9 miljoen, maar liever nog f 14 miljoen in de vorm van ruimte voor het wetenschapsbeleid op de begroting worden geplaatst. Daarvan moet f 6 tot f 9 miljoen worden besteed aan nieuwe programma's en de rest voor „innovatie" van vijf niet-universitaire instituten, die daar zo dringend aan toe zijn, dat ook voor het lopende jaar eigenlijk nog f 3 miljoen zou moeten worden uitgetrokken. Voorts moet de differentiatie in het accres van de bestedingen voorlopig gehandhaafd blijven. Dit alles hangende een weloverwogen systeem voor afweging en controle op basis van diep inzicht in het doel van ons wetenschapsbeleid.

Aldus wordt, volgens Het Vaderland, overwogen in een vervolg-interimadvies inzake overheidsuitgaven voor onderzoek en ontwikkelingswerk van de Raad van advies voor het wetenschapsbeleid. In 1968 werd het interimadvies uitgebracht, waarbij een budgettaire poging werd gedaan om vat op de problematiek te krijgen.

De minister van Onderwijs en Wetenschappen, Dr. G. H. Veringa, zal op maandag 8 september het Derde Internationale Congres over Aangeboren Afwijkingen openen. Dit congres is georganiseerd door International Medical Congress Ltd. te New York en wordt gehouden in het Nederlands Congresgebouw te Den Haag. Reeds meer dan 600 specialisten afkomstig uit 40 landen, hebben zich voor deelname aan het congres laten inschrijven.

Als voorzitter van het congres zal optreden Dr. Victor A. McKusick, verbonden aan het John Hopkins Hospital te Baltimore. Mede-voorzitter is Dr. S. van Creveld, emeritus hoogleraar in de kindergeneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam en directeur van de hemofiliekliniek te Huizen N.H.

Blijkens een bericht in de Staatscourant is bij besluit van 29 juli 1969 van de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid het ziekenfonds De Stichting Ziekenzorg der n.v. Philips'Gloeilampenfabrieken te Eindhoven overeenkomstig zijn desbetreffend verzoek van 3 februari 1966 toegelaten als ziekenfonds, bedoeld in de Ziekenfondswet.



## Jaarverslag 1968 van het Centraal College

Het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten vergaderde in het jaar 1968 in totaal 17 maal. Het aantal avondvergaderingen was 13, waaronder een extra vergadering, en het aantal studiedagen 4, namelijk in januari, april, juni en november.

De minister van Onderwijs en Wetenschappen ontving op 30 mei een officiële afvaardiging van het Centraal College. Daarnaast had de voorzitter persoonlijk een aantal besprekingen met het departement van Onderwijs en Wetenschappen en het departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

Op 30 maart vond een bijeenkomst plaats van het Centraal College en de Specialisten Registratie Commissie met de opleiders van medische specialisten en de visitatiecommissies voor de verschillende specialismen. Ten gevolge hierop werd op 28 september een bijeenkomst gehouden van het Centraal College en de Specialisten Registratie Commissie met vertegenwoordigers van besturen, directies en medische staven van de opleidingsinrichtingen voor medische specialisten.\*

In de openbare zitting van de studietoelatingen achtste medische faculteit, gehouden op 8 mei, nam een delegatie van het Centraal College aan de discussie deel.

In kleine kring vond op 18 januari een bespreking plaats met een vertegenwoordiging van de Nederlandse vereniging van neurochirurgen, de Nederlandse vereniging voor electro-encefalografie en klinische neuro-fysiologie en het Concilium neuropsychiatricum; op 19 februari met een vertegenwoordiging van de Nederlandse vereniging van radiologen; op 1 juli met een vertegenwoordiging van de Nederlandse vereniging van artsen voor longziekten en tuberculose; op 17 september met een aantal thoraxchirurgen; op 23 september met een vertegenwoordiging van de commissie nieuwbouw academisch medisch centrum Amsterdam, en op 8 oktober met medische hoogleraren die bezwaren hadden tegen de beoordelingsformulieren.

De studiedag van januari werd geopend met een inleiding van de voorzitter van het Centraal College over een aantal onderwerpen de erkenning en registratie van medische specialisten betreffende. Verschillende vraagstukken werden aan de orde ge-

steld, onder meer de evolutie in de medische wetenschap, moderne onderwijsmethoden, de nascholing van specialisten, de vraag of er nog onderdelen van de geneeskunde als specialisme zullen moeten worden erkend, de samenwerking van verschillende specialismen bij de opleiding.

Besloten werd in de op 30 maart te houden bijeenkomst met de opleiders en visitatiecommissies een nadere uiteenzetting te geven over de bedoeling, achtergronden en inhoud van de vastgestelde algemene eisen te stellen aan de opleiding, opleiders en opleidingsinrichtingen. Vastgesteld werd het programma voor deze bijeenkomst.

Naar aanleiding van de eindnota van de studietoelatingen geriatricie en een door een kleine commissie in verband met deze nota opgestelde notitie werd een aan het hoofdbestuur der Maatschappij voor Geneeskunst te richten schrijven besproken.

Besproken werd een schematisch overzicht van de opleidingsduur voor de verschillende specialismen, dat was gemaakt naar aanleiding van de in enkele vergaderingen van het Centraal College gestelde algemene vraag hoe de onderlinge verhouding van de duur der opleidingen is, zulks mede gezien de komende vrije circulatie van specialisten in de zes E.E.G. landen.

Op de studiedag van april werd met enkele leden van de vertegenwoordiging der Maatschappij voor Geneeskunst in de staatscommissie medische beroepsuitoefening gesproken over de mogelijkheid en wenselijkheid van een wettelijke onderbouw van de thans bestaande regeling inzake de erkenning en registratie van medische specialisten. De bespreking werd gevoerd aan de hand van een nota opgesteld door een der vertegenwoordigers in de staatscommissie. Het Centraal College was van oordeel dat er zijnerzijds geen bezwaren behoeven te bestaan tegen een wettelijke verankering van deze regeling, mits de materiële inhoud daarvan geen verandering ondergaat.

De geriatricie werd nogmaals besproken naar aanleiding van een nota van twee geneesheren-directeur van een verpleegtehuis.

Behandeld werd het rapport van de studietoelatingen achtste medische faculteit, inhoudende voorlopige conclusies. De delegatie van het Centraal College naar de op 8 mei te houden openbare zitting van de studietoelatingen werd vastgesteld.

Naar aanleiding van het op de eerste studiedag besproken schematische overzicht over de opleidingsduur voor de verschillende specialismen werd

\* Voor de in deze bijeenkomsten gehouden inleidingen wordt verwezen naar Medisch Contact no 1968/16, bladz. 427, no 1968/18, bladz. 487, no 1968/43, bladz. 1129, no 1968/44, bladz. 1169, no 1968/45, bladz. 1191 en no 1968/46, bladz. 1229.

besloten de onderlinge verhouding in opleidingsduur in studie te nemen en daarnaast te bestuderen de betrekkingen tussen het algemene specialisme heelkunde en de daartoe behorende deelspecialismen.

Op de studiedag van juni werd besproken het concept „Richtlijnen vrije circulatie van artsen in E.E.G.verband”. Het Centraal College kon zich met de concept-richtlijnen, die waarschijnlijk op enkele punten nog wel gewijzigd zullen worden, verenigen.

Van de audiëntie bij de minister van Onderwijs en Wetenschappen op 30 mei werd uitvoerig verslag gedaan. In hoofdzaak was gesproken over de organisatorische en financiële belemmeringen, welke in niet-universitaire opleidingsinrichtingen de opleiding van specialisten benevens het wetenschappelijk onderzoek bemoeilijken.

Vastgesteld werd het programma voor de op 28 september te houden bijeenkomst van het Centraal College en de S.R.C. met vertegenwoordigers van besturen, directies en medische staven van de opleidingsinrichtingen voor medische specialisten.

Het rapport van het „Informeel overleg affiliatie met niet-academische ziekenhuizen” werd diepgaand besproken. Er werden verschillende opmerkingen gemaakt en vragen gesteld, welke aanleiding waren tot een uitvoerige discussie. In de avondvergadering van september deed de voorzitter verslag van de verdere gang van zaken met betrekking tot dit rapport.

De studiedag van november was voor een groot deel gewijd aan de in gebruik zijnde formulieren ter beoordeling van de assistent-geneeskundige door de opleider, een onderwerp dat reeds vele malen de aandacht van het Centraal College had.

In de middagbijeenkomst was aanwezig een vertegenwoordiging van de commissie nieuwbouw academisch medisch centrum te Amsterdam, ter voortzetting van de informele bijeenkomst in kleine kring op 23 september, over het vraagstuk van het aantal bedden in een academisch ziekenhuis.

De bij het Centraal College ingediende voorstellen betrekking hebbende op de opleidingseisen voor de verschillende specialismen werden in de avondvergaderingen besproken. Behandeld werden de specialismen maag-, darm- en stofwisselingsziekten, anesthesie, verloskunde en gynaecologie, heelkunde, longziekten en tuberculose, kindergeneeskunde, zenuw- en zielsziekten en dermatologie.

Over het nieuwe voorstel van de Vereniging van Nederlandse maag-darmartsen tot wijziging van de opleidingseisen voor het specialisme, dat reeds in 1967 aan de orde was geweest, werd een vervolgbespreking gehouden. Besloten werd een aantal vragen schriftelijk aan de Vereniging voor te leggen en met een vertegenwoordiging van de Vereniging te bespreken. Het resultaat van de gezamenlijke bespreking was dat de Vereniging toezegde zich nader te beraden en de gestelde vragen schriftelijk te beantwoorden.

De bespreking over het voorstel van de Neder-

landse anesthesistenvereniging inzake de eisen te stellen aan de opleiding, opleiders en opleidingsinrichtingen voor het specialisme anesthesie werd, mede naar aanleiding van het antwoord van de Vereniging op een aantal door het Centraal College gestelde vragen, in een drietal vergaderingen voortgezet.

Het voorstel van de Nederlandsche gynaecologische vereniging tot wijziging en aanvulling van het opleidingsschema, behorend bij het besluit no 1 - 1963, inzake het specialisme verloskunde en gynaecologie, werd besproken en in een officieel besluit van het Centraal College vastgelegd. \*

Het door de Nederlandse vereniging voor heelkunde ingediende voorstel inzake de bijzondere eisen te stellen aan de opleiding, opleiders en opleidingsinrichtingen voor het specialisme heelkunde werd in vier vergaderingen besproken. Besloten werd de bijzondere eisen neer te leggen in een concept-besluit en dit concept met een aantal vragen aan de vereniging voor te leggen.

In behandeling werd genomen een voorstel van de Nederlandse vereniging van artsen voor longziekten en tuberculose inzake eisen, te stellen aan sanatoria en longklinieken. Besloten werd het voorstel met een aantal door het Centraal College gestelde vragen in kleine kring met een delegatie van de vereniging te bespreken. Tijdens deze bespreking zegde de delegatie toe een gewijzigd voorstel in te dienen.

Het door de Nederlandse vereniging voor kindergeneeskunde ingediende voorstel inzake de bijzondere eisen, te stellen voor het specialisme kindergeneeskunde, werd uitvoerig besproken. Aan de ondertekenaar van het voorstel werd verzocht naar aanleiding van de gemaakte opmerkingen een herziene redactie op te stellen en in te dienen.

Over het voorstel van de Nederlandse vereniging voor psychiatrie en neurologie tot wijziging van het opleidingsschema, vastgesteld bij besluit no 2 - 1966, zowel voor het hoofdvak psychiatrie als voor het hoofdvak neurologie, werd langdurig van gedachten gewisseld. Besloten werd aan het hoofdbestuur van de vereniging een schrijven te richten over hetgeen in de discussie naar voren was gekomen en een delegatie van de vereniging voor een bespreking met het Centraal College uit te nodigen. In de gezamenlijke bespreking werd aan een delegatie der vereniging verzocht een nader uitgewerkt en geargumenteed voorstel in te dienen.

Het nieuwe voorstel van de Nederlandse vereniging van dermatologen inzake de opleiding voor het specialisme huid- en geslachtsziekten werd in twee vergaderingen besproken. Aan het bestuur van de vereniging werd een schrijven gericht, inhoudende een aantal door het Centraal College gestelde vragen en gemaakte opmerkingen, benevens een con-

\* Het besluit inzake het specialisme verloskunde en gynaecologie is gepubliceerd in Medisch Contact van 4 oktober 1968, no 1968/40, blad. 1059.

cept voor de bijzondere eisen te stellen aan de opleiding, opleiders en opleidingsinrichtingen.

Het vraagstuk van het instellen van een specialisme geriatrie kwam nog herhaalde malen aan de orde. Het werd besproken op de eerste en de tweede studiedag van het Centraal College, zulks mede naar aanleiding van de reeds genoemde nota van twee geneesheren-directeur van een verpleegtehuis en van een schrijven van de Nederlandse vereniging van geriaters. In een extra vergadering vond met een delegatie van de vereniging een wederzijdse uiteenzetting van de standpunten plaats. Het Centraal College besloot ten slotte aan het hoofdbestuur der Maatschappij voor Geneeskunst een schrijven te richten, inhoudende zijn inzichten inzake het vraagstuk van de geriatrie en een motivering van zijn standpunt, dat het instellen van een specialisme geriatrie vooralsnog niet noodzakelijk werd geacht.\* Dit schrijven werd op 23 juli door het dagelijks bestuur der Maatschappij met een vertegenwoordiging van het Centraal College besproken.

De bespreking over het eventueel verkrijgbaar stellen van een aantekening electro-encefalografie ook voor neurochirurgen, werd voorlopig afgerond. Het Centraal College was van oordeel dat een beslissing moest worden uitgesteld totdat een voorstel inzake de opleidingseisen voor de aantekening zou zijn ontvangen.

Aan de in de algemene eisen, te stellen aan de opleiding, opleiders en opleidingsinrichtingen, neergelegde administratieve begeleiding van de opleiding tot specialist besteedde het Centraal College veel tijd.

Ingevolge A. 17, A. 20 en A. 23 van deze algemene eisen dient de opleider door middel van daartoe vastgestelde formulieren een beoordeling van de assistent-geneeskundige te geven. Tegen de in gebruik zijnde, door de S.R.C. in overleg met het Centraal College vastgestelde, formulieren waren bezwaren gerezen, vooral van de zijde van een aantal medische hoogleraren. Het Centraal College had reeds enkele malen hierover gesproken en op 8 oktober in kleine kring deze aangelegenheid behandeld met een aantal bezwaarde hoogleraren, waarbij aanwezig was de kleine commissie, die indertijd over de te gebruiken formulieren advies had gegeven. Op de studiedag van november bleef het Centraal College na ampel beraad bij zijn mening dat voor een goede en zekerheid gevende begeleiding het gebruik van, meer of minder uitgebreide, formulieren noodzakelijk is. In de gewone avondvergaderingen van december werd nogmaals uitvoerig over de materie gesproken. Het Centraal College kon er

zich toen mee verenigen dat aan de S.R.C. zou worden verzocht een ander formulier uit te werken, in de hoop en verwachting dat de opleiders de bestaande formulieren voorlopig nog zullen willen gebruiken.

Ingevolge A. 7 van de algemene eisen, dient de assistent-geneeskundige door middel van een daartoe vastgesteld formulier aan de S.R.C. gegevens te verstrekken omtrent de door hem te volgen opleiding. Tegen het in gebruik zijnde, door de S.R.C. in overleg met het Centraal College vastgestelde, formulier waren van de kant van de assistent-geneeskundigen bezwaren gerezen. De S.R.C. had hierover met de Landelijke Vereniging van Assistent-Geneeskundigen overleg gepleegd en zich daarna tot het Centraal College gewend. Een aantal assistent-geneeskundigen weigerde het formulier in te vullen, hoewel zij daartoe reglementair verplicht zijn. Besloten werd dat in het formulier enkele wijzigingen zouden worden aangebracht.

De Specialisten Registratie Commissie legde aan het Centraal College voor een aanvraag tot inschrijving in het register van erkende specialisten op grond van artikel 1018 van het huishoudelijk reglement der Maatschappij voor Geneeskunst - bijzondere theoretische kennis en praktische bekwaamheid. Het Centraal College besloot zich niet tegen inschrijving te verzetten.

De samenwerking met de Specialisten Registratie Commissie en het contact met de landelijke wetenschappelijke specialistenverenigingen waren zeer goed. De voorzitter en de secretaris van de S.R.C. woonden de studiedagen bij en in de avondvergadering was de secretaris van de S.R.C. aanwezig.

In 1968 vonden in de samenstelling van het Centraal College enkele wijzigingen plaats in de vertegenwoordiging der medische faculteiten. Prof. Dr. P. Zuidema van de Universiteit te Amsterdam, plaatsvervangend lid, trad af en werd opgevolgd door Prof. Dr. K. Breur. Prof. Dr. C. L. H. Majoor van de Katholieke Universiteit te Nijmegen legde zijn functie van lid van het Centraal College neer. Hij werd opgevolgd door zijn plaatsvervanger Prof. Dr. G. M. San Giorgi en tot plaatsvervangend lid werd benoemd Prof. Dr. W. J. H. Schmidt.

Voorzitter van het Centraal College in het jaar 1968 was Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen en ondervoorzitter Prof. Dr. M. C. Colenbrander. In de decembervergadering koos het Centraal College Prof. Colenbrander tot voorzitter en Dr. Van Nieuwenhuizen tot ondervoorzitter.

Utrecht, 28 juni 1969

Prof. Dr. M. C. Colenbrander, voorzitter  
Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen, ondervoorzitter

---

\* Zie het artikel van Prof. Dr. M. C. Colenbrander, ondervoorzitter van het Centraal College, in Medisch Contact van 27 september 1968, no 1968/39, blad. 1025.

# Jaarverslag 1968 van de Specialisten Registratie Commissie

Wanneer wij de wederwaardigheden van de Specialisten Registratie Commissie wederom de revue laten passeren, zien wij dat het jaar 1968 beslist niet een van de gemakkelijkste is geweest in deze tijd van herstructurering. Eensdeels is dit te wijten aan het feit dat er te weinig communicatie bestond met de opleiders, anderzijds moet men hier toch ook denken aan de voor sommigen moeilijk te accepteren nieuwe lijn, die door een bepaalde groep als een zekere inbreuk wordt gevoeld op de persoon als opleider. Niets is echter minder waar, maar uit de eis dat de gehele specialistenopleiding beter gereguleerd diende te worden, werd deze nieuwe opzet geboren en langzaam maar zeker zullen zij, die opleider willen zijn en blijven, zich dienen aan te passen aan deze structurele veranderingen.

De vraagstukken rondom de visitaties en de daarbij behorende controle der opleidingen was een onderdeel, dat zeer goed aansprak, temeer omdat een dergelijke visitatie, welke op verzoek van de S.R.C. werd uitgevoerd, door commissies uit het eigen specialisme plaatsvond. Dit visiteren en rapporteren is een ingewikkeld en tijdrovend werk, waarvan de S.R.C. zich terdege bewust is en daarom is het verblijvend te kunnen vaststellen, dat er in het afgelopen jaar weer 77 visitaties in 3 plenovergaderingen konden worden behandeld. Van dit aantal werden 67 opleidingsbevoegdheden verleend, 7 opleidingsbevoegdheden werden niet toegekend of ingetrokken en 3 opleidingsbevoegdheden werden ter nadere informatie door de S.R.C. aangehouden.

In de loop van het jaar 1968 werd aan de visitatiecommissies een lijst van de nog te houden visitaties gezonden, zodat iedere visitatiecommissie een beeld had van de stand van zaken van haar specialisme. Wel dient hier vermeld dat de visitatie bij de specialismen cardiologie en reumatologie, ondanks aansporing onzerzijds, moeilijk op gang komen.

Gedurende de bespreking in de plenovergadering van 27 september 1968 werd door de S.R.C. het besluit genomen om degenen, die ontheven werden van een opleidingsbevoegdheid, voor een gesprek uit te nodigen met de Commissie van Uitvoering der S.R.C. en daarbij tevens de desbetreffende visitatiecommissies te horen om zodoende een nog beter inzicht te krijgen van de motieven, die tot het niet verlenen van de opleidingsbevoegdheid ten grondslag hebben gelegen. Deze gesprekken hebben tot doel de afgewezen opleiders in zekere zin ook de mogelijkheid te bieden zich tegenover de Commissie van Uitvoering uit te spreken, voordat een eventueel beroep op de plenovergadering en de Com-

missie van Beroep wordt gedaan. Dat dit de arbeid van de Commissie van Uitvoering nog meer belastte, behoeft geen betoog, doch bij de diverse bijeenkomsten bleek duidelijk het nut van deze wijze van handelen.

Op de afdeling, waar de registratie van de assistent-geneeskundigen geschiedt, deden zich meer spanningen voor. Na de enquête die onder meer het bestand der aanwezige assistent-geneeskundigen beoogde, werden de namen der nieuwe assistent-geneeskundigen bekend. Deze jonge collegae ontvingen hun aanmeldingsformulier, waarvan een groot aantal ingevuld retour werd gezonden. Helaas ontbreekt bij bepaalde collegae de medewerking om hun formulier zo goed mogelijk in te vullen, hetgeen een onnodige correspondentie ten gevolge heeft.

Grotere moeilijkheden gaven de beoordelingsformulieren, die eind mei 1968 aan de diverse opleiders werden toegezonden. Een grote groep voldeed aan de eisen gesteld door het Centraal College aangaande het invullen der beoordelingsformulieren over de assistent-geneeskundigen.

Het doel van deze beoordelingen, namelijk een open gesprek tussen de opleider en de assistent-geneeskundige te bewerkstelligen, werd door vele opleiders als zeer positief gezien. Een aantal medische hoogleraren verzette zich op uiteenlopende gronden tegen de invulling van deze beoordelingsformulieren, doch in de toekomst zal jaarlijks een zo objectief mogelijke beoordeling moeten plaats vinden, wil men dit tenslotte in de plaats stellen van een examen aan het eind van de opleiding.

Met de samenstelling van een nieuw beoordelingsformulier zal in 1969 een begin worden gemaakt. Nadat dit formulier het Centraal College en de S.R.C. is gepasseerd zal aan de wetenschappelijke verenigingen om advies worden gevraagd. Voorlopig zal het oude formulier in iets gewijzigde vorm gehandhaafd blijven.

In de loop van het jaar 1968 werd een nieuw formulier voor de aanmelding van de assistent-geneeskundige in gewijzigde vorm vastgesteld. Gedurende het gehele jaar werd intensief contact onderhouden met het bestuur der Landelijke Vereniging voor Assistent-Geneeskundigen. Vele problemen de opleiding en beoordeling betreffende werden met het bestuur der Vereniging besproken. Ook al kon niet aan al hun wensen worden tegemoet gekomen, toch meent de S.R.C. dat deze bijeenkomsten als uiterst nuttig en wenselijk gekwalificeerd kunnen worden. Eveneens had een contact plaats met een groep van assistent-geneeskundigen uit de sector der ze-

nuw- en zielsziekten, die zich door middel van een enquête beraden over de inhoud van hun studie.

In de loop van het jaar had drie maal een behandeling voor de Commissie van Beroep plaats, waarbij duidelijk de wenselijkheid naar voren kwam, dat de vroeger vastgestelde eisen voor de diverse specialismen, welke nog niet door het Centraal College werden behandeld, uiteindelijk door dit College bij voorlopig besluit dienden te worden gesanctioneerd. Sommige specialismen bleken eisen te hanteren die alleen aan de Concilia bekend waren, doch nergens waren vastgelegd. Dat deze desiderata geen rechtskracht hebben is vanzelfsprekend.

In de loop van 1968 werd de Bemiddelingscommissie, bedoeld in artikel A 16 van de eisen te stellen aan de opleiding van specialisten, in zes gevallen bijeengeroepen. In verschillende gevallen werd voor de opleider en assistent-geneeskundige een zo goed mogelijk resultaat bereikt. In twee gevallen werd een Commissie van Onderzoek, vastgelegd in de artikelen A 19 en A 24, samengesteld, welke na intensief onderzoek het advies aan de S.R.C. zond, die hiermede akkoord kon gaan. De desbetreffende assistent-geneeskundigen werden van deze besluiten in kennis gesteld.

De Commissie van Uitvoering hield besprekingen met de collegae, wier opleidingsbevoegdheid werd ontnomen, evenals met enkele opleiders die het met de beslissingen van de S.R.C. niet eens waren. Tevens nam de Commissie van Uitvoering deel aan de besprekingen betreffende het rapport over de mogelijke toekenning van een gedeeltelijke opleidingsbevoegdheid aan enkele specialisten in het St. Elizabeth-Ziekenhuis te Willemstad, Curaçao. Ook werd een uitvoerig gesprek gehouden met de Wethouder van het Ziekenhuiswezen te Amsterdam in verband met de gesignaleerde toestanden in twee ziekenhuizen ter plaatse.

De voorzitter en secretaris der S.R.C. namen deel aan de studiedagen van het Centraal College. De secretaris woonde alle vergaderingen van het Centraal College als adviseur bij.

Reeds eerder werd vermeld, dat de voorzitter en secretaris regelmatig conferenties hadden met het bestuur der Landelijke Vereniging van Assistent-Geneeskundigen, welke bijeenkomsten door beide partijen op prijs werden gesteld. De secretaris van het Centraal College woonde deze vergadering steeds bij.

Wat betreft de financiële aspecten kan worden gemeld, dat het hoofdbestuur van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst de begroting van 1968 goedkeurde, met dien verstande, dat betreffende de op de begroting vastgestelde gelden nog nader overleg moet plaats vinden met het Dagelijks Bestuur inzake de visitatie op Curaçao.

Alvorens dit gedeelte van het jaarverslag te beëindigen wil ondergetekende de medewerkers op het bureau der S.R.C. van harte danken voor hun enthousiaste bijdrage voor het vele werk, dat zij in

het afgelopen jaar hebben verricht. Wel zij opgemerkt dat door de intensivering van de arbeid van een overbelasting sprake was. In het komende jaar zal hieraan terdege tegemoet moeten worden gekomen, wil de arbeid niet gaan ten detrimente van degenen, die op het bureau werken.

In de loop van het jaar 1968 heeft collega C. W. Chr. Deurman, afgevaardigde voor het specialisme orthopedie in de S.R.C., voor zijn functie bedankt. Tevens is als plaatsvervangend-afgevaardigde voor het specialisme anaesthesie collega Prof. Dr. J. F. Crul afgetreden. In zijn plaats is benoemd collega Dr. J. Spierdijk.

Op 31 december 1968 was de Specialisten Registratie Commissie als volgt samengesteld:

Dr. J. C. P. Eeftinck Schattenkerk, voorzitter (plv. Dr. M. Plooi)

Dr. L. P. H. J. de Vink, secretaris (plv. Dr. J. C. P. Eeftinck Schattenkerk).

#### Leden:

##### *Allergische ziekten*

Jhr. Dr. W. J. Quarles van Ufford (Dr. W. J. F. van der Bijl)

##### *Anaesthesie*

M. Mauve (Dr. J. Spierdijk)

##### *Cardiologie*

Dr. A. P. M. Verheugt (Prof. Dr. J. Nieveen)

##### *Chirurgie*

Prof. Dr. G. den Otter (Dr. J. P. de Jong)

##### *Dermatologie*

Dr. D. J. H. Vermeer (J. van Baak)

##### *Inwendige Geneeskunde*

Dr. M. Plooi (Dr. L. B. J. Stuyt)

##### *Keel- neus- en oorheelkunde*

Dr. J. Kuilman (Dr. P. Schierbeek)

##### *Kindergeneeskunde*

Dr. O. A. Driessen (Prof. Dr. W. H. H. Tegelaers)

##### *Laboratoriumonderzoek bacteriologie/klinische chemie*

Prof. Dr. J. van der Veen (Prof. Dr. K. C. Winkler)

##### *Laboratoriumonderzoek (pathologische anatomie)*

Prof. Dr. H. E. Schornagel (Prof. Dr. A. de Minjer)

##### *Longziekten en tuberculose*

Dr. J. A. W. Berghauser Pont (Prof. Dr. Swierenga)

##### *Maag- darm- en stofwisselingsziekten*

Dr. N. Hellemans (A. W. Herweyer)

##### *Neurochirurgie*

Dr. A. C. de Vet (Prof. Dr. W. Luyendijk)

##### *Oogheelkunde*

Dr. J. Goedbloed (Dr. K. van Walbeek)

##### *Orthopedie*

Vacature (F. A. A. van de Weyer)

## Plastische chirurgie

S. Th. Woudstra (Dr. A. C. J. Huffstadt)

## Radiologie

Ch. M. V. Sassen (Prof. Dr. G. J. van der Plaats)

## Revalidatie

J. E. van Gogh (P. D. Bakker)

## Reumatologie

Prof. Dr. J. Goslings (Dr. P. van der Meer)

## Urologie

W. A. Ultee (C. L. A. Grove)

## Verloskunde en gynaecologie

Dr. H. Rottinghuis (Prof. Dr. J. Janssens)

## Zenuw- en zielsziekten

Prof. Dr. J. J. G. Prick (Prof. Dr. J. F. Folkerts)

De Commissie van Uitvoering uit de Specialisten Registratie Commissie had de navolgende samenstelling:

Dr. J. C. P. Eeftinck Schattenkerk, voorzitter;  
Dr. M. Plooy, plaatsvervangend voorzitter;  
Dr. L. P. H. J. de Vink, secretaris; Dr. J. C. P. Eeftinck Schattenkerk, plaatsvervangend secretaris;  
Dr. M. Plooi, lid; (Prof. Dr. J. Goslings, plv. lid)  
Prof. Dr. G. den Otter, lid; (Dr. J. Goedbloed, plv. lid)

Op het bureau van de S.R.C. zijn in 1968 1757 brieven binnengekomen; het aantal uitgaande brieven bedroeg 2423.

Er werden 273 verzoeken om inschrijving in het Specialisten Register ontvangen, die tot inschrijving hebben geleid.

Anaesthesie .....	12
Cardiologie .....	11
Chirurgie .....	33
Dermatologie .....	8
Inwendige geneeskunde .....	44
Keel- neus- en oorheelkunde .....	18
Kindergeneeskunde .....	7
Laboratoriumonderzoek:	
bacteriologie .....	4
klinische chemie .....	—
pathologische anatomie .....	8
Longziekten en tuberculose .....	9
Maag- darm- en stofwisselingsziekten .....	—
Neurochirurgie .....	2
Oogheelkunde .....	17
Orthopaedie .....	7
Plastische chirurgie .....	3
Radiologie .....	12
Revalidatie .....	6
Reumatologie .....	2
Urologie .....	4
Verloskunde en gynaecologie .....	15
Zenuw- en zielsziekten .....	51

Utrecht, 10 april 1969

De Specialisten Registratie Commissie  
Dr. L. P. H. J. de Vink, secretaris

## De jaarverslagen 1968 van de afdelingen der Maatschappij

Artikel 214 van het Huishoudelijk Reglement van de Maatschappij bepaalt dat vóór 1 maart van ieder jaar elke afdeling bij het hoofdbestuur behoort in te dienen een jaarverslag over het voorafgaande kalenderjaar. Een aantal afdelingen voldoet stipt aan dit voorschrift. Reeds op 31 december 1968 (!) werd het eerste verslag (van de afdeling Friesland-Oost) ontvangen, begin januari op de hielen gevolgd door Zeeuwsch-Vlaanderen Oost en Delft. Toch bleken op 1 maart 1969 nog slechts 13 verslagen te zijn binnengekomen, hetgeen gezien het totaal aantal afdelingen (67), mager moest worden genoemd.

Kort daarna volgde het gebruikelijke rondschriven om de besturen van de afdelingen op het bepaalde van art. 214 HR te attenderen. Dit rondschriven had in zoverre succes dat op 1 juli j.l. 36 jaarverslagen waren binnengekomen, iets meer dan de helft derhalve. Aangezien het niet in de bedoeling van de makers van het Huishoudelijk Reglement kan hebben gelegen de afdelingen aan te sporen tot het indienen van een jaarverslag, zonder dat daarna aandacht aan die verslagen zou worden geschonken, rekent het hoofdbestuur het tot de taak van het secretariaat van de Maatschappij, van de binnengekomen verslagen nauwgezet kennis te nemen. Ditmaal zal tevens een poging worden gedaan enkele punten uit de inhoud in een kort bestek enigszins samen te vatten: enkele facetten die regelmatig aan de orde kwamen, vindt u derhalve hieronder nader belicht. Er is alle aanleiding in dit kader tevens de secretarissen die de verslagen inzonden te danken voor hun werkzaamheden. Verschillende daarvan munten bepaald uit in overzichtelijkheid en uitvoerigheid, alle bevatten voldoende belangrijke en interessante gegevens om het instituut „jaarverslag” zijn nut te doen hebben.

1. 17 verslagen noemen in één of ander opzicht de belangstelling van de leden te gering, zij het in het algemeen, zij het voor één of meer activiteiten of evenementen. Met name komt herhaaldelijk de te geringe opkomst voor de lezingen naar voren, ondanks het feit dat daarvoor doorgaans gerenommeerde persoonlijkheden worden aangetrokken. Daartegenover staat dat 10 afdelingen de belangstelling goed, voldoende of redelijk noemen. 9 laten zich hieromtrent niet uit.

Opvallend is dat diverse keren met nadruk wordt vermeld dat er grote belangstelling bestond voor klinische (demonstratie)avonden, terwijl daarnaast voor de lezingen de groep geïnteresseerden klein was. In enkele verslagen wordt iets algemener gezegd dat de belangstelling voor nascholingsactiviteiten — waaronder klinische — steeds groot is.

2. 33 afdelingen vermelden het aantal vergade-

ringen dat werd gehouden, al dan niet met huis-houdelijk karakter of met lezing en/of demonstratie. Niet steeds is exact aangegeven de aard van de bijeenkomst. Het gemiddeld aantal activiteiten van dit soort was 8. Daarnaast staan soms (feestelijke) excursies e.d., een enkele naar België, één zelfs naar Parijs gedurende 4 dagen. De onderwerpen van de lezingen vertonen een bijzonder grote variëteit. Naast uiteraard de vele medische — te veel om op te noemen — waren vogels van divers pluimage aan te treffen: auto-rally, poppenspel, medische (?) „one-man show”, lampionnenwedstrijd, verslagen van reizen naar Nepal/Ver. Staten/Rusland/Roemenië/Frankrijk/Hongarije, keuring (niet)antieke voorwerpen, filmen, Artsen-Orkest, Deltawerken, Laserstralen, humor, zeezeilen, LSD, ruimtevaart, boottochten, enz. Een zeer actieve damesgroep was werkzaam op het gebied van handwerken, bont, siertuinen, ikonen, gordijnstoffen en lichte vrouwen in donker Amsterdam! Ook activiteiten van de besturen niet in het kader van lezingen, zijn het vermelden waard: dokterstelefoon, interventie bij de belastinginspectie, contact met de verkeerspolitie, ambulance-vervoer, opening spoorwegovergang, samenwerking plaatselijke ziekenfondsen enz.

3. Sommige verslagen wijzen er op, dat om in een vacature te voorzien of een commissie samen te stellen „er eindeloos aan de leden getrokken moet worden”. Dit probleem zal ongetwijfeld enigszins worden verzacht door de invoering, binnen afzienbare tijd, van de districtsraden in plaats van de afdelingsraden. Een curiositeit verdient onze aandacht: het verslag van de afdeling Oldambt vermeldt dat Dr. Magendans na een bestuursperiode van 42 jaren daarvan heeft afscheid genomen. Een record?

Twee ontboezemingen mogen dit verslagje besluiten. Vooreerst merkt de afdeling Leiden op „dat de onzes inziens onbillijke cumulatieve contributieregelingen voor specialisten, tevens arts-ambtenaar, in LSV, PSV en LAD, dreigt onze afdeling van een niet onbelangrijk aantal hoog-gewaardeerde leden te ontdoen door bedanken”. Tenslotte moge de aandacht van een ieder worden gevraagd voor de woorden waarmee de secretaris van onze grootste afdeling zijn verslag besluit:

„Ik wil dit jaarverslag niet eindigen alvorens de leden nog eens dringend te verzoeken in de toekomst meer van hun belangstelling in het werk van de Maatschappij blijf te geven. Onze Kon. Ned. Mij. tot bevordering der Geneeskunst, die het grootste deel van de Nederlandse artsen tot zijn leden telt, wordt in alle belangrijke zaken de volksgezondheid rakende, door de daarvoor in aanmerking komende instanties geraadpleegd. Zij wordt beschouwd als de spreekbuis van de overgrote meerderheid van de Nederlandse artsen. Wil dit ook in de toekomst zo blijven, dan is het noodzakelijk dat de leden zich mede verdiepen in de vraagstukken die aan de orde worden gesteld en hun zienswijze daarover uit-

spreken, hetzij in de afdelingsvergadering, in Medisch Contact, of in de Algemene Vergadering van de Maatschappij”.

S.

## MC | PERSONALIA

### Nieuwe leden:

H. van Ansem, Kortenaerstraat 60, Helmond.  
 B. Baldewsing, Berkenlaan 1, Enkhuizen.  
 J. A. W. Bosboom, Ravellaan 73, Utrecht.  
 Dr. G. H. Bruigom, Soestdijkseweg 135 zuid, Bilthoven.  
 J. C. M. van Campen, Jac. Marisstraat 1, Boxmeer.  
 Mej. Dr. J. ten Doesschate, Kruisbeslaan 25, Den Haag.  
 Mevr. M. Germing-Steidl, Caustra 63, Zierikzee.  
 C. J. Hagen, Muzenlaan 222, Heerlen.  
 Mej. J. M. van den Heuvel, Lange Leidsedwardsstraat 8', Amsterdam.  
 Mr. C. van der Hooft, Van Vollenhovenlaan 105, Utrecht.  
 P. C. G. Hubach, Vennecoolstraat 35, Rotterdam.  
 W. K. J. Huizinga, Havenziekenhuis, Haringvliet 2, Rotterdam.  
 J. L. G. Hijman, Van Swietenstraat 126, Den Haag.  
 W. A. Kaasjager, Wipstrikerallee 121, Zwolle.  
 A. J. W. Kampman, Prikkerhof 15-17, Hoogvliet, (R'dam).  
 K. H. Ko., Fred van Eedenplaats 33, Capelle a/d IJssel.  
 A. J. Koelman, Sperwerlaan 115, Hoogeveen.  
 Mevr. B. Koopmans-van Dorp, Van Nijenrodeweg 339, Amsterdam — BV —  
 W. M. J. Martens, Zuidplein 349, Rotterdam.  
 Th. J. Mulder, Burg. Hogguestraat 241, Amsterdam.  
 Mej. E. E. M. Pleper, Zeemanlaan 84, Utrecht.  
 U. Ridwan, Alkenoord 272, Capelle a/d IJssel.  
 A. J. C. Roling, Rijnmond 47, Katwijk.  
 L. C. Schaaf, Jan van Scorelstraat 1, Papendrecht.  
 A. H. Schaars, Burg. Bloemersstraat 22, Borculo.  
 A. A. Schaftenaar, Torenstraat 122 d., Den Haag.  
 L. A. J. M. Severijnen, Hamburgerstraat 38, Utrecht.  
 L. H. Siegenbeek van Heukelom, Aert van Neslaan 308, Oegstgeest.  
 P. L. de Vogel, De Genestetstraat 23, Capelle a/d IJssel.  
 Mej. M. W. Westra van Holthe, Stadshouderslaan 76, Utrecht.  
 W. M. van Zutphen, Van Baerlestraat 72"', Amsterdam.

### Overleden:

Dr. J. J. Bloemen, Huize De Doelen, Keiweg 52, Oosterhout.  
 Dr. J. P. E. Burbach, Sarphatistraat 149, Amsterdam.  
 Dr. W. Hordijk, Burg. Brokkenstraat 1, Waalwijk.  
 H. J. Koene, Adr. Kluitstraat 170, Schiebroek-Rotterdam.  
 Dr. E. W. Kranenburg, Spoorstraat 15, Amersfoort.  
 C. Kruij, Ary Schefferstraat 57, s'-Gravenhage.  
 Prof. Dr. A. Kummer, Joh. Verhulststraat, Amsterdam.  
 H. A. Lampe, Eschdoornlaan 61, Wormerveer.  
 G. K. Levy van Vinninghe, Jac. Obrechtstraat 92, Amsterdam.  
 J. E. J. Penn, Spoorlaan 108, Tilburg.  
 Prof. Dr. J. G. Sleeswijk, „Beaulieu”, Scheveningseweg 86e, Den Haag.  
 H. P. v. d. Tak, Sterrenboslaan 25, Driebergen-Rijsenburg.  
 B. J. W. Vroom, Sonneveld 8, 's-Hertogenbosch.  
 A. Zandijk, Ger. Doustraat 20, Kesteren.

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

## DE BLOEDPROEF

Naar aanleiding van de beschouwing over de bloedproef in M.C. no 27/1969 moet mij het volgende van het hart:

Aangezien een medische ingreep een handeling is die de gezondheid dient van degenen die om een dergelijke handeling vraagt, is een „medische ingreep tegen de zin van de betrokkene” een contradictio in terminis. Zij bestaat dus niet.

Een venepunctie, onder andere toegepast ter bepaling van stoffen in het menselijk bloed, kan een medische, en dan meer speciaal een chirurgische, ingreep zijn, en geen kleine: men dringt een andermans lichaam binnen. Het is duidelijk dat het op enigerlei wijze aftappen van een hoeveelheid van iemands bloed tegen diens zin in altijd een geweldpleging is en soms doodslag.

De arts mag zelfs de schijn niet op zich laden geweld te plegen, ook niet de arts die in ambtelijk dienstverband optreedt; men kan dus onmogelijk van hem verlangen dat hij, voor welk doel dan ook, op verzoek van wie dan ook, achter een „verplichte bloedproef” staat.

Het moet in onze samenleving niet moeilijk zijn, buiten de artsenstand om, functionarissen te vinden die bereid zijn een verdachte tot binnen in het eigen lichaam te vervolgen. Laat de arts echter onpartijdig vertrouwensman blijven voor het individu dat in nood verkeert, zij dit arm of rijk, vriend of vijand, kwaad of goed.  
Amsterdam, 31 juli 1969

J. de Nijs, arts

Het Tweede Kamerlid de heer Van Lier (P.v.d.A.) heeft de minister van Economische Zaken gevraagd naar verhogingen van de premies van ziektekostenverzekeringen gedurende de laatste maanden. Zijn vragen zijn er mede op gericht te vernemen of voor deze verhogingen ontheffing wordt verleend van de Prijzenbeschikking goederen en diensten; voorts of het juist is dat de ziekenhuistarieven sinds april i.l. in het algemeen niet zijn verhoogd en — als dit juist is — er dan wel voldoende redenen zijn om tot verhoging van de premies voor ziektekostenverzekeringen over te gaan. De

minister heeft geantwoord dat het hem niet mogelijk is binnen de gebruikelijke termijn op deze hem gestelde schriftelijke vragen te antwoorden, doch dat dit antwoord zo spoedig mogelijk zal volgen.

¶

In verband met het streven om B.B.-materiaal in vreedstijd zoveel mogelijk rendabel te maken, heeft de minister van Binnenlandse Zaken toestemming verleend voor het gebruik van B.B.-mobilofonen door gemeentelijke geneeskundige diensten en in oprichting zijnde regionale ambulancediensten in de provincies Groningen, Friesland en Drenthe.

In de andere provincies kon dit niet worden toegestaan, omdat deze binnen het bereik van de T.V.-zender Lopik liggen en het gebruik van de B.B.-mobilofonen de T.V.-ontvangst in dat gebied zou storen. In deze provincies mogen de G.G.D.'en en de ambulancediensten voor hun mobilfoonverkeer uitsluitend gebruik maken van eigen apparatuur op de voor deze diensten sedert 1964 gereserveerde frequenties.

¶

—Aan de vijf tandartsopleidingen in ons land zullen — naar het zich laat aanzien — volgende maand, bij het begin van het nieuwe academische jaar — 50 plaatsen onvervuld blijven. De afschaffing van de zogenaamde medische regeling waardoor studenten in de medicijnen en de tandheelkunde uitstel van militaire dienst kregen tot na hun studie, heeft blijkens persberichten tot gevolg gehad dat 70 van de 450 studenten die zich voor de studie tandheelkunde aan één der subfaculteten in Utrecht, Groningen, Nijmegen en Amsterdam hadden gemeld zijn afgevallen omdat ze toch in dienst moeten. Van de 380 die overblijven vallen er — naar de ervaring heeft geleerd — in de laatste vakantiemaand altijd nog enkelen af. De totale capaciteit van de subfaculteten is 415 eerstejaars studenten. Prof. Dr. J. G. van der Ven, voorzitter van de subfaculteit tandheelkunde aan de rijksuniversiteit te Groningen, heeft volgens Het Parool verklaard dat hij en zijn collega's „verbaasd zijn dat minister W. den Toom van Defensie de afschaffing van de medische regeling ook voor tandheelkunde-studenten heeft laten gelden. Er is een groot tekort aan tandartsen, zodat wij ons altijd hebben ingespannen om zoveel mogelijk studenten op te nemen,” aldus Prof. Van der Ven. Aanleiding tot het opheffen van de regeling is geweest de te grote toevloed van vooral medische studenten.

## MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

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

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

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

*Advertenties:* In te zenden — ook brieven op advertenties onder nummer — uitsluitend bij de uitgever. Advertenties behoeven de goedkeuring der redactie en kunnen zonder opgave 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 en adreswijziging uitsluitend bij de uitgever.

*Oplage:* 15.890 exemplaren.

*Druk:* Verweij 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 — Specialisten Registratie Commissie — Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen, O.L.M.A.

*Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen* (postgiro 111950, secretaris P. J. M. Baudoin, Parkstraat 7, Assen, telefoon 05920-2184.

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