



Verboden Toegang voor Onbevoegden

Een studie over de voorstellen tot verruiming van het wettelijk kader van de medische en paramedische beroepsuitoefening

D. Kortenhoeven
oktober 1982



Nederlands Huisartsen Instituut
Postbus 2570 3500 GN Utrecht

Inhoudsopgave

		pag.
	Ten geleide	5
	Inleiding	7
Deel I	Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst	13
	1. Indeling in de gezondheidszorg rond 1850	13
	2. Het staatstoezicht op de gezondheidszorg	18
	3. Geneeskundige wetten uit 1865 van Thorbecke	20
Deel II	De geschiedenis van het monopolie van de arts	28
	1. De twee staatscommissies uit 1917	29
	1.1. De staatscommissie Pekelharing	31
	1.2. De staatscommissie Van Houten	32
	2. Onbevoegde uitoefening der geneeskunst na de Tweede Wereldoorlog	33
	2.1. Aandacht voor de paranormale geneeswijzen	34
	3. De interdepartementale werkgroep Muntendam	37
	4. De commissie Peters	40
	5. De staatscommissie De Vreeze	46
	5.1. Het terrein van de individuele gezondheidszorg	46
	5.2. Van beroepsbescherming naar titelbescherming	47
	5.3. Registratie van opleidingstitel en beroepstitel	49
	5.4. Wijzigingen Medisch Tuchtrecht	51
Deel III	De paramedische beroepen	55
	1. De opkomst van de paramedische beroepen	55
	2. Van wetsontwerp tot wet	60
	2.1. Herziening van of aanpassing aan de wet uit 1865	63
	2.2. Definiëring en afbakening van het werkterrein van de paramedische beroepen	66
	2.3. Invoering van een paramedisch tuchtrecht	72
	2.4. Opleidingen	76
	2.5. Overgangsregelingen	76
	3. Toepassing van de Wet op de Paramedische Beroepen	79
	3.1. De Centrale Raad voor de Volksgezondheid over fysiotherapie	80
	3.2. Fysiotherapeutenbesluit 1965 en de daarop volgende wettelijke regelingen	82
	3.3. De methode Mensendieck en de bewegingsleer César	86
Deel IV	Het voorontwerp van Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG)	88
	1. BIG; van beroepsbescherming naar titelbescherming	89
	1.1. Het terrein van de individuele gezondheidszorg	91
	1.2. Titelbescherming	92
	1.3. Kwaliteitsbewaking	93
	1.4. Tuchtrecht	96
	2. Een eeuw wetgeving	98
	3. De BIG op z'n konsekwenties bekeken	102

	pag.
Noten deel I	113
Noten deel II	116
Noten deel III	120
Verantwoording van de illustraties	131

Typewerk: Marina van Geelkerken
Illustratieresearch: Didi Kortenhoeven
Omslag en lay-out: Mieke Cornelius
Druk: Anton Leerentveld
Nederlands Huisartsen Instituut
Postbus 2570 3500 GN Utrecht Tel.: 030-319946

Ten geleide

Het voor U liggende rapport is ruimer van opzet dan onze oorspronkelijke bedoeling was. Eigenlijk had dit een rapport over de wettelijke kaders van paramedische beroepen in het algemeen en het beroep van fysiotherapeut in het bijzonder zullen worden. Twee dingen zullen we in dit ten geleide moeten verduidelijken:

ten eerste waarom de probleemstelling zozeer verruimd is en

ten tweede waarom een instelling met de naam 'Nederlands Huisartsen Instituut' de behoefte heeft om een rapport over fysiotherapeuten en nog wel over het wettelijk kader ervan het licht te doen zien.

Om met het laatste te beginnen; dit moet men zien als een concrete bijdrage aan het steeds duidelijker geprofileerde voornemen om het NHI uit te doen groeien tot een instituut voor onderzoek en ontwikkeling van de gehele eerstelijnsgezondheidszorg.

Op pagina 42 van de schets voor de eerstelijnsgezondheidszorg staat het als beleidsvoornemen van de overheid genoemd en ook het Bestuur (de Beleidsraad) van de Stichting NHI heeft in zijn vergadering van december 1981 uitgesproken dat de verdere ontwikkeling van het instituut moet gaan in de richting van een instituut voor de hele eerstelijnsgezondheidszorg.

Voor het instituut zelf betekent dit dat een begin gemaakt moet worden met het systematisch verwerven van kennis over de verschillende beroepen in de ELGZ. Een eerste verkenning op het gebied van de fysiotherapie ligt voor de hand. De kennis over de beroepsgroep en het beroep der fysiotherapeuten is omgekeerd evenredig aan de omvang en de prominentie van deze groep.

Voor een goed begrip van de ontwikkeling van een beroep is een studie van het wettelijk kader waarbinnen het beroep wordt uitgeoefend van groot belang, naast kennis over de economische basis (hoe verwerft de beroepsbeoefenaar zijn inkomen) en de inhoud van het 'vak'.

Voor de fysiotherapie zijn de Wet op de Paramedische Beroepen en het daaruit voortvloeiende Fysiotherapeutenbesluit de belangrijkste wettelijke regelingen. Deze studie was dan ook in eerste aanleg gericht op het bestuderen van het totstandkomen en de gevolgen van de Wet op de Paramedische Beroepen (nu beschreven in deel 4 van het rapport).

Echter, men kan de Wet op de Paramedische Beroepen niet bestuderen zonder de geschiedenis van de Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst erbij te betrekken; zeker niet als halverwege de studie het Voorontwerp

van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg verschijnt, dat bijna 120 jaar medische wetgeving en een verbrokkeld stelsel van wettelijke regelingen en richtlijnen moet stroomlijnen.

De strekking en de reikwijdte van het rapport zijn zodoende breder geworden dan oorspronkelijk was voorzien; het vormt nu een algemene achtergrond voor de studie naar vrijwel alle beroepen in de gezondheidszorg en is als zodanig een eerste konkrete bijdrage tot de uitgroei van het Nederlands Huisartsen Instituut naar een Instituut voor de gehele eerstelijnsgezondheidszorg.

P.P. Groenewegen
J. van der Zee

Tussen 1865, het jaar waarin de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst van kracht werd, en 1981, het jaar waarin het voorontwerp van Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg werd uitgebracht, ligt meer dan een eeuw voorstellen, wetsontwerpen en wat dies meer zij over aanpassing of herziening van de wet uit 1865. Met het uitbrengen van de BIG - zoals het voorontwerp kortweg wordt aangeduid - dreigt de meer dan honderd jaar oude wettelijke regeling ondergraven te worden. De jaren 1865 en 1981 kunnen dan ook gekarakteriseerd worden als mijlpalen in de geschiedenis van de medische en paramedische beroepsuitoefening. Tussen deze twee mijlpalen voltrekt deze geschiedenis zich als het ware langs twee sporen. Het ene spoor leidt naar het terrein van de geneeskunst, dat in 1865 wordt afgebakend met het bordje 'verboden toegang voor onbevoegden', en aan de artsenstand wordt toegewezen. De monopoliepositie van de arts op dit terrein is echter in de loop der jaren niet onbetwist gebleven en het spoor voert dan ook langs een rij van commissies van medisch en juridisch deskundigen, staatscommissies en werkgroepen. Het andere spoor loopt langs de aftakkingen van de medische beroepsuitoefening: de aanverwante medische beroepen. De werkzaamheden van deze beroepsgroepen liggen voor een gedeelte op het terrein van de geneeskunst. In een streven naar een wettelijke erkenning van de eigen specifieke deskundigheid kruist hun pad dat van de artsenstand die de toegekende monopoliepositie tracht te handhaven. Beide sporen komen uit in het voorontwerp van Wet BIG waarin voorstellen worden gedaan tot herziening van de wet uit 1865. Wordt dit voorstel van kracht dan zal het terrein van de geneeskunst uitgebreid worden tot het terrein van de individuele gezondheidszorg. De bordjes 'verboden toegang' zullen verwijderd worden en het terrein zal voor een ieder toegankelijk worden, zij het onder bepaalde voorwaarden.

De probleemstelling voor deze studie luidt als volgt:

- hoe zijn de wettelijke regelingen voor de paramedische beroepen tot stand gekomen
- hoe passen deze wettelijke regelingen in het grotere wettelijk kader van de medische beroepsuitoefening.

In deze studie zullen we de geschiedenis van de medische en paramedische beroepsuitoefening vóór de Tweede Wereldoorlog in grote lijnen schetsen. Het accent zal gelegd worden op de ontwikkelingen na 1945. Aan het toekomstperspektief, in het recente voorontwerp van Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg, zal ruime aandacht besteed worden. De problematiek is vanuit het wettelijk kader benaderd.

Hoewel economische en politieke aspecten hierbij van niet te onderschatten belang zijn, gaat dit het kader van deze studie te buiten.

Deze studie is volgens bovengeschetste structuur opgezet. De Wet op de Uitoefening der Geneeskunst vormt het beginpunt (deel I); het voorontwerp van Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg het voorlopig sluitstuk (deel IV). De geschiedenis van het monopolie van de arts en de opkomst van de paramedische beroepen worden respectievelijk in de delen II en III behandeld (zie de schematische weergave op blz.12.)

De inhoud van de vier delen waaruit deze studie bestaat, laat zich als volgt samenvatten:

In deel I vormt het tot stand komen van de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst het centrale onderwerp. Twee motieven zijn in dat verband belangrijk. Bestrijding van de kwakzalverij is het voornaamste motief. De kwakzalvers vormen volgens velen een bedreiging voor de volksgezondheid omdat ze vaak zonder enige kennis van medische zaken hun geneeskunstjes voor geneeskunst trachten door te laten gaan. In de wet uit 1865 wordt het hun verboden de geneeskunst als bedrijf uit te oefenen. Het tweede motief wordt gevormd door het weinig effectieve toezicht op de handhaving van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Het toezicht dat tot 1865 bij plaatselijke en provinciale 'commissiën' berust, wordt bij het van kracht worden van de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst vervangen door staatstoezicht.

Het terrein van de geneeskunst dat voorheen was opgesplitst in drie delen wordt samengevoegd en in plaats van een groot aantal bevoegden op deelterreinen wordt in de wet van 1865 eenheid van stand afgekondigd. De nieuw gekreëerde stand: de artsenstand krijgt als enige de bevoegdheid het gehele terrein van de geneeskunst te bestrijken. Met het nemen van al deze maatregelen hoopt men de kwakzalverij de kop in te drukken. Hoewel de indiener van de wet, Thorbecke, de effectiviteit ervan in twijfel trekt, wil hij de wet toch doorvoeren; het ontbreekt hem aan een beter wapen. Hoezeer deze twijfel op z'n plaats was, zou in de komende jaren blijken.

In deel II wordt het hete hangijzer in de geschiedenis van de medische beroepsuitoefening - de monopoliepositie van de arts - behandeld. Dit alleenrecht op het gehele terrein van de geneeskunst leidt al spoedig tot de nodige frikties want kwakzalvers en dergelijke lieden storen zich in het geheel niet aan het verbod en wagen zich zonder schroom op het voor hun verboden terrein.

Al in 1917 krijgen een commissie van medisch deskun-

digen - Pekelharing - en een commissie van juridisch deskundigen - Van Houten - de opdracht om na te gaan of een grotere vrijheid op het terrein van de geneeskunst mogelijk respectievelijk wenselijk zou zijn. De commissie Pekelharing komt tot de konklusie dat een grotere vrijheid in de medische beroepsuitoefening ongewenst, ja, zelfs gevaarlijk is. Kwakzalvers vormen een bedreiging voor de volksgezondheid. De commissie Van Houten heeft de vraag of een grotere vrijheid op het terrein van de geneeskunst juridisch tot de mogelijkheden behoort positief beantwoord. In de voorstellen van deze commissie komen tegenover de grotere vrijheid op het terrein van de geneeskunst, nieuwe strafbepalingen te staan voor onbevoegden die de nieuwe wettelijke regels overtreden. Maar de sterk negatieve konklusies van de commissie der medici wegen zo zwaar dat de aanbevelingen van de commissie van juridisch deskundigen van tafel worden geveegd. De eerste aanval op het bolwerk van de artsen is met succes afgeslagen en de latente problematiek rond de monopoliepositie van de arts verdwijnt voor lange tijd naar de achtergrond.

Eerst in de jaren vijftig brengt de strafvervolgning van een magnetiseur de zaken weer in de publiciteit. Een interdepartementale commissie - Muntendam - krijgt dan opdracht een proeve van wetswijziging op te stellen. Het voorstel van de werkgroep Muntendam komt in grote lijnen overeen met de voorstellen van de commissie Van Houten uit 1917. Maar opnieuw worden deze voorstellen als tètè vergaand beschouwd en het rapport van de commissie Muntendam blijft geheim. Het blijkt niet verantwoord de problematiek rond de onbevoegde uitoefening van de geneeskunst nog langer op z'n beloop te laten. De wet uit 1865 wordt dagelijks veelvuldig overtreden en de justitie is niet bij machte alle overtreders op te sporen en te straffen. Bovendien worden overtredingen van de wet uit 1865 door het publiek steeds minder als overtreding ervaren. In 1965 buigt de commissie Peters zich over de problematiek. De voorstellen van deze commissie zijn in tegenstelling tot die van de commissie Van Houten en de interdepartementale werkgroep Muntendam zeer behoudend. Over de wenselijkheid van meer vrijheid in de medische beroepsuitoefening wil ze zich niet uitspreken. Voorgesteld wordt de strafmaatregelen enigszins terug te dringen en alleen te straffen wanneer de patiënt 'merkelijk' gevaar loopt. Terwijl deze commissie nog aan het werk is, wordt in 1967 de staatscommissie De Vreeze ingesteld die de grondslagen van de wetgeving op de medische beroepsuitoefening moet bezien. Opdracht is om na te gaan hoe de wet uit 1865 gemoderniseerd kan worden. Deze commissie doet veel verdergaande voorstellen dan de commissie Peters. Ze breidt het terrein van de uitoefening der geneeskunst uit tot de individuele gezondheidszorg. Voorgesteld wordt verder om de beroepsbescherming te laten vallen en te vervangen door een

systeem van titelbescherming. De voorstellen van deze commissie zullen in grote lijnen in de BIG overgenomen worden.

Deel III handelt over de opkomst van de paramedische beroepen. Deze beroepen die kwa werkzaamheden meer of minder verwant zijn aan de medische beroepen, hebben zich in de loop der decennia een eigen deskundigheid verworven, een deskundigheid die zich voor een gedeelte tot het terrein van de artsen uitstrekt.

Het streven naar wettelijke erkenning van de aanverwante medische beroepen staat haaks op de pogingen van de artsen om hun monopoliepositie te handhaven. Een deel van de werkzaamheden der aanverwante medische beroepen ligt immers op het terrein van de geneeskunst en dat is voor hun verboden gebied. De claim van de paramedische beroepen op een eigen stukje deskundigheidsterrein is dus in feite een aanslag op een stukje terrein van de artsen.

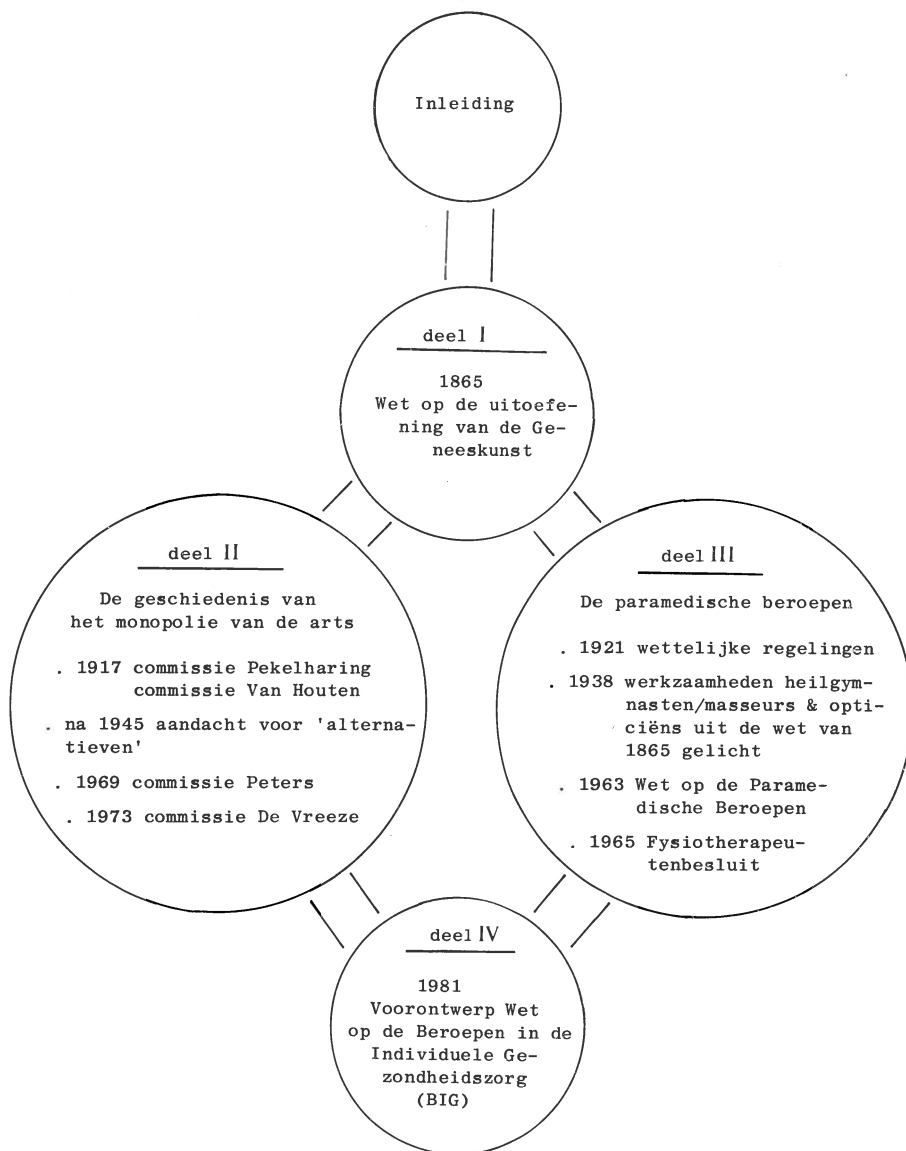
De verpleegkundigen zijn de eersten die zich duidelijk als beroepsgroep manifesteren en in 1921 komt er een wettelijke regeling voor verpleegkundigen tot stand. De heilgymnasten-masseurs en de opticiëns zijn de volgende beroepsgroepen die een wettelijke erkenning noodzakelijk maken. In 1938 worden de werkzaamheden van heilgymnasten-masseurs en opticiëns uit de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst gelicht. De activiteiten van deze beroepsbeoefenaren worden wettelijk niet langer als uitoefening der geneeskunst beschouwd. Een inventieve oplossing die echter niet afdoende blijkt te zijn. De opkomende aanverwante medische beroepen met een steeds stijgend aantal beroepsbeoefenaren kunnen niet alle op deze wijze 'geregeld' worden.

Nadat in 1942 het Basisbesluit voor de Paramedische Bedrijven is doorgevoerd - slechts de heilgymnasten-masseurs zijn binnen deze zogenaamde oorlogsregeling geregeld - wordt in 1963 de Wet op de Paramedische Beroepen afgekondigd. De daarvoor in aanmerking komende paramedische beroepen kunnen binnen het kader van deze wet geregeld worden. Het deskundigheidsterrein van de diverse paramedische beroepen wordt afgebakend en de betreffende werkzaamheden wettelijk beschermd. De beroepsbeoefenaren mogen zelfstandig op dit afgebakend terrein werkzaam zijn mits er een wettelijk voorgeschreven relatie tot de arts bestaat. De Wet op de Paramedische Beroepen vormt een voorlopig eindpunt in het streven van de paramedische beroepen naar wettelijke erkenning. Voorlopig, want in 1981 in het voorontwerp van Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) wordt een geheel nieuwe wettelijke konstruktie voorgesteld.

In deel IV komen de geschetste ontwikkelingslijnen - de monopoliepositie van de arts en de opkomende paramedische beroepen - tezamen. In het voorontwerp van Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg

wordt voorgesteld om zowel de medische als de paramedische beroepsuitoefening onder één wettelijke regeling te brengen. De wetgeving op het terrein van de medische beroepsuitoefening ligt verspreid over een groot aantal regelingen en harmonisatie van de wetgeving maakt een eenduidige regeling wenselijk. Belangrijk in het voorontwerp van wet BIG is de in navolging van de commissie De Vreeze voorgestelde fundamentele wijziging van een systeem van beroepsbescherming naar een systeem van titelbescherming. In een dergelijk systeem worden niet de werkzaamheden maar de titel wettelijk beschermd. De monopoliepositie van de arts wordt niet langer gehandhaafd; een ieder mag zich op het terrein van de geneeskunst begeven, zij het met een aantal restricties. Een ander belangrijk voorstel tot vernieuwing betreft de uitbreiding van het terrein van de geneeskunst naar het terrein van de individuele gezondheidszorg. Verder is de tekst van het Medisch Tuchtrecht geheel herzien en ondergebracht bij het voorontwerp wet BIG.

Formeel mag een ieder nu de geneeskunst uitoefenen onder bepaalde restricties indien het voorontwerp van wet tot wet wordt. Hoewel deze voorstellen formeel wettelijk een rigoreuze omwenteling betekenen zal er in de dagelijkse praktijk niet zo heel veel veranderen. Op een aantal punten kan men spreken van een wettelijke aanpassing aan hetgeen in de praktijk reeds lang was ingeburgerd. De veranderingen die met de invoering van de BIG zullen plaatsvinden, zullen voor de betrokken partijen niet onverdeeld positief zijn. Op de vraag naar de konsekventies die dit voorontwerp voor de overheid, de artsen en de paramedici en de patiënten zal kunnen hebben, wordt aan het slot van deze studie ingegaan.



I

Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst

Het onlangs verschenen voorontwerp op het gebied van de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg - kortweg aangeduid met de nogal boerse naam BIG - heeft een lange voorgeschiedenis. Dit voorontwerp is te kenschetsen als een voorlopig eindpunt van een geschiedenis die ruim een eeuw geleden een aanvang heeft genomen; namelijk in 1865 toen de geneeskundige wetten van Thorbecke van kracht werden. Deze wetten trachtten enige wettelijke ordening aan te brengen in de chaos die er heerste op het gebied van de geneeskunst en de beoefenaren van dat beroep. Om enig inzicht te krijgen in de problematiek rond de totstandkoming van deze wetten zullen we de geneeskundige situatie vóór de Thorbecke-wetten kort duiden.

Voor 1865 is het terrein van de gezondheidszorg opgesplitst in een aantal deelterreinen en is de arbeidsverdeling onder de geneeskunst-beoefenaren streng hiërarchisch geregeld. Een situatie die op den duur tot botsingen leidt. Bovendien laat het Staatstoezicht op de Gezondheidszorg veel te wensen over.

De overheid kan bij deze misstanden niet passief blijven toezien. In het midden van de 19^e eeuw worden daarom een aantal wetsvoorstellen ingediend teneinde deze misstanden aan te pakken. Ze heeft daarbij een tweeledig doel voor ogen. Ten eerste wil men de bestaande verschillende bevoegdheden bundelen en zodoende één stand kreëren: de artsenstand. Kwakzalverij wordt als het grote kwaad gezien en een wettelijke regeling die de arts een monopoliepositie toekent, lijkt hét middel om dat kwaad te bestrijden.

Ten tweede tracht men de kwaliteit van de geneeskundige zorg te verbeteren. Daartoe wordt het Staatstoezicht op de Geneeskunst-beoefenaren, dat veel te wensen overlaat, gereorganiseerd.

Een bespreking van de inhoud van de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst vormt de afsluiting van dit deel.

1. Indeling in de gezondheidszorg rond 1850

Het terrein van de gezondheidszorg is in de 18^e eeuw ingedeeld in drie sectoren. Een verdeling die gekenschetst kan worden als een horizontale verdeling van het terrein¹⁾. Op ieder van deze sectoren is een bepaalde groep 'deskundigen' werkzaam. De deelterreinen van de gezondheidszorg met de daarbij behorende deskundigen zijn als volgt geordend:

- de inwendige geneeskunst wordt beoefend door doctores

- de uitwendige geneeskunst wordt beoefend door chirurgijns of heelmeesters

- de verloskunst wordt beoefend door vroedvrouwen.

De *inwendige geneeskunst*, die in die tijd als het summum van de geneeskunst geldt, is gereserveerd voor de doctores. Deze groep kan weer opgesplitst worden in drie subgroepen t.w. doctores medicinae, doctores chirurgiae en doctores artis obstetriciae. De doctores zijn afkomstig uit de gegoede burgerij of zijn afstammelingen van rijke handels- of kooplieden. Ze kunnen zich een academische vorming veroorloven. Na het doorlopen van de Latijnse School of het Gymnasium, kan men een graad behalen aan één van de Hoge Scholen in Groningen, Leiden of Utrecht. De kwaliteit van de opleiding varieert nogal en is sterk afhankelijk van de hoogleraar bij wie men studeert. Het geneeskundig handelen van deze hooggeleerde heren beperkt zich hoofdzakelijk tot het stellen van diagnoses en het voorschrijven van medicijnen.

De *uitwendige geneeskunst* is het terrein van de chirurgijns of heelmeesters. Deze groep stamt oorspronkelijk uit de barbierswinkel; ze behoren danook tot de lagere middenstand. Het (hand)werk van de chirurgijns en heelmeesters beperkt zich meestal tot kleine operaties. Alleen in spoedgevallen mogen ze de inwendige geneeskunst uitoefenen. Ze hebben geen academische opleiding genoten; een opleiding tot chirurgijn of heelmeester kan op twee manieren verkregen worden, n.l.:

- op de traditionele manier, hetgeen betekent dat men enige tijd bij een doctor of heelmeester in de leer gaat en daarna een examen aflegt. De kwaliteit van de opleiding is ook hier nogal afhankelijk van de heelmeester bij wie men in de leer is

- door een vierjarige opleiding aan een van de klinische scholen (die sinds 1823 bestaan).

De *verloskunst* is in principe het terrein van de vroedvrouwen. 'De uitoefening der verloskunde bepaalt zich bij de vroedvrouwen alleen tot het doen van zoodanige bevallingen, welke door de natuur bewerkt, of door de hand ten uitvoer gebragt kunnen worden, zullende de vroedvrouwen mitsdien daartoe nimmer eenige instrumenten mogen gebruiken'²⁾.

Hun opleiding bestaat uit twee jaar klinische school.

De klinische scholen leiden op tot acht verschillende soorten ongegradueerden, t.w.:

- . heelmeester voor een stad
- . heelmeester voor het platteland
- . vroedmeester voor een stad
- . vroedmeester voor het platteland
- . heel- en vroedmeester voor een stad
- . heel- en vroedmeester voor het platteland
- . vroedvrouw voor een stad
- . vroedvrouw voor het platteland.

In de verschillende bevoegdheden is een duidelijk onderscheid tussen bevoegdheden voor het platteland en

die voor de stad. Om tot de klinische scholen toegelaten te worden moet men een goede gezondheid bezitten, van onbesproken gedrag zijn en kunnen lezen en schrijven. Het klinisch onderwijs in die dagen wordt in het gedenkboek van de KNMG gekarakteriseerd als uitgesproken slecht³⁾.



De kwakzalver

De kiezentrekker

Daarnaast bestaan er ook nog deskundigen op specifieke gebieden, zoals oogmeesters en tandmeesters. Een combinatie van al deze verschillende bevoegdheden levert zo'n vijftien soorten geneeskunstbeoefenaren op (naast een leger van kwakzalvers). Maar in feite zijn al deze combinaties terug te voeren tot de drie hoofdgroepen: de doctores, de heelmeesters en de vroedvrouwen & vroedmeesters.

Binnen de groep beoefenaren der geneeskunst is er sprake van een hiërarchische gezagsverhouding. De doctores voelen zich mijlen ver verheven boven de heelmeesters of chirurgijns en slaan het (hand)werk van deze lieden veel lager aan dan hun eigen 'theoretisch wetenschappelijke geneeskunst'. Het chirurgisch (hand)werk wordt dienovereenkomstig aan de heelmeesters overgelaten en gezien de kennis op heelkundig gebied is het risico voor de patiënt erg groot. De heelkundige is door deze arbeidsverdeling veel kwetsbaarder dan de geneeskundige. Het is echter waarschijnlijk dat de heelkundige zorg uit die tijd

op een zeker zo hoog peil staat als de geneeskundige zorg, temeer daar de chirurgijns veel praktische kennis bezitten⁴).

De hiërarchie in de beroepsuitoefening in de gezondheidszorg is in wezen danook niet gebaseerd op meerdere kennis of kunde maar veeleer traditioneel standbepaald. De gezagsverhouding berust voornamelijk op afkomst, vermogen en inkomen.

De tegenstellingen tussen de groeperingen van geneeskunstbeoefenaren worden door Klinkert gekenschetst als een spanning tussen de

- verticale hiërarchie van beroepen (in afdalende volgorde van doctores, chirurgijns/heelmeesters en vroedvrouwen)
- horizontale verdeling van het arbeidsterrein (geneeskunde, heilkunde en verloskunde)⁵).

In de eerste helft van de 19^e eeuw begint de horizontale arbeidsverdeling op het terrein van de geneeskunst te verdwijnen. De doctores proberen hun werkterrein uit te breiden door het behalen van bevoegdheden op de drie onderscheiden terreinen. Het behalen van een bevoegdheid verschaft de bevoegden echter niet automatisch het recht om op dat terrein werkzaam te zijn. In 1818 is n.l. bepaald dat de doctores maar in één richting tegelijk mogen praktizeren. Na lange en hevige protesten van de doctores wordt in 1838 deze wettelijke regeling weer ongedaan gemaakt⁶). Evenals de doctores gaan ook de heelmeesters over tot uitbreiding van hun werkterrein door een bevoegdheid als vroedmeester te behalen. De inwendige geneeskunde blijft aanvankelijk nog voor de doctores gereserveerd maar bij het ontbreken van doctores komt het steeds vaker voor dat heel- en vroedmeesters óók de bevoegdheid tot uitoefening van de geneeskunst krijgen toegewezen. Daarbij komt nog dat het aantal niet-gegradeerden zich sterk uitbreidt; de relatief geringe opleiding en de ruime vestigingsmogelijkheden werken dit in de hand. Hoewel de doctores en heelmeesters zich wel in toenemende mate op het terrein van de verloskunde begeven, breiden vroedvrouwen hun (toch al sterk beperkte) terrein niet uit.

Deze grensoverschrijdingen veroorzaken hooglopende twisten tussen de verschillende geneeskundebeoefenaren onderling. Het verschil in maatschappelijk aanzien komt door de vervagende scheidslijnen des te nadrukkelijker tot uiting. Dit aanzien is niet zozeer gebaseerd op de meerdere kennis en kunde van de doctores; doctores en heelmeesters verrichten immers steeds vaker dezelfde werkzaamheden. Het is de economische positie en de daarmee samenhangende cultuur die het sociaal aanzien van de doctor bepalen. En juist deze sociaal economische positie van de doctores wordt in de eerste helft van de 19^e eeuw bedreigd. Hiervoor is een aantal oorzaken aan te wijzen. Ten eerste de economische depressie na 1813 die de bevolking in diepe armoede dompeit. Een andere oorzaak

voort de sterke toename van het aantal ongegradueerden in de eerste helft van de 19^e eeuw bij een ongeveer gelijkblijvend aantal gegradueerden. De niet-gegradueerden, die hun diensten aanmerkelijk goedkoper aanbieden, doen de gegradueerden ernstige concurrentie aan. Van Heemstra konkludeert in 'ontwerpen van geneeskundige wetten' dat slechts weinig gemeenten 'die een voldoende bestaan voor de geneeskundigen waarschijnlijk op zouden leveren, van deze verstoken zijn' (met uitzondering van Limburg)⁷⁾. Een konklusie die hij gebaseerd heeft op tabel 1 (zie volgende blz.) uit een (niet met name genoemd) onderzoek door de regering.

Tabel 1: Bestaansmogelijkheden voor geneeskundigen.

Provinciën	geneeskundige hulp ontbreekt doch is		voldoende bestaansmogelijkheden	
	niet nodig in gemeenten	wenselijk in gemeenten	geen in gemeenten	waarschijnlijk in gemeenten
Gelderland	12	16	12	4
Friesland	-	1	1	-
Overijssel	13	-	-	-
N.Holland	3	16	16	-
Groningen	2	-	-	-
Drente	1	5	1	4
Zeeland	25	-	-	-
Utrecht	20	-	-	-
Z.Holland	39	-	-	-
Limburg	48	46	26	26
N.Brabant	55	26	17	9
Totaal	218	110	67	43

Slechts de gegoede burgerij in de steden kan zich een gekwalificeerde geneeskundige permitteren en het is danook niet verwonderlijk dat de gegradueerden zich voor het merendeel in de steden vestigen. De bewoners op het platteland moeten zich, indien ze daartoe al de middelen bezitten, zien te redden met chirurgijns of heelmeeesters voor het platteland. In de meer armoedige streken van ons land is vaak zelfs geen plattelandsheelmeeester aanwezig omdat er voor hem geen droog brood is te verdienen. Daar is men voor geneeskundige hulp aan de kwakzalvers overgeleverd.

Ter illustratie van deze situatie een tabel anno 1850 waarin de spreiding van gegradueerden en ongegradueerden gegeven is⁸⁾ (zie volgende blz.)

Grote groepen van de bevolking, vooral de armen op het platteland, moeten het zonder geneeskundige hulp stellen. Kwakzalvers en andere malafide lieden kunnen danook ongehinderd hun gang gaan. Deze kwakzalvers vormen een bedreiging voor de volksgezondheid. In het midden van de 19^e eeuw tracht de centrale overheid

met behulp van de zogenaamde geneeskundige wetten van Thorbecke aan deze wantoestanden een einde te maken.

Tabel 2: Spreiding gegraduateerden - ongegraduateerden

Provincie	Bevolking	Gegradeerden	inw/gegr.	niet gegraduateerden	inw/ongegr.
N.Brabant	406.835	101	4028	138	2948
in steden	46.675	21	2222	11	4243
plattel.	360.160	80	4502	127	2835
N.Holland	521.125	203	2567	301	1731
in steden	300.344	161	1865	109	2755
plattel.	220.781	42	5256	192	1149
Drente	94.429	33	2861	21	4496
in steden	12.137	7	1733	1	12137
plattel.	82.292	26	3165	20	4114
Zeeland	165.518	41	4037	131	1263
in steden	29.016	21	1381	12	2418
plattel.	136.502	20	6825	119	1147

2. Het staatstoezicht op de gezondheidszorg

De bewaking van de kwaliteit van de geneeskundige zorg is rond 1800 min of meer in handen gelegd van twee 'organisaties'. De Collegia Medica waarin de doctores medicinae zijn verbonden en de gilden waarin vakbeoefenaren als chirurgijns, oog- en tandmeesters, vroedvrouwen en vroedmeesters zijn verenigd. Soms wordt in de steden deze kwaliteitsbewaking ondersteund door stedelijke ordinantiën.



Het chirurgijnsgilde

Tengevolge van de Franse revolutie worden de gilden opgeheven; ook de Collegia Medica functioneren niet langer. Dit heeft tot gevolg dat tevens het toezicht op de geneeskundige zorg niet langer functioneert. Bij Verordening van het Staatsbewind worden in 1804 Commissiën van Onderzoek en Toevoorzigt ingesteld die zich met de zaak belasten.

Na de Franse overheersing wordt dit Toevoorzigt op

Nederlandse leest geschoeid. Deze Provinciale en Plaatselijke Commissiën van Onderzoek en Toezicht funktioneren slecht⁹). Van een landelijke geneeskundige staatsregeling is geen sprake. De eenheid op geneeskundig terrein is een desideratum dat in theorie (in de wet van 1818) wel aangehangen wordt doch bij de uitvoering in de afzonderlijke provinciën is deze eenheid ver te zoeken.

Het slecht funktioneren van de Commissiën (die uit geneesheren bestaan) is aan een aantal factoren te wijten. De regering en provinciale autoriteiten verlenen geen of onvoldoende medewerking aan de Commissiën, soms worden ze nauwelijks gekend in maatregelen van hogerhand¹⁰). De Commissiën op hun beurt voelen zich niet verantwoordelijk tegenover de regering of de medische stand. Ze houden zich vooral bezig met plaatselijke en/of regionale belangen en zien zichzelf niet zozeer als onderdeel van een landelijk geheel. Er bestaat danook nauwelijks enige samenhang tussen de Commissiën onderling. De leden van de Commissiën ontzien elkaar en hun standgenoten en schromen, volgens sommigen, niet om af en toe zèlf de wet te overtreden¹¹). Daar komt nog bij dat de leden van de Commissiën deze taak naast hun gewone medisch beroep uitoefenen; de vervulling van de 'staatstaak' komt daardoor op het tweede plan. Door de geneeskundigen worden deze inspekteurs gezien als politie-agenten die hun kunstbroeders op het rechte pad moeten houden.

Aan de in de vorige paragraaf besproken problemen, zoals de slechte opleiding van de niet-gegradueerden die veel ergernis bij de doctores oproept, doen de Commissiën weinig. Onderzoek naar de bekwaamheden van de niet-akademisch geschoolde geneeskundigen vindt niet of nauwelijks plaats. De geneeskundige verzorging, vooral op het platteland, is en blijft zodoende een steen des aanstoets. Ook de onderlinge rivaliteit tussen de geneeskunstbeoefenaren geeft aanleiding tot praktijken waartegen de Commissiën niet kunnen of niet durven optreden.

Omstreeks 1840 wint de gedachte veld dat het 'toezicht op geneeskundige zaken moest worden gelegd in handen van ambtenaren, die verantwoordelijk waren aan het staatsgezag'¹²). Hierdoor zal de geneeskundige stand wèl veel minder invloed op het geneeskundig bestuur kunnen uitoefenen. De kern van de problematiek waarmee men zich in het midden van de 19^e eeuw gekonfronteerd ziet, wordt gevormd door dit dilemma, n.l.¹³):

òf een regeling van het staatstoezicht uit te oefenen door zuivere staatsorganen, waarbij het akzent valt op de zorg voor de gezondheid als een algemeen belang

of een geneeskundige staatsregeling, waardoor de zaken der geneeskundigen worden geregeld, en waarbij de uitvoering in handen van de geneeskundigen zelf ligt.

Toezicht wordt reeds in het licht van het algemeen belang gezien en als integraal deel van het staatsorganisme; zelfstandig en verantwoordelijkheid schuldig aan de regering. Maar men blijft ook vasthouden aan de verantwoordelijkheid aan de standgenoten, aan wie de invloed op het toezicht niet ontnomen mag worden. Men ziet nog niet in dat het enerzijds een staatstaak is om toezicht te houden op de bevordering van de algemene gezondheidsbelangen en dat het anderzijds een taak voor de geneeskundigen zelf is hun eigen belangen te behartigen en de discipline in hun stand te bewaren. Dat idee zal eerst in de geneeskundige wetten van Thorbecke in 1865 vaste vorm krijgen.

3. Geneeskundige wetten uit 1865 van Thorbecke

Aan het tot stand komen van de geneeskundige wetten is een groot aantal commissies en wetsontwerpen voorafgegaan. We zullen hier volstaan met een korte schets van de belangrijkste voorstellen.

Omstreeks 1840 begint men, zoals gezegd, tot het inzicht te komen dat de staat zowel als de stand toezicht op het geneeskundig handelen zouden moeten uitoefenen. Deze gedachte wordt in een minderheidsrapport van een commissie uit 1842, belast met het opstellen van een ontwerpwet, naar voren gebracht. De verantwoordelijke minister schuift dit voorstel echter terzijde (evenals het meerderheidsrapport van de commissie) en dient in 1844 een nieuw ontwerp in. Deze 'wet op de uitoefening van verschillende takken der geneeskunst' bevat voorstellen tot opheffing van de stand der heelmeesters en vroedmeesters; het wordt met grote meerderheid van stemmen door de Kamer verworpen.

De wens tot verbetering van de geneeskundige staatsregelingen is één van de belangrijkste drijfveren geweest voor het ontstaan van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst; afgekort tot NMG (later KNMG). In 1846 wordt vanuit de 'Geneeskundige Kring' te Zutphen het initiatief genomen om te komen tot één landelijke organisatie. Overweging daarbij is 'de bevordering van het oprigten van geneeskundige kringen ook op andere plaatsen van ons vaderland; dat uit de vereniging dier kringen als vanzelf een geneeskundig congres zou voortkomen, hetwelk de handhaving der belangen van den geneeskundigen stand zich ten doel stellende, de herziening der geneeskundige wetten gemakkelijk zou kunnen voorbereiden¹⁴⁾. Dit initiatief heeft in 1849 geleid

tot de gewenste standsorganisatie; een organisatie die op haar beurt een belangrijk aandeel heeft gehad in het tot stand brengen van de Geneeskundige Wetten uit 1865.

Ongeveer gelijktijdig met de oprichting van de NMG 'en zeer waarschijnlijk om haar van aanvang af de wind uit de zeilen te nemen'¹⁵⁾ wordt op 25 juli 1848 een staatscommissie belast met de opdracht voorstellen tot herziening van de bestaande wetgeving te doen. In het rapport van de commissie wordt de stof, die tot dan toe in één regeling bijeen gebracht is, opgesplitst in vijf onderdelen die elk een onderdeel vormen voor een wetsontwerp; te weten:

- . het Geneeskundig Staatsbestuur
- . de uitoefening der geregtelijke geneeskunde
- . de uitoefening der Geneeskunst
- . de uitoefening der Artsenijbereidkunst en de handel in geneesmiddelen en heelkundige werktuigen
- . de examens ter uitoefening der Geneeskunst en der Artsenijbereidkunst

Uit het rapport blijkt dat men nog steeds de mening is toegedaan dat de wet ook de belangen der medische stand zou moeten beschermen: 'Tot ene goede geneeskundige wet behoort het, dat zij den geneeskundigen stand bestuurt en beschermt'¹⁶⁾. In het rapport wordt verder één uniforme opleiding voorgesteld en er wordt, in tegenstelling tot de voorstellen uit 1844, gepleit voor verschillende 'standen' geneeskundigen n.l. doctores en geneesmeesters.

In de reactie van de NMG op het rapport van de staatscommissie treden de tegenstellingen in de wereld van de geneeskundigen duidelijk aan het licht. Naar het oordeel van een meerderheid binnen de NMG behoren alleen de doctores bevoegd verklaard te worden tot de uitoefening der geneeskunst. Maar 'ene niet onbelangrijke minderheid meent te moeten berusten in, of weet alvast niets beters te geven dan, het stelsel door de Staatscommissie voorgeslagen. Een deel dier minderheid wenscht echter de geneesmeesters in elk geval te zien vervallen'.

In 1853 moet het kabinet Thorbecke, ten gevolge van een meningsverschil met de koning naar aanleiding van de zogenaamde April-beweging, het veld ruimen. Van de regeringen, die na de val van het kabinet aan het bewind komen, is niets te verwachten¹⁷⁾. Zwakke ministeries uit zwakke kabinetten met een korte levensduur ondernemen tussen 1853 en 1862 vruchteloze pogingen tot wijziging van de Geneeskundige Staatsregeling.

In 1862 komt Thorbecke opnieuw aan het bewind en nog in datzelfde jaar, op 18 juni 1862, dient hij vier wetsontwerpen in die strekten tot:

- regeling van het geneeskundig staatstoezicht
- regeling der voorwaarden ter verkrijging der be-



J.R. Thorbecke

- voegdheden van geneeskundige, apotheker, hulpapotheker en vroedvrouw
- regeling der uitoefening der geneeskunst
 - regeling van de uitoefening der artsenijsbereidkunst

* In de ontwerp-regeling van het geneeskundig staatsstoezigt wordt niet meer gesproken van staatsbestuur maar van staatsstoezigt. De geneeskundige ambtenaren hebben (volgens het ontwerp) niet te besturen 'maar te onderzoeken waar en waardoor de volksgezondheid nadeel lijdt, aan te wijzen welke middelen ter verbetering kunnen worden gebezigd, en wijders te waken voor de handhaving van de wetten'. De Commissiën voor geneeskundig onderzoek en toezigt hebben hier afgedaan.

De taak van het 'staatsstoezigt' is tweeledig. In de eerste plaats omvat deze taak 'het onderzoek naar den staat der volksgezondheid en, waar noodig, de aanwijzing en bevordering van middelen ter verbetering'. Ten tweede 'de handhaving der wetten en verordeningen in het belang der volksgezondheid vastgesteld'. In dit ontwerp is geen sprake van enige invloed van de medische stand op de geneeskundig ambtenaren; dit in tegenstelling tot de voorgaande periode. 'Is het noodig dat toezigt gehouden worde over de uitoefening van de praktijk, welnu, dat de medici zelve zoodanig toezigt organiseren', meent Thorbecke in antwoord op protesten uit de Kamer tegen 'het keurslijf eener geheel bureaucratistische organisatie' waarop de invloed van de stand ontbreekt¹⁸).

* In de ontwerp-regeling der voorwaarden ter verkrijging der bevoegdheden worden twee categorieën geneeskundigen onderscheiden:

- de doctores (medicinae, chirurgiae, en artis obstetriciae) die een universitaire opleiding hebben genoten, zullen hun bevoegdheden behouden totdat de herziening van het hoger onderwijs anders zal beschikken.
- een nieuwe stand van genees-, heel- en vroedmeesters, die (na met goed gevolg twee staats-examens te hebben afgelegd) tot uitoefening der geneeskunst worden toegelaten¹⁹).

Beide categorieën geneeskundigen zullen in de voorstellen de geneeskunst in volle omvang mogen uitoefenen. In de Memorie van Toelichting wijst Thorbecke er op 'dat voor de gegradueerde geneeskundigen, zonder hervorming van het hooger onderwijs zelf, de gewenschte eenheid van de stand niet wel kan worden ingevoerd'. Het wetsontwerp is gericht op de gewenste eenheid maar Thorbecke meent dat men niet moet wachten op de hervorming van het hooger onderwijs. Thorbecke zelf heeft in dit wetsontwerp belangrijke wijzigingen aange-

bracht. Hij stelt het geneeskundig staatsexamen voor iedereen (ongeacht z'n opleiding) verplicht. Op deze wijze wordt de gewenste eenheid alsnog tot stand gebracht. In de praktijk blijkt al snel dat de klinische scholen niet aan de gestelde eisen kunnen voldoen; ze worden succesievelijk opgeheven²⁰). Het staatsexamen wordt in 1878 met de wettelijke regeling van het hoger onderwijs omgezet in een universitair examen²¹). En zo wordt in de praktijk bereikt dat in korte tijd de opleiding van geneeskundige uitsluitend een universitair karakter krijgt.

* In de ontwerp-regeling der uitoefening der Geneeskunst wordt als een der belangrijkste doelen, de bestrijding der kwakzalverij genoemd. Thorbecke zèlf is er overigens ook niet zo van overtuigd dat de kwakzalverij door een wettelijke regeling uitgebannen zal worden. 'Wordt voor de kwakzalver het in het openbaar aanbevelen van eenig geneesmiddel onmogelijk, dan zal reeds veel gewonnen zijn', zo stelt hij in de Toelichting. Daarin wordt verder gesteld: 'het verschil



De marskramer

van gevoelen over de bepaling van hetgeen van kwakzalverij strafbaar moet worden gesteld is niet gemakkelijk op te lossen'. Het Tweede Kamerlid Godefroi, zelf doctor, stelt de zaken tijdens de openbare behandeling duidelijk tegenover elkaar: 'Men moet òf willen het monopolie, òf volkomen vrijheid'22).

We willen in het kader van deze studie over de medische beroepsuitoefening wat uitvoeriger ingaan op de inhoud van dit wetsontwerp en de belangrijkste artikelen even noemen.

- Artikel 1 is verreweg het voornaamste artikel uit de wet.

Het gaat over de bevoegdheid tot het uitoefenen van de geneeskunst. Onder uitoefening van de geneeskunst verstaat de wet: 'het verlenen van genees-, heel-, of verloskundige raad of bijstand als bedrijf', hetgeen alleen veroorloofd is aan diegene aan wie deze bevoegdheid krachtens de wet is toegekend. De bevoegdheid om 'de geneeskunst in haar volle omvang' uit te oefenen wordt verkregen door 'het afleggen van door de wet gevorderde examens'.

Twee problemen hebben in de loop van de tijd veel discussiestof doen opwaaien, achtereenvolgens:

- de bevoegdheid om de *geneeskunst in volle omvang* uit te oefenen

- de *monopolie*-positie van de artsen.

We zullen nu niet verder ingaan op deze punten. Het eerste punt komt in deel III ter sprake; het tweede wordt uitvoerig behandeld in deel II.

- Artikel 2 behelst de regeling voor toelating van houders met buitenlandse diploma's. Dit artikel is inmiddels reeds enkele malen gewijzigd.

- Artikel 3 is aanvankelijk in combinatie met de strafsanktie van artikel 18 bedoeld om de kwakzalverij te bestrijden. Het bepaalt dat alleen de geneeskundige 'binnen de grenzen zijner bevoegdheid' in het openbaar aan mag kondigen dat hij de geneeskunst uitoefent; alleen hij mag een titel voeren die hem 'aan het publiek als geneeskundige aanwijst'.

In 1886 is artikel 18 - na invoering van artikel 436 van het Wetboek van Strafrecht - vervallen verklaard²³).

- De artikelen 4, 5, 6 en 7 geven een aantal voorschriften voor artsen. Deze artikelen handelen over het viseren van het artsdiploma, de verplichting om kennis te geven van vestiging van een praktijk, de verplichting om mee te werken aan de medische statistiek en regels t.a.v. vaccinatie.

- De artikelen 8 t/m 11 regelen de verhouding arts-apotheker. Met de wet op de geneesmidde-

len-voorziening die in oktober 1963 in werking is getreden, hebben de artikelen 8 t/m 10 een andere inhoud gekregen.

- De dan volgende artikelen zijn in het kader van deze studie van minder belang. Een aantal ervan is reeds vervallen (nl. de artikelen 13, 14 en 18). De artikelen 15 t/m 17 gaan over vroedvrouwen en de artikelen 20 t/m 23 hebben betrekking op overgangsbepalingen en bepalingen over het in werking treden van de wet. De hee-meesters en chirurgijns mogen voor zover ze een praktijk hebben hun werkzaamheden blijven voortzetten maar hun praktijk mag niet overgenomen of verplaatst worden.

De NMG verklaart zich bij de indiening van de wetsontwerpen in grote lijnen akkoord. Deze instemming wekt op z'n minst enige verbazing want de eenheid van stand, die de NMG steeds heeft voorgestaan, wordt er niet door bereikt en evenmin wordt academische vorming als een vereiste gesteld. 'Steeds teleurgesteld in hare verwachtingen stelde de Maatschappij hare verlangens steeds lager. Men heeft de eisch laten vallen dat eerst het hooger onderwijs moest zijn geregeld. Het standpunt dat uitsluitend academisch gegradueerden tot de praktijk zouden moeten worden toegelaten is door de Maatschappij ontkennend beantwoord', zo verklaart een oprichter van de NMG in 1863²⁴).

Maar het heeft er tevens alle schijn van dat het hoofdbestuur van de NMG de algemene vergadering heeft overrompeld door onder tijdsdruk een snelle beslissing af te dwingen waardoor er nauwelijks gelegenheid heeft bestaan tot het voeren van ruggespraak met de afdelingen.

De behandeling van de wetsontwerpen heeft vanaf indiening op 18 juni 1862 tot aan de publikatie van de wetten op 1 juni 1865 binnen de nog vrij zwakke maatschappij grote controversen opgeroepen die zelfs het voortbestaan van de NMG bedreigden.

De parlementaire behandeling van de wetsontwerpen is lang en moeilijk. Uit het Voorlopig Verslag (20 maart 1863) blijkt dat de meeste Kamerleden de voorkeur geven aan eenheid van stand. De regeling van de bevoegdheid tot Uitoefening der Geneeskunst wordt door sommige leden positief benaderd als een 'poging om de gestadig toenemende kwakzalverij zoveel mogelijk te weren'. Anderen daarentegen menen 'dat de wet een veel te gestreng karakter heeft', terwijl men tevens de vraag opwerpt 'of hier het eigen belang der geneeskundigen niet meer in het spel is dan het belang der lijdende menschheid'²⁵).

Bij de openbare behandeling in de Tweede Kamer, die van 7 tot 29 maart 1865 duurt, blijkt dat een groot aantal adressen (105) aan de Kamer is gestuurd; zowel van voor- als van tegenstanders. De minister

krijgt als verwijt te horen dat hij veel te weinig rekening heeft gehouden met de wensen uit de Kamer. Sommige leden zijn van mening dat er teveel gereglementeerd wordt, ze vinden dat 'deze wetten van ons te il-liberaal zijn, een landsvaderlijk karakter hebben, eene patriarchiale kleur'.

Met betrekking tot de eenheid van stand, wordt door Thorbecke (zoals we bij de bespreking van het ontwerp reeds zagen) zèlf een gewijzigd ontwerp ingediend waarin de toelating tot de uitoefening der Geneeskunst op één wijze geregeld wordt. Tijdens de zitting van 21 maart stelt Thorbecke tamelijk onverwacht voor om in plaats van de in het ontwerp genoemde titels (geneeskundige, heilkundige, verloskundige) die titel arts in te voeren. Na enig gesputter van enkele kamerleden wordt hiermee ingestemd.

De vier wetsontwerpen worden tenslotte alle goedgekeurd; in de Tweede kamer met een betrekkelijk kleine meerderheid, in de Eerste Kamer met een belangrijke grotere meerderheid.

De geneeskundige wetten, bijgenaamd de Thorbeckewetten, worden op 1 juni 1865 (Staatsblad 60) gepubliceerd. De vier wetten zullen tezamen als 'de geneeskundige wetten' de geschiedenis ingaan. De Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst - één van de vier wetten - is nog steeds van kracht, zij het met een groot aantal tussentijdse wijzigingen (veertien maal).

Na invoering van de geneeskundige wetten loopt het aantal artsen aanvankelijk nogal terug, zeker als men de bevolkingsaanwas daarbij in aanmerking neemt. Tabel 3 geeft een beeld van het teruglopen van het artsenaantal kort na 1865²⁶).

De tabel laat zien dat eerst in 1883 specialisaties in de statistieken voorkomen. Daarna stijgt de tendens tot specialisatie snel, mede door de toenemende kennis en inzicht in de medische wetenschap. Er ontstaan talrijke specialismen waarvoor op den duur ook een aparte voortgezette opleiding wordt opgezet²⁷).

Tabel 3: Verloop van het aantal artsen na 1865

Jaar	aantal geneeskundigen	specialisten
1849	2432	-
1865	2506	-
1883	1859	32
1900	2287	136
1922	3646	806
ter vergelijking: 1970	15.644	6.489

Een van de belangrijkste motieven voor het opstellen van de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst is de bestrijding van de kwakzalverij. Al snel blijkt dat de wet niet aan dit doel beantwoordt. Het pogen om de kwakzalverij alsnog de kop in te drukken, met behoud van de monopoliepositie van de arts zal in het volgende deel aan de orde gesteld worden.

II De geschiedenis van het monopolie van de arts

Uitoefening der geneeskunst 'waaronder de wet het verlenen van genees-, heel- of verloskundigen raad of bijstand als bedrijf verstaat, is alleen geoorloofd aan degenen, aan wie de bevoegdheid daartoe volgens de wet is toegekend' zo wordt in de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst gesteld. Erg veel houvast biedt het eerste lid van artikel 1 niet. In 1938 is een tweede lid aan artikel 1 toegevoegd¹⁾. Hierin wordt aangegeven wat onder 'het verlenen van genees-, heel- of verloskundigen raad' verstaan dient te worden n.l. 'het als bedrijf onderzoeken van een orgaan of een deel van het menselijk lichaam, welk orgaan of welk deel in zijne werking tekort schiet of een ander gebrek vertoont, zoodanig tekort of gebrek tegemoet te komen'. Twijfel of onderzoek onder het begrip geneeskunst valt, is met deze toevoeging weggenomen. Op grond van deze weinig specifieke artikelen moet de rechter sinds 1865 zijn uitspraken over het al dan niet onbevoegd uitoefenen der geneeskunst baseren. Al snel worden deze uitspraken van de rechter verlangd. De Wet op de Uitoefening der Geneeskunst blijkt niet in staat de kwakzalverij de kop in te drukken. Reeds in 1870 moet de Hoge Raad een uitspraak doen over het optreden van magnetiseurs. Deze en andere onbevoegden zoals kruidendokters en helderzienden voeren steeds opnieuw als argument aan dat ze geen geneeskunst in de zin der wet uitoefenen en dus ook niet strafbaar zijn wanneer ze hun praktijken uitoefenen. De Hoge Raad heeft dit verweer steeds verworpen en aan het begrip geneeskunst een ruime uitleg gegeven. 'Onder uitoefening der geneeskunst is in de zin der wet te verstaan elke bijstand, ook door het aanwenden van hetzij bestaande, hetzij gewaande krachten, indien dit geschiedt met de werkelijke of voorgewende strekking om daarmede de genezende werking op een krank lichaamsdeel uit te oefenen'²⁾. Er is volgens de Hoge Raad ook sprake van geneeskundige raad of bijstand 'wanneer hij verleend wordt buiten tegenwoordigheid van de lijder'³⁾. En 'nergens stelt de wet de eis dat degene, aan wie die raad wordt verschaft inderdaad ziek is'⁴⁾. Het verstrekken van kruiden 'met aanwijzing hoe deze te gebruiken en zulks met de voorgewende of werkelijke strekking om genezende werking op die ziekten en kwalen uit te oefenen' moet eveneens als uitoefening der geneeskunst aangemerkt worden⁵⁾. Wanneer men voor een andere genezing door gebed afsmeeft valt dat niet onder het verlenen van geneeskundige raad of bijstand. Maar wanneer de behande-

ling van een magnetiseur mede bestaat uit bidden dan wordt aan deze behandeling de aard van geneeskundige bijstand niet ontnomen⁶⁾.

Deze en andere arresten van de Hoge Raad tonen duidelijk aan dat het optreden van kwakzalvers (de verzamelnaam voor magnetiseurs, kruidenkundigen en dergelijke lieden) wel degelijk als uitoefening van de geneeskunst beschouwd moet worden.

In dit deel zal de onbevoegde uitoefening van de geneeskunst centraal staan. We willen de voorstellen tot verruiming van het streng wettelijke kader, die tegelijkertijd een aantasting van de monopoliepositie van de arts inhouden, wat nader bezien. Daartoe worden in het eerste hoofdstuk de voorstellen van de twee staatscommissies uit 1917 besproken. Deze twee commissies krijgen als opdracht, rapport uit te brengen over de vraag of het aanvaardbaar is om het terrein van de uitoefening der geneeskunst wat minder streng af te perken en onder welke voorwaarden een grotere vrijheid toegestaan zou kunnen worden. Het tweede hoofdstuk gaat in op de situatie rond de onbevoegde uitoefening der geneeskunst na de Tweede Wereldoorlog. Het gaat dan om de pogingen een onderscheid aan te brengen tussen alternatieve genezers en kwakzalvers. In een rapport van de interdepartementale werkgroep Muntendam worden voorstellen gedaan waarin alternatieve genezers en anderen ruimte gegeven wordt om onder bepaalde restricties het terrein der geneeskunst ongestraft te betreden.

In het derde hoofdstuk worden de voorstellen van twee staatscommissies, de commissie Peters en de commissie De Vreeze, besproken. De voorstellen van de commissie Peters tasten de wet uit 1865 niet aan; ze komen in feite neer op het terugdringen van de strafmaatregelen. De voorstellen van de commissie de Vreeze zijn veel verdergaand; ze zullen in de voorontwerp-wet BIG in grote trekken worden overgenomen.

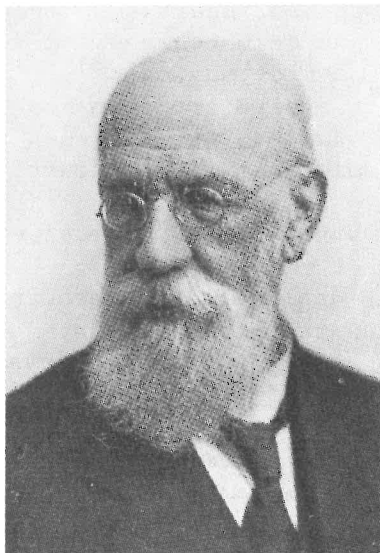
1. De twee staatscommissies uit 1917

Het verschijnsel van de onbevoegde uitoefening der geneeskunst is rond de eeuwwisseling een alledaagse verschijnsel. Overtreding van de wet uit 1865 wordt zelden bestraft en indien er in een enkel geval toch vervolgd wordt, is de straf meestal licht en werkt de publiciteit rond de rechtzaak niet zelden in het voordeel van de overtreder. Ook valt er een zekere ontevredenheid met het stelsel waar te nemen, waarin de overheid de zieke belet genezing te zoeken daar waar hij hoopt die te kunnen vinden.

In oktober 1913 wordt in een request aan Koningin Wilhelmina aangedrongen op meerdere vrijheid op het gebied van de medische beroepsuitoefening. De belangrijkste wens van de drie adressanten, bijgenaamd de drie H's, is: 'de menschheid vrij te laten behan-



Mr. J. van Houten



Jhr. Mr. R. O. van Holthe tot Echten
bijgenaamd de 3 H's



Mr. J. A. van Hamel

deling te zoeken daar, waar zij zulks wenscht en leniging of genezing van kwalen meent te zullen vinden⁷⁾. Naar aanleiding van dit adres brengt de Centrale Gezondheidsraad in december 1916 advies uit⁸⁾. De Raad staat in meerderheid niet afwijzend tegenover het verzoek om meer vrijheid op geneeskundig terrein. Men onderkent dat een der belangrijkste doelen van de wet uit 1865 niet is bereikt (= uitbanning van de kwakzalverij); 'en het is al zeer onwaarschijnlijk te achten, dat het met de bovenstaande bepaling als staand recht ooit anders zal worden'. Het aantal onbevoegden dat werkzaam is op het terrein van de geneeskunst 'is zeker zéér groot en zelfs niet bij benadering te schatten'. Het wordt dan ook hoog tijd 'dat worde omgezien naar middelen, die, nu de zgn. kwakzalverij zelve niet kan worden belet, de schadelijke gevolgen daarvan behoorlijk te bestrijden⁹⁾. De Raad zelf acht zich niet bevoegd om een oordeel te vellen maar wil wel een onderzoek naar:

'de mogelijkheid van het maken van een afgerond geheel van doeltreffende bepalingen, waarin wordt gewaakt tegen misleiding, misbruik van vertrouwen, aannemen van valsche titels, speculatie op onwetendheid van het publiek door zogezegd onbevoegden, alsmede bepalingen die, voor zoover de bestaande strafwet daarin reeds niet voorziet, benadeeling van lijf of gezondheid van anderen door bedoelde onbevoegden tengevolge van onbekwaamheid en onvoorzichtigheid zouden kunnen voorkomen'.

Het advies van de Centrale Gezondheidsraad leidt tot de instelling van twee staatscommissies: de staatscommissie Pekelharing en de staatscommissie Van Houten.

1.1. De staatscommissie Pekelharing

Op 31 juli 1917 wordt bij Koninklijk Besluit de staatscommissie Pekelharing ingesteld. Het is een commissie van medisch deskundigen die als opdracht krijgt: *'een onderzoek in te stellen naar de doeltreffendheid van de door niet wettelijk toegelaten beoefenaren van de geneeskunst, toegepaste geneeswijzen en naar de door dezen verkregen resultaten'*. De staatscommissie kiest een nogal ongewone methode om de doeltreffendheid van geneeswijzen te beoordelen. In een aantal dagbladen en periodieken wordt een advertentie geplaatst met de oproep, dat een ieder die meent bepaalde gaven of methode te bezitten, om kwalen van welke aard danook te genezen, zich aan kan melden bij de commissie. De onbevoegde zal dan worden uitgenodigd om z'n geneeswijze te demonstrenen aan de commissieleden. De patiënten zullen voor en na de behandeling door een medisch deskundig lid van de commissie onderzocht worden om het resultaat van de behandeling vast te stellen. Een aantal onbevoegden geeft aan deze oproep gehoor, waaronder zelfs een veeverloskundige. Verder komen er zo'n 400 attesten binnen van personen die door onbevoegden genezen zouden zijn; ze worden door commissie niet als voldoende bewijs geaksepteerd.

In het rapport dat de staatscommissie op basis van haar bevindingen opstelt, worden de (96) ziektegevallen beschreven. In geen van de gevallen blijkt de genezende kracht van de gedemonstreerde behandeling de status 'geneeskunst' waardig. In de meeste gevallen blijft de toestand van de patiënt dezelfde. Soms heeft de patiënt 'zich niet weder vertoond' of onttrekt hij zich aan verdere behandeling. Soms ook is de te demonstrenen patiënt al overleden. De schuld wordt dan veelal bij de patiënt gelegd die de goede raadgevingen niet opgevolgd zou hebben, of bij de commissieleden die tijdens de behandeling tussenbeide zijn gekomen omdat ze de verantwoording voor de behandeling niet langer op zich durfden nemen. In een zeldzaam geval treedt inderdaad verbetering op maar zelfs dan is vaak niet duidelijk waardoor die verbetering veroorzaakt is. Dit is bijvoorbeeld het geval bij een patiënt die met zalf behandeld wordt: 'het insmeren met zalf genas de patiënt niet, zoals hij meende van syphilis maar van zijn vrees'. Niet alleen de methode die de staatscommissie hanteert bij de beoordeling van de doeltreffendheid van geneeswijzen roept vragen op. Ook de categorie genezers die zich aanmeldt om haarmethoden te demonstrenen is hoogstwaarschijnlijk niet als representatief aan te merken. Zo hebben bijvoorbeeld de beoefenaars van de, later wettelijk erkende, oefentherapie Mensendieck zich niet bij de commissie aangemeld. De konklusie van de staatscommissie laat geen twijfel bestaan over de doeltreffendheid van de genees-

wijzen van onbevoegden¹⁰⁾.

'Eenstemmig is de commissie van oordeel, dat al de onbevoegden, die door haar zijn onderzocht, ook al wordt aan hun goede trouw en aan de zuiverheid van hun bedoelingen niet getwijfeld, indien zij op eigen gezag zieken behandelen, gevaarlijk kunnen zijn voor hun patiënten en, met betrekking tot besmettelijke ziekten, gevaarlijk zijn voor de maatschappij. Zij weten niet wat zij doen en zijn, door hun gebrek aan kennis, niet in staat te beoordelen of zij niet den juiststen tijd voor een doelmatige behandeling laten voorbijgaan'.

1.2. De staatscommissie Van Houten

Staatscommissies Geneeskunde.

Bij Kon. Besluit is ingesteld:

1o. Een commissie tot onderzoek hoe de wettelijke bepalingen betreffende de uitoefening van de geneeskunst zouden moeten luiden, indien de bevoegdheid tot het uitoefenen dier kunst niet meer afhankelijk werd gesteld van met goed gevolg afgelegd artsexamen en zijn in die commissie benoemd tot lid en voorzitter mr. S. van Houten; tot leden jhr. mr. J. W. M. Bosch van Oud-Amelisweerd, lid van de Eerste Kamer te Utrecht; mr. J. A. van Hamel, oud-hoogleraar aan de Gem. Universiteit te Amsterdam, lid van de Tweede Kamer; jhr. mr. R. O. van Holthe tot Echten, raadshier in het Gerechtshof te 's-Hage; mr. D. Simons, hoogleraar te Utrecht, en tot secretaris mr. B. E. dersheim, advocaat te 's-Hage;

2o. een commissie tot onderzoek naar de doeltreffendheid van de door niet wettelijk toegelaten beoefenaren der geneeskunst toegepaste geneeswijze en naar de door dezen verkregen resultaten. In die commissie zijn benoemd tot lid-voorzitter dr. C. A. Pekelharing, hoogleraar te Utrecht, dr. H. J. Lameris, id., dr. D. Schermes, geneesheer-directeur van het Chr. Sanatorium voor zenuwlijders te Zeist, dr. J. H. Schuurman Spekhoven, insp. van het Staatstoezicht voor krankzinnigen en krankzinnigengestichten te Utrecht, dr. N. P. van Spanje, geneesheer-directeur van het O. L. Vrouwen-gasthuis te Amsterdam, dr. H. Treub, hoogleraar en dr. J. K. A. Wertheim Salomonson, buitengewoon hoogleraar, beiden aan de Gem. Universiteit te Amsterdam, dr. C. Winkler, hoogleraar te Utrecht, en dr. W. P. C. Zee-man, hoogleraar aan de Gem. Universiteit te Amsterdam; tot secretaris W. Storm van Leeuwen, arts te Utrecht.

Advertentie uit het
Algemeen Handelsblad
1 augustus 1917

De staatscommissie Van Houten wordt evenals de staatscommissie Pekelharing op 31 juli 1917 geïnstalleerd. Deze commissie van juridische deskundigen krijgt als opdracht te onderzoeken: *'hoe de wettelijke bepalingen betreffende de uitoefening van de geneeskunst zouden moeten luiden, indien de bevoegdheid tot het uitoefenen van die kunst niet meer afhankelijk werd gesteld van het bezit van het getuigschrift van met goed gevolg afgelegd artsexamen'*.¹¹⁾

De taak van deze staatscommissie is dus duidelijk begrensd tot het opstellen van wettelijke regelingen. Over de verbodsbepaling tegen 'uitoefening der geneeskunst in haren geheelen omvang door anderen dan de wettelijk daartoe bevoegd verklaarden' uit de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst wil en hoeft de staatscommissie zich, overeenkomstig haar opdracht, niet uit te spreken.

Het standpunt van de Centrale Gezondheidsraad ten aanzien van de noodzaak om althans de schadelijke gevolgen van de kwakzalverij te bestrijden nu de kwakzalverij zelf niet uit te roeien blijkt, wordt door de staatscommissie overgenomen. De commissie stelt voor het terrein van de geneeskunst óók voor onbevoegden open te stellen met uitzondering van een aantal medische verrichtingen. Bij deze in het voorstel genoemde handelingen zal de verbodsbepaling van kracht blijven, hetzij omdat hier een bijzondere mate van wetenschappelijk inzicht of technische bekwaamheid nodig is, hetzij om sociale redenen (bijvoorbeeld behandeling van geslachtsziekten) of omdat behandeling ernstige gevolgen voor de gezondheid van de patiënt zou kunnen hebben.¹²⁾ Wil men als ongediplomeerde de geneeskunst gaan uitoefenen (met uitzondering van de voorbehouden handelingen) dan dient men wel 'vóór het begin der uitoefening van dat bedrijf, eene verklaring in te leveren' bij de inspekteur der volksgezondheid van het betreffende district, aldus het voorstel van de staatscommissie. In het rapport van de commissie worden vervolgens een aantal gebods- en verbodsbepalingen rond deze

voorstellen uitgewerkt. Het belangrijkste uit deze voorstellen zijn wel de nieuwe strafmaatregelen voor onbevoegden. Tevens is er een bepaling opgenomen die het niet-gediplomeerden bij voorbaat onmogelijk maakt zich te beroepen op onvoldoende medische kennis om zich daarmee vrij te pleiten. Letsel door schuld of nalatigheid en bedriegelijke handelingen zullen vervolgd worden.

De voorgestelde regeling heeft volgens de commissie als groot voordeel dat nieuwe geneeswijzen op het terrein van de geneeskunst ingang kunnen vinden. Eigenlijk is hier al sprake van het zogenaamde Scandinavische stelsel (waarvan in de loop der geschiedenis nog vaker sprake zal zijn) waarin het onbevoegden is toegestaan het terrein van de geneeskunst te betreden met uitzondering van bepaalde gebieden.

Ideeën van de staatscommissie Van Houten zullen we in de loop der geschiedenis van de onbevoegde uitoefening van de geneeskunst nog vaker tegen komen. Diverse commissie zullen zich in de toekomst buigen over de vraag of aan onbevoegden enige vrijheid gelaten kan worden op het terrein der geneeskunst. In de verschillende voorstellen zullen de afbakening van het terrein van de geneeskunst en strafmaatregelen voor onbevoegden een centrale plaats innemen. In 1917 worden de voorstellen van de staatscommissie Van Houten als niet relevant terzijde geschoven. Het onderzoek van de staatscommissie Pekelharing heeft immers 'duidelijk' uitgewezen dat de wettelijke bepalingen zeker niet gericht moeten worden op een vrijere toegang tot het gebied van de geneeskunst. Integendeel, dit terrein dient streng bewaakt en omheind te worden. Met sancties moet niet bedreigd worden; men moet ze daadwerkelijk toepassen. Dat men het oordeel van deze commissie van medische deskundigen zó zwaar laat wegen dat het de voorstellen van de commissie Van Houten geheel overschaduwde, heeft nog een andere achtergrond. De toenmalige minister Aalberse kan het zich niet veroorloven de medici tegen zich in het harnas te jagen. Er staan nog andere wetten op stapel waar hij de medewerking van de medici bij nodig heeft, met name de ziektewet en een wettelijke regeling van het ziekenfondswezen 13). De vooruitstrevende ideeën van de staatscommissie Van Houten blijven dan ook voorlopige ideeën en verdwijnen voor lange tijd naar de achtergrond.

2. Onbevoegde uitoefening der geneeskunst na de Tweede Wereldoorlog

De wetgeving op het gebied van de gezondheidszorg in Nederland is voor 1940 vooral vanuit het laissez-faire principe tot stand gekomen. De wetgever beperkt zich voornamelijk tot het achteraf opstellen van regels, indien dat in het kader van het particulier initiatief vereist wordt. Tijdens de oorlog ko-

men er onder invloed van de Duitsers een aantal regelingen tot stand zoals bijvoorbeeld het Ziekenfondsenbesluit en het Basisbesluit voor de Paramedische Bedrijven uit 1942. Deze zogenaamde oorlogswetgeving wordt na 1945 voor een groot deel vervallen verklaard en vervangen door een Nederlandse wetgeving. Bij het tot stand komen van de wetgeving na 1945 neemt de regering veel duidelijker en veelvuldiger het heft in handen. Het laissez-faire principe wordt los gelaten; men gaat nu van het standpunt uit dat de regering in moet grijpen daar waar het particulier initiatief faalt of tekort schiet. Voorbeelden van deze houding zijn een doelgerichte ondersteuning van de kruisverenigingen en het tot stand brengen van de Wet op de Paramedische Beroepen (die we in deel III uitvoerig zullen behandelen).

Bestrijding van de kwakzalverij door invoering van de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst heeft zeer duidelijk gefaald. Overtreding van deze wet is een alledaags verschijnsel geworden dat nauwelijks nog enig opzien baart. Slechts zelden wordt tegen kwakzalvers opgetreden; de wet is op dit punt een bijna dode letter geworden. Onbevoegden kunnen vrijwel ongestoord hun gang gaan en bewaking van de kwaliteit van de gezondheidszorg wordt daardoor een nogal lastige zaak. De overheid die zich verantwoordelijk acht voor de kwaliteit van de gezondheidszorg kan niet lijdelijk blijven toezien hoe de wettelijke regelingen met voeten getreden worden.

De pogingen om deze onwenselijke situatie aan te pakken, spitsen zich omstreeks 1950 vooral toe op het aanbrengen van een onderscheid tussen kwakzalvers en paranormale genezers. De achterliggende gedachte hierbij is dat aan 'paranormalen' mogelijk wel enige vrijheid op het terrein van de geneeskunst gelaten kan worden.

2.1. Aandacht voor de paranormale geneeswijzen

Na de Tweede Wereldoorlog ontstaat er een sterke stroming ten gunste van de paranormale geneeswijzen. Twee organisaties op het terrein van de paranormale geneeswijzen dienen in dit verband genoemd te worden: de Nederlandse Werkgroep van Praktizerende genezers en de Nederlandse Federatie van Paranormale en Natuurgenezers.

De Nederlandse Werkgroep voor Praktizerende genezers ijvert voor toelating van bonafide magnetiseurs op het terrein van de geneeskunst binnen medisch verantwoorde grenzen ¹⁴). De Nederlandse Federatie van Paranormale en Natuurgenezers is voor een zekere vrijheid voor paranormale genezers op het gebied van de uitoefening van de geneeskunst onder beperkende voorwaarden. Een aantal gebieden, zo meent de Federatie, moet aan de arts voorbehouden blijven en de arts zal

moeten beoordelen of 'genezers' een zieke mogen behandelen 15). De Federatie staat kritisch tegenover het standpunt van de Werkgroep voor Praktizerende genezers die met het ijveren voor 'erkende genezers' een zware verantwoordelijkheid op zich laadt.

Reeds voor de Tweede Wereldoorlog is een poging ondernomen om enige vrijheid voor paranormale genezers te kreëren. In een adres aan de Minister van Arbeid, Nijverheid en Handel pleiten mr.dr.L.W.R. van Deventer e.a. ervoor, de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst zodanig te wijzigen dat alleen de toepassing der wetenschappelijke geneeskunde het monopolie der artsen blijft. Tevens stelt men voor om in een tweede lid van deze wet te bepalen dat uitoefening van de zogenaamde magnetische geneeswijze niet geacht wordt te vallen onder de uitoefening der geneeskunst. Een dergelijke regeling is in 1938 wel voor heilgymnasten-masseurs en opticiëns tot stand gekomen (een regeling waar we in deel III nader op in zullen gaan), maar de poging om de paranormale geneeswijzen onder deze wetswijziging te brengen heeft geen succes.

De latente problematiek rond de onbevoegde uitoefening der geneeskunst wordt weer aktueel met de strafrechtelijke vervolging van de Maastrichtse magnetiseur Lemmen in 1950. Tijdens de rechtszitting wordt door getuigen à décharge aangevoerd, welk een gunstige uitwerking behandelingen van de magnetiseur op z'n patiënten heeft; met behulp van een film wordt dit pleidooi ondersteund. De rechtbank meent dat deze bewijzen beter in de Kamers der Staten-Generaal geleverd kunnen worden ter bepleiting van een nieuwe wet. Het is immers zo 'dat de rechter niet enig gebied van de geneeskunde of enigerlei wijze van genezen aan de uitoefening van geneeskunst onttrokken zou kunnen rekenen, zolang de wetgever niet voor zodanig deel in nadere regeling zal zijn getreden' 16).

Op 12 oktober 1950 richt de Nederlandse Werkgroep voor Praktizerende genezers zich tot de Minister van Sociale Zaken. De Werkgroep geeft daarmee uiting aan haar streven om tot een doeltreffende samenwerking te komen met overheid en wetenschap. Een konsept voor een controle-systeem voor magnetiseurs vergezelt het adres aan de minister. Dit adres wordt aan de voorzitter van de Gezondheidsraad, dr.J.J. Brutel de La Rivière, voorgelegd; deze brengt op 7 februari 1952 advies uit. In dit advies wordt gepleit voor een wet die de behandeling van zieken door onbevoegde personen toelaat (met beperkende bepalingen). Daarbij wordt verwezen naar de Deense en Noorse wetgeving. Verder zouden er volgens dit advies strafsankties moeten komen voor onbevoegden die schade berokkenen aan de gezondheid van hun patiënten. Het aanvoeren van gebrek aan kennis van de onbevoegden, zal in dat geval niet als exkuus ge-

aksepteed mogen worden.

Tegen dit laatste worden vooral van juridische zijde bezwaren aangevoerd. Wanneer gebrek aan kennis uitdrukkelijk als verontschuldigungsgrond zou worden uitgesloten, komt men in konflikt met een fundamenteel beginsel van het Nederlandse strafrecht namelijk: geen straf zonder schuld.

De regering besluit dan tot het instellen van kritisch-wetenschappelijk onderzoek. Hierin zou moeten worden nagegaan of en zo ja welke maatregelen getroffen zouden moeten worden om aan onbevoegden een zekere mate van vrijheid van behandeling te laten.

De gezondheidsorganisatie van TNO wordt met dit onderzoek belast. Het vraagstuk, zo stelt TNO, heeft een maatschappelijke en een wetenschappelijke kant. Het verlenen van een zekere vrijheid aan onbevoegden vormt het maatschappelijk aspekt. Onorthodoxe genezingen worden hier niet in twijfel getrokken. Het wetenschappelijk aspekt wordt gevormd door de objektieve maatstaven die men moet hebben om de mate waarin onorthodoxe genezers er in slagen genezingen te bewerkstelligen, te meten.

Op 27 november 1957 doet de gezondheidsorganisatie van TNO verslag van haar bevindingen aan de Minister van Justitie. Een onderzoek naar deze problematiek, zo stelt men, zal in het gunstigste geval niet méér uitwijzen dan dat bij *sommige zieken* genezing zou zijn verkregen langs onorthodoxe weg. Dit is slechts een bevestiging van uit de praktijk bekende feiten. Een bewijs voor het bestaan van een kausaal verband tussen deze genezing en het bestaan van paranormale vermogens zou hiermee allerminst geleverd zijn. Laat staan dat men uitspraken zou kunnen doen over een al of niet permanent aanwezig genezend vermogen, waarop ten alle tijde een beroep kan worden gedaan.

Kortom, hanteerbare wetenschappelijke criteria kunnen niet worden opgesteld. De poging om met behulp van wetenschappelijk onderzoek duidelijkheid te krijgen over de vraag of bepaalde (paranormale) geneeswijzen misschien tot de status geneeskunst verheven kunnen worden, en dus wettelijk erkenning verdienen, loopt zodoende op niets uit.

Een kritisch wetenschappelijk onderzoek is ook niet nodig indien men het monopolie van de arts op het terrein van de geneeskunst zou opheffen. Het zou in dat verband nuttig zijn een onderzoek in te stellen naar de wettelijke regelingen in de verschillende Europese landen op dit punt. De regering besluit een enquête in te stellen. Van het resultaat wordt verslag gedaan in een brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal in 1961 17).

De druk op de overheid om toelating van paranormale genezers op (een deel van) het terrein van de geneeskunst is inmiddels groot geworden. De vrijheid van de patiënt om hulp te zoeken daar waar hij die denkt te

vinden wordt steeds sterker benadrukt. Ook van de zijde van de justitie wordt op een spoedige regeling van deze netelige zaak aangedrongen daar het vervolgingsbeleid onhoudbare moeilijkheden oplevert. De overheid kan deze slepende kwestie niet langer op z'n beloop laten. In 1961 wordt een interdepartementale werkgroep ingesteld die zich met het vraagstuk van de uitoefening van de geneeskunst door onbevoegden gaat bezig houden.

3. De interdepartementale werkgroep Muntendam



Prof. Dr. P. Muntendam

De Directeur-Generaal van de Volksgezondheid, Prof. Dr. P. Muntendam, wordt voorzitter en de werkgroep staat danook al spoedig bekend als de 'interdepartementale werkgroep Muntendam' 18). De huidige situatie noopt de regering tot het overwegen van een of andere vorm van 'Kurierfreihheit'. Dit idee vormt het uitgangspunt van de werkgroep bij het opstellen van een proeve van wetswijziging. Het gaat er om een *aanvaardbare* vorm van Kurierfreihheit te vinden, aldus het rapport dat in de archieven van het Ministerie van Volksgezondheid bewaard wordt.

Afschaffing van het artsen-monopolie acht de werkgroep niet raadzaam. Men zou in dat geval het terrein waarop de onbevoegde zich zou mogen bewegen moeten afbakenen en vast moeten stellen waaruit strafbare onbevoegde uitoefening bestaat. Indien men toch een zekere vorm van Kurierfreihheit wil invoeren zonder het artsen-monopolie af te schaffen, dan rijst de vraag of het terrein van de geneeskunst voor een ieder toegankelijk zou moeten zijn of dat men slechts aan bepaalde (groepen) genezers deze vrijheid zal toestaan. Kiest men voor het laatste dan wordt men gekonfronteerd met de (nog) onoplosbare situatie om op basis van bepaalde criteria onderscheid te maken tussen de genezers die wèl en degenen die niet kunnen worden toegelaten (zie konklusie van het TNO-onderzoek II.2.1.).

Op grond van deze overwegingen meent de werkgroep dat de mogelijkheden zich beperken tot een keuze voor een negatief of een positief stelsel. In het positieve stelsel worden aan de onbevoegden (uitdrukkelijk) bepaalde bevoegdheden toegekend. In het negatieve stelsel vindt geen toekenning van bevoegdheden plaats maar worden alleen bepaalde vormen van onbevoegde uitoefening strafbaar gesteld.

Het negatieve stelsel geniet volgens de werkgroep de voorkeur om twee redenen. Ten eerste is het positieve stelsel minder aanvaardbaar voor de tegenstanders van Kurierfreihheit; dit stelsel zweemt naar een zekere erkenning van onbevoegde genezers. Ten tweede is de overheid niet overtuigd van de bekwaamheden van onbevoegden. Op grond van bepaalde motieven wil ze de onbevoegde uitoefening van de geneeskunst binnen bepaalde grenzen echter niet verhinderen.

Beperkte Kurierfreiheit houdt in het voorstel van de werkgroep Muntendam in dat de monopoliepositie van de arts niet langer op het gehele terrein van de geneeskunst van kracht is, maar op een beperkter terrein 19).

Indien de regering mocht besluiten tot een stelsel van beperkte Kurierfreiheit dan zullen er nieuwe strafbepalingen voor onbevoegden opgesteld moeten worden 20). Strafbaarstelling van onbevoegde uitoefening van de geneeskunst is een lastig probleem. In het Scandinavische stelsel, waarop de voorstellen van de werkgroep geënt zijn, is het uitoefenen van de geneeskunst in principe aan een ieder toegestaan. Slechts een aantal in de wet omschreven gebieden is aan de arts voorbehouden. Wanneer een onbevoegde schade berokkent aan de gezondheid van een patiënt kan hij, ongeacht zijn ontoereikende medische kennis, gestraft worden.

In Nederland zou het onverkort overnemen van het Scandinavische stelsel in konflikt komen met het adagium 'geen straf zonder schuld'. Vervolging van onbevoegden wordt hierdoor een moeilijke zaak. Men kan de onbevoegde niet verwijten dat hij patiënten met bepaalde moeilijk te herkennen ziekten zoals bijvoorbeeld tuberculose en kanker behandelt. De onbevoegde zal zich immers steeds kunnen vrijpleiten van schuld door zich te beroepen op z'n onvoldoende medische kennis. En zonder schuld geen straf !

Wel is in het voorontwerp een verbodsbepaling opgenomen voor de onbevoegde die 'personen in behandeling neemt van wie hij weet, of redelijkerwijs moet vermoeden dat zij lijdende zijn aan een besmettelijke ziekte in de zin van de Besmettelijke Ziektewet'. De werkgroep erkent dat het moeilijk zal zijn om het bewijs van een strafbaar feit te leveren, maar ze meent dat van een dergelijke bepaling vermoedelijk wel een preventieve werking uit zal gaan.

De werkgroep is verder van mening dat invoering van een registratiesysteem voor onbevoegden een wenselijke zaak is in het voorgestelde stelsel, ondanks het feit dat registratie zweemt naar een zekere erkenning van de geregistreerde. Het zal strafvervolging vergemakkelijken en de regering verkrijgt bovendien een inzicht in het aantal onbevoegde genezers.

Enige onenigheid onstaat binnen de werkgroep over de functie van een dergelijk registratiesysteem. Verschil van mening is er óók over de vraag bij *wie* de onbevoegde zich zou moeten aanmelden en wie het register onder z'n hoede moet krijgen. Deze meningsverschillen leiden tot een minderheidsnota van de vertegenwoordiger van Onderwijs en Wetenschappen en tot diens uittreding uit de werkgroep. De betreffende vertegenwoordiger is van mening dat inschrijving een puur administratieve aangelegenheid moet zijn. Wanneer inschrijving en doorhaling in het register af-

hankelijk gesteld worden van het oordeel van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, dan krijgt registratie teveel het kenmerk van erkenning (van al dan niet vermeende bekwaamheden) van de genezers. Voorschriften ten aanzien van het registreren zullen in de wet vastgelegd dienen te worden om een subjectief oordeel van wie danook uit de schakelen.

In het voorontwerp van wet wordt dan de term registratie vervangen door administratie.

Bij invoering van het voorgestelde registratiesysteem komt de vraag naar voren op welke manier de onbevoegde zich aan het publiek kenbaar zou mogen maken. Indien men enige ruimte voor onbevoegden schept, kan men hen niet verbieden dit openbaar aan te kondigen, meent de werkgroep. Bovendien is het voeren van titels als magnetiseur, kruidenkundige natuurgenezer e.d. in de huidige wetgeving ook niet strafbaar (men wenst artikel 3 van de W.U.G., dat handelt over bevoegdheden, te handhaven). De onbevoegde zou *wèl* onder de titel als magnetiseur, kruidenkundige e.d. in het registratiesysteem opgenomen kunnen worden, en zich als zodanig in het openbaar mogen aankondigen maar hij mag daarbij *niet* verwijzen naar het registratiesysteem. Essentieel is hier dat het publiek niet misleid wordt door titels die suggereren dat men met een wettelijk erkende genezer van doen heeft.

In grote lijnen is hiermee de proeve van wetswijziging van de interdepartementale werkgroep Muntendam geschetst. De tijd blijkt echter nog niet rijp te zijn om deze vooruitstrevende ideeën van de werkgroep wereldkundig te maken. Na een informele peiling van het veld blijkt dat de artsenorganisatie (KNMG) de voorstellen van de werkgroep volledig van de hand wijst. De voorzitter van de werkgroep acht het danook niet raadzaam om tot publikatie van de voorstellen over te gaan. Het rapport verdwijnt zo in de geheime archieven van het Ministerie.

De regering acht het raadzaam om opnieuw een commissie in het leven te roepen, daar het niet verantwoord is deze zaak politiek te laten liggen. De minister kan dan, in verband met z'n politieke verantwoordelijkheid, verwijzen naar die commissie. Een houding die een lid van de vaste kamercommissie de opmerking ontlokt dat de regering niet aan het studeren kan blijven. In de installatierede voor de nieuwe commissie (Peters) betoogt staatssecretaris Bartels dat de regering meent 'op grond van bepaalde overwegingen, die ik hier buiten beschouwing zou willen laten, te moeten overgaan tot instelling van een officiële niet-ambtelijke zo breed mogelijk samengestelde commissie²¹).

4. De commissie Peters

Op 11 augustus 1965 wordt bij beschikking van de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid de commissie Peters ingesteld die zich opnieuw met deze kwestie gaat bezighouden²²⁾. Deze uit negen leden bestaande commissie buigt zich opnieuw over het vraagstuk van de onbevoegde uitoefening van de geneeskunst²³⁾.

De commissie krijgt als taak te onderzoeken 'of het aanvaardbaar is, onbevoegden te vergunnen op beperkte schaal geneeskundige raad of bijstand te verlenen'. Opvallend is dat deze taakstelling nauwelijks afwijkt van die van de commissie Van Houten uit 1917. Deze commissie had als opdracht om na te gaan welke beschermende maatregelen getroffen zouden moeten worden *indien* het onbevoegden vergund zou worden het terrein der geneeskunst te betreden. De commissie Peters wordt gevraagd advies uit te brengen over de vraag of het aanvaardbaar is. Men ontkomt niet aan de indruk dat de klok vijftig jaar is terug gezet. De voorstellen van de commissie Peters zijn zo mogelijk nog verrassender. We zullen er wat nader op ingaan.

In de opdracht aan de commissie Peters gaat het in de eerste plaats om de vraag of het aanvaardbaar is 'onbevoegden te vergunnen op beperkte schaal geneeskundige raad of bijstand te verlenen'.²⁴⁾ Indien dat zo is, in welke gevallen is dat dan geoorloofd en welke sancties en controlemiddelen zijn in dat geval nodig. Is het verder nodig om, naast deze sancties en controlemiddelen, nog andere voorschriften voor onbevoegden op te stellen.

Bij z'n installatierede benadrukt de staatssecretaris dat 'het heil van de patiënt, van de zieke mens, die genees-, heel- of verloskundige hulp behoeft en die zich daartoe wendt tot degene van wie hij verwacht dat deze hem die zal kunnen verlenen' voorop moet staan bij de uitwerking van de opdracht.²⁵⁾

De commissie stuit al dadelijk op de interpretatie van de termen 'onbevoegden' en 'vergunnen'. Uit de installatierede meent de commissie op te maken dat bij het formuleren van de opdracht voornamelijk gedacht is aan paranormale genezers. De commissie merkt daarbij op de term 'onbevoegd' niet alleen beperkt te willen houden tot paranormale genezers; onbevoegde uitoefening komt immers in allerlei vormen voor. Dit gekonkludeerd hebbend besluit de commissie het vraagstuk toch in hoofdzaak te bezien tegen de achtergrond van paranormale genezers. Wat de term 'vergunnen' betreft, meent de commissie dat het op beperkte schaal vergunnen van uitoefening van de geneeskunst alleen aanvaardbaar is



De magnetiseur

'indien hun medische kennis en vaardigheid aan de hand van geijkte methoden zou kunnen worden vastgesteld'. Objektieve (wetenschappelijke) criteria om het genezend vermogen van alternatieve geneeswijzen aan af te meten, zijn, zoals gebleken is uit het rapport van de gezondheidsorganisatie van TNO, niet voorhanden. Vergunnen is, volgens de interpretatie van de commissie, op basis van bepaalde criteria toestaan dat geneeskundige handelingen door onbevoegden worden verricht. Dit is dus bij de huidige wetenschappelijke stand van zaken niet mogelijk. De commissie beantwoordde de vraag of het aanvaardbaar is om onbevoegden te vergunnen het terrein van de geneeskunst te betreden danook ontkennd. Dit ontkennd antwoord houdt tevens in dat de volgende daaraan gekoppelde subvragen buiten beschouwing kunnen blijven.

Met deze konklusie zou de commissie aan haar opdracht voldaan hebben, ware het niet dat daarmee de problematiek rond de onbevoegde uitoefening van de geneeskunst geen stap verder is gebracht. Er zitten nog andere aspecten aan het vraagstuk van de onbevoegde uit-

oefening, en de commissie beschouwt het als haar taak deze (uitvoerig) te belichten.

De indruk wordt gewekt dat 'in Nederland nagenoeg onbeperkte vrijheid van uitoefening van de geneeskunst heerst', meent de commissie. Ter illustratie haalt ze verschillende onderzoeken en enquêtes aan, die overduidelijk aantonen dat onbevoegde uitoefening van de geneeskunst welig tiert.²⁶⁾ Over de oorzaken van het verschijnsel 'onbevoegde uitoefening' kan de commissie geen gefundeerd oordeel uitspreken; het ontbreekt haar aan voldoende materiaal. Ze pleit in dit verband voor een zo breed mogelijk opgezet sociologisch onderzoek. Deze konstatering geeft echter geen antwoord op de vraag hoe de problematiek ten aanzien van de dagelijkse overtreding van de wet uit 1865 aan te pakken.

De diskrepantie tussen de twee uitgangspunten, te weten keuzevrijheid van de patiënt en handhaving van het artsen-monopolie, komt in de commissie Peters duidelijk op tafel. Heeft de regering niet als taak de kwaliteit van de gezondheidszorg te waarborgen en wettelijke regels te stellen om de kwaliteit te waarborgen? Is het anderzijds niet onjuist om de vrijheid van de mens bij het kiezen van z'n hulpverlener zo nadrukkelijk te beperken?

De commissie komt tot de konklusie dat de keuzevrijheid van de mens een nastrevenswaardig uitgangspunt vormt maar dat de overheid als taak heeft erop toe te zien dat geen schade wordt toegebracht aan personen die door onbevoegden behandeld worden. Kwakzalverij kan en/of mag dan wel niet belet worden, maar de overheid dient de schadelijke gevolgen wel behoorlijk te bestrijden. Men kiest dus voor een compromis-oplossing die geen van beide uitgangspunten afvalt.

Over de mate waarin gesproken kan worden over schadelijke gevolgen van behandelingen door onbevoegden valt geen oordeel te vellen. De commissie verwijst wel naar - zeer summier - onderzoek op dat gebied, maar uit de resultaten van dat onderzoek zijn geen algemene konklusies te trekken.²⁷⁾ De commissie wil zich óók niet uitlaten over eventuele positieve resultaten. Ze meent niet kompetent genoeg te zijn om daarover een oordeel uit te spreken en het ligt oock niet op haar weg. De commissie wil slechts stellen dat het publiek er geen bezwaar tegen heeft dat anderen zich tot onbevoegden wenden, en dat een groot aantal mensen er zelf oock heen gaat.²⁸⁾

Het is de taak van de overheid, zo meent de commissie Peters, om (de schadelijke gevolgen van) de onbevoegde uitoefening van de geneeskunst te bestrijden. Het niet kunnen handhaven van de wettelijke normen zal het normbesef bij het publiek aantasten. De vraag is dan of de huidige 'ongenuanceerde' en onhanteerbare strafbepaling wel bestaansrecht heeft. Daar komt bij dat het publiek in toenemende mate gaat twijfelen aan de juistheid van het wettelijk voorschrift. Het onbevoegd

uitoefenen der geneeskunst raakt ingeburgerd, een alledaags verschijnsel dat niet als strafbaar beschouwd wordt. Opheffing of wijziging van de wettelijke voorschriften zal danook nauwelijks nadelige gevolgen met zich meebrengen.

Uitgaande van de strekking van de opdracht, zoals die geherinterpreteerd is, heeft de commissie een aantal mogelijkheden de revue laten passeren, mogelijkheden die het midden houden tussen algehele vrijheid op het terrein van de uitoefening van de geneeskunst en het artsenmonopolie. De intentie is om de bestaande bepalingen zodanig te wijzigen dat de nadelige gevolgen van onbevoegde uitoefening van de geneeskunst bestreden worden. Dit betekent niet, en dat wil de commissie wel heel nadrukkelijk stellen, dat ze het er zonder meer mee eens zou zijn dat onbevoegden op beperkte schaal geneeskundige raad of bijstand verlenen.

Enige commissieleden willen eigenlijk niets liever dan de bestaande wetgeving handhaven. Het slecht functioneren van deze regels in de praktijk weerhoudt hen ervan, en doet hen besluiten om zich toch maar bij het rapport van de commissie aan te sluiten.

De mogelijke wettelijke regelingen die de commissie overwogen en verworpen heeft zijn:

a. *Volledige vrijheid*

Onbevoegden kunnen alleen bestraft worden wanneer ze een strafbaar feit begaan op grond van het Wetboek van Strafrecht. Deze regeling zou 'volstrekt onvoldoende' bescherming bieden aan de patiënt volgens de commissie. Ernstig nadeel voor de patiënt is bij een dergelijke regeling erg moeilijk aan te tonen.

Volledige vrijheid is daarom al niet denkbaar omdat bepaalde handelingen in ieder geval voorbehouden moeten worden aan de arts. Voor regelingen die gericht zijn op titelbescherming gelden dezelfde bezwaren.

b. *Opheffing van de bestaande regeling voor een beperkte kring van personen of voor bepaalde personen*

Het grootste probleem is dat objektieve criteria voor aanwijzing van die bepaalde groep niet voorhanden zijn. Combinatie van de punten a. en b. is een andere mogelijkheid. Onbevoegden die zich laten registreren mogen dan op het terrein van de geneeskunst werkzaam zijn.

Voordeel: enig inzicht in het aantal niet-artsen dat de praktijk uitoefent.

Nadeel : het verschaffen van een zekere status door het kreëren van een 'stand' genezers waarvan het vermogen tot genezen onduidelijk is.

c. *Verwijzing of goedkeuring door de huisarts*

Dit zal grote problemen voor de verwijzend arts opleveren. Hij zal n.l. iemand moeten aanwijzen met bepaalde kwaliteiten, maar wiens objectieve bekwaamheden hij niet bepalen kan.

d. *Andere medische supervisie*

In dit geval zal van tevoren een onderzoek van de patiënt door de arts plaats moeten vinden. Een aantal commissieleden vindt onderzoek vooraf in ieder geval beter dan helemaal geen onderzoek zoals in de huidige situatie.

Het bezwaar hiertegen is dat onderzoek op zich weinig zeggend is. Bovendien zou er in de huidige situatie te weinig mankracht zijn om een dergelijk stelsel uit te voeren.

e. *Indirekte medische controle*

Een onbevoegde wordt, wanneer iemand zijn hulp inroept, verplicht een medische instantie daarvan in kennis te stellen. Wanneer deze instantie, na raadpleging van de huisarts van de betreffende patiënt, er niet mee instemt zal de onbevoegde strafbaar zijn indien hij toch medische hulp verleent.

Voordeel is dat hier wel een zekere bescherming voor de patiënt wordt geboden. Maar ook hier krijgt de arts een te zware verantwoordelijkheid in de schoenen geschoven. Bovendien brengt deze regeling een niet te verwaarlozen administratieve rompslomp met zich mee en 'dat mag men de arts niet aandoen'.

Na verwerping van al deze mogelijkheden komt de commissie dan tot haar uiteindelijke voorstel. We zetten de overwegingen die tot dit voorstel geleid hebben nog eens op een rijtje:

- behoefte van het publiek om bij onbevoegden aan te kloppen
- geen of summiere strafvervolging bij overtreding van de wet uit 1865
- daardoor ondermijning van het normbesef
- feitelijke situatie waar een bijna volledige vrijheid geldt
- geen verplichting van de patiënt om zich te laten behandelen met de gevolgtrekking dat hij vrij moet zijn in de keuze van z'n hulpverlener
- de overheid dient zich te onthouden van te sterke bevoogding en ruimte te geven aan eigen verantwoordelijkheid
- een overgrote meerderheid raadpleegt toch eerst een arts
- lang niet iedere behandeling door onbevoegden levert ernstige bezwaren op.

Op grond van deze overwegingen komt de commissie Peeters tot het volgende voorstel. Indien men niet langer de uitsluitende bevoegdheid aan de arts toe zou kennen, zou men diep moeten ingrijpen in het wettelijk systeem.

Strikt noodzakelijk is zo'n rigoreuze ingreep niet. Met een nuancering van de strafbepalingen kan volstaan worden. Het is zeer wel mogelijk een zekere vrijheid te creëren door minder starre strafbepalingen op te stellen, zonder naar de andere kant door te slaan n.l. totale ongebondenheid.

Uitgangspunt is dat de wetgever behoort te aanvaarden dat iemand vrijwillig een zeker risico wil lopen. Bedreiging met straf dient dan ook beperkt te worden tot die gevallen waarbij daadwerkelijk sprake is van 'nadeel of gevaar voor zodanig nadeel voor leven of gezondheid'. Hiermee zal de effectiviteit van het straffen sterk vergroot worden.

Strafrecht is 'niet het eerste en zelfs niet het belangrijkste middel'. Geschiktere middelen om het beoogde doel te bereiken zijn bijvoorbeeld opleiding en voorlichting. Hiermee wil niet gezegd zijn dat men het strafrecht maar aan de kant moet zetten, wèl dat de strafbepalingen effectiever moeten worden.

In voorzichtige bewoordingen wordt vervolgens gesteld dat 'dit niet gepaard behoeft te gaan met het beëindigen van de situatie waarin (...) uitsluitend de opleiding tot arts het recht geeft tot uitoefening van de geneeskunst'. Integendeel, de commissie is van mening dat dit recht (vooralnog) gehandhaafd moet blijven, met uitzondering van door de wet erkende werkers op deelgebieden van het terrein van de geneeskunst. De noodzakelijke waarborgen kunnen thans nog uitsluitend door de artsenopleiding gegeven worden.

Onbevoegde uitoefening van de geneeskunst moet dus strafbaar blijven maar deze strafbaarheid zal eerst in werking moeten treden wanneer de uitoefening 'merkelijk' gevaar oplevert.²⁹⁾ Onder merkkelijk gevaar wil de commissie niet zozeer de handelingen van de onbevoegde, zoals bijvoorbeeld handoplegging, verstaan maar veeleer het achterwege blijven van 'normale' medische hulp. Deze voorstellen monden uit in een aantal ontwerpen voor wetsartikelen, waarbij het aksent valt op het ontwerpen van effectievere strafbepalingen.

De konklusies van de commissie Peters wekken op z'n minst enige verwondering. Bij de aanvang van deze paragraaf hebben we reeds opgemerkt dat de opdrachten aan de commissie Van Houten uit 1917 en de commissie Peters uit 1965 opmerkelijk veel overeenkomst vertonen. Een vergelijking van de konklusies van beide commissies brengt nog opmerkelijker zaken aan het licht. Men krijgt de neiging om de konklusies kwa tijdsvolgorde om te draaien. Een voorstel tot het terugtreden van de strafbepalingen (zoals de commissie Peters voorstelt) past eerder in 1917 toen duidelijk gebleken was dat het terugdringen van de kwakzalverij als belangrijkste doel van de wet uit 1865 niet gehaald was, en met dergelijke wettelijke bepalingen waarschijnlijk ook nooit gehaald zou worden. In de konklusie

sies van de commissie Van Houten uit 1917 daarentegen is zonder enige moeite de toekomstige BIG te herkennen. Beide voorstellen, die van de commissie Van Houten en die in de voorontwerpwet BIG, bepleiten in essentie het vrijgeven van het terrein van de geneeskunst, met uitzondering van een aantal expliciet aan de arts voorbehouden handelingen.

Hoe we deze 'teruggang' moeten plaatsen kunnen we aan de hand van het rapport van de commissie Peters niet verklaren. De commissie rept ook met geen woord over de veel verdergaande voorstellen van de interdepartementale werkgroep Muntendam uit 1962. In de installatierede voor de commissie Peters verwijst staatssecretaris Bartels slechts met een enkel woord naar deze werkgroep. We zullen hier dan ook moeten volstaan met (onuitgesproken) vooronderstellingen over krachtenverhoudingen tussen de betrokken groeperingen.

5. De staatscommissie De Vreeze



Prof. Dr. J. Th. M. de Vreeze

De commissie Peters is nog vcllop met haar werkzaamheden bezig wanneer de regering eind 1967 besluit om een staatscommissie in te stellen. Deze commissie wordt belast met een onderzoek naar de grondslagen van de geneeskundige wetten.³⁰⁾

De parallel met de situatie uit 1917 blijft zich opdringen. Ook toen werden twee commissies gelijktijdig ingesteld en ook toen spitste de werkzaamheden van de ene commissie zich toe op de strafmaatregelen en had de andere commissie als opdracht zich uit te spreken over de vraag of ook onbevoegden op het terrein van de geneeskunst toegelaten zouden kunnen worden.

De officiële naam van deze commissie luidt: Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening. Prof. Mr. J. Th. M. de Vreeze, hoogleraar in het volksgezondheidsbeleid, wordt de voorzitter en de commissie krijgt dan ook al spoedig de roepnaam 'commissie De Vreeze'. Staatssecretaris Kruisinga vraagt de commissie, nadat deze een tweetal jaren werkzaam is, om ook 'beroepen die weliswaar niet in directe zin liggen op het medische en paramedische terrein doch waarvan een nadere regeling wel van belang is voor de volksgezondheid' bij het onderzoek te betrekken. De beroepen ziekenverpleging en ziekenverzorging worden daarbij met name genoemd. In september 1969 geeft de commissie een persbericht uit waarin ze haar vorderingen wereldkundig maakt. In november 1970 wordt een interimrapport gepubliceerd. Deze tussentijdse verslaggeving heeft tot doel de menings- en besluitvorming in breder kring te doen plaatsvinden. Het definitieve rapport verschijnt 14 juni 1973.

5.1. Het terrein van de individuele gezondheidszorg

De opdracht aan de commissie is 'te onderzoeken op

welke wijze de wetgeving inzake de toelating tot en de uitoefening van de geneeskundige beroepen kan worden gemoderniseerd'.

De commissie begint met het afbakenen of liever gezegd met het 'uitzetten' van haar studieterrein. Ze wil namelijk alle beroepen, zowel dat van de volledig bevoegden als dat van de deelbevoegden in haar studie betrekken. Om niet in een oneindig gebied verzeild te raken, zijn de grenzen van het te bestuderen gebied getrokken rond die beroepen 'die tot doel hebben de zorg voor de gezondheid van de individuele patiënt'. Uit deze gedachtengang ontstaat het begrip 'individuele gezondheidszorg', een term die in het latere BIG-ontwerp zal worden overgenomen. Dit begrip wordt geïntroduceerd als de grondslag voor een nieuwe wetgeving.

In de voorstellen van de commissie is het criterium van de uitoefening van de geneeskunst dus vervallen. Het 'terrein van de geneeskunst' zoals dat in de huidige wetgeving bestaat is een te beperkt begrip. De begrippen gezondheid en ziekte hebben hedentendage een veel ruimere betekenis. Beroepen zullen op de eerste plaats getoetst moeten worden aan het criterium of de beoefenaren daarvan al dan niet op het terrein van de individuele gezondheidszorg werkzaam zijn. Dit betekent niet dat een dergelijke beroepsgroep automatisch in aanmerking komt om wettelijk geregeld te worden. Daarvoor is óók nodig dat het algemeen belang een wettelijke regeling noodzakelijk maakt.

De commissie heeft zich uitdrukkelijk willen beperken tot de grondslagen van de geneeskundige wetgeving en zich niet of nauwelijks met de uitwerking ervan bezig gehouden. Ze wil dat eerst regering, parlement en beroepsbeoefenaars een uitspraak doen over de grondslagen alvorens tot een nadere uitwerking over te gaan.

De wetgeving rond de medische beroepsuitoefening heeft de zorg voor de kwaliteit van de dienstverlening ten doel. Het is de taak van de overheid de ontwikkelingen in de geneeskunst te volgen en waarborgen te scheppen voor een goede dienstverlening. Bij waarborgen denkt de commissie aan:

- regeling van de opleiding
- het stellen van deskundigheidseisen
- het stellen van geschiktheidseisen
- het tuchtrecht en het burgerlijk strafrecht
- het maatschappelijk kader waarin beroepsuitoefening plaatsvindt (maatschappelijke instellingen zoals ziekenhuizen, kruisverenigingen, ziekenfondsen e.d. dienen als zodanig 'deskundigen' in te schakelen).

5.2. Van beroepsbescherming naar titelbescherming

Bij de uitwerking van haar opdracht krijgt de commissie al dadelijk te maken met de vraag waarmee ook voorgaande commissies al geworsteld hebben: is het in-

tegraal (= het gehele terrein van de geneeskunst bestrijkend) verbod voor onbevoegden nog wel wenselijk en nodig?

Men signaleert een grote kloof tussen de wettelijke regelingen en de praktijk. Niet alleen vindt onbevoegde uitoefening van de geneeskunst op grote schaal plaats doch ook grote groepen deskundigen bewegen zich zonder wettelijke erkenning op deelterreinen van de geneeskunst. De huidige wetgeving schiet enerzijds tekort doordat er meer gezegd wordt dan in de praktijk waar gemaakt kan worden. Anderzijds schiet ze over het doel heen door sterker in te grijpen in de vrijheid van het dienstbetoon dan volgens de heersende opvattingen wenselijk is. Om in deze ongewenste situatie verandering te brengen overweegt - en verwerpt - de commissie twee mogelijkheden.

- Men zou het huidige stelsel kunnen handhaven en deskundigen op de deelgebieden een wettelijke erkenning kunnen geven.
- Men zou het integrale verbod op het terrein van de geneeskunst uit kunnen breiden tot het ruimere gebied van de individuele gezondheidszorg. Probleem bij deze mogelijkheid is dat een duidelijke afbakening van de bevoegdheden van beroepsbeoefenaren op de deelgebieden van de geneeskunst op onoverkomelijke moeilijkheden stuit.

De commissie komt tot de konklusie dat handhaving van het huidige integrale verbod slechts dan verantwoord is wanneer een nauwkeurige afbakening van de gebieden onmisbaar zou blijken. Steekhoudende argumenten kan de commissie daar niet voor aanvoeren en men besluit afschaffing van het verbod te adviseren.

Niet alle commissieleden zijn onverdeeld gelukkig met dit advies. Een aantal van hen voelt aanvankelijk meer voor handhaving van het verbod en wil niet verder gaan dan het terugbrengen van de strafbaarheid, zoals door de commissie Peters is geadviseerd. Men zal in dit geval toch genoodzaakt worden om de deelgebieden van geneeskunst exakt te omschrijven. Voor een dergelijke, haast onmogelijke zaak schrikt men terug en op grond daarvan wordt besloten toch maar aan het verdergaande advies van de commissie mee te werken, zij het met een aantal kanttekeningen. Vooral de noodzaak van voorlichting en toezicht door de overheid wordt onderstreept.

De commissie pleit dus voor afschaffing van het huidige integraal verbod, maar op een aantal gevaarlijke deelgebieden van de geneeskunst kan dit verbod naar haar oordeel niet gemist worden. Ook de commissie Peters heeft zich op de opzet en de omvang van dergelijke gevaarlijke gebieden beraden. Ze heeft een lijst met tien gebieden opgesteld die aan de arts zijn voorbehouden: de zgn. voorbehouden gebieden. Dit voorstel van de commissie Peters wordt door de commissie De Vreeze overgenomen. Bepaalde handelingen kunnen inderdaad onverantwoorde risico's voor het leven en de ge-

zondheid van de patiënt met zich meebrengen wanneer ze door onbevoegden worden uitgevoerd. Wel reduceert commissie De Vreeze de lijst van voorbehouden gebieden tot de helft van het aantal, ten eerste omdat sommige terreinen al in andere wetten worden geregeld, ten tweede omdat niet gebleken is van onverantwoorde risico's op het betreffende gebied.³¹⁾ Commissie De Vreeze laat de mogelijkheid open om op andere plaatsen in de wetgeving bepaalde bevoegdheden voor te behouden aan bepaalde groepen gekwalificeerden.

In het voorstel van commissie De Vreeze is het de ongekwalificeerden in beginsel niet verboden het terrein van de individuele gezondheidszorg te betreden, mits ze zich maar niet wagen op de aan bevoegden voorbehouden deelgebieden. Wel zullen ze verantwoordelijk gesteld kunnen worden voor schade aan de gezondheid van de patiënt veroorzaakt door hun optreden.

Bevoegden en partieel bevoegden zullen in het voorstel van commissie De Vreeze duidelijk te onderscheiden zijn; alléén zij mogen een titel voeren. De titels worden dus wettelijk beschermd. Dit in tegenstelling tot het huidige stelsel van beroepsbescherming waarin het beschermen van de werkzaamheden, naast de bescherming van de titel, het middelpunt vormt. In het stelsel van de zgn. titelbescherming kan men slechts een titel verwerven wanneer men de daartoe vereiste opleiding heeft gevolgd. Een titel geeft een formele waarborg voor deskundigheid en is voor het publiek tevens het middel om de bevoegde van de onbevoegde te onderscheiden. Opleiding en titel vormen de basis voor een globale aanduiding van het werkterrein van de wettelijk bevoegde. De bescherming van de titel speelt dus een cruciale rol in het voorstel van commissie De Vreeze.

5.3. Registratie van beroepstitels

Een ander belangrijk voorstel tot wijziging van het huidige stelsel vormt de registratie van de beroepstitels. Nu gaat men 'terstond en voor levenslang' deel uitmaken van de groep waaraan de bevoegdheid op het gebied van de uitoefening van de geneeskunst is toegekend, nadat men de vereiste opleiding met goed gevolg heeft afgesloten. Commissie De Vreeze doet een voorstel voor een twee-fasen structuur:

fase 1

Men verkrijgt een *opleidingstitel* nadat men - door opleiding - een bepaalde deskundigheid heeft opgebouwd. Deze fase is een vrije en puur persoonlijke aangelegenheid.

fase 2

Men verkrijgt de *beroepstitel* wanneer men de verworven deskundigheid toepast; men gaat zich bijv. als arts

vestigen. Dit is geen puur persoonlijke, maar een maatschappelijke aangelegenheid. Men wordt dan ook geacht een bijzondere verantwoordelijkheid ten opzichte van de maatschappij te aanvaarden.

De opleidingstitel blijft dus - evenals het huidige stelsel - onontneembaar. De beroepstitel daarentegen mag slechts gevoerd worden zolang men in het register is ingeschreven. Het toetreden tot de groep en de aanvaarding van verantwoordelijkheid met de daaruit voortvloeiende konsekwenties moet een eigen, bewust gewilde keuze zijn. Deze vrijwillige stap bestaat in de aanmelding bij het staatstoezicht op de volksgezondheid die de inschrijving registreert. Registratie verschaft het recht op het voeren van een beroepstitel en de bevoegdheid om werkzaam te zijn op dat gebied van de gezondheidszorg dat voor de betrokken groep is gereserveerd. Registratie doet de geregistreerde ook onder het tuchtrecht voor de betrokken groep vallen. De betrokkene heeft de mogelijkheid om de groep vrijwillig weer te verlaten. Hij kan z'n inschrijving dan laten doorhalen. Maar ook wanneer hij in de uitoefening van z'n beroep ernstige misslagen heeft begaan, zal de beroepstitel hem ontnomen kunnen worden.

Kortom de opleidingstitel is en blijft onontneembaar. De beroepstitel daarentegen kan afzonderlijk verworven worden en kan - indien daartoe aanleiding bestaat - ook weer ontnomen worden.

Het registreren van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg is geen nieuw voorstel. Ook in het huidige stelsel worden beroepsbeoefenaren van de verschillende medische beroepen geregistreerd door de geneeskundige hoofdinspectie.³⁰⁾ Het is een uitsluitend administratief gebeuren (behalve bij apothekers) en het heeft geen enkele invloed op de rechtspositie van de betrokkenen. Het voornaamste doel van deze registratie is om inzicht te krijgen in het bestand van de beroepsbeoefenaren. Dit in tegenstelling tot het voorstel van commissie De Vreeze waar registratie geen administratief maar een konstitutief karakter heeft. Dit betekent dat het al dan niet geregistreerd staan wel degelijk gevolgen heeft voor de rechtspositie van de betrokkenen. De commissie heeft met betrekking tot de opzet van het nieuwe registratiesysteem aan vier onderdelen speciale aandacht besteed.

* Ten eerste, of er aan de te registreren personen nog andere eisen dan deskundigheidseisen dienen te worden gesteld; bijvoorbeeld eisen ten opzichte van geestelijke en lichamelijke geschiktheid. Nadat er een aantal regelingen overwogen zijn, besluit men geen andere eisen daaromtrent op te stellen.

* Vervolgens zijn de weigering en doorhaling van een inschrijving bekeken. Men meent dat de gronden tot weigering c.q. doorhaling in de wet limitatief opgesomd moeten worden en dat het objektief voorstelbare feiten zouden moeten zijn.

* Wat betreft de afschaffing van de eed of de gelofte, daar wil de commissie geen voorstel voor doen.

- * De doelstellingen van deze administratieve registratie zijn als volgt samen te vatten:
- . registratie moet antwoord kunnen geven op de vraag of iemand terecht een beschermde titel voert
 - . registratie moet voldoen aan de eisen van de Noodwet Geneeskundigen
 - . registratie moet de overheid in staat stellen om alle beroepsbeoefenaren tegelijk of per vak apart te benaderen, in verband met voorlichting e.d.
 - . registratie moet de overheid in staat stellen voor het beleid relevante statistieken samen te stellen.

De commissie De Vreeze pleit er verder voor om een Centraal Adviesorgaan voor de beroepen op het terrein van de individuele gezondheidszorg in te stellen. Een dergelijk orgaan zal er vooral op moeten toezien dat er een nauwe band blijft bestaan tussen opleiding, taakaanduiding en beroepsuitoefening. Verder zal men zich voortdurend moeten beraden op ontwikkelingen en verschuivingen in grensafbakeningen in de gezondheidszorg. In plaats van een heleboel afzonderlijke organen voor de verschillende beroepen in de gezondheidszorg, zoals dat nu nog het geval is, zou men beter één centraal en permanent orgaan kunnen instellen.

5.4. Wijzigingen medisch tuchtrecht

De Medische Tuchtwet uit 1928 geldt voor artsen, tandartsen en vroedvrouwen; sinds 1951 ook voor apothekers. Voor deze beroepen dient de Medische Tuchtwet gehandhaafd te worden, aldus de commissie. De vraag is of de tuchtwet ook voor andere beroepen op het terrein van de individuele gezondheidszorg zou moeten gelden. Deze vraag kan de commissie De Vreeze niet zonder meer beantwoorden. Wel geeft ze een eerste aanzet tot het opstellen van criteria die men zou kunnen hanteren bij het beantwoorden van deze vraag. Voor fysiotherapeuten en verpleegkundigen acht de commissie invoering van het tuchtrecht een wenselijke zaak; andere beroepen zullen 'te gelegener tijd' mogelijk onder deze regeling gebracht kunnen worden.

De commissie De Vreeze stelt een aantal belangrijke wijzigingen van het tuchtrecht voor. We willen ze hier puntsgewijs en in beknopte vorm aan de orde stellen.

intern tuchtrecht, medisch tuchtrecht of medisch strafrecht

Commissie De Vreeze spreekt zich uit voor een van overheidswege georganiseerd tuchtrecht náást een intern tuchtrecht. In het medisch tuchtrecht gaat het om de behartiging van het algemeen belang, door de commissie toegespitst op handhaving van een voldoende

hoog peil van beroepsuitoefening. In het interne tuchtrecht gaat het veel meer om handhaving van de eer of de waardigheid van de stand. Beide zijn nodig. Een suggestie om het medisch tuchtrecht door medisch strafrecht te vervangen, wijst de commissie af. Het strafrecht werkt met zo nauwkeurig mogelijk omschreven handelingen, terwijl het in het medisch tuchtrecht veel meer gaat om afweging van gedragingen die in de betrokken groep gebruikelijk zijn.

Het medisch tuchtrecht kan dan ook niet anders werken dan met in vage termen uitgedrukte normen.

Ook ten aanzien van de beoordeling verdient het medisch tuchtrecht de voorkeur. Beroepsgenoten kunnen volgens de commissie beter beoordelen welke eisen aan een goede beroepsuitoefening gesteld kunnen worden dan de strafrechter. Bovendien kent men in het strafrecht tuchtrechtelijke maatregelen als berisping en waarschuwing niet; sankties die in het tuchtrecht van groot praktisch nut blijken te zijn.

tuchtnormen en sankties

In de praktijk van de medische tuchtrechtspraak is 'gebrek aan zorg voor de patiënt' de meest voorkomende reden voor een veroordeling en niet zozeer het huidige criterium 'ondermijning van het vertrouwen in de stand der geneeskundigen'. Laatstgenoemd criterium is uiterst vaag en een moeilijk te bewijzen grond voor veroordeling en het raakt bovendien niet de kern van de zaak. Als nieuwe tuchtnorm wil de commissie hanteren 'het door enig handelen of nalaten tekort schieten in zorg voor de patiënt'.

Ten aanzien van de sankties stelt de commissie voor de bestaande sankties (waarschuwing, berisping, geldboete, schorsing en ontzegging) in grote lijnen te handhaven. Tuchtmaatregelen als schorsing en ontzegging krijgen bij een systeem van titelbescherming wel een wat andere betekenis. Bij het opleggen van deze sankties zal men de beroepstitel niet langer mogen voeren en de voor dat beroep voorbehouden handelingen niet meer mogen verrichten. Een aanvullende bepaling in het strafrecht wordt voorgesteld om ontzegging uit het recht om een beroep uit te oefenen mogelijk te maken bij ernstige delicten als verkrachting, mishandeling of doodslag.

Verder komt het de commissie gewenst voor strafbepalingen te ontwerpen voor niet-titelgerechtigden die zich op de voorbehouden gebieden begeven of schade aan de gezondheid van de patiënt berokkenen.

de klager

In de huidige regeling kan iedere, rechtstreeks belanghebbende een klacht indienen. Het groot aantal ongegrond verklaringen heeft de commissie het voorstel doen lanceren de klacht door deskundigen te laten indienen. Ze denkt in dit verband aan de regionale inspekteur van de Volksgezondheid. Particuliere klagers kunnen dan niet langer rechtstreeks maar via genoemde

inspekteur een 'deskundig opgestelde klacht' indienen bij een tuchtcollege. Deze regeling zal niet tekort doen aan het recht van een ieder om zijn klachten te uiten; indien de inspekteur weigert een klacht te behandelen is het mogelijk daartegen in beroep te gaan. Het vertrouwen dat het publiek dient te stellen in het tuchtrecht, vraagt om dergelijke maatregelen, aldus de commissie.

openbaarheid

In het Medisch Tuchtrecht is beslotenheid van de zitting tijdens de behandeling van tuchtzaken gebruikelijk. Een recente wijziging van de Medische Tuchtwet in 1973 heeft een grotere openbaarheid bij het uitspreken van een vonnis mogelijk gemaakt³³). Dit omdat in de praktijk de tot dan toe gebruikelijke beslotenheid tot wantrouwen van het publiek in de tuchtrechtspraak zou kunnen leiden. Hoewel de commissie dit argument zwaar wil laten wegen pleit ze niet voor verdergaande regelingen wat de openbaarheid betreft. Aantasting van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt en de waarschijnlijkheid dat men tijdens het proces minder gemakkelijk mededelingen verstrekt, pleiten tégen het openbaarheidsbeginsel.

Veroordelingen zullen voor zover het niet-veroordelende uitspraken betreft in het algemeen slechts 'om redenen van algemeen belang' in het openbaar plaatsvinden. Dit in afwijking van de huidige regeling waar openbaarheid van alle beslissingen in hoger beroep regel is. Ten aanzien van veroordelende uitspraken is de commissie niet tot een eensgezinde mening kunnen komen.

tuchtcolleges

De samenstelling van de tuchtcolleges in eerste aanleg worden niet essentieel gewijzigd door commissie De Vreeze (een voorzitter-jurist en vier beroepsgenoten). In hoger beroep wil men het Gerechtshof als beroepsinstantie uitschakelen. Eén instantie - het Centraal Medisch Tuchtcollege - lijkt de commissie voldoende. Het juridisch element zal dan wel versterkt moeten worden (drie juristen en twee beroepsgenoten) daar het in dit college vooral over juridische facetten zal gaan.

Merkwaardig is dat de voorstellen in dit rapport veel minder tegenwerking ondervinden dan de voorstellen van de werkgroep Muntendam, hoewel de beide rapporten overeenkomstige voorstellen bevatten die pleiten voor het verlaten van het systeem van beroepsbescherming en voor het invoeren van een systeem van titelbescherming. Ook hier zullen we moeten volstaan met de signalering dat de mening(en) van de belanghebbenden in tien jaar tijd kennelijk wel sterk veranderd zijn. Vooral de vertegenwoordigers van de KNMG in de commissie De Vreeze hebben hun afwijzende houding laten varen.

De voorstellen van de commissie De Vreeze zullen in

essentie overgenomen worden in de voorontwerpwet BIG uit 1981. Dit voorontwerp zullen we in deel IV uitvoerig aan de orde stellen.

III De paramedische beroepen

De geneeskundige wetten van Thorbecke uit 1865 beogen de gezondheidszorg in Nederland te reguleren. De wetgever heeft daarbij een tweeledig doel voor ogen. Ten eerste wil men de kwakzalverij bestrijden. Daartoe bundelt men de verschillende bestaande bevoegdheden en creëert men zodoende één stand: de artsenstand. De arts krijgt als enige de bevoegdheid zich op het gehele terrein van de geneeskunst te begeven. Voor alle niet wettelijk bevoegden wordt het geneeskundig terrein tot verboden gebied verklaard.

Maar de Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst blijkt niet toereikend om de kwakzalverij terug te dringen. De pogingen om het gestelde doel alsnog te bereiken zijn in het voorgaande deel uitgebreid aan de orde gesteld.

Ten tweede beoogt men met de geneeskundige wetten de kwaliteit van de geneeskundige zorg te verbeteren. Het toekennen van een wettelijke bevoegdheid heeft tot doel de patiënt een deskundige hulpverlening te waarborgen. De kwaliteit van de zorg verbetert inderdaad, mede door de invoering van de geneeskundige wetten.

De voortschrijdende kennis en kunde op het terrein van de geneeskunst geeft niet alleen aanleiding tot specialisatie binnen de medische beroepsgroep maar er ontstaan in de loop der tijd ook tal van nieuwe werkzaamheden die verwant zijn aan de medische werkzaamheden. Deze aanverwante werkzaamheden worden door een steeds stijgend en gevarieerder aantal beroepsbeoefenaren die geen medische bevoegdheid bezitten, verricht. Dit gaat een toenemend probleem vormen; de werkzaamheden liggen immers voor een gedeelte op het voor onbevoegden verboden terrein van de geneeskunst. De opkomst van de paramedische beroepen en de pogingen om een wettelijke erkenning te verkrijgen voor het eigen specifieke deskundigheidsterrein, vormen het onderwerp van dit hoofdstuk. We zullen dit deel aanvangen met een schets van de opkomst van de paramedische beroepen. De knelpunten bij het tot stand komen van de Wet op de Paramedische Beroepen krijgen vervolgens onze aandacht. Bij deze knelpunten willen we wat uitvoeriger stil staan teneinde een deel van onze probleemstelling te beantwoorden. Tot slot willen we de nadere invulling van de kaderwet op de paramedische beroepen bezien.

1. De opkomst van de paramedische beroepen

Het begrip geneeskunst slaat in de tijd van Thorbecke op een duidelijk afgebakend gebied. In de Wet op de

Uitoefening van de Geneeskunst uit 1865 is een omschrijving dan ook niet moeilijk; onderzoek en genezing van lichamelijke ziekten is het werkterrein van de arts. Gaandeweg vervaagt deze strenge scheiding tussen ziek en gezond. Naast duidelijk waarneembare lichamelijke ziekten krijgt men ook oog voor de geestelijke gesteldheid van de mens. Aanvankelijk wordt deze geestelijke gesteldheid duidelijk onderscheiden van 'echte' lichamelijke ziekten; later gaat men beide steeds meer zien als twee elkaar beïnvloedende factoren. De vervagende inhoud van het ziektebegrip in samenhang met de voortschrijdende kennis en kunde op het terrein van de geneeskunst dragen bij tot een verbreding en verdieping van het terrein.

De Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst uit 1865 heeft een dusdanige groei van het terrein niet voorzien. Aanverwante medische handelingen worden in toenemende mate overgelaten aan onbevoegden. Het zijn niet allen kwakzalvers en inferieure lieden die met allerlei foefjes en truukjes hun 'geneeskunst' aan de man trachten te brengen. Een deel van deze beroepsbeoefenaren maakt een steeds dringender aanspraak op een heel eigen deskundigheid. Dit is problematisch want deze weliswaar bekwame maar onbevoegde lieden claimen een deskundigheid die voor een gedeelte op het terrein van de geneeskunst ligt.

Het zijn vooral de werkzaamheden in de verplegende en verzorgende sfeer die tot een duidelijker wettelijke regeling noodzaken. Ziekenverpleging is de eerste van de aanverwante medische beroepen die zich als beroepsgroep profileert en op een wettelijke erkenning aandringt. De vraag is of de werkzaamheden van deze beroepsgroep (althans gedeeltelijk) eigenlijk wel tot het terrein van de geneeskunst gerekend dienen te worden. Indien dit zo is dan zal een omschrijving van het beroep ziekenverpleging onvermijdelijk zijn; evenals een afbakening van het terrein ten opzichte van onbevoegden. Gezien de moeilijkheden die het toekennen van de algehele bevoegdheid aan de arts op het terrein van de geneeskunst heeft opgeleverd, voelt de regering weinig voor het afbakenen van terreinen en het toekennen van bevoegdheden.

'Het is gemakkelijk op papier voor te schrijven dat het verplegend personeel voortaan alleen uit bevoegden zal bestaan, maar vooreerst zouden gepleegde overtredingen van een dergelijke bepaling moeilijk zijn te constateren - de praktijk van de wetten op de uitoefening der genees- en artsenijsbereidkunst moge hier een baken in zee zijn! - en bovendien - en dit weegt wel het zwaarst - zou men op deze wijze gevaar lopen het toch reeds te kleine contingent verplegend personeel op een allerbedenklijkste wijze te decimeren'¹⁾.

In 1921 komt er een aparte wettelijke regeling voor ziekenverpleging tot stand.²⁾ Hierin worden uniformi-

De ziekenverpleging



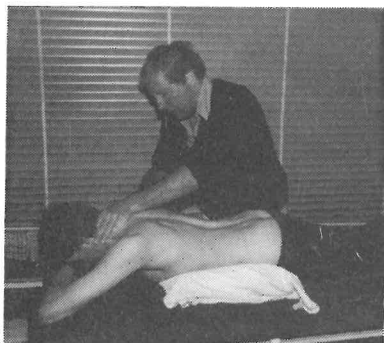
teit van de opleiding en bescherming van het diploma gewaarborgd. Verder worden titel en herkenningsteken wettelijk beschermd. Een omschrijving van bevoegdheden is in deze regeling niet nodig want er worden geen bevoegdheden toegekend. Een ieder mag dit beroep uitoefenen mits hij niet de titel ziekenverpleger(ster) voert.

Een overeenkomstige wettelijke regeling voor ziekenverzoorgers(sters) wordt in 1963 afgekondigd.³⁾ Een wettelijke regeling is nodig daar in de praktijk is gebleken dat ziekenverzoorgers(sters) niet altijd voldoende geschoold zijn en toezicht niet steeds aanwezig. Vergelijken we de wettelijke regeling voor ziekenverpleging uit 1921 met de voorstellen van commissie De Vreeze uit 1973 dan doet de regeling uit 1921 opvallend modern aan. De staatscommissie uit 1973 stelt,

zoals we gezien hebben, eenzelfde regeling voor artsen en een aantal paramedische beroepsgroepen voor.

Na verloop van tijd blijkt dat men niet kan volstaan met een wettelijke regeling voor ziekenverpleging. Groepen beroepsbeoefenaren met werkzaamheden verwant aan het medische beroep manifesteren zich steeds duidelijker. Het zijn met name de heilgymnasten-masseurs die in toenemende mate overgaan tot het zelfstandig onderzoeken en behandelen van patiënten, buiten medisch advies en toezicht om. Ook de opticiëns beperken zich niet langer tot het vervaardigen en verkopen van brillen, maar breiden hun werkzaamheden uit tot het onderzoeken van de ogen. Een arrest uit 1931 draagt er toe bij dat opticiëns op grote schaal overgaan tot oogonderzoek.⁴⁾ Formeel overschrijden de heilgymnasten-masseurs en de opticiëns de grenzen van het terrein van de geneeskunst en wagen ze zich als niet-bevoegden op het verboden terrein. Dit zelfstandig optreden kan schadelijke gevolgen hebben indien aan het niet goed functioneren van lichaamsdelen of ogen, een ziekte ten grondslag ligt. Toch moet men ook erkennen dat deze beroepsbeoefenaren niet bepaald als inferieure kwakzalvers afgedaan kunnen worden. Men zou ze als een soort 'bonafide onbevoegden' kunnen bestempelen. Maar dat is een term waar men juridisch niet mee uit de voeten kan.

Om aan deze dubieuze situatie een einde te maken worden de werkzaamheden van heilgymnasten-masseurs en opticiëns in 1938 eenvoudigweg uit de Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst gelicht. Aan artikel 1 van deze Wet wordt een bepaling toegevoegd waarin wordt aangegeven dat het toepassen van heilgymnastiek en massage op aanwijzing en in geregeld overleg met een geneeskundige *niet* geacht wordt te behoren tot de uitoefening van de geneeskunst.⁵⁾ Voor opticiëns komt in dezelfde wet uit 1938 een soortgelijke regeling tot stand.⁶⁾



Heilgymnastiek - massage

Tijdens de Tweede Wereldoorlog komt voor heilgymnasten-masseurs een zo zeer verlangde, wettelijke regeling tot stand. In 1942 wordt door de Secretaris-Generaal van het Departement van Sociale Zaken het 'Basisbesluit voor de paramedische bedrijven' afgekondigd. Artikel 1 van dit Besluit bepaalt:

'Het als bedrijf toepassen van technische handgrepen op het menselijk lichaam, en het daarbij of afzonderlijk als bedrijf gebruiken van nader aan te duiden toestellen en instrumenten, alsmede het als bedrijf verstrekken van hulpmiddelen, een en ander met het oogmerk aan een tekort of een gebrek van een orgaan of een ander deel van het menselijk lichaam tegemoet te komen, is alleen geoorloofd aan degenen, die daartoe krachtens dit besluit binnen door de Secretaris-Generaal van het Departement van Sociale Zaken vast te stellen grenzen, de bevoegdheid hebben verkregen'⁷⁾.

Alleen het beroep van heilgymnast-masseur is op basis van dit Besluit geregeld.⁸⁾ Een regeling die voornamelijk betrekking heeft op opleidings- en exameneisen. Bepalingen over de verhouding tussen heilgymnast-masseur en arts en een uitputtende omschrijving van de werkzaamheden worden niet gegeven. Deze zogenaamde bezettingsregelingen worden na de oorlog gehandhaafd en pas in 1958 door een beschikking vervangen⁹⁾. Bij de totstandkoming van de Wet op de Paramedische Beroepen en het Fysiotherapeutenbesluit zijn deze regelingen vervallen verklaard.

Na de oorlog stijgt het aantal beroepsgroepen met werkzaamheden verwant aan de medische beroepsuitoefening snel. De beoefenaren ervan zijn zelfstandig werkzaam op een deel van het terrein van de geneeskunst; op verboden gebied dus. De regering die zich tot 1940 op het gebied van de medische beroepsuitoefening voornamelijk heeft beperkt tot wetgeven achteraf, mede onder druk van de artsen die de hen toegekende algemene bevoegdheid als een principe beschouwden waaraan niet meer te tornen viel, volgt nu een wat aktievere politiek.¹⁰⁾ Wanneer immers bepaalde werkzaamheden van het begrip uitoefening van de geneeskunst worden uitgezonderd terwijl ze er eigenlijk wel onder zouden moeten vallen, kan de overheid weinig invloed uitoefenen op de opleiding en de uitoefening van het beroep. In tegenstelling tot de regeling 1938 waar men de werkzaamheden van heilgymnasten-masseurs en opticiëns simpelweg uit de Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst verwijderd, gaat men de problematiek van de 'bonafide onbevoegden' nu echt ter hand nemen. De noodzaak van een wettelijke regeling van beroepen, verwant aan het medische beroep, vloeit voort uit een aantal ontwikkelingen die wij puntsgewijs nog eens in herinnering brengen.

* De groeiende kennis en kunde op medische en wetenschappelijk gebied zijn niet alleen van invloed op specialisatie binnen de medische beroepsgroep maar ook op verbreding van het terrein van de geneeskunst. Bepaalde specifieke handelingen worden aan hulpkrachten overgelaten. In de loop der tijd vindt afsplitsing van deze aanverwante medische handelingen plaats. Tengevoige van deze afsplitsing onttrekken de werkzaamheden zich voor een belangrijk deel aan het toezicht en de controle van de arts. Desondanks blijven het medische handelingen.

* Aan bepaalde handelingen die onder het begrip geneeskunst vallen, komen de artsen niet toe 'hetgeen verband houdt met tijdgebrek, ofwel met het eenvoudige karakter der handelingen, of het voor de gezondheidstoestand van de betrokkenen betrekkelijk ondergeschikte belang van de aandoeningen of gebreken waarop die handelingen betrekking hebben'¹¹⁾. Kortom de arts kan het niet meer alleen af en dele-

geert bepaalde handelingen.

- * Zowel bij het afsplitsen als bij het delegeren van bepaalde handelingen is het zowel voor de arts als voor de paramedicus van belang dat een (wettelijk) onderscheid gemaakt kan worden tussen het kaf en het koren op paramedisch gebied.
- * Het is noodzakelijk de wetgeving aan te passen aan de feitelijke ontwikkelingen. De paramedische beroepsbeoefenaren zijn geleidelijk aan van grote betekenis geworden in de medische beroepsuitoefening. Deze betekenis zal naar verwachting eerder toenemen dan afnemen, zowel kwantitatief als kwalitatief. Dit maakt een goede wettelijke regeling noodzakelijk.
- * De paramedische beroepsbeoefenaren overtreden dagelijks de Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst. Ze worden niet of nauwelijks gestraft: strafmaatregelen worden zelden toegepast en in geval van straf volgt meestal een milde straf. Het verrichten van paramedische werkzaamheden wordt steeds minder als overtreding ervaren, en bovendien is er praktisch gezien geen beginnen aan om deze dagelijkse overtredingen te straffen. Dit oogluikend toelaten van wetsovertreding is eigenlijk geen aanvaardbare zaak.

We kunnen konkluderen dat noch de duidelijke wettelijke grens die in 1865 getrokken is tussen bevoegden en kwakzalvers, noch een wettelijke regeling voor een paar uit de kluiten gewassen beroepsgroepen afdoende middelen blijken te zijn om de steeds groeiende aanverwante medische beroepen in wettelijk verantwoorde banen te leiden. De overheid kan niet langer volstaan met het achteraf regelen van de 'uitwassen'; ze zal de problematiek wat grondiger aan moeten pakken. Deze overheidsbemoeienis mondt uit in de Wet op de Paramedische Beroepen, die in het volgende hoofdstuk besproken zal worden.

2. Van wetsontwerp tot wet

Op 2 september 1959 wordt het wetsontwerp op de paramedische beroepen ingediend. Er bestaat dan reeds een aantal beroepen dat aanspraak maakt op een regeling in het wetsontwerp op de paramedische beroepen.¹²⁾ De Wet op de Paramedische Beroepen is een raamwet; ook wel kaderwet genoemd. Bij een dergelijke wettelijke konstruktie is het de bedoeling een kader of een raamwerk te kreëren, *waarbinnen* dan de konkrete invulling kan plaatsvinden. Een nadere invulling van de kaderwet geschiedt door zogenoemde Algemene Maatregelen van Bestuur. Deze Maatregelen kunnen variëren van het regelen van detailpunten tot het vastleggen van belangrijke kwesties. Bij Algemene Maatregelen van Bestuur wordt de toeken-

ning van de bevoegdheid tot het uitoefenen van een paramedisch beroep geregeld. Is er (nog) geen Algemene Maatregel van Bestuur voor een bepaalde beroepsgroep tot stand gekomen, dan is er wettelijk geen sprake van een paramedisch beroep en zijn de betreffende beroepsbeoefenaren strafbaar. Deze Algemene Maatregelen van Bestuur moeten tenminste inhouden:

- a. omschrijving van de aard van de werkzaamheden
- b. een nadere omschrijving van de verhouding tussen paramedische beroepskracht en geneeskundige of tandarts
- c. regeling van examens, toelatingseisen, tekst van de belofte tot geheimhouding en bevoegdheidsbewijzen.

Verder kunnen bij Algemene Maatregelen van Bestuur vastgesteld worden:

- d. regelingen met betrekking tot een permanent adviesorgaan
- e. regelingen met betrekking tot het voeren van titel en herkenningsteken
- f. regelingen waaraan inrichtingen, waarin een paramedisch beroep wordt uitgeoefend, moeten voldoen
- g. regelingen omtrent de invoering van tucht-recht.

Tijdens de kamerdebatten over het wetsontwerp op de paramedische beroepen worden tegen deze konstruktie bedenkingen geopperd.¹³⁾ Zijn de paramedische beroepen niet te heterogeen om gezamenlijk in één kader ondergebracht te worden? Maar de argumenten vóór geven de doorslag. Een raamwet is hier een geschikte vorm omdat op deze manier een zeer heterogene materie onder één noemer kan worden gebracht.¹⁴⁾ Een uniforme regeling is ook niet wenselijk daar de zeer uiteenlopende werkzaamheden van de verschillende paramedische beroepen noodzaken tot een eigen, aan het beroep aangepaste, regeling. Door het opstellen van Algemene Maatregelen van Bestuur voor ieder paramedisch beroep afzonderlijk kan men bovendien beter inspelen op maatschappelijke ontwikkelingen. Een ander bezwaar betreft de nogal summiere afbakening in de kaderwet. Wordt daardoor niet wat al teveel overgelaten aan Algemene Maatregelen van Bestuur, vragen enkele kamerleden zich met enige zorg af. Bovendien worden er in de toekomst steeds meer afsplitsingen en differentiaties op paramedisch gebied verwacht en men is bang dat, wanneer er voor een dergelijke open konstruktie gekozen wordt, een wir-war van allerlei regels (in de vorm van Algemene Maatregelen van Bestuur) zal ontstaan. Ondanks deze bezwaren wordt besloten deze konstruktie toch te handhaven en de minister voegt er nog aan toe voor versnippering op paramedisch gebied te zullen waken.

In het wetsontwerp op de paramedische beroepen worden de volgende onderwerpen geregeld:

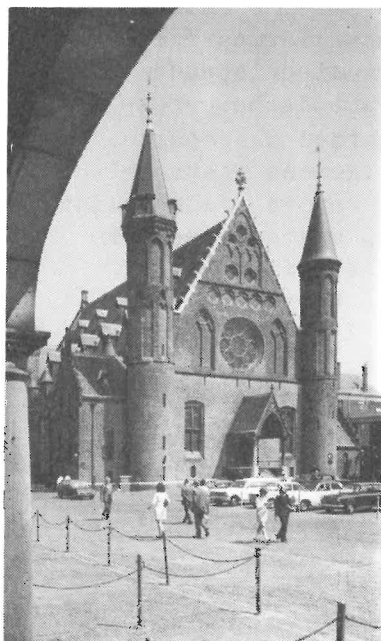
- * In artikel 1 van de Wet op de Paramedische Beroepen worden twee belangrijke punten geregeld. Er wordt aangegeven wat onder uitoefening van een paramedisch beroep verstaan moet worden en de relatie met de arts wordt erin vastgelegd.¹⁵⁾
- * Artikel 2 geeft aan dat men op grond van examen en afleggen van geheimhoudingsplicht bevoegd is een paramedisch beroep uit te oefenen, terwijl in artikelen 3 en 4 wordt vastgelegd hoe Algemene Maatregelen van Bestuur moeten worden vastgesteld.
- * De artikelen 5 en 6 geven aan dat alleen een bevoegde een titel mag voeren en dat hij zich als titelhouder moet laten registreren.
- * Dan volgen respectievelijk artikelen over geheimhoudingsplicht, toelating van beroepsbeoefenaren met een buitenlands diploma en inrichtingseisen.
- * De artikelen 10 t/m 31 handelen over tuchtspraak. Ernstig misdragen of tekort schieten in de uitoefening van een paramedisch beroep kan leiden tot tuchtrechtelijke maatregelen. De strafbepalingen worden in de artikelen 32 t/m 38 aangeduid en de artikelen 39 t/m 42 zijn overgangsbepalingen.

Zoals gezegd wordt het wetsontwerp op 2 september 1959 ingediend. Een eerste behandeling van het wetsontwerp (1 juni 1960) levert een stroom van kritische vragen en twijfels op; niet uit één hoek maar uit vele hoeken van de Kamer. Op 2 mei 1962 pareert minister Veldkamp van Sociale Zaken en Volksgezondheid deze kritiek in de Memorie van Antwoord die vergezeld gaat van de Nota van Wijziging. De openbare behandeling van het wetsontwerp in de Tweede Kamer vindt plaats op 2 mei 1962. Ondanks kritische vragen en twijfels vinden de kamerleden het wetsontwerp zeker wel aanvaardbaar, temeer daar de bewindsman de wettelijke regelingen op paramedisch terrein *geleidelijk* wil invoeren. De minister kan dan ook tevreden konstateren dat er 'een vrij grote mate van overeenstemming' over het wetsontwerp is in de Kamer. Na enige discussie over enkele wetsartikelen en hun interpretatie wordt het wetsontwerp zonder hoofdelijke stemming aangenomen.

In een openbare bespreking van dezelfde materie in de Eerste Kamer wordt ook daar zonder hoofdelijke stemming met het wetsontwerp ingestemd. De afkondiging van de Wet op de Paramedische Beroepen in het Staatsblad (no. 113) vindt plaats op 21 maart 1963.

Alvorens de afkondiging van de Wet op de Paramedische Beroepen kan plaatsvinden worden de voorstellen uit het wetsontwerp uitvoerig bediscussieerd in het parlement. Als voornaamste knelpunten komen naar voren:

- herziening van of aanpassing aan de wet uit 1865 en de algehele bevoegdheid van de arts
- definiëring en afbakening van het werkkerrein van de



Het Binnenhof

- paramedische beroepen
 - invoering van een paramedische tuchtwet
 - opleidingen
 - overgangsbepalingen.
- Op deze punten willen we in de volgende hoofdstukken nader ingaan.

2.1. Herziening van òf aanpassing aan de wet uit 1865 en de algehele bevoegdheid van de arts

De Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst uit 1865 heeft bepaald dat slechts degenen die daartoe bevoegd zijn zich met de geneeskunst bezig mogen houden. In tegenstelling tot de tijd daarvoor is er in deze wet sprake van 'ene ongedeelde bevoegdheid tot de uitoefening van de geneeskunst in haar volle omvang'. Deze alomvattende bevoegdheid van de arts gaat op den duur een probleem vormen. De ontwikkeling van groepen beroepsbeoefenaren met eigen specifieke kennis en vaardigheden wordt afgeremd door de monopoliepositie van de arts. Juridisch wordt de afgrenzing van het gebied van de geneeskunst door deze ontwikkelingen niet aangetast; maatschappelijk wordt deze grens echter meer en meer doorbroken.

In het wetsontwerp op de paramedische beroepen wordt voorgesteld om de daarvoor in aanmerking komende paramedische beroepsbeoefenaren bevoegdheid te geven, een welomschreven gedeelte van het terrein van de geneeskunst te betreden. Deze deelbevoegdheid wordt onmiddellijk ingeperkt door de bepaling dat er een, in de wet bepaalde, verhouding tot de arts moet bestaan. Deze verhouding tot de arts èn de vraag of men de wet uit 1865 niet in z'n geheel moet herzien wanneer men bevoegdheden aan paramedici gaat toekennen, roepen in het parlement diskussies op.¹⁶⁾

Over deze verhouding van de paramedische kracht tot de arts wordt in het, reeds genoemde Basisbesluit voor de Paramedische Bedrijven uit 1942 met geen woord gerept. In dit Besluit wordt slechts de aard van de paramedische werkzaamheden aangeduid.

Alvorens het Wetsontwerp op de Paramedische Beroepen in de openbaarheid te brengen is uitvoerig overleg gevoerd met de KNMG over de relatie arts-paramedische kracht. De KNMG neemt een niet mis te verstaan standpunt in. De paramedische kracht is de *hulpkracht* van de arts. De Maatschappij pleit dan ook voor een duidelijke regeling van de verantwoordelijkheden van de arts en de paramedische *hulpkracht*.¹⁷⁾

De minister heeft dit advies niet overgenomen in het wetsontwerp omdat dit teveel neigt naar een verhouding van volledig afhankelijkheid. Aan een beperkte eigen verantwoordelijkheid van de paramedische kracht zou op deze wijze onvoldoende recht worden gedaan. Wel geeft hij expliciet aan dat er geen sprake kan zijn van een 'tweede categorie zelfstandig geneeskundigen'. Uitoefening van paramedische werkzaamheden dient te ge-

schieden 'onder leiding, dan wel op aanwijzing en onder controle van een geneeskundige of tandarts'.¹⁸⁾ Het paramedisch beroep onderscheidt zich hiermee van het beroep van de arts, de tandarts en de vroedvrouw die geheel zelfstandig werken. Tijdens de eerste openbare behandeling van het wetsontwerp wordt nogal heftig geprotesteerd tegen de idee om paramedische krachten als hulpkrachten te beschouwen.¹⁹⁾ Op aandrang van de kamerleden wordt zelfs een derde en verdergaande mogelijkheid toegevoegd. Naast de mogelijkheden van 'leiding' en 'aanwijzing en controle' wordt als derde mogelijkheid 'verwijzing' opgenomen in de Nota van Wijziging.²⁰⁾

Het hoofdbeginsel bij de verhouding arts-paramedische kracht is dat de arts een deel van de verantwoordelijkheid overdraagt en een deel zelf behoudt; een ander deel zal onder 'gedeelde verantwoordelijkheid' vallen. Het komt in feite neer op een juiste distributie van verantwoordelijkheden, volgens de minister.²¹⁾ Hoe men zich de verdeling van die verantwoordelijkheden voor moet stellen, staat de parlementariërs niet erg duidelijk voor ogen. In het wetsontwerp wordt volstaan met genoemde globale omschrijving. Een der leden van de Tweede Kamer vraagt een poging om de te globale omschrijving van gedeelde verantwoordelijkheden wat aan te scherpen. De arts, zo stelt hij, is verantwoordelijk voor de juistheid van de verwijzing maar niet voor de juistheid van de paramedische behandeling. De minister kan het daar geheel mee eens zijn.²²⁾ Maar hoe zal een invulling van de verschillende verantwoordelijkheden in z'n werk gaan? Er zijn diverse mogelijkheden. Men kan de verantwoordelijkheden wat gedetailleerder in de kaderwet regelen. Een preciezer omschrijving kan ook in Algemene Maatregelen van Bestuur gegeven worden. Laat men het over aan de concrete praktijk dan zal daar op den duur ook wel een nadere invulling ontstaan. De minister meent dat er wel enige globale regels te stellen zijn en dat niet alleen uit de concrete praktijk hoeft te blijken hoe de verantwoordelijkheden liggen.²³⁾ Een wettelijke regeling van verantwoordelijkheden wordt door een der kamerleden nog eens sterk benadrukt. Hij stelt dat de verantwoordelijkheid van de arts in de praktijk tot een fictie is geworden. De arts kan de volledige verantwoordelijkheid voor z'n medewerkers niet dragen; het ontbreekt hem aan voldoende (specifieke) kennis.²⁴⁾ Enige aandacht wordt ook besteed aan paramedische krachten die in ziekenhuizen werken. Hoe is het daar gesteld met de verdeling van de verantwoordelijkheden; draagt de directie van het ziekenhuis nu de verantwoording voor de paramedische kracht of de arts, of misschien beiden. Hier moeten de termen 'onder leiding, op aanwijzing of onder controle en verwijzing' uitkomst bieden, volgens de minister. Is deze relatie met de arts er niet dan valt het beroep buiten de werkingsfeer van de Wet op de Paramedische Beroepen.

Deze discussie over de verantwoordelijkheden raakt een fundamenteel vraagstuk: dat van exclusiviteit van de bevoegdheid van de arts. Een afgevaardigde van de CHU in de Eerste Kamer ziet in de toevoeging 'verwijzing' een essentiële wijziging van het huidige systeem. Paramedische krachten hielden zich volgens de wet uit 1865 niet bezig met de uitoefening van de geneeskunst. Ook in het Besluit van 1942 werd het uitoefenen van een paramedisch beroep niet gezien als uitoefening van de geneeskunst. In dit wetsontwerp is echter wel degelijk sprake van de uitoefening van de geneeskunst door paramedische krachten. Hij vindt het zeer terecht dat de medicus in dit wetsontwerp niet uitgeschakeld wordt 'want toch altijd blijft hij (= arts) de dominus in het systeem van de wet'.²⁵⁾

Geen van de parlementariërs ontkent dat de alomvattende bevoegdheid van de arts verleend in 1865, een toenemend probleem vormt. Een wettelijke regeling van de paramedische beroepen is zeker op z'n plaats. Maar moet men daartoe de monopoliepositie van de arts aantasten, hetgeen inhoudt dat de Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst in z'n geheel herzien moet worden, óf kan men volstaan met een aanvulling van de wet uit 1865. Een aantal compromisvoorstellen wordt dan achtereenvolgens besproken en verworpen. Kort samengevat komen deze voorstellen op het volgende neer:

- . Een nieuwe omschrijving van het begrip 'uitoefening van de geneeskunst', zoals door sommige leden wordt voorgesteld, is onvoldoende. Want zelfs al zou deze nieuwe omschrijving de arts niet meer bevoegd verklaren op het gehele terrein van de geneeskunst, desondanks zou een omschrijving van de bevoegdheden van de paramedische beroepsbeoefenaar nodig zijn, evenals het opstellen van regels om deze bevoegdheid te verkrijgen.
- . Met een officiële erkenning van de opleiding en het diploma, zonder een op de wet gebaseerde regeling, zoals sommige kamerleden opperen, komt men er ook niet. Het gaat immers om werkzaamheden die voor een deel op het terrein van de geneeskunst liggen; erkenning van opleiding en diploma zijn ontoereikend.²⁶⁾
- . Kan eigenlijk niet volstaan worden met de bescherming van de titel en onderscheidingsteken, opperen enkele Tweede Kamerleden.²⁷⁾ Nee, dat kan niet, vindt de bewindsman.²⁸⁾ De invoering van de Wet op de Paramedische Beroepen zal inbreuk maken op de exclusiviteit en met titelbescherming voor paramedische krachten kan hier dus niet volstaan worden.

Wijziging van de wet uit 1865 is wel noodzakelijk maar niet voor dit wetsontwerp, meent minister Veldkamp. De paramedische beroepsbeoefenaren zullen met de invoering van de Wet op de Paramedische Beroepen onder een wettelijke regeling vallen en zullen hun werkzaamheden in een, in de wet bepaalde, relatie tot de arts verrichten. Een juiste afbakening van het terrein van de geneeskunst kan niet hals over kop gebeuren maar pas

'wanneer redelijkerwijze op een gegeven ogenblik de meeste paramedische beroepen aan het nieuwe wetsvoorstel zijn onderworpen'.²⁹⁾

Bovendien zal herziening van een dergelijke omvangrijke en ingewikkelde materie diepgaand bestudeerd moeten worden en daarop kan het wetsvoorstel op de paramedische beroepen niet wachten.

Het Tweede Kamerlid De Vreeze kan zich bij deze konklusie aansluiten. Men kan, zo vindt hij, best bevoegdheden aan paramedische krachten toekennen en desondanks 'terughoudendheid betrachten bij het aanbren- gen van beperkingen ten aanzien van de alomvattende bevoegdheid van de arts'.³⁰⁾

Hoewel het wetsvoorstel de exclusiviteit van de werkzaamheden van de arts doorbreekt, zal het de omvang van de bevoegdheid van de arts niet aantasten. Voorzichtigheid ten aanzien van de beperking van de bevoegdheid van de arts is het devies van minister en kamerleden.

2.2. De definiëring en afbakening van het werkkterrein van de paramedische beroepen

De definiëring en afbakening van het terrein van de paramedische beroepen vormen een belangrijk onderdeel van de diskussies over het wetsontwerp. Er zijn drie aspecten aan te onderscheiden, te weten:

- a. definiëring van het begrip paramedisch
- b. grens tussen paramedische en medische beroepen en de grens tussen paramedische beroepen en middenstandsbedrijven
- c. grens tussen paramedische en andere aanverwante (medische) beroepen enerzijds en tussen alternatieve geneeswijzen anderzijds.

ad a: definiëring

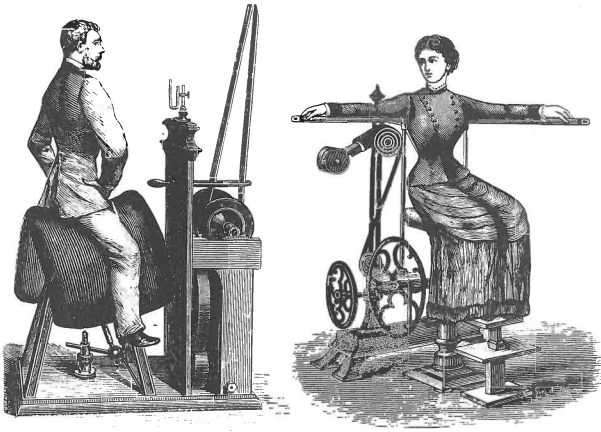
In de loop der tijd ontwikkelen zich tussen de beroepen van zelfstandig bevoegde werkers op het terrein van de geneeskunst en beroepen die als niet-geneeskundig geklassificeerd staan, een aantal beroepen die als paramedisch bestempeld gaan worden. Het meest kenmerkende van een paramedisch beroep is dat de beoefenaren ervan, zowel op geneeskundig als op niet-geneeskundig gebied werkzaam zijn. Het wetsvoorstel spreekt van beroepen die tussen geneeskundige en niet-geneeskundige beroepen in liggen. Het is een nogal vage omschrijving die voornamelijk op twee elementen steunt, te weten:

- het beroep moet een geneeskundig element bevatten
- er moet een relatie met een geneeskundige of tandarts bestaan.

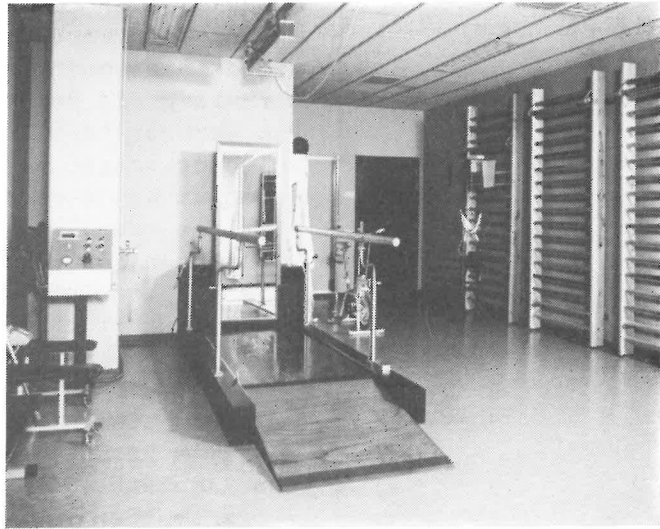
Afgrenzing van het begrip geneeskunst is hier het beslissende moment volgens de minister.

In de Memorie van Toelichting legt de minister uit dat de paramedische beroepen aan eenzelfde basisdefinitie moeten voldoen omdat anders het gevaar van een verwar-

de wetgeving zou kunnen ontstaan.³¹⁾ De grote moeilijkheid bij de begripsomschrijving van de paramedische beroepen is dat een bonte mengeling van beroepen onder één noemer gebracht moet worden. Ieder van deze beroepen heeft een eigen historische achtergrond; sommige zijn nog volop in ontwikkeling terwijl andere al



Beroepsuitoefening vroeger



en nu

een lange staat van dienst hebben. De definitie moet buitendien duidelijk, verantwoord en hanteerbaar zijn. Het Tweede Kamerlid De Vreeze ondersteunt het belang van een goede definitie. Hij noemt de definitie het voornaamste hengel om de wet aan op te hangen. Dit hengel is zeer moeizaam gekonstrueerd. De lakonieke uitspraak van de minister dat dit hengel misschien wat minder fraai is uitgevallen, maar 'dat de jurisprudentie zich er wel mee zal weten te redden', is hier dan ook beslist niet op z'n plaats, aldus De Vreeze.³²⁾

Tijdens de kamerdebatten formuleert men een aantal kenmerken van de paramedische beroepen, deze zijn:³³⁾

- de werkzaamheden van de paramedische beroepsbeoefenaren moeten geheel of gedeeltelijk op het terrein van de geneeskunst liggen. Aanverwante werkzaamheden mogen wel verricht worden maar niet een belangrijk deel van de tijd in beslag nemen
- het beroep moet zich richten op niet-gezonden; zorg voor gezonden is dus géén paramedische zorg
- er dient sprake te zijn van een duidelijke eigen verantwoordelijkheid op medisch gebied. Dit houdt in dat de paramedische kracht niet uitsluitend onder verantwoordelijkheid van de arts kan werken
- er dient een onmiddellijke relatie tussen de beoefenaar van een paramedisch beroep en de patiënt te bestaan
- de arbeid zal verricht moeten worden in een bepaalde relatie met de (tand)arts
- de paramedische werkzaamheid moet op therapeutisch

terrein liggen.

De minister vindt het wat te ver gaan wanneer men stelt dat de paramedische krachten de grenzen van het therapeutisch terrein niet overschrijden mogen. Liever zou hij stellen dat 'arbeid op therapeutisch terrein een richting gevend kenmerk is'.³⁴⁾

Genoemde kenmerken geven wel meer duidelijkheid, maar de *vraag naar de grens*: 'ligt deze beroepsuitoefening op het terrein van de geneeskunst' is daarmee nog steeds niet ondubbelzinnig beantwoord. Toch is het een kernvraag bij definiëring van de paramedische beroepen. Pas wanneer hier een antwoord op gegeven is, kunnen de volgende vragen gesteld worden, te weten:

- hebben we te maken met een paramedisch beroep
- is het (dan) wenselijk om de Wet op de Paramedische Beroepen, op dit beroep van toepassing te verklaren
- is het (dan ook) wenselijk om aan dit beroep een paramedisch tuchtrecht te verlenen.

ad b: grensafbakening paramedische beroepen

De grens tussen paramedische en medische beroepen wordt in het wetsontwerp niet of nauwelijks getrokken. Aanvankelijk is er geen afgrenzing tussen de werkzaamheden van medische en paramedische beroepsbeoefenaren. De arts en tandarts zullen op de eerste plaats zelf dienen te bepalen welke handelingen ze aan de paramedische krachten zullen overlaten.³⁵⁾ De wetgever zal, met het algemeen belang voor ogen, een regeling kunnen bekrachtigen.

Desondanks noemt de minister de afgrenzing van het begrip 'uitoefening van de geneeskunst' in de definitie het beslissende moment.³⁶⁾ Geleidelijk aan moet aan de 'grenzeloze' situatie een einde komen.³⁷⁾ In de toekomst zal de beoordeling of werkzaamheden van de paramedische krachten al dan niet op medisch terrein liggen, niet aan de medicus overgelaten worden.³⁸⁾ Bij Algemene Maatregel van Bestuur zal vastgesteld worden welke werkzaamheden als medisch aangemerkt dienen te worden. Op den duur zal zo een steeds genuanceerder beeld ontstaan.

Maar welke werkzaamheden komen dan in aanmerking om onder medische werkzaamheden gerangschikt te worden, vragen sommige parlementariërs zich af.³⁹⁾ Wat moet men bijvoorbeeld aan met behandelingen ter voorkoming van ziekte; vallen die nu wel of niet onder het begrip geneeskunst? De minister geeft daarop als antwoord dat het wetsontwerp betrekking heeft op het *curatieve* terrein.⁴⁰⁾ Indien, door veranderende opvattingen daarover, toezicht op het *preventieve* terrein wenselijk zal blijken, zullen andere (aanvullende) maatregelen getroffen moeten worden. Op voorhand wil de minister deze kwestie niet wettelijk regelen. Maar zou een aantal vormen van verzorging van de gezonde mens dan tenminste niet aan wettelijk toezicht onderworpen moeten worden, opperen sommige kamerleden. Het is zeker niet ondenkbaar dat gezondheidstherapieën schade aan de gezondheid kunnen berokkenen. Men denke

hierbij aan elektrische ontharing, saunabaden, verma-
geringskuren voorgeschreven door schoonheidsspecialis-
ten, voetverzorging e.d. De minister vindt een wette-
lijke regeling in eerste instantie niet nodig' maar
wanneer de volksgezondheid in het gedrang komt, ook
bij gezondheidstherapieën, is alle waakzaamheid gebo-
den'.⁴¹⁾

Wat de grens tussen paramedische beroepen en midden-
standsbedrijven betreft, het valt op dat in het wets-
ontwerp uitdrukkelijk gesproken wordt van *beroepen* in
plaats van *bedrijven* zoals in het Basisbesluit voor
de Paramedische Bedrijven uit 1942. De Wet op de Para-
medische Beroepen beoogt vooral de *gezondheidsbelangen*
te dienen; dit in tegenstelling tot de Vestigingswet
Bedrijven die vooral op *economische gronden* regelingen
opstelt. Met afgrenzing van het terrein van de midden-
standsbedrijven in het wetsontwerp wordt met name ge-
doeld op detailhandel, ambacht en kleine nijverheid.
De grens is in het wetsontwerp globaal getrokken;
mochten er grensgeschillen ontstaan dan kan de rechter
worden geraadpleegd. Belangrijk is volgens enkele ka-
merleden dat aansluiting is gezocht bij de wet uit
1865; dit roept geen nieuwe interpretatievragen op
voor de rechter.⁴²⁾ Mocht dat nodig blijken dan kan
een dubbele regeling - zowel op grond van de vesti-
gingswet als op grond van de Wet op de Paramedische
Beroepen - overwogen worden.⁴³⁾

Enige zelfstandigheid van de paramedische kracht bij
het uitvoeren van de hem opgedragen taak, moet dan ook
niet opgevat worden in de zin van economische zelf-
standigheid maar meer als een betrekkelijke zelfstan-
digheid in het medisch handelen.⁴⁴⁾

*ad c: grenzen tussen aanverwante beroepen &
alternatieve geneeswijzen*

Grote onduidelijkheid ontstaat over de vraag welke be-
roepen in de Wet op de Paramedische Beroepen geregeld
gaan worden. In de Memorie van Toelichting zijn een
aantal beroepen 'ter illustratie' genoemd.⁴⁵⁾ Met deze
illustratieve opsomming kunnen de parlementariërs niet
goed uit de voeten. In nogal verwarde en versnipperde
diskussie worden een aantal aanvullingen op deze op-
sommings voorgesteld. We willen ze hier puntsgewijs
even aanstippen:

* het beroep ziekenverpleger/ster⁴⁶⁾

Twee tegenover elkaar staande opvattingen spelen
hier een rol. Sommigen vinden dat het verplegen on-
der de nevenwerkzaamheden van de arts valt en als
zodanig ook geheel onder diens verantwoordelijkheid
dient te geschieden. Anderen daarentegen vinden de-
ze zogeheten 'verlengde arm' konstruktie een fictie;
er wordt bijvoorbeeld heel zelfstandig gewerkt in de
wijkverpleging. Het beroep dient volgens hen in de
Wet op de Paramedische Beroepen opgenomen te worden.
Ook met een woordenspel kan men tot verrassende ge-

volgtrekkingen komen. Verplegen, zo wordt gesteld, is *verpleegkunst* en geen *geneeskunst*; het hoort daarom niet onder deze wet te vallen. In artikel 1 (2^e lid) wordt dan aangegeven dat de Wet op de Paramedische Beroepen niet van toepassing is op ziekenverpleging.

* de psycholoog en de psychotherapie

Problematisch is de vraag of bepaalde werkzaamheden van de psycholoog (op het gebied van de geneeskunst) nu een wettelijke inperking of juist een stimulans verdienen. Wanneer men deze groep onder de werking van de Wet op de Paramedische Beroepen wil brengen, zal men voor alles een nauwkeurige omschrijving van de bevoegdheden alsmede een relatie met de arts moeten hebben, en dat is beslist geen eenvoudige zaak. Een aparte wettelijke regeling voor psychologen wordt als andere mogelijkheid geopperd.

Grote vraagtekens worden geplaatst bij de psychotherapie; vallen dergelijke werkzaamheden eigenlijk wel onder 'uitoefening van de geneeskunst'? En hoe zit het met de bevoegdheden van bijvoorbeeld de schoolpsychologische diensten.

De minister zegt nader onderzoek toe.

* van andere beroepsbeoefenaren zoals mondhygiënist, schoonheidsspecialisten, voetverzorgers, logopedisten, radiologisch laboranten, schooltandverzorgers is het onduidelijk of een deel van hun werkzaamheden nu al dan niet onder het begrip 'uitoefening van de geneeskunst' te rangschikken is.

* de medisch-analisten missen de relatie met de arts evenals de orthopedisch schoenmakers wanneer zij zich beperken tot het maken van schoeisel. Men besluit deze beroepen niet in de Wet op de Paramedische Beroepen op te nemen.

Bij eventuele regeling van genoemde beroepen moet men wel geleidelijkheid en voorzichtigheid betrachten; 'wettelijk perfectionisme en overdrijving'⁴⁷⁾ zijn uit den boze. Ook de minister vindt in deze raamwetgeving terughoudendheid op z'n plaats. Voor alle bovengenoemde beroepsbeoefenaren zullen (eventueel) pas regelingen opgesteld worden wanneer de zaken eerst goed onderzocht zijn.

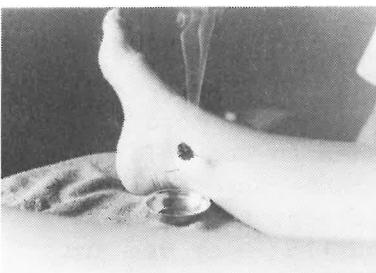
Diskussie ontstaat over de vraag of door invoering van de Wet op de Paramedische Beroepen de beunhazerij wel effectief bestreden kan worden. In de kamerdebatten worden m.i. steeds twee begripsinhouden door elkaar gehaald, zonder dat de verschilpunten expliciet aan de orde komen. Sommige parlementariërs praten over het terugdringen van beunhazerij en doelen dan op de beunhazen onder de paramedische beroepsbeoefenaren. Andere hanteren een ruimer begrip; zij hebben paranormale of alternatieve genezers op 't oog wanneer ze het over

lieden als beunhazen en kwakzalvers hebben. Tijdens de debatten in de Eerste Kamer legt een vertegenwoordiger van de VVD de nadruk op het scheppen van waarborgen voor een 'verantwoorde behandeling'. 'Wij eisen', zo stelt hij, 'van onze medici terecht een lange en wetenschappelijke studie. Waarom zou men patiënten toevertrouwen aan de handen van leken, die zonder de eenvoudigste medische kennis de behandeling van patiënten, soms met ernstige kwalen, op zich nemen'. Men moet uiterst voorzichtig zijn met het geven van bevoegdheden aan dergelijke genezers, waarschuwt hij, 'want zo ergens, dan bestaan onder dezen beunhazen en ook wel malafide deskundigen, die uiterst moeilijk te onderkennen en te omschrijven zijn'... 'Waar het hier de volksgezondheid betreft is het zeer gevaarlijk hen op de bevolking los te laten en hen van een officieel cachet te voorzien'.⁴⁸⁾

Zou de kwakzalverij niet effectiever bestreden worden wanneer men aan artikel 1 van de Wet op de Paramedische Beroepen een bepaling toevoegt die alternatieve genezers er wèl onder laat vallen, opperen enkele kamerleden voorzichtig. De minister (en met hem het overgrote deel van de kamerleden) is daar vierkant tegen. Het probleem van de kwakzalverij kan in het kader van dit wetsontwerp niet worden opgelost.⁴⁹⁾

Immers, men gaat er bij de paramedische beroepsbeoefenaar vanuit dat hij z'n werkzaamheden in een bepaalde relatie met de arts verricht. Bij alternatieve genezers is er van een dergelijke relatie niet of nauwelijks sprake. Bovendien is het gevaar voor beunhazerij slechts één van de beweegredenen voor het treffen van een regeling; een goede beroepsuitoefening vindt de minister van minstens even groot belang. Dat neemt niet weg dat beunhazerij op verschillende gebieden voorkomen en bestreden dient te worden.⁵⁰⁾

Wel ligt het in de bedoeling van de minister om een regeling voor het uitoefenen van de geneeskunst door niet-bevoegde krachten in overweging te nemen. De interdepartementale werkgroep Muntendam heeft zich diepgaand bezig gehouden met de vraag of er aan paranormale genezers bepaalde bevoegdheden toe te kennen zijn. Dit rapport wordt thans door de minister bestudeerd. De parlementariërs zijn niet eenstemmig vóór dit idee. Sommige leden willen de mogelijkheid van een toekomstige wettelijke regeling voor alternatieve genezers wel open houden mits deze lieden een soort proeve van bekwaamheid afleggen alvorens ze tot (bepaalde) medische handelingen bevoegd te verklaren. Wanneer ze tenminste in samenwerking en onder controle van een arts werken, maakt een aantal leden aanmerkelijk minder bezwaar tegen het toelaten van alternatieve genezers. Anderen zijn fel tegen. Met name ex-minister Suurhoff (PvdA) is sterk gekant tegen een wettelijke regeling voor dergelijke genezers. 'Paranormale genezers hebben net zoveel gemeen met paramedici als paratyfus met parasol, namelijk alleen de eerste vier letters'.⁵¹⁾



Acupunctuur

Het wetsontwerp zal vooralsnog betrekking hebben op een beperkt aantal paramedische beroepen waarvoor Algemene Maatregelen van Bestuur zijn afgekondigd. Voor alternatieve of paranormale genezers zal deze nieuwe wettelijke regeling (nog) niet gaan gelden. De minister zegt toe deze problematiek grondig te zullen bestuderen.

2.3. Invoering van een paramedische tuchtwet

De kwaliteit van de gezondheidszorg wordt vooral bepaald door degenen die deze zorg verlenen. Vakbekwaamheid alleen biedt onvoldoende garantie voor een goede beroepsuitoefening. Het is minstens van evenveel belang dat de beroepsuitoefening aan hoge ethische normen voldoet. Doet men een beroep op een (para)medicus dan moet men erop kunnen vertrouwen dat degene tot wie men zich wendt niet alleen deskundig is, maar ook met toewijding en zorgvuldigheid te werk gaat. De patiënt is vaak niet in staat te beoordelen wat er met hem aan de hand is en hoe dat verholpen kan worden. Kortom, de beroepen arts en paramedicus zijn vertrouwensberoepen en wanneer deze beroepsbeoefenaren tekort schieten in zorg moeten ze op het matje geroepen kunnen worden. Het is voor deze beroepen dan ook nodig om een stelsel van bijzondere normen en sankties op te stellen; immers de bijzondere dienstverlening vraagt om een bijzondere beoordeling waarop het commune recht (strafrecht en civielrecht) niet is ingesteld.

Het tuchtrecht wordt door sommigen bestempeld als een typisch attribuut voor een vrij beroep.⁵²⁾ Eén van de kenmerken van een vrij beroep is het bevorderen van standsgevoel. Dit standsgevoel is gebaseerd op standsethiek. Deze ethiek komt tot uitdrukking in de beoordeling van de gedragingen van de beroepsbeoefenaren door hun collegae. Op basis daarvan kan een standsrechtspraak voor de betreffende groep beroepsbeoefenaren volgen. Deze standsrechtspraak kan later door de wetgever worden gecodificeerd.

Kijken we nu naar de paramedische beroepen dan is er geen standsrechtspraak waarop een wettelijk geregeld tuchtrecht gebaseerd zou kunnen worden. Bovendien raakt men bij de vraag, of de paramedische beroepen onverkort zijn onder te brengen bij de vrije beroepen, al snel verstrikt in een gordiaanse knoop van definities van vrije beroepen. De paramedische beroepen zijn immers een zeer heterogene groep; sommige zijn nauw verwant aan het vrije beroep, andere liggen er ver van af.

Is tuchtrecht voor de paramedische beroepen eigenlijk wel zinvol, gezien bovenstaande overwegingen? De minister is van mening dat, naarmate een paramedisch beroep dichterbij het vrije beroep ligt, er meer reden zal zijn tot het instellen van een paramedisch tucht-

recht. Paramedische beroepsbeoefenaren kunnen zich aan verwerpelijke handelingen schuldig maken. Wanneer er geen paramedisch tuchtrecht is, zullen bepaalde verwerpelijke handelingen niet bestraft kunnen worden omdat ze óf niet onder het strafrecht vallen óf geen aanleiding geven tot een civiele procedure. Instelling van een paramedisch tuchtrecht geeft de mogelijkheid om op te treden tegen misdragingen; met name op ethisch gebied.

Een daarop aansluitende vraag is of het paramedisch naast het medisch tuchtrecht kan functioneren. We laten opnieuw de minister aan het woord. Het tuchtrecht voor medici, tandartsen, vroedvrouwen en apothekers geldt uitsluitend voor die groepen⁵³). Genoemde groepen hebben eigen verantwoordelijkheden, óók ten aanzien van de keuze van de paramedische beroepskracht. De paramedische kracht heeft op zijn beurt een eigen verantwoordelijkheid voor z'n werkzaamheden en z'n gedrag ten opzichte van z'n patiënten. Deze eigen verantwoordelijkheid van de paramedische kracht vormt de basis voor een paramedisch tuchtrecht. Als zodanig kan het paramedisch tuchtrecht naast het medisch tuchtrecht zin hebben.

Nadat de parlementariërs het er over eens geworden zijn dat instelling van tuchtrecht voor paramedici zinvol is, komt de vraag aan de orde hoe dat dan geregeld moet gaan worden. Kan de waarborging van beroepsuitoefening op hoog ethisch nivo aan de beroepsorganisaties overgelaten worden of zal men dit van overheidswege dienen te regelen. Deze twee mogelijkheden kunnen op hun beurt weer op verschillende wijze worden geregeld; zo komt men tot vijf keuzemogelijkheden:

- herziening van het medisch tuchtrecht en een gezamenlijke tuchtrechtregeling van medische en paramedische beroepen
- opneming van het paramedisch in het bestaande medisch tuchtrecht
- een afzonderlijke regeling van het tuchtrecht voor alle paramedische beroepen
- voor elk paramedisch beroep een afzonderlijke regeling (bijvoorbeeld door Algemene Maatregelen van Bestuur)
- interne tuchtrechtspraak.

De kamerdebatten over de vormgeving en de inhoud van een tuchtrecht voor paramedische beroepen spitsen zich toe op de volgende onderwerpen:

- a. instelling van een paramedisch tuchtrecht
- b. verschillende criteria voor medisch en paramedisch tuchtrecht
- c. beroepsprocedure en samenstelling van de tuchtcolleges.

ad a: instelling paramedisch tuchtrecht

Instelling van het tuchtrecht voor één of meer paramedische beroepen is nodig omdat een deel van de paramedische krachten niet bij een beroepsorganisatie is

aangesloten. Het interne tuchtrecht, zoal aanwezig, werkt dus maar ten dele; n.l. alleen voor die beroepsbeoefenaren die aangesloten zijn.

Instelling van een paramedisch tuchtrecht is niet alleen de wens van de minister. De belangrijkste organisaties binnen en buiten de kring van paramedische beroepsbeoefenaren zijn geraadpleegd en vinden een tuchtrechtregeling voor paramedici een wenselijke zaak. Het Genootschap voor Heilgymnastiek en Massage dringt zelfs zeer sterk aan op een wettelijke regeling. De centrale Raad voor de Volksgezondheid adviseert een gezamenlijke tuchtrechtspraak voor alle paramedische beroepen.⁵⁴⁾ In het wetsontwerp wordt een paramedisch tuchtrecht voor de wettelijk erkende paramedische beroepen voorgesteld. Uit de debatten over dit voorstel blijkt dat de kamerleden wèl voelen voor het instellen van een paramedisch tuchtrecht maar tēgen verplichte instelling van de tuchtrechtregeling zijn. Het voorstel uit het wetsontwerp wordt onder druk van de Kamerleden dan ook omgezet in een fakultatieve regeling.⁵⁵⁾ In plaats van een regeling voor alle paramedische beroepen in het leven te roepen, kàn nu een regeling voor ieder paramedisch beroep afzonderlijk worden getroffen (door Algemene Maatregelen van Bestuur). Geleidelijkheid en voorzichtigheid die de boventoon voeren in de kamerdebatten rond het wetsontwerp, worden ook in deze discussies nog eens expliciet benadrukt. Men wil een paramedisch tuchtrecht voor àlle paramedische beroepen eerst overwegen wanneer de Wet op de Paramedische Beroepen alle sectoren bestrijkt die onder deze Wet gebracht zullen moeten worden. Te zijner tijd kan dan ook overwogen worden of aansluiting van het paramedisch tuchtrecht bij het medisch tuchtrecht zinvol en wenselijk is.⁵⁶⁾

ad b: criteria medisch en paramedisch tuchtrecht

Een ander punt waar de parlementariërs over vallen is dat de criteria voor het voorgestelde paramedisch tuchtrecht veel eenvoudiger liggen dan voor artsen, apothekers, tandartsen en vroedvrouwen. In de medische tuchtwet uit 1928, waar laatstgenoemde groepen beroepsbeoefenaren onder vallen, wordt gesproken over: het verrichten van handelingen die het vertrouwen in de stand ondermijnen, nalatigheid waardoor ernstige schade ontstaat, grove onkunde, en ook drankmisbruik of het gebruik van verdovende middelen als gewoonte. Verder worden ook ongeschiktheid wegens ziels- of lichaamsziekte, of wegens ouderdoms- of lichaamsgebreken als criteria opgevoerd.

Het wetsontwerp spreekt in artikel 10 slechts van 'ernstig tekort schieten of misdragen' bij de uitoefening van een paramedisch beroep. Waarom dat verschil in criteria?

Het medisch tuchtrecht, geeft de minister als commentaar, staat op het punt herzien te worden. Vooral bij 'handelingen die het vertrouwen van de stand ondermijnen', worden vraagtekens geplaatst. Het standsbegrip

heeft een andere maatschappelijke waardering gekregen en daardoor is ook standsrechtspraak op de helling komen te staan. Het zwaartepunt is verlegd van het ondermijnen van het vertrouwen in de (artsen-)stand naar ondermijning van het vertrouwen in de geneeskundige handelingen. De patiënt is niet geïnteresseerd in de paramedische 'stand', maar in de vraag of de paramedische kracht zich bij de uitoefening van zijn beroep misdraagt. Vandaar het verschil in criteria.

ad c: beroepsprocedures en samenstelling van de tuchtcolleges

Het medisch tuchtrechtelijk apparaat is onderverdeeld in een tweetal Colleges: het College in Eerste Aanleg en het Centraal College. In bepaalde gevallen kan men aankloppen bij de Gerechtshoven als beroepsinstantie. Bij de Commissie, belast met de herziening van het Medisch Tuchtrecht, bestaan plannen om deze Gerechtshoven als beroepsinstantie uit te schakelen en in verband daarmee het juridisch element in de Colleges te versterken. Bij een paramedische tuchtrechtregeling zou men aan een soortgelijke konstruktie kunnen denken. Beroepszaken zouden verwezen kunnen worden naar het Medisch Tuchtcollege. Dit voorstel vindt geen bijval in de Kamer. De afwijzing van de beroepsregeling roept een volgende vraag op. Moet het juridisch element in het paramedisch tuchtrecht niet versterkt worden wanneer men het Medisch Tuchtcollege als beroepsinstantie verwerpt? Deze vraag wordt bevestigend beantwoord ondanks de bezwaren die de Centrale Raad voor de Volksgezondheid en enkele parlementariërs naar voren brengen. Er wordt besloten dat de juristen in het Centraal

The graphic contains several headlines:

- Clacht c... waarne... Medische Amsterdam** (partially obscured)
- Clacht tegen huisarts in K... geen maatregel** (partially obscured)
- om medische gegevens afgewezen** (partially obscured)
- Clacht ook ir... Waarnemend huisarts weigerde... oncollegiaal gedrag binnen... Uitspraak** (partially obscured)
- hulp aan stervend kind Anesthesist berispt roep afgewezen** (partially obscured)
- Onvoldoende onderzoek** (partially obscured)
- Huisarts gewaarschuwd... ook in... van Beroep... Tuchtcollege** (partially obscured)

College in sterkere mate vertegenwoordigd zullen zijn dan vakgenoten.⁵⁷⁾

Met de beslissingen die onder de punten b. en c. besproken zijn loopt het paramedisch tuchtrecht reeds vooruit op de plannen tot herziening van het Medisch Tuchtrecht.

2.4. Opleidingen

Een onderwerp dat zeker van belang geacht moet worden, hoewel het in deze bespreking niet uitgebreid aan de orde zal worden gesteld, is de opleiding. Tijdens de kamerzittingen spreken enkele parlementariërs hun bezorgdheid uit over de mogelijkheid dat met de invoering van dit wetsontwerp de opleidings- en exameneisen voor de diverse paramedische beroepen verzwaard zullen worden. De vereisten kunnen niet hoger worden gesteld dan in het belang van de volksgezondheid noodzakelijk is, wordt dan in artikel 2 (4^e lid) van de Wet op de Paramedische Beroepen vastgelegd. De minister verklaart desgevraagd dat invoering van het wetsontwerp niet tot verzwaring van de opleidingen mag leiden. Verder kan de minister niet gaan want het wetsontwerp geeft slechts het kader aan en is bedoeld om de kwaliteit van de beroepsopleidingen te waarborgen. De konkrete invulling van de opleidings- en exameneisen geschiedt voor ieder paramedisch beroep afzonderlijk bij Algemene Maatregelen van Bestuur.

2.5. Overgangsregelingen

Een voorstel van Suurhoff (PvdA) heeft de parlementaire gemoederen nogal beroerd. Hij vindt dat het wetsontwerp maar merkwaardig gekonstrueerd is⁵⁸⁾. Tot dusver waren alle paramedische beroepsbeoefenaren strafbaar wanneer ze niet volledig onder toezicht van een medicus werkten. Treedt de Wet op de Paramedische Beroepen in werking dan zal voortaan een bevoegdheid nodig zijn voor de uitoefening van een paramedisch beroep. Toekenning van die bevoegdheid kan pas plaatsvinden wanneer er voor het betreffende paramedisch beroep een Algemene Maatregel van Bestuur is ingesteld. Is die er (nog) niet dan zullen deze paramedische beroepen, nu in nog erger mate dan voorheen, als onbevoegde uitoefening van de geneeskunst moeten worden beschouwd. Neem, zo stelt hij voor, in de wet uit 1865 (in artikel 1) een bepaling op die inhoudt dat uitoefening van een paramedisch beroep géén uitoefening van de geneeskunst is. Een soortgelijke regeling is in 1938 ook voor heilgymnasten-masseurs gemaakt. Dit betekent in feite dat het uitoefenen van een paramedisch beroep voor een ieder een toelaatbare zaak gaat worden. Breng vervolgens wanneer de mogelijkheid en de noodzaak daartoe bestaat (via Algemene Maatregel-

len van Bestuur) regelingen tot stand voor bepaalde sectoren van paramedische activiteiten. Op deze manier worden geleidelijk aan groepen paramedische krachten binnen een nieuw wettelijk kader gebracht en kunnen bepaalde bevoegdheden op bepaalde voorwaarden verkregen worden.

Tijdens de kamerdebatten over het voorstel van Suurhoff en het wetsvoorstel, komt men tot de konklusie dat geen van beide voorstellen een sluitende overgangsregeling oplevert.

. In het voorstel van Suurhoff zullen alle paramedische beroepen in eerste instantie buiten de wet geplaatst worden. Pas geleidelijk aan zullen de daarvoor in aanmerking komende paramedische beroepen (via Algemene Maatregelen van Bestuur) dan binnen de werkingssfeer van de Wet op de Paramedische Beroepen gebracht worden. Het voordeel van deze regeling is dat wel in een klap een eind gemaakt wordt aan het oogluikend toestaan van onbevoegde uitoefening van de geneeskunst. Het bezwaar is dat de paramedische beroepsbeoefenaren als het ware in eerste instantie vogelvrij verklaard worden; strafbaarstelling bij misstanden zal een zeer moeilijke zaak zijn. Het voorstel van Suurhoff berust op een nogal vreemde gedachtengang, konkludeert een der Kamerleden. De bedoeling is om een wettelijke regeling voor paramedische beroepen in het leven te roepen en Suurhoff stelt voor om de paramedische beroepen buiten de wet te plaatsen!

. Het wetsvoorstel bevat óók geen sluitende regeling. Immers onmiddellijk na de inwerkingtreding van de Wet op de Paramedische Beroepen zal niet voor alle sectoren van paramedische activiteit een Algemene Maatregel van Bestuur voorhanden zijn. Een aantal paramedische activiteiten zal dan niet meer onder de wet uit 1865 vallen, maar ook (nog) niet geregeld zijn binnen het kader van de Wet op de Paramedische Beroepen. Een bijkomend probleem vormt de voortgaande specialisatie van paramedische activiteiten en de afsplitsing van werkzaamheden van de medische naar de paramedische sektor. Er zullen zo steeds nieuwe activiteiten ontstaan, en tot in lengte van dagen zal een aantal paramedische activiteiten (nog) niet geregeld zijn binnen de Wet op de Paramedische Beroepen. Konsekwentie: tot in lengte van dagen zal men overtreding van de Wet op de Geneeskunst oogluikend toestaan, wil men de ontwikkeling van het gehele paramedisch gebied niet stopzetten⁵⁹).

Is er eigenlijk wel zoveel verschil tussen het voorstel van Suurhoff en het wetsontwerp, vraagt men zich in de Eerste Kamer af⁶⁰). In beide voorstellen is immers een omschrijving van bevoegdheden van paramedische beroepsbeoefenaren nodig, evenals het opstellen van regels om die bevoegdheden te verkrijgen. De vraag is veeleer op welke wijze dat het best kan gebeuren; een procedurekwestie dus. Bij een keuze tussen beide 'procedures' is de uitspraak van de minister van be-

lang. Het oogluikend toestaan dat steeds nieuwe paramedische activiteiten door (nog) niet-bevoegden strafeloos worden uitgeoefend behoeft niet oneiding door te gaan volgens de bewindsman. Op het moment dat de meeste paramedische beroepen redelijkerwijs zijn omdergebracht bij de Wet op de Paramedische Beroepen kan een juiste afbakening van de wet uit 1865 gemaakt worden. In plaats van tot in het oneindige de ogen toe te knijpen zal het oogluikend toelaten van onbevoegde uitoefening steeds verder teruggedrongen worden. Weliswaar zal het effect van de voorgestelde maatregelen vooreerst niet groot zijn daar er niet direkt na afkondiging van de Wet op de Paramedische Beroepen, Algemene Maatregelen van Bestuur voorhanden zullen zijn. Maar deze situatie vinden de parlementariërs te verkiezen boven de volkomen rechteloosheid op het terrein van de geneeskunst, zoals Suurhoff voorstelt.

Op basis van deze afwegingen wordt uiteindelijk besloten om het wetsvoorstel te handhaven.

In het wetsontwerp komt aanvankelijk niet duidelijk tot uitdrukking dat degenen die een paramedisch beroep uitoefenen vóór het tot stand komen van een wettelijke regeling, dit ook kunnen blijven doen. Wanneer een verzoek om toelating tot het beroep door de beroepsbeoefenaar is ingediend maar er nog geen uitspraak is gedaan, moet de betreffende beroepsbeoefenaar dat beroep kunnen blijven uitoefenen totdat daar (in hoogste instantie) over is beslist. Dit is, vooral voor heilgymnasten-masseurs van belang⁶¹). Kan de minister niet toezeggen dat wanneer er een Algemene Maatregel van Bestuur voor deze beroepsgroep tot stand komt, diegenen die niet erkend zijn op grond van het Besluit uit 1942 maar wel de werkzaamheden van heilgymnasten-masseurs verrichten, niet gedwongen zullen worden hun werkzaamheden te staken totdat een definitieve rechtelijke uitspraak is gedaan?

Het wetsvoorstel wordt in bovengenoemde zin gewijzigd.

Met deze bespreking van de vijf belangrijkste onderwerpen zijn de debatten in de Staten-Generaal in grote lijnen weergegeven. Overzien we de behandeling van het wetsontwerp dan kunnen we stellen dat de debatten tot drie belangrijke wijzigingen in het wetsontwerp hebben geleid.

De eerste wijziging betreft de verhouding tussen arts en paramedische kracht. Men heeft gemeend dat aan de eigen verantwoordelijkheid van de paramedische kracht een grotere ruimte gelaten moest worden. Daartoe is 'verwijzing' als derde mogelijkheid ingevoerd. De tweede wijziging heeft betrekking op het instellen van tuchtrecht voor de paramedische beroepen. In het wetsontwerp wordt voorgesteld om het tuchtrecht op alle bij de wet geregelde paramedische beroepen van toepassing te verklaren. Dit voorstel wordt omgezet in een fakultatieve regeling. De derde wijziging

houdt in dat in de wettekst preciezer aangegeven wordt dat (nog niet erkende) bonafide paramedische beroepsbeoefenaren niet door deze wettelijke regeling gedupeerd zullen worden.

3. Toepassing van de wet op de Paramedische Beroepen

Op 21 maart 1963 wordt de Wet op de Paramedische Beroepen in Staatsblad 113 afgekondigd. De kaders die in deze kaderwet zijn uitgezet kunnen nu nader ingevuld worden door het instellen van Algemene Maatregelen van Bestuur voor de in aanmerking komende paramedische beroepen. Een aantal paramedische beroepsgroepen verzoekt de Minister direct na het van kracht worden van de wet om een dergelijke regeling voor hun beroep⁶²).

Alvorens overgegaan kan worden tot het instellen van Algemene Maatregelen van Bestuur moet de Centrale Raad voor de Volksgezondheid advies uitbrengen, zoals in artikel 3 van de Wet op de Paramedische Beroepen is vastgesteld. De Raad dient te adviseren over de vraag of de betreffende beroepen in het belang van de volksgezondheid een regeling behoeven. De Raad is gehouden belanghebbenden en deskundigen te horen voordat advies wordt uitgebracht aan de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Bij een aanvraag voor een wettelijke regeling zal de Raad zich in eerste instantie moeten beraden op de vraag in hoeverre een zich als paramedisch aandienend beroep, onder de wettelijke definitie valt voordat men zich op het algemeen belang beraadt. In artikel 1. van de Wet op de Paramedische Beroepen worden de criteria waaraan een paramedisch beroep moet voldoen, opgesomd. Deze zijn:

- a. werkzaamheden
 - . moeten liggen op het terrein van de uitoefening van de geneeskunst
 - . al dan niet in samenhang met aanverwante werkzaamheden worden verricht
- b. verhouding tot een geneeskundige of tandarts. Als mogelijkheden worden in de wet genoemd:
 - . onder leiding van een (tand)arts
 - . op aanwijzing en onder controle van een arts
 - . ingevolge verwijzing door een arts
- c. werkzaamheden moeten als beroep worden verricht
- d. uitsluiting van personen als beoefenaren van een paramedisch beroep, aan wie in de Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst een algehele of gedeeltelijke bevoegdheid is toegekend.

De criteria a. en b. worden door de Raad nog eens kort aan de orde gesteld; de criteria c. en d. meent de Raad onbesproken te kunnen laten⁶³).

Wanneer de Centrale Raad voor de Volksgezondheid een positief advies heeft uitgebracht wordt, overeenkomstig het bepaalde in artikel 4 van de Wet op de Paramedische Beroepen, een adviescommissie voor het betref-

fende beroep ingesteld. Deze commissie adviseert de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over de inhoud van de Algemene Maatregelen van Bestuur. In de regel kan alleen een wettelijk erkend paramedisch beroep een overeenkomst met een ziekenfonds aangaan. Op deze regel zijn wel uitzonderingen. Heilgymnasten-masseurs en logopedisten hebben bijvoorbeeld al overeenkomsten met ziekenfondsen afgesloten voordat de Besluiten afgekondigd werden. De diëtisten daarentegen zijn in 1972 wél wettelijk erkend maar hebben géén overeenkomsten met ziekenfondsen. Het staatje (zie volgende bladzijde) geeft een schematisch overzicht van de beroepen die op bovenomschreven wijze geregeld zijn binnen de kaderwet op de Paramedische Beroepen.

Overzicht van de wettelijk erkende paramedische beroepen

Datum	Gepubliceerd in	Kaderwet en Besluiten
21 maart 1963	Staatsblad 113	Wet op de Paramedische Beroepen (kaderwet)
11 februari 1965	Staatsblad 52	Fysiotherapeutenbesluit
18 maart 1972	Staatsblad 224	Besluit oefentherapeuten-Mensendieck
18 maart 1972	Staatsblad 225	Besluit oefentherapeuten-César
7 september 1972	Staatsblad 487	Diëtistenbesluit
13 maart 1974	Staatsblad 151	Mondhygiënistbesluit
15 maart 1975	Staatsblad 178	Orthoptistenbesluit
2 juli 1976	Staatsblad 400	Besluit radiodiagnostisch en radiotherapeutisch laboranten
2 augustus 1980	Staatsblad 497	Logopedistenbesluit
25 juni 1981	Staatsblad 569	Ergotherapeutenbesluit
1 februari 1982	Staatsblad 62	Podotherapeutenbesluit

In het volgende hoofdstuk willen we de totstandkoming van Algemene Maatregelen van Bestuur nader bekijken voor de beroepsgroep fysiotherapie; de groep die in het kader van deze studie onze bijzondere aandacht heeft. Tot slot willen we kort ingaan op de Besluiten oefentherapeuten-Mensendieck en oefentherapeuten-César.

3.1. De Centrale Raad voor de Volksgezondheid over fysiotherapie

In 1942 hebben de heilgymnasten-masseurs als enig paramedisch beroep een wettelijke regeling ontvangen op grond van het Basisbesluit op de Paramedische Bedrijven. Deze regeling is inmiddels vervangen door een beschikking van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid⁶⁴). Met de invoering van de Wet op de Paramedische Beroepen zal de bezettingsregeling uit 1942 vervallen; en daarmee ook de beschikking. De Minister dringt dan ook aan op een spoedig advies

bij de Centrale Raad voor de Volksgezondheid⁶⁵).

November 1963 brengt de Centrale Raad voor de Volksgezondheid een advies uit over de beroepsgroep heilgymnastiek-massage⁶⁶). Aan de hand van bovengenoemde criteria (a t/m d) heeft de Centrale Raad zich bera- den op de vraag of heilgymnastiek-massage als para- medisch beroep aangemerkt kan worden.

Kriterium a. Om te kunnen beoordelen of de werkzaam- heden van dit beroep op het terrein van de genees- kunst liggen, en dus als paramedisch aangemerkt kun- nen worden, zal de inhoud van het beroep omschreven moeten worden. Maar, zo stelt de Raad, een gedetail- leerde opsomming van de werkzaamheden van heilgym- nasten-masseurs is niet alleen erg moeilijk maar zou een verdere uitbouw van het beroep af kunnen remmen. Een omschrijving die aangeeft dat 'de werkzaamheden bestaan in het toepassen van heilgymnastiek en massage in de ruimste zin des woords'⁶⁷) volstaat! 'Het is een algemeen gangbaar begrip, dat geen nadere omschrijving behoeft'. Voor fysioteknik, waar heilgymnasten-mas- seurs een apart examen voor af moeten leggen, behoeft eveneens geen nadere omschrijving te worden opgesteld. 'Weliswaar leeft het begrip fysioteknik niet in de bevolking, maar bij de deskundigen bestaat geen twij- fel over wat daartoe behoort'⁶⁸).

Niet alle werkzaamheden van heilgymnasten-masseurs vallen onder het begrip uitoefening van de genees- kunst. In meestal geringe mate worden ook aanverwante werkzaamheden verricht⁶⁹). Als aanverwante werkzaam- heid noemt de Raad het medewerken aan de opleiding tot heilgymnast-masseur. Als voorbeeld van een niet- paramedisch beroep wordt het beroep van sportmasseur opgevoerd. De handelingen zijn in principe gericht op het behandelen van patiënten, de behandeling van gezonde mensen valt niet onder paramedische werkzaam- heid. Verder is het terrein van de heilgymnast-mas- seur beperkt tot therapie; het is de taak van de arts om een diagnose te stellen.

Kriterium b. De heilgymnast-masseur is verantwoorde- lijk voor het juist uitvoeren van de behandeling. Hij is niet verantwoordelijk voor het kiezen van de juiste methode. Hiervoor behoort de arts de verant- woordelijkheid te dragen, ook al laat hij dat in de dagelijkse praktijk soms over aan de fysiotherapeut. Wanneer blijkt dat deze gang van zaken regel gaat worden zal de verantwoordelijkheid van de heilgym- nast-masseur uitgebreid moeten worden met de ver- antwoording voor de gevolgde methode, aldus de Raad⁷⁰). De verhouding van de heilgymnast-masseur tot de geneeskundige kan volgens de Raad alleen zijn:

- . òf de heilgymnast-masseur werkt onder leiding van een arts in een inrichting
- . òf de heilgymnast-masseur werkt op aanwijzing en onder controle van de arts.

Aanwijzing en controle behoren tot de normale gang van zaken. De Raad meent dat de mogelijkheid tot

verwijzing *niet* moet worden geopend voor heilgymnasten-masseurs. Het is strikt noodzakelijk dat de patiënt zich regelmatig, maar tenminste na afloop van de behandeling, bij de arts vervoegt. De opdracht behoort altijd schriftelijk te worden gegeven wanneer buiten een inrichting wordt gewerkt. De opdracht behoort in te houden:

- . de diagnose (voor zover voor de heilgymnast-masseur van belang)
- . de toe te passen therapie (zo gedetailleerd mogelijk)
- . de duur en/of de frekwentie van de behandeling
- . het tijdstip waarop de patiënt zich ter controle bij de arts moet vervoegen.

Nadat de vraag of het betreffende beroep als paramedisch aangemerkt kan worden bevestigend is beantwoord, komt de Raad toe aan de vraag of er met het oog op de volksgezondheid behoefte bestaat aan een wettelijke regeling voor heilgymnasten-masseurs. Massage, heilgymnastiek en fysiotherapie zijn een integrerend onderdeel van de geneeskunst geworden, konkludeert de Raad. Het is dan ook zaak te zorgen dat de beroepsbeoefenaren op verantwoorde wijze hun taak vervullen. Dit kan door de beroepsuitoefening aan wettelijke regels te binden en waarborgen te scheppen voor de opleiding. Alleen degenen die aan de gestelde eisen voldoen zullen gerechtigd zijn dat beroep uit te oefenen.

Nadat de Centrale Raad voor de Volksgezondheid dit positieve advies heeft uitgebracht, kan aan de invulling van Algemene Maatregelen van Bestuur voor het beroep heilgymnastiek-massage worden begonnen.

3.2. Fysiotherapeutenbesluit 1965 en de daarop volgende wettelijke regelingen

In februari 1965 treedt het fysiotherapeutenbesluit in werking, tezamen met de Wet op de Paramedische Beroepen. Het fysiotherapeutenbesluit is een wettelijke regeling voor heilgymnasten-masseurs, die voortaan fysiotherapeuten heten. Men is tot deze naamsverandering overgegaan omdat de oude benaming de werkzaamheden die in de loop der tijd tot het werkterrein van de beroepsgroep zijn gaan behoren, niet geheel dekt. Met name de fysische therapie in engere zin, waar de heilgymnast-masseur na z'n opleiding een apart examen voor moet afleggen, wordt in de oude beroepstitel niet aangeduid. In de nieuwe wettelijke regeling zal de fysische therapie in engere zin een integraal onderdeel van de opleiding worden.

Het Fysiotherapeutenbesluit is geheel in de geest van het advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid opgesteld. In dit Besluit is een uitvoerige regeling van de opleiding opgenomen. Hierin

wordt vastgelegd dat men tenminste vier jaar voortgezet onderwijs met succes dient te hebben afgesloten. Verder worden de inhoud en de duur van de opleidingen en examens geregeld.

In artikel 5 is vastgelegd dat de fysiotherapeut bevoegd is tot 'het beroepsmatig ingevolge een opdracht van een geneeskundige toepassen van een of meer van de volgende therapieën, met name:

- oefentherapie
- massagetherapie
- fysioteknik

In de artikelen 5 t/m 8 wordt de verhouding tussen arts en fysiotherapeut nader geregeld. De arts dient een opdracht in schriftelijke vorm aan de fysiotherapeut te verstrekken. Deze opdracht moet aan bepaalde, in het Besluit genoemde, voorschriften voldoen. Dit advies is van belang omdat therapeutische hulp uitsluitend door de ziekenfondsen worden vergoed wanneer:

- door de arts een schriftelijke opdracht is verleend
- door het ziekenfonds een machtiging is verstrekt.

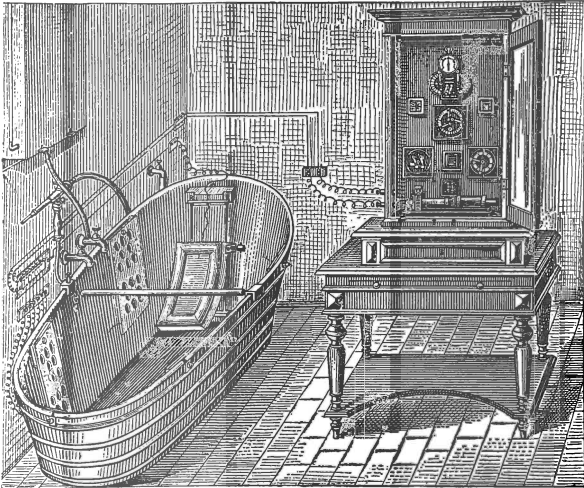
In de Nota van Toelichting bij het Fysiotherapeutenbesluit wordt uiteengezet 'dat niet dient te worden voorgeschreven dat de opdracht in ieder geval ook de toe te passen behandeling inhoudt. De meeste artsen zijn toch niet voldoende op de hoogte van de op het onderhavige terrein bestaande mogelijkheden om zich op dit punt een juiste mening te kunnen vormen. De keuze van therapeutische methode wordt derhalve in den regel aan de fysiotherapeut overgelaten'. Maakt de arts de keus dan is hij ook verantwoordelijk voor de keus van de behandelingsmethode, zo meent de minister in de Nota van Toelichting. Laat hij de keus van de therapeutische methode aan de fysiotherapeut over dan draagt deze er de verantwoordelijkheid voor.

Het Fysiotherapeutenbesluit uit 1965 is herhaalde malen gewijzigd en aangevuld. De belangrijkste wijzigingen laten we hieronder volgen:

- * Besluit inrichtingseisen fysiotherapie van 27 april 1970 (Staatsblad 287) (gewijzigd bij besluit van 6 maart 1973 Staatsblad 145). In de Wet op de Paramedische Beroepen kunnen regels worden gesteld aan inrichtingen (artikel 9). Gedacht is daarbij aan een regeling van hygiëne, outillage en leiding van een inrichting.

In het 'Besluit inrichtingseisen fysiotherapie' wordt voorgeschreven welke toestellen, apparatuur en instrumentarium in een inrichting aanwezig moeten zijn (artikel 5). Het zijn minimumeisen. Mocht daartoe aanleiding bestaan dan kunnen meer en/of andere apparaten in dit Besluit opgenomen worden. Voorschriften worden verder gegeven voor apparaten die tenminste aanwezig moeten zijn wanneer in inrichtingen meer specifieke behandelingen gegeven worden. De bepalingen uit dit Besluit gelden voor

Electrisch waterbad in de „Bilzche Naturheilstalt“.



Hydrotherapie vroeger



en nu

alle inrichtingen waar het beroep van fysiotherapeut wordt uitgeoefend, dus ook voor ziekenhuizen. De verantwoordelijkheid voor de naleving van deze voorschriften ligt bij degene die de inrichting drijft. Strafsankties op overtreding van de regels van dit Besluit worden in de Wet op de Paramedische Beroepen gegeven (artikel 34).

*In het Fysiotherapeutenbesluit van 6 november 1973 Staatsblad 540 (gewijzigd 7 juli 1975 Staatsblad 431) zijn regels opgenomen voor opleiding en examen van fysiotherapeuten.

De oude opleiding tot heilgymnast-masseur is in het Fysiotherapeutenbesluit uit 1965 vervangen door een nieuwe regeling waarin ook de fysiotechniek is opgenomen. Deze nieuwe regeling, die in veel opzichten voortbouwde op de oude opleiding, blijkt in de praktijk niet goed te functioneren. Van verschillende zijde constateert men dat de oorsprong van het beroep fysiotherapeut uit dat van leraar lichamelijke oefening nog te duidelijk doorschemert in leerstof en examen. De 'oefentherapie verwijderd zich echter meer en meer van de lichamelijke opvoeding en krijgt een steeds duidelijker medisch-therapeutisch karakter' aldus de Memorie van Toelichting bij het Fysiotherapeutenbesluit uit 1973. Een ander bezwaar tegen de opleiding is de verdeling van de stof in examen-cursussen die niet parallel lopen met in het onderwijs gebruikelijke jaarcursussen. Dit levert problemen op bij het overstappen naar een andere beroepsopleiding. Verder is het tussentijds veranderen van opleidingsschool een moeilijke zaak omdat er (te) veel verschil bestaat tussen de scholen.

Naar aanleiding van klachten over het examen voor fysiotherapeuten in 1967 stelt de minister een Commissie van Onderzoek in: Commissie van Rhijn⁷⁰). Deze commissie brengt een rapport uit waarin de genoemde bezwaren nog eens onderstreept worden. Aan

het 'College van Advies inzake het beroep fysiotherapeut' wordt dan opdracht gegeven om voorstellen voor een nieuwe regeling op te stellen die aan de genoemde bezwaren tegemoet komen. Dit resulteert in het Fysiotherapeutenbesluit 1973.

Er vindt ook een verzwaring van de vooropleidings-eisen plaats van vier jaar voortgezet onderwijs naar HAVO-nivo.

Op 1 januari 1975 gaat de subsidiëring van de opleidingsscholen voor fysiotherapie over van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne naar het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen⁷¹). De artikelen 7 t/m 29 van het Fysiotherapeutenbesluit die betrekking hebben op opleiding en examinering moeten dan vervangen worden. In verband met deze ingrijpende wijziging (en andere wijzigingen) wordt voorgesteld om een geheel nieuw Fysiotherapeutenbesluit op te stellen.

*Op 1 juli 1977 (Staatsblad 431) wordt een geheel vernieuwd Fysiotherapeutenbesluit van kracht. Naast de genoemde nieuwe examenregeling komen hierin nog drie belangrijke onderwerpen ter sprake. Ten eerste de verhouding van de arts tot de fysiotherapeut. In de Wet op de Paramedische Beroepen zijn, zoals we reeds gezien hebben, in eerste instantie twee mogelijkheden genoemd te weten: leiding en aanwijzing en controle. Onder druk van de kamerleden wordt de verdergaande mogelijkheid 'verwijzing' ingevoerd. In het advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid uit 1963 wordt echter geadviseerd deze mogelijkheid *niet* voor Fysiotherapeuten te openen; een advies dat in het Fysiotherapeutenbesluit 1965 wordt opgevolgd.

In het Fysiotherapeutenbesluit 1977 wordt gesteld dat de verhouding van de behandelende arts tot de fysiotherapeut 'niet duidelijk tot uiting komt' (Nota van Toelichting). Daarom is in artikel 2, eerste lid in plaats van 'in opdracht van' gesproken van 'ingevolge verwijzing door'. Heel expliciet wordt gesteld dat arts en fysiotherapeut ieder hun eigen verantwoordelijkheid hebben. Daar wordt dan weer aan toegevoegd dat de verantwoordelijkheid van de arts niet wordt ingekrompen door het inschakelen van de fysiotherapeut, terwijl de fysiotherapeut niet enkel als hulpje van de arts beschouwd mag worden.

Ten tweede is de omschrijving van fysische therapie in engere zin nader gepreciseerd 'omdat gebleken is dat in de praktijk daaraan behoefte is' (Nota van Toelichting). In plaats van de tot dan toe gebruikte opsomming van thermische, elektrische, chemische en kinetische middelen, die voor verschillende uitleg vatbaar is, spreekt men nu van 'fysische prikkels' en is een uitputtende opsomming gegeven van wat daaronder verstaan dient te worden.

Tuchtrechtspraak voor fysiotherapie is het derde be-

langrijke punt.

In de Wet op de Paramedische Beroepen is de mogelijkheid geopend tuchtrecht voor paramedische beroepen in te voeren (bij Algemene Maatregel van Bestuur). Het Genootschap voor de Fysiotherapie heeft daartoe een aanvraag ingediend bij de Minister van Volksgezondheid. In navolging van de voorstellen uit het rapport van Commissie De Vreeze stelt de minister zich aanvankelijk op het standpunt dat een uniforme tuchtrechtspraakregeling voor medische beroepsbeoefenaren een wenselijke zaak is. Ook de fysiotherapeuten zouden in de toekomst onder deze regeling gebracht moeten worden. In 1980 is dit standpunt weer verlaten en men is doende een aparte tuchtrechtspraak voor fysiotherapeuten op te stellen.

3.3. De methode Mensendieck en de bewegingsleer César

Tijdens de parlementaire behandeling van de Wet op de Paramedische Beroepen is de vraag naar voren gekomen of de beoefening van de methode Mensendieck en van de bewegingsleer César, tot de paramedische beroepen gerekend kunnen worden. De minister heeft toen toegezegd dat een regeling voor beide beroepen in samenhang met een regeling voor het beroep heilgymnast-masseur tot stand zal komen. Het advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid heeft dan ook niet alleen betrekking op de beroepsgroep heilgymnastiek-massage, maar het strekt zich ook uit tot de methode Mensendieck en de bewegingsleer César. De Raad ziet zich geplaagd voor de vraag of het verrichten van werkzaamheden volgens de methode Mensendieck en de bewegingsleer César als uitoefening van zelfstandige beroepen moeten worden beschouwd of als onderdeel van heilgymnastiek. Men meent beide beroepen onder één noemer te kunnen brengen en ze gezamenlijk te behandelen. De werkzaamheden van de leraressen Mensendieck en César zijn, zo meent de Raad verder, te beschouwen als uitoefening van een paramedisch beroep.

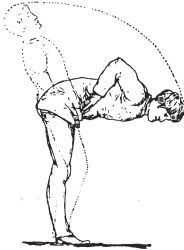
Rest de vraag of er met het oog op de belangen der volksgezondheid behoefte aan een wettelijke regeling voor deze beroepen bestaat. Voor een afzonderlijke wettelijke regeling van beide beroepen bestaat naar het oordeel van de Raad geen aanleiding; van wezenlijke verschillen is de Raad niets gebleken. Een gezamenlijke erkenning levert echter problemen op omdat beide organisaties duidelijk hebben laten weten dat van een fusie geen sprake kan zijn. Als een andere aanvaardbare oplossing ziet de Raad de mogelijkheid om de werkzaamheden van de leraressen Mensendieck en César in de passen in de heilgymnastiek. Daartoe worden vervolgens enkele hoofdgedachten aangegeven. Mocht een advies hieromtrent wenselijk zijn dan wil de Raad dat graag uitbrengen.

Ondanks het advies van de Centrale Raad die een afzonderlijke Algemene Maatregel van Bestuur voor bei-

**Rompzwaaien naar rechts
en links.**



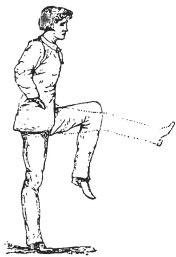
**Rompbuiging voor- en
achterover.**
(10, 20, 30 keer.)



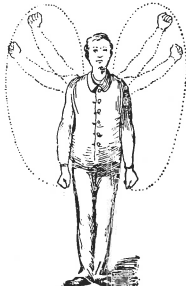
**Armwerpen voor- en
achterwaarts.**
(15, 25, 40 keer.)



**Strekken en buigen der
knieën naar voor.**
(6, 9, 12 keer met elk been.)



Armzwaaien.
(8, 14, 20 keer.)



de soorten oefentherapeuten niet de aangewezen weg acht, worden in maart 1972 twee aparte wettelijke regelingen getroffen, waarin de oefentherapeuten-César en de oefentherapeuten-Mensendieck als twee afzonderlijke en zelfstandige paramedische beroepen erkend worden. Een opmerkelijke ontwikkeling die logisch gezien niet geheel in de lijn der verwachtingen ligt.

IV Het voorontwerp van Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG)

In dit laatste deel willen wij het voorontwerp van Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (voortaan aangeduid als BIG) nader bezien. In dit voorontwerp komen de twee, in de delen II en III geschetste, ontwikkelingslijnen samen. Het beginpunt van beide ontwikkelingen vormt de Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst uit 1865 (deel I).

Bestrijding van de kwakzalverij vormt de belangrijkste drijfveer voor het opstellen van deze wet. Twee regelingen uit de wet gaan in de loop der tijd een toenemend probleem vormen, te weten: de monopoliepositie van de arts en de aanverwante medische handelingen.

* Aanvankelijk is aan de arts het monopolie op het terrein van de geneeskunst toegekend om kwakzalvers van het terrein van de geneeskunst te kunnen weren. Het blijkt echter dat deze verbodsbepaling nauwelijks effect sorteert en dat het de opkomende alternatieve en paranormale geneeswijzen in hun ontwikkeling beknot. Daarnaast wordt steeds vaker het uitgangspunt beklemtoond dat de mens vrij behoort te zijn in de keuze van z'n hulpverlener. De pogingen van de overheid om een oplossing te vinden die de monopoliepositie van de arts niet al teveel aantast en die tegelijkertijd aan de maatschappelijke behoefte aan grotere vrijheid op het terrein van de geneeskunst tegemoet komt, zijn in deel II uitvoerig aan de orde gesteld.

* Het andere knelpunt wordt gevormd door de ontwikkeling van de aanverwante medische handelingen. Mede onder invloed van de toenemende kennis en kunde op het gebied van de (medische) wetenschap en techniek, groeien deze aanverwante handelingen uit tot zelfstandige deelterreinen van de geneeskunst. De opkomst van de perimedische en paramedische beroepen noodzaken tot een wettelijke aanpassing. Deze ontwikkelingen, die uitmonden in de Wet op de Paramedische Beroepen, hebben we in deel III uiteengezet.

Beide ontwikkelingslijnen komen samen in het voorontwerp van Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg. Hierin wordt een 'oplossing' voorgesteld voor de medische zowel als de paramedische beroepsuitoefening. Nieuw zijn de aangereikte oplossingen niet. De aan de BIG voorafgaande werkgroepen en commissies hebben de bouwstenen voor dit ontwerp reeds aangedragen en de contouren aangegeven.

In dit deel willen we eerst ingaan op de voorstellen uit het voorontwerp van Wet BIG. De belangrijkste aspecten in de ontwikkelingen in de medische en de paramedische beroepsuitoefening, vanaf de Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst tot het voorontwerp van Wet BIG, zullen vervolgens in een schema worden weergegeven. Met behulp van dit schema wordt het mogelijk om de voorstellen uit het BIG-ontwerp in hun context te plaatsen. Tot slot willen we stilstaan bij de vraag welke veranderingen er in de praktijk zullen plaatsvinden voor de betrokken groeperingen bij verandering van het stelsel van beroepsbescherming naar een vorm van titelbescherming zoals voorgesteld in het BIG-ontwerp.

1. BIG; van beroepsbescherming naar titelbescherming

In het voorontwerp van Wet BIG, gepubliceerd in mei 1981, wordt één wettelijke regeling voor alle in aanmerking komende beroepen op het gebied van de individuele gezondheidszorg voorgesteld. Deze regeling is zoveel mogelijk uniform, dat wil zeggen voor alle te regelen beroepen op eenzelfde wijze opgezet. Deze uniformiteit wil men bereiken door het invoeren van een wettelijk stelsel van titelbescherming en registratie.

**Dokters houden
titelbescherming
Medisch
bolwerk
genomen
Wet wordt hervormd**

**Monopolpositie van arts
past niet meer in deze tijd**

Wetvoorstel BIG

Er worden in de BIG een aantal redenen aangevoerd voor de algehele herziening van het stelsel van beroepsbescherming.

- * Een van de voornaamste argumenten is de noodzaak tot harmonisatie. De wetgeving op het terrein van de gezondheidszorg is verbrokkeld, weinig systematisch en daardoor onoverzichtelijk. Er bestaat op het moment namelijk een fiks aantal wettelijke regelingen op het gebied van de gezondheidszorg, waarvan de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst uit 1865 de oudste nog steeds geldende wet is; zij het dat deze wet inmiddels al zo'n veertien keer gewijzigd is. De andere drie wetten uit 1865, die tezamen met de Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst als de geneeskundige wetten uit 1865 bekend staan, zijn inmiddels vervallen en vervangen door andere wettelijke regelingen ¹⁾. Wanneer het voorontwerp van Wet van kracht wordt, zal ook de Wet op de Paramedische Beroepen vervallen verklaard worden.

- * Een volgend argument is dat er veel kritiek op het Medisch Tuchtrecht wordt uitgeoefend. Het zal met de invoering van de BIG eveneens vervallen en vervangen worden door een nieuwe tuchtregeling.

- * Een ander argument dat pleit voor één nieuwe, meer consistente wettelijke regeling is het toenemend aantal beroepen in de gezondheidszorg. Het kreëren van steeds nieuwe wettelijke regelingen voor deze beroepen zal op den duur uitmonden in een wirwar van bepalingen.

- * Binnen de medische beroepsuitoefening zijn in de loop der tijd tal van specialismen ontstaan en maatschappelijk aanvaard zonder dat de wetgeving van deze ontwikkeling blijk geeft.

- * De keuzevrijheid van de hulpvrager is een volgende overweging. In brede kring is men van mening dat de patiënt de vrijheid moet worden gelaten om hulp te zoeken daar waar hij die zelf wenst te zoeken. In deze visie - expliciet verwoord door de Commissie De Vreeze en in het BIG-ontwerp terug te vinden - dient de wetgever niet betuttelend op te treden, maar uit te gaan van de mondigheid en de eigen verantwoordelijkheid van het individu.

- * Wel meent men dat de wetgever, meer dan tot dusver, regelingen op het gebied van de kwaliteit van de gezondheidszorg zou moeten treffen hetgeen eveneens een reden tot wijziging van de bestaande regeling is ²⁾.

- * Tot slot is er het, herhaalde malen naar voren gebrachte, argument dat het verbod tot uitoefening der geneeskunst door onbevoegden in de praktijk op grote schaal overtreden wordt ofschoon vervolging en berechting ervan nauwelijks plaats vindt. Een onhoudbare situatie waarvoor een oplossing gezocht dient te worden.

De lange voorgeschiedenis van de BIG die we uitvoerig besproken hebben, maakt het overbodig om het voorontwerp van Wet uitgebreid aan de orde te stellen. Te meer daar de voorstellen uit het BIG-ontwerp voortbouwen op de, in deel II uitvoerig aan de orde gestelde, voorstellen van commissies en werkgroepen. Wij zullen ons bij de bespreking van het voorontwerp van Wet BIG dan ook beperken tot een korte weergave van de belangrijkste onderwerpen; deze zijn

- . het terrein van de individuele gezondheidszorg
- . de titelbescherming
- . de kwaliteitsbewaking
- . het tuchtrecht

1.1. Het terrein van de individuele gezondheidszorg

Het begrip individuele gezondheidszorg is door de staatscommissie De Vreeze geïntroduceerd. De commissie meent dat de veranderde opvattingen over gezondheid en ziekte tot een verbreding van het terrein van de geneeskunst noodzaken. Deze veranderde opvattingen komen duidelijk naar voren in de definitie die de Wereldgezondheidsorganisatie geeft van het begrippenpaar gezond & ziek. Gezondheid, zo stelt men, is niet de afwezigheid van ziekten of gebreken, het is veeleer een toestand van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden. Het begrip individuele gezondheidszorg is dus ruimer dan het begrip geneeskunst waarover de wet uit 1865 spreekt. Het gaat bij dit nieuwe begrip niet alleen om direkt curatieve zorg, maar ook om activiteiten die erop gericht zijn te voorkomen dat de gezondheid van het individu wordt bedreigd of aangetast; preventieve zorg dus. Onder dit begrip vallen niet de zogenaamde zorgactiviteiten³⁾. De commissie De Vreeze heeft het terrein van de individuele gezondheidszorg globaal aangeduid; in het BIG-ontwerp wordt dit terrein wat scherper omlijnd. In artikel A.1. van het voorontwerp van Wet wordt het tot nu toe gehanteerde begrip geneeskunst geplaatst binnen het ruimere begrip individuele gezondheidszorg⁴⁾.

Om voor een regeling in BIG in aanmerking te komen moet een beroep voldoen aan de volgende criteria:

- . er moet sprake zijn van een gerichtheid op de individuele patiënt (de reeds bij de wet geregelde medische, paramedische en verplegende beroepen voldoen aan dit criterium)⁵⁾
- . er moet sprake zijn van een eigen professionele zelfstandigheid in de relatie met de patiënt (assisterende beroepen hebben deze professionele zelfstandigheid niet)⁶⁾
- . er moet in de praktijk behoefte zijn gebleken aan bescherming van het beroep door middel van een titel waaruit deskundigheid blijkt
- . het beroep moet zich in de praktijk zodanig ont-

wikkeld hebben dat het eigen kenmerken vertoont waardoor het zich van andere beroepen onderscheidt. Niettegenstaande deze criteria kan een wettelijke regeling in overweging genomen worden wanneer in de praktijk mocht blijken dat titelbescherming voor een bepaald beroep in de gezondheidszorg als een wenselijke zaak wordt ervaren. De nieuw in te stellen Raad voor de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg zal op dit gebied een belangrijke adviserende taak krijgen⁷⁾.

Het BIG-ontwerp biedt de mogelijkheid van titelbescherming in ieder geval aan vierentwintig in de wet met name genoemde beroepen⁸⁾. Het is zoals gezegd een voorlopige opsomming; er kunnen in de toekomst nog meer beroepen aan toegevoegd worden⁹⁾.

1.2. Titelbescherming

In de BIG wordt een voorstel gedaan tot afschaffing van het verbod tot uitoefening der geneeskunst door niet-bevoegden. Het betekent in de praktijk dat iedereen op het terrein van de individuele gezondheidszorg mag werken. Wel worden aan deze vrijheid drie restricties verbonden. Ten eerste zijn een aantal handelingen voorbehouden. Deze 'voorbehouden handelingen' zijn:

1. het verrichten van heelkundige handelingen
2. het verrichten van tandheelkundige handelingen
3. het verrichten van verloskundige handelingen
4. het geven van injecties en het verrichten van puncties
5. het voorschrijven van geneesmiddelen die in de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening met U.R. (= uitsluitend op recept) zijn aangeduid
6. het toedienen van algehele narcose



Voorbehouden handeling

7. het gebruiken van een toestel dat ioniserende stralen kan uitzenden voor diagnostische en therapeutische doeleinden.

Voor deze gebieden blijft dus het systeem van beroepsbescherming van kracht. Bepaalde, in de wet genoemde, deskundigen is het toegestaan deze handelingen te verrichten. Ten tweede zal de ondeskundige (= niet-titelgerechtigde) strafbaar zijn indien hij door zijn optreden 'schade of aanmerkelijke kans op schade aan de gezondheid van een door hem behandelende patiënt heeft veroorzaakt'. Deze strafmaatregel geldt overigens ook voor de geregistreerde die zijn deskundigheidsgebied te buiten is gegaan.

Onduidelijk blijft of een dergelijke strafbepaling ruim dan wel strikt geïnterpreteerd dient te worden. Deze vraag heeft zowel de interdepartementale werkgroep Muntendam als de commissie Peters veel hoofdbrekens gekost in verband met het rechtsbeginsel 'geen straf zonder schuld'. Indien deze strafbepaling ruim geïnterpreteerd gaat worden zal een ondeskundige zich kunnen beroepen op zijn 'ondeskundigheid'; hij heeft immers niet beter geweten. Wordt een strikte interpretatie gehanteerd dan zal een ondeskundige zonder meer strafbaar zijn als hij 'schade of aanmerkelijke kans op schade' heeft berokkend. In dat geval zou men enerzijds het terrein van de geneeskunst vrijgeven maar anderzijds de strafbepalingen aandraaien. Het voorontwerp laat dit interpretatie-vraagstuk open en spreekt van 'schade of aanmerkelijke kans op schade' zonder meer¹⁰). Ten derde zullen allerlei maatschappelijke instellingen als ziekenfondsen, ziekenhuizen en kruisverenigingen alleen gebruik maken van de diensten van wettelijk erkende deskundigen (= titelgerechtigden).

In een stelsel van titelbescherming - zoals in het voorontwerp van Wet BIG wordt voorgesteld - is niet de werkzaamheid als zodanig aan bepaalde groepen deskundigen voorbehouden zoals in het stelsel van beroepsbescherming het geval is. In het nieuwe stelsel zal slechts de titel wettelijk beschermd worden. Het wegvallen van beroepsbescherming evenals een omschrijving van de werkzaamheden in het stelsel van titelbescherming, noodzaken tot een afbakening van de verschillende deskundigheidsterreinen. In het BIG-ontwerp wordt volstaan met een globale aanduiding van handelingen die tot een bepaald vakgebied gerekend moeten worden. Deze globale aanduiding doet tevens dienst als omschrijving van het deskundigheidsterrein. De omschrijving kan wat betreft het deskundigheidsterrein van de arts en de tandarts zonder bezwaar vrij globaal zijn, zo wordt in het voorontwerp gesteld. Voor andere beroepen dient de omschrijving van het vakgebied wat uitvoeriger te zijn. Bij verloskundigen bijvoorbeeld is het nodig om aan te geven welke restricties en gedragsregels in acht genomen moeten worden. Voor paramedische krachten is het nodig om aan te geven dat ze hun werkzaamheden als

titelhouder slechts in een bepaalde relatie met de arts mogen verrichten. Het gaat bij deze omschrijving niet zozeer om 'een omlijning van wat de paramedicus rechtens mag doen, maar om een omlijning van wat hij op grond van de genoten opleiding die hem toegang tot het betrokken register heeft verschaft, geacht wordt op verantwoorde wijze te kunnen doen'. De konkrete omschrijving van het deskundigheidsgebied wordt aan Algemene Maatregelen van Bestuur overgelaten; ook de afhankelijkheidspositie ten aanzien van de arts wordt in deze Maatregelen nader geregeld. Deze omschrijving van het vakgebied in de BIG zal niet veel afwijken van de huidige regelingen in de Wet op de Paramedische Beroepen.

1.3. Kwaliteitsbewaking

Het onderwerp 'bewaking van de kwaliteit van de beroepsuitoefening' was aanvankelijk ondergebracht bij het wetsontwerp Voorzieningen Gezondheidszorg¹¹). Een wetsontwerp dat vooral gericht is op de structuur van de gezondheidszorg, met name op de regeling van materiële voorzieningen. Regelingen die de kwaliteit van de beroepsbeoefening betreffen, zo stelt men, zouden beter ondergebracht kunnen worden in een wet waarin de beroepsuitoefening centraal staat, zoals in het voorontwerp van Wet BIG het geval is. Men heeft derhalve dit onderwerp uit het wetsontwerp Voorzieningen Gezondheidszorg gehaald en ondergebracht bij de BIG.

Desondanks begint het hoofdstuk 'Kwaliteit van de beroepsbeoefening' in het voorontwerp van Wet BIG met het stellen van eisen aan de technische uitrusting. De kwaliteit van het handelen (de vakbekwaamheid) komt in de BIG nogal summier en over verschillende hoofdstukken verstrooid aan de orde. Wij willen deze zaken hier niet door elkaar halen en daartoe de kwaliteitsbewaking splitsen in twee te onderscheiden aspecten, achtereenvolgens:

- . de kwaliteit van het handelen/vakbekwaamheid
- . de kwaliteit van de technische voorzieningen.

Kwaliteit van het handelen

De regelingen ten aanzien van vakbekwaamheid moeten worden gezien als een wettelijke waarborg voor titelhouders. Ze zijn bedoeld om een 'behoorlijk peil van beroepsuitoefening' te waarborgen.

De vakbekwaamheid wordt op de eerste plaats gewaarborgd door *titelbescherming*. Aan wettelijk beschermde beroepstitels ontleent de desbetreffende beroepsbeoefenaar de status van 'gekwalificeerden' (= deskundigen) op een bepaald gebied. Men mag een bepaalde titel slechts voeren wanneer men als zodanig is geregistreerd. Registratie kan plaatsvinden indien men de voor dat beroep bestemde opleiding met goed gevolg heeft afgesloten en wanneer men zich op basis van deze opleiding

heeft laten inschrijven in een daarvoor bestemd register.

Bij de bespreking van het rapport De Vreeze is deze twee-fasenstructuur al uitvoerig aan de orde gesteld. De BIG neemt deze voorstellen nagenoeg onverkort over; het voorontwerp wijkt af op het punt van de opleidingstitel. In de BIG wordt voorgesteld om, in tegenstelling tot de commissie De Vreeze, géén opleidingstitel plus beroepstitel toe te kennen, maar slechts de beroepstitel. De grondgedachte van de commissie De Vreeze over registratie als een bewust gewilde stap is wèl in de BIG terug te vinden.

Een volgende waarborg voor vakbekwaamheid vormen de regelingen met betrekking tot de inhoud van de *opleidingen*. In het voorontwerp wordt het kader aangegeven waarbinnen de inhoud van de opleidingen geregeld kan worden; de konkrete invulling wordt bij Algemene Maatregelen van Bestuur vastgesteld. Men heeft voor een dergelijke opzet gekozen om een slagvaardig beleid te kunnen voeren; vooral waar het aanpassing van het onderricht aan de ontwikkelingen in vakkennis betreft. Bovendien gaat het hier om vrij technische zaken. Algemene Maatregelen van Bestuur zijn dan een zeer geschikte vorm, aldus de argumentatie in de BIG.

In het kader van de kwaliteit van het handelen passen ook regelingen over (intercollegiale) *toetsing* en *bijtscholing*. De BIG wil regelingen over toetsing van het beroepsmatig handelen in eerste instantie op basis van vrijwilligheid regelen. Wel wordt een slag om de arm gehouden; komen deze regelingen niet vrijwillig tot stand dan kunnen voorschriften van overheidswege worden gegeven. Ook het deelnemen aan bijtscholing wordt op eenzelfde, niet verplichte manier geregeld. De overheid kan ingrijpen indien deze bijtscholing niet of onvoldoende van de grond komt.

Als laatste maar zeker niet te verwaarlozen kwaliteitswaarborg dient de *afgrenzing* van de verschillende *deskundigheidsgebieden* genoemd te worden. Het wetsontwerp volstaat met een zeer globale aanduiding van handelingen die tot een bepaald vakgebied gerekend moeten worden; deze doet dan tevens als omschrijving van het deskundigheidsterrein dienst. Deze omlijning van de deskundigheidsgebieden is, zo stelt men in de BIG, van belang:

- ter voorlichting van het publiek dat wil zeggen, het publiek moet weten tot welke deskundige men zich het best kan wenden
- in verband met strafbepalingen voor diegenen:
 - . die buiten hun deskundigheidsterrein treden
 - . die schade of aanmerkelijke kans op schade veroorzaken aan de gezondheid van de patiënt.

Kwaliteit van de technische voorzieningen

Het treffen van regelingen in het kader van de kwaliteitsbewaking behoort 'primair tot de verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaren zelf'. De overheid ziet het als haar taak de voorwaarden voor deze eigen

kwaliteitsbewaking te scheppen. Ze wil de betrokken groeperingen, indien nodig, aansporen en mocht dat niet helpen er in laatste instantie toe overgaan zelf regelingen treffen op grond van haar 'eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de gezondheidszorg'. In het wetsontwerp geeft men aan dat regelingen mogelijk zijn voor de volgende onderwerpen:

- . technische uitrusting van de praktijkruimte
In de Wet op de Paramedische Beroepen bestaat reeds de mogelijkheid inrichtingseisen te stellen (zie Besluit inrichtingseisen fysiotherapie, 1970, deel III, 3.2.)
- . bescherming van gezondheid en veiligheid door een verbod om bepaalde handelingen te verrichten op andere dan (bij A.M.v.B.) aangegeven plaatsen
- . voorschriften omtrent het bijhouden van patiëntengegevens en omtrent beheer en bewaring van patiëntendossiers
- . voorschriften voor waarnemingsregelingen
- . verbod om een overeenkomst te sluiten met personen - ingeschreven in een (met artikel C.1. overeenkomstig) register - die bijzondere voordelen verschaft.

1.4. Tuchtrect

Het Medisch Tuchtrect is in het voorafgaande reeds herhaald aan de orde gesteld; wij volstaan hier met een korte bespreking van de belangrijkste punten. Het Medisch Tuchtrect is van toepassing op artsen, tandartsen, tandheelkundigen, verloskundigen en apothekers. In het voorontwerp van Wet BIG wordt voorgesteld om zowel de medische als de paramedische beroepen in één wettelijke tuchtrectregeling samen te brengen¹²⁾. Worden deze voorstellen verwezenlijkt, dan zal het Medisch Tuchtrect vervallen.

Twee alternatieve tuchtrectregelingen zijn uitvoerig overwogen alvorens een voorstel is gedaan in het voorontwerp van Wet BIG, te weten:

- . moet het tuchtrect niet door de beroepsorganisaties zelf geregeld worden, met andere woorden moet het geen *intern tuchtrect* zijn
- . moet het *Medisch Tuchtrect* niet vervangen worden door *Medisch Strafrecht*.

Beide regelingen zijn verworpen. Ten aanzien van de eerste regeling stelt men zich op het standpunt dat de zorg voor het algemeen belang bij de overheid berust. Deze kan niet worden overgelaten aan het interne tuchtrect. Ten eerste omdat niet iedere beroepsbeoefenaar lid van de beroepsorganisatie is of zich door uittreding aan regels kan onttrekken. Ten tweede omdat de beroepsorganisaties sancties als schorsing of doorhaling van inschrijving in het register niet kennen.

Bij de tweede regeling is het vooral het verschil in benadering tussen beide typen rechtspraak waardoor de keuze op het Medisch Tuchtrect is gevallen. In

het strafrecht gaat het vooral om konkrete inbreuken op de rechtsorde. In het Medisch Tuchtrecht gaat het daarentegen om de zorg voor een voldoende hoog peil van de beroepsuitoefening; een exakte omschrijving van handelingen die niet beantwoorden aan de gestelde normen is niet te geven. Het Medisch Tuchtrecht vraagt dan ook een heel andere manier van beoordelen. Bovendien kent het strafrecht niet de typisch tuchtrechtelijke sankties als waarschuwing en berisping; maatregelen die in het tuchtrecht van groot praktisch nut zijn, aldus de argumentatie in de BIG.

In het voorontwerp van Wet BIG treffen we, in vergelijking met het Medisch Tuchtrecht, een volledig herziene tekst aan. Er is in het BIG-ontwerp sprake van een geheel andere normstelling. Het huidige Medische Tuchtrecht kent drie normen, hoewel vrijwel uitsluitend de eerste norm gehanteerd wordt. Het zijn:

- . ondermijning van het vertrouwen in de stand der geneeskundigen
- . nalatigheid waardoor ernstige schade ontstaat
- . grove onkunde.

In het voorontwerp worden, in artikel H.1., deze normen vervangen door twee geheel nieuwe normen te weten:

- a. enig handelen of nalaten in strijd met de zorg die hij in zijn hoedanigheid behoort te betrachten ten opzichte van degene, met betrekking tot wiens gezondheidstoestand hij bijstand verleent of zijn bijstand is ingeroepen, of ten opzichte van degene die, in nood verkerende, bijstand met betrekking tot zijn gezondheidstoestand behoeft
- b. enig ander dan onder a. bedoeld handelen of nalaten waardoor voor de individuele gezondheidszorg ernstige schade kan ontstaan.

Kortom, niet de schending van het 'vertrouwen in de geneeskundige stand' maar het 'zorgvuldig handelen' wordt benadrukt. Een criterium dat in de praktijk al geruime tijd gehanteerd werd. Er is hier dus sprake van aanpassing van de wet aan de praktijk¹³).

De kritiek op het functioneren van het huidige tuchtrecht richt zich op een aantal punten. Deze kritiek wordt in het BIG-ontwerp onderkend en er wordt een aantal maatregelen voorgesteld om deze kritiek te ondervangen. Wij zullen hier de belangrijkste punten achtereenvolgens aan de orde stellen.

Openbaarheid van rechtspraak:

Openheid en openbaarheid dient men niet door elkaar te halen. Onder openheid wordt het voor verantwoording openstaan verstaan. Men tracht in het BIG-ontwerp de openheid te bevorderen door degene die geklaagd heeft meer bij het tuchtproces te betrekken alsook door veelvuldiger publikatie van (geanonimiseerde) uitspraken¹⁴). Onder openbaarheid wordt vooral openbare behandeling van tuchtzaken, zowel

van het proces zelf als van de uitspraak, verstaan. Deze discussie is ook al uitgebreid bij de commissie De Vreeze aan de orde gesteld; naar het oordeel van deze commissie dient men dit openbaarheidsbeginsel niet onverkort door te voeren. Een 'menselijke behandeling' van de verdachte en mogelijke getuigen, is daartoe als argument aangevoerd door de commissie. De BIG heeft zich - voorlopig - bij deze mening aangesloten. Men zou 'gaarne een discussie in de samenleving bevorderd willen zien'. Vooralsnog blijven de zittingen als regel besloten en wordt de openbaarheid van veroordelende uitspraken regel (behalve in geval van waarschuwing).

Klachtrecht en duur van de behandeling:

Het grote percentage ongegrond verklaringen van klachten (80 à 85 %) maakt deze vorm van rechtspraak ongehoorbaar. De samenstelling van de tuchtcolleges - behalve de voorzitter bestaande uit beroepsgenoten - versterkt deze indruk nog bij het publiek. In de Memorie van Toelichting op het voorontwerp van Wet wordt het feit dat de belanghebbende rechtstreeks kan klagen, als belangrijke reden voor ongegrond verklaring aangevoerd. De commissie De Vreeze heeft de oplossing voor dit probleem gezocht bij de Inspekteur voor de Volksgezondheid tot wie de klager zich moet wenden in plaats van rechtstreeks tot het tuchtcollege. In het voorontwerp van Wet BIG voert men echter aan dat 'het niet zou passen aan de patiënt het recht te ontnemen zèlf een klacht bij het tuchtcollege in te dienen'. Het indienen van een klacht door de rechtstreeks belanghebbende zal dan ook gehandhaafd blijven; wel krijgt de Inspekteur de bijzondere taak om advies uit te brengen over de klacht. De klager kan verder tegen het ongegrond verklaren van zijn klacht in beroep gaan; een mogelijkheid die in het huidige tuchtrecht niet aanwezig is. Verder zijn er termijnen ingebouwd die de duur van de wettelijke procedures moeten bekorten.

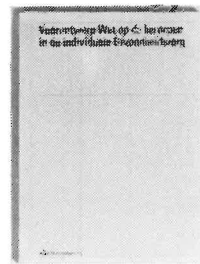
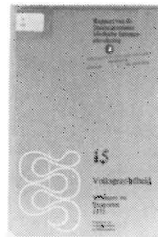
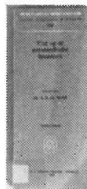
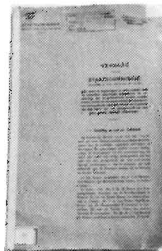
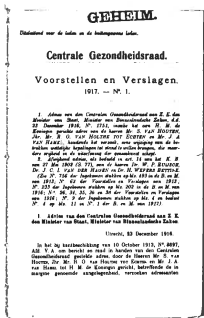
Kinderachtigheid van de strafmaatregelen:

Het zijn vooral de maatregelen 'waarschuwing' en 'berisping' die door het publiek vaak als onbenullig gekwalificeerd worden. In het voorontwerp zijn deze maatregelen wèl gehandhaafd; ze zijn vooral van belang bij misslagen van minder ernstige aard. In navolging van het advies van de commissie De Vreeze is 'voorwaardelijke schorsing' ingevoerd. Dit om het gat tussen de 'kinderachtige' en de 'zware' maatregelen als schorsing op te vullen.

2. Een eeuw wetgeving

Sinds de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst uit 1865 van kracht is geworden zijn er al heel wat voorstellen tot wijziging of aanpassing gedaan. De inzet

van deze inspanningen is steeds de vraag of het terrein van de geneeskunst verboden terrein moet blijven voor onbevoegden. Hoewel deze kernvraag niet altijd met een volmondig 'ja' beantwoord werd, is een radicale wijziging van de wet uit 1865 uitgebleven. De artsenstand heeft de aanslagen op haar monopoliepositie meer dan een eeuw succesrijk doorstaan. De voorstellen in de voorontwerpwet BIG doen het eens zo hechte bolwerk op z'n grondvesten wankelen. Wat is daarvan de reden? Hebben de herhaalde aanslagen de oude vesting dusdanig ondermijnd of is de voorgestelde wettelijke konstruktie in de BIG zo hecht onderbouwd dat ze het oude bolwerk doet instorten? Om deze vraag te beantwoorden is het nodig de belangrijkste punten uit de geschiedenis van de medische beroepsuitoefening nog eens op een rijtje te zetten en te kijken hoe de voorstellen uit het voorontwerp van Wet BIG daarin passen.



Een eeuw voorstellen, adviezen en wetsontwerpen

In schematische vorm is op de volgende bladzijde een overzicht gegeven van de verscheidene voorstellen tot handhaving, aanpassing of herziening van de wet uit 1865. Het beginpunt wordt gevormd door de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst; het voorontwerp van Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg is het (voorlopig) sluitstuk. Daartussen zijn in tijdvolgorde de (hiervoor besproken) commissies en werkgroepen weergegeven.

Het schema is opgesplitst in medische en paramedische beroepsuitoefening. De problematiek rond de medische beroepsuitoefening spitst zich toe op drie probleemvelden, te weten: het terrein, de bevoegdheid en de strafbepaling. Voor elk van deze drie probleemvelden hebben de diverse commissies en werkgroepen vergaande en minder vergaande voorstellen aangedragen. In het schema zijn de drie onderscheiden probleemvelden weer onderverdeeld in drie gebieden, die aangeven (van links naar rechts) of er sprake is van voorstellen tot handhaving, aanpassing dan wel herziening van de wet uit 1865.

De gearceerde kolommen stellen de wettelijk geldende regels voor. De driehoekjes áán deze kolommen duiden op de al dan niet vergaande voorstellen van de verschillende commissies en werkgroepen. Een verschuiving van een gearceerd gebied duidt op een verandering van de wettelijke regels. Eenzelfde gedachten-

MEDISCHE BEROEPSUITOEFENING							PARAMEDISCHE BEROEPSUITOEFENING							
terrein		bevoegdheid			straf- bepaling		terrein		relatie arts		straf- bepaling			
gehele terrein							geen eigen terrein							
terrein delen met para- medici							bevoegd op deelterrein							
voorbehouden handelingen							titelbescherming							
monopoliepositie							vrijheid op terrein							
algehele bevoegdheid + geregistreerde onbevoegden							onder contrôle van arts							
vrijheid met uitzondering voorbehouden gebieden							verwijzingen door arts							
strafbaar							zelfstandig							
strafbaar maar oogluikend toestaan							strafbaar							
niet strafbaar (restrikties)							strafbaar voor onbevoegde paramedische krachten							
							niet strafbaar (restrikties)							

1865 Wet op de uitoefening van de Geneeskunst

1917 commissie Van Houten
commissie Pekoelharig

1938 heilgymnasten-masseurs
uit de wet verwijderd

1942 basisbesluit op de pa-
ramedische bedrijven

1962 werkgroep Muntendam
1963 Wet op de Paramedische
Beroepen

1969 commissie Peters

1973 commissie De Vreeze

1981 voorontwerp BIG

gang is gevolgd bij de andere helft van het schema: de paramedische beroepsuitoefening. Ook hier zijn drie (met de medische beroepsuitoefening) overeenkomstige probleemvelden te onderscheiden, die op hun beurt weer in drie gebieden zijn onderverdeeld. De gearceerde gebieden geven, evenals bij de medische beroepsuitoefening, de wettelijke situatie weer. De driehoekjes zijn ook hier een aanduiding van voorstellen tot wijziging van de situatie.

Overziet men het schema dan valt op dat, ondanks de herhaalde voorstellen, de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst van 1865 tot 1963 vrijwel ongeschonden blijft. Pas met het van kracht worden van de Wet op de Paramedische Beroepen uit 1963 moet de arts de paramedische beroepsbeoefenaren op zijn terrein toelaten; overigens slechts onder zijn wakend oog. De algehele bevoegdheid van de arts wordt door deze wet niet aangetast en onbevoegde uitoefening van de geneeskunst blijft strafbaar. Herhaalde malen worden verdergaande voorstellen gelanceerd (zie gearceerde driehoekjes). Onderaan de kolommen zijn de meest recente voorstellen (uit de BIG) getekend; worden deze voorstellen van kracht dan zullen de wettelijke regels ten aanzien van de medische beroepsuitoefening drastisch veranderen.

Voor de paramedische beroepsuitoefening is 1963 een belangrijk jaar. De wettelijke regelingen ten aanzien van het terrein, de bevoegdheid en de strafbaarstelling worden dan gewijzigd. De paramedici krijgen een eigen deskundigheidsgebied toegemeten (kolom 4). In plaats van onder controle van de arts te werken, wordt hun een zekere zelfstandigheid bij het uitoefenen van hun beroep toegekend (kolom 5), terwijl hun deskundigheidsterrein voor onbevoegden verboden terrein is (kolom 6). Eigenlijk gaan de regelingen in het Basisbesluit op de Paramedische Bedrijven uit 1942, al in de richting van de Wet op de Paramedische Beroepen die in 1963 van kracht zal worden. Deze oorlogsregeling heeft echter nooit goed gefunctioneerd; alleen het beroep fysiotherapeut is binnen de kaderwet uit 1942 geregeld. In het voorontwerp van Wet BIG worden verdergaande voorstellen gedaan ten aanzien van het terrein en de strafbaarstelling (zie kolom 4 & 6 onderaan).

Opgemerkt moet worden dat de bestrijding van de kwakzalverij, het argument in de wet uit 1865 om aan artsen een monopoliepositie toe te kennen, in de loop van de geschiedenis wel een wat andere betekenis heeft gekregen. Worden er ten tijde van Thorbecke voornamelijk inferieure lieden en bedriegers mee aangeduid, na de Tweede Wereldoorlog worden deze lieden wat genuanceerder benaderd. Omstreeks 1950 maakt men onderscheid tussen paranormale genezers - die misschien wel wat kunnen - en 'echte' bedriegers (zie deel II paragraaf 2.1.). Tijdens de behandeling van de Wet op de Paramedische Beroepen tracht men de aanverwante medische be-

roepsbeoefenaren in drie categorieën in te delen: beroepsbeoefenaren die in de Wet op de Paramedische Beroepen ondergebracht kunnen worden, beroepsbeoefenaren die misschien in een later stadium onder deze wet gebracht kunnen worden, en een groep die onder geen beding enig (aanverwante) geneeskundige handeling mag verrichten: de malafide lieden (zie deel III paragraaf 2.2.c.). De mening van de parlementariërs daarover is verre van eensgezind. De commissie De Vreeze heeft het over 'onbevoegden'; een categorie beroepsbeoefenaren die weliswaar onvoldoende medisch geschoold is maar waaraan, gezien de kennelijke behoefte bij het publiek, het niet zonder meer verboden moet worden de geneeskunst uit te oefenen. Kortom, de kwakzalvers zijn in de loop der geschiedenis van gevaarlijke lieden tot een min of meer te tolereren groep beroepsbeoefenaren geworden.

De ontwikkelingen rond de medische beroepsuitoefening overziend, ontkomt men niet aan de vraag: hoe is het mogelijk dat deze bepaald niet onbetwiste monopoliepositie van de arts meer dan een eeuw heeft kunnen standhouden? In deze studie over het wettelijk kader moeten we ons beperken tot (onuitgesproken) veronderstellingen; een gefundeerd antwoord vereist een bredere studie over het maatschappelijk krachtenveld. Wij zullen hier volstaan met ons erover te verbazen.

Terugkomend op de vraag aan het begin van deze paragraaf gesteld, namelijk hoe vergaand zijn de voorstellen in de BIG, kunnen we stellen dat deze voorstellen in vergelijking tot de wet uit 1865 een omwenteling betekenen op het terrein van de medische beroepsuitoefening. Maar kijken we naar het schema dan zien we dat er reeds in 1917 soortgelijke hervormingsvoorstellen zijn gedaan, en dat er vooral na de Tweede Wereldoorlog in diverse voorstellen wordt aangedrongen op een hervorming van de wet uit 1865. Voorstellen die uiteindelijk uitmondten in het voorontwerp van Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg. Formeel wettelijk een grote omwenteling, maar zal de dagelijkse praktijk er veel door veranderen? Met deze vraag willen we ons in de laatste paragraaf bezig houden.

3. De BIG op z'n konsekventies bekeken

Het voorontwerp van Wet BIG heeft niet voor een ieder dezelfde betekenis. De waarde die men er aan hecht, wordt mede bepaald door het gezichtspunt van waaruit men het voorontwerp benadert alsook van de aard van de belangen die bij de beoordeling meespelen.

Het ligt zeker niet in onze bedoeling een eenduidig en waardevrij oordeel over de BIG te vellen. Wel willen we ons tot slot verdiepen in de vraag wat de konsekventies van dit voorontwerp voor de betrokken

groeperingen kunnen zijn. Deze vraag zal achtereenvolgens besproken worden voor:

- a. de overheid/wetgever
- b. de artsen
- c. de paramedische beroepen
- d. de patiënt.

Ad a. de overheid/wetgever

De voorgeschiedenis van 1865 tot 1981 is te karakteriseren als een moeizame wettelijke overstap van het Franse naar het Scandinavische stelsel. In het Franse stelsel is de medische beroepsuitoefening aan strakke wettelijke regelingen gebonden; onbevoegde uitoefening van de geneeskunst is strafbaar gesteld. In het Scandinavische stelsel daarentegen is uitoefening van de geneeskunst in principe niet strafbaar; wel zijn er enige wettelijk omschreven restricties opgesteld. Het Franse stelsel komt overeen met de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst uit 1865; het voorontwerp van Wet BIG is zonder enige moeite bij het Scandinavische stelsel onder te brengen.

Hoewel een nogal rigoreuze verandering van het stelsel wordt voorgesteld, blijken in de praktijk de verschillen tussen beide stelsels niet al te groot. In het strak geregelde Franse stelsel is - evenals in Nederland - sprake van een groot aantal 'onbevoegden' dat dagelijks de wettelijke regels overtreedt, zonder dat daartegen opgetreden wordt. In het Scandinavische stelsel is de uitoefening van de geneeskunst toegestaan aan een ieder (zij het met een aantal voorbehouden handelingen) maar, evenals in het Franse stelsel wordt slechts opgetreden in geval van ernstige misstanden. De overstap van het Franse naar het Scandinavische stelsel zal naar alle waarschijnlijkheid aan de dagelijkse praktijk niet zo heel veel veranderen. Formeel behoeven de 'onbevoegden' niet langer bevreesd te zijn voor wettelijke sankties, maar die sankties hadden in de praktijk hun afschrikwekkende functie al lang verloren. Hiermee wil niet gezegd zijn dat de betekenis van de BIG nihil is; wèl dat die betekenis niet overschat moet worden.

De voorstellen in BIG hinken eigenlijk op twee gedachten; of liever gezegd ze zijn gebaseerd op twee met elkaar strijdige uitgangspunten. Enerzijds onderschrijft de overheid heel nadrukkelijk de keuzevrijheid van de patiënt, maar anderzijds ziet ze het als haar taak die vrijheid binnen bepaalde wettelijke afgebakende kaders te houden en op de kwaliteit van de beroepsuitoefening toe te zien. Deze ambivalentie komt duidelijk tot uitdrukking in de houding die wordt aangenomen tegenover niet-titelgerechtigden. Het vrijgeven van een gedeelte van het terrein der geneeskunst heeft niets te maken met een zeker vertrouwen in de niet-gekwalificeerden; het is een kwestie van 'gedogen'. De rechtsnormen waarop de concrete rechtsregels gebaseerd zijn, dreigen in de bestaan-

de situatie te vervagen. De regels moeten aangepast worden omdat ze 'niet langer in het rechtsbewustzijn van de mensen leven'. Deze opstelling tegenover niet-titelgerechtigden heeft konkrete konsekventies.

* Ten eerste zullen overheidsinstanties zoals ziekenhuizen, kruisverenigingen en ziekenfondsen alleen gebruik maken van de diensten van titelgerechtigde beroepsbeoefenaren.

* De onbevoegden zullen geen contracten met de ziekenfondsen kunnen afsluiten.

* Er zullen geen faciliteiten voor de niet in BIG genoemde beroepen beschikbaar worden gesteld voor bijvoorbeeld opleiding of bijscholing door de overheid.

* Aan onbevoegden wordt geen enkele wettelijke status of bescherming verleend.

Dit is met de ene hand het geven van vrijheid, die met de andere hand weer onmiddellijk wordt terug gepakt door allerlei beperkende maatregelen.

Voor de wetgever zal het van kracht worden van de voorstellen in BIG grotere veranderingen met zich meebrengen. Het integrale verbod vervalt; niet-gekwalificeerden mogen een deel van het terrein van de geneeskunst betreden. Tegenover deze nieuwe vrijheid komt een nieuwe strafbepaling die aangeeft dat men strafbaar is wanneer schade of aanmerkelijke kans op schade wordt berokkend aan de gezondheid van de patiënt. De overheid ziet het als haar taak de kwaliteit van de gezondheidszorg te waarborgen (expliciet uitgangspunt). Gegeven deze taakstelling kan men zich afvragen:

- Is de norm 'aanmerkelijk gevaar' wel afdoende om de gevaren van ongekwalificeerde gezondheidszorg in de hand te houden, temeer wanneer men bedenkt dat strafvervolgning pas mogelijk is wanneer het kwaad (bijna) geschied is.
- Het huidige stelsel kent een betrekkelijk eenvoudige strafbepaling; overtreding is gemakkelijk te konstateren. Wordt de BIG van kracht dan zal het opsporen en vervolgen van overtredingen aanmerkelijk lastiger worden. In het voorontwerp leest men er niets over¹⁵).
- Zal de niet-gekwalificeerde hulpverlening toenemen wanneer het integrale verbod wordt afgeschaft ?

Ad b. de artsen

Een bespreking van de mogelijke konsekventies voor de artsen bij invoering van de BIG is niet goed mogelijk zonder de voorgeschiedenis daarbij te betrekken. Deze voorgeschiedenis is in deel II besproken; volstaan wordt hier met een verwijzing.

Opmerkelijk is dat de artsen (KNMG) hun houding tegenover de voorstellen tot hervorming van het huidige stelsel drastisch gewijzigd lijken te hebben. Wilde de artsen (organisatie) in de commissie Peters in 1969 beslist niet verder gaan dan het wijzigen van de

strafbepalingen, nu, nog geen vijftien jaar later, lijkt de KNMG in grote lijnen in te stemmen met de voorstellen in BIG¹⁶). Een analyse van de achtergronden van deze veranderde houding gaat het kader van deze studie te buiten.

In de BIG wordt voorgesteld het stelsel van beroepsbescherming te vervangen door een stelsel van titelbescherming. In deze regeling komt de gewijzigde rol van de arts duidelijk naar voren. Niet langer krijgt de arts een overheersende rol in de gezondheidszorg toegemeten; andere disciplines eisen ook hun rol op dit terrein op. Ongeacht de grote verschillen in opleiding, deskundigheid en taakuitoefening wordt in de BIG één uniforme regeling voor alle beroepen in de individuele gezondheidszorg voorgesteld. Een dergelijke gelijktrekking suggereert een nivellering van de status en dominante rol van de arts in de gezondheidszorg.

Naast het benadrukken van het verlies van de monopoliepositie kan men ook stellen dat er in feite geen opheffing van het integrale verbod voorgesteld wordt maar een vervanging door een partieel verbod (voorbehouden handelingen). De arts is en blijft de enige die zich op het gehele terrein van de gezondheidszorg mag begeven.

In een stelsel van titelbescherming staan de titels centraal, en niet de werkzaamheden zoals in een stelsel van beroepsbescherming. De deskundigheidsgebieden van de werkers in de individuele gezondheidszorg behoeven in een stelsel van titelbescherming dan ook niet scherp afgebakend te worden. De deskundigheidsgrens tussen arts en specialist is ook in het BIG-ontwerp niet scherp getrokken. Dit is ook niet zo problematisch, aldus de argumentatie in BIG, omdat de arts die niet gespecialiseerd is toch geen faciliteiten heeft of krijgt om bijvoorbeeld een hartoperatie uit te voeren. Geheel anders ligt dit probleem met betrekking tot de werkzaamheden van de arts en de paramedische beroepskrachten. Hier roepen de afbakening van deskundigheid en verantwoordelijkheid o.i. wel degelijk problemen op; met name de vraag 'wie is buiten z'n deskundigheidsboekje gegaan' bij overlappende deskundigheden. Een daaraan gekoppelde vraag is wie voor wát op het matje geroepen kan worden. Een goede omschrijving van de verwijzingsprocedure zou uitkomst kunnen bieden, ware het niet dat de in de BIG gehanteerde omschrijving van verwijzen nog meer verwarring sticht. De Wet op de Paramedische Beroepen spreekt van 'opdracht' en gaat daarbij expliciet uit van een eigen verantwoordelijkheid van de paramedicus. In BIG wordt over verwijzing door middel van een 'voorschrift' van de arts gesproken. Deze term lijkt de eigen verantwoordelijkheid van de paramedicus in te perken, lijkt, want in het wetsontwerp wordt deze nieuw ingevoerde term niet toegelicht.

Nog ingewikkelder wordt de kwestie bij de zogenaamde leer van de verlengde arm; deze houdt een soort hulpkonstruktie in. Het huidige stelsel maakt het mogelijk dat verpleegkundigen en anderen, geneeskundige handelingen verrichten onder het wakend oog van de arts. Probleem bij deze konstruktie is: wát mag de arts aan verpleegkundigen overlaten en wat niet, wèlke opdracht moet hij verstrekken en wèlk toezicht moet hij houden. Dit probleem speelt vooral bij spoedeisende hulpverlening zoals verkeersongevallen, hartinfarcten, etc. In het voorontwerp van Wet is de verlengde arm niet langer nodig. Een ieder mag de geneeskunst uitoefenen met uitzondering van een aantal (gevaarlijk geachte) handelingen dat aan de arts voorbehouden blijft. Een duidelijke regeling die in de Memorie van Toelichting helaas weer teniet gedaan wordt¹⁷). Daar wordt 'duidelijk' dat ook anderen, bijvoorbeeld verpleegkundigen, deze voorbehouden gebieden onder bepaalde voorwaarden mogen betreden. De problemen met de huidige verlengde arm-konstruktie worden dus in de BIG niet opgelost. Indien de voorbehouden handelingen van zodanige aard zijn dat ze aan artsen moeten worden voorbehouden dan zou in de wet duidelijk aangegeven dienen te worden wie, wanneer, welke handelingen zou mogen verrichten. Het verlaten van de monopoliepositie van de arts is gezien de feitelijke situatie een noodzaak; het opstellen van 'duidelijke' nieuwe regelingen eveneens.

Ad c. de paramedische beroepsbeoefenaren

Ook voor de paramedische beroepsbeoefenaren heeft de nieuwe regeling in het BIG-ontwerp een aantal - niet onverdeeld gunstige - konsekventies. Met deze nieuwe regeling valt de wettelijke beroepsbescherming voor de paramedische beroepsbeoefenaren weg. Daarvoor in de plaats treedt evenals bij de artsen, een stelsel van titelbescherming.

Is de omschrijving van de verschillende paramedische werkzaamheden in de Wet op de Paramedische Beroepen al tamelijk globaal, in de BIG volstaat men met een nog globalere aanduiding van het werkterrein. Konsekventies zal dit vooral hebben voor die paramedische beroepen die al een redelijk afgebakend beroepsbeeld hebben opgebouwd en hun beroep aan het konsolideren zijn. Het wettelijk toegewezen en beschermde deskundigheidsgebied zal in een stelsel dat slechts de titel beschermt, handhaving van het gebied bemoeilijken. Voor de (nog) niet erkende paramedische beroepen kan een minder strikte afbakening van het werkterrein positiever werken. De ontwikkeling van deze beroepen zal minder ingeknot worden door beroepsbescherming en de daarmee gepaard gaande terreinafbakening van andere aanverwante beroepen. Al met al zal deze (te) globale afbakening van de verschillende deskundigheidsgebieden gekombineerd met een systeem van titelbescherming een soort branchevervaging tot gevolg hebben.

Een duidelijke omlijning van het deskundigheidsgebied is ook van belang voor de opleidingen. Het deskundigheids- of vakgebied zal in de opleiding z'n weerslag moeten vinden. Wanneer men de grenzen tussen de verschillende deskundigheidsterreinen in het vage laat, zullen het in de praktijk vooral de opleidingen zijn die de grenzen tussen deze gebieden zullen gaan bepalen; immers, wat men niet leert kan men niet in praktijk brengen. Een - in het kader van dit wetsontwerp nog niet gevoerde - discussie over de inhoud van de opleidingen en daarmee over de inhoud van de deskundigheidsgebieden zal een wenselijke zaak zijn. Het in het vage laten van de scheidslijnen tussen de verschillende beroepen heeft verder tot gevolg dat het veel moeilijker gaat worden om aan te geven wanneer iemand zich buiten z'n deskundigheidsterrein begeeft. Branche-ervaging en de relatie tussen arts en paramedicus die onduidelijk ligt (hiervoor aan de orde gesteld) tezamen, maken dat de vraag 'wie draagt waarvoor de verantwoordelijkheid' zeer moeilijk te beantwoorden zal zijn.

Het BIG-ontwerp stelt voor dat in principe een ieder zich op het terrein van de Individuele Gezondheidszorg mag begeven, mits hij zich maar niet met de wettelijk beschermde deskundigheidstitel tooit. Deze situatie zou, met het van kracht worden van de BIG-regeling kunnen leiden tot een grote aanwas van niet wettelijk erkende deskundigen. Met name op paramedisch gebied omdat de werkzaamheden maar voor een gedeelte op medisch gebied liggen en geen opleiding op universitair nivo vereist wordt. Het is zeker niet denkbeeldig dat door een toename van niet-titelgerechtigde paramedische beroepsbeoefenaren een konkurrentiepositie wordt opgebouwd ten opzichte van de huidige wettelijk erkende paramedici.

In het voorontwerp van Wet mag men wanneer men zich heeft laten registreren, een titel voeren. Men is daartoe niet verplicht, maar men is niet gerechtigd zich met een titel te tooien zonder geregistreerd te zijn. Voor verpleegkundigen geldt tévens als regel dat deze registratie niet levenslang geldig is maar slechts voor vijf jaar. Als argument daarvoor wordt aangevoerd dat 'onderbreking van de beroepsuitoefening gedurende een aanmerkelijke periode leidt tot een zodanig vermindering van kennis en vaardigheid dat kwaliteit van de zorg niet langer gewaarborgd is'. Het is moeilijk te verdedigen waarom deze argumentatie alleen op verpleegkundigen van toepassing zou zijn.

Een laatste onderwerp dat vragen oproept is het tuchtrecht. Slechts een aantal van de beroepen dat in de BIG geregeld gaat worden, zal ook onder het tuchtrecht vallen (vergelijk de beroepen in art. C.1. met die van art. H.1.). De vraag waarom juist deze groepen onder een tuchtrechtregeling vallen en andere niet blijft onbeantwoord in BIG. Wanneer men deze opzet handhaaft

is het denkbaar dat een fysiotherapeut en een oefen-therapeut César of Mensendieck op éénzelfde afdeling werken en vrijwel dezelfde werkzaamheden verrichten terwijl de fysiotherapeut op het tuchtrechtelijke mat-je geroepen kan worden maar de oefen-therapeut niet. Een ander kritisch punt heeft betrekking op de bevoor-rechting van niet-titelgerechtigden boven titelgerech-tigde paramedici. De titelgerechtigde valt, wanneer hij binnen z'n deskundigheidsgebied blijft, onder het tuchtrecht. Treedt hij daarbuiten dan valt hij onder dezelfde (nieuwe) strafmaatregel als de niet-titelge-rechtigde. Hij wordt dus so-wie-so 'gepakt', terwijl de niet-titelgerechtigde slechts met sancties te maken krijgt wanneer hij schade of aanmerkelijke kans op schade heeft toegebracht aan een patiënt. Met andere woorden de paramedische krachten hebben reden om zich in de BIG 'dubbel gepakt' te voelen.

Ad. d. *de patiënt*

De keuzevrijheid van de mens is een van de belangrijke uitgangspunten in het BIG-ontwerp; we willen dit punt van enige kanttekeningen voorzien. Het voorgestelde stelsel van titelbescherming 'vraagt om een omschake-ling in de gedachtengang en bij de professie en bij het publiek' (...). 'Men weet van de titel als zoda-nig, maar men moet toch zelf kiezen naar wie men toe gaat. De keus van de patiënt tot wie hij zich wendt wordt veel belangrijker'¹⁸); aldus staatssecretaris Veder-Smit. Kruciaal punt is hier het onderscheidings-vermogen van het publiek. Het kunnen kiezen veronder-stelt kennis van de keuzemogelijkheden (ook van alter-natieve keuzemogelijkheden). Zal het publiek de weg weten in dit woud van medische, paramedische en andere aanverwante hulpverleners, van kruidendokters, magne-tiseurs en acupuncturisten om nog maar te zwijgen van allerlei niet uit te spreken aanduidingen? Het hier-



Waarheen.....?

voor besproken probleem van 'branche-vervaging' maakt het er niet bepaald gemakkelijker op. In het BIG-ontwerp wordt gesteld dat het publiek de deskundigen kent¹⁹). Zijdelings wordt nog aangetipt dat goede voorlichting een gewenste zaak is (bijvoorbeeld door het instellen van een register voor de verschillende alternatieve geneeswijzen, hetgeen de patiënt dan kan raadplegen) maar daar blijft het wel bij. In het vervolg van de wettekst gaat men er tamelijk impliciet van uit dat deze kennis zal leiden tot een 'bewuste' keuze; hetgeen in het overgrote deel van de gevallen een keuze voor de wettelijk erkende medische en paramedische beroepskrachten zal inhouden. We hebben er onze twijfels over.

Een ander zeker niet te verwaarlozen aspect is dat de patiënt wel de vrijheid heeft z'n hulpverlener te kiezen, maar dat een 'alternatieve' keuze wel financiële konsekventies heeft. Behandelingen door 'alternatieven' zullen als regel niet door de ziekenfondsen vergoed worden. Staatssecretaris Verder-Smit heeft daar een ondubbelzinnige meningover: 'Mijn gedachtengang is, dat men voor alternatieve geneeswijzen maar een particuliere verzekering moet sluiten'²⁰).

Het valt moeilijk te voorspellen welke konsekventies het vrijgeven van het terrein van de geneeskunst voor alternatieve genezers zal hebben. De voormalige staatssecretaris zegt de gang naar de alternatieve geneeswijze te hebben vergemakkelijkt door de patiënt de vrijheid van keuze te laten²¹). Formeel juridisch mag dat misschien wel het geval zijn maar in de praktijk zal het waarschijnlijk weinig uitmaken; sankties op onbevoegde uitoefening worden in het huidige stelsel immers slechts bij zeer ernstige misstanden toegepast. In het nieuwe stelsel wordt de vrijheid van keuze expliciet toegestaan; sankties staan op het veroorzaken van aanmerkelijk gevaar aan de gezondheid van de patiënt. Het ontloopt elkaar niet zoveel.

Wat betreft het uitgangspunt van de keuzevrijheid kunnen we stellen dat het hier om een zeer betrekkelijke vrijheid gaat. Het is niet voldoende om patiënten vrij en mondig te verklaren. Er zullen concrete maatregelen getroffen moeten worden indien men dit begrip ook inhoud wil geven.

Een ander punt dat in de BIG van belang is voor de patiënt is de verschuiving van de criteria in de tuchtrechtspraak. Het aksent is verlegd van de bezorgdheid om de goede naam van de medische stand naar de bezorgdheid om de patiënt. De nieuwe tuchtnorm is het tekortschieten in zorg voor de patiënt. Men kan hier dus met recht spreken van een principiële wijziging van het tuchtrecht; ware het niet dat deze norm in de praktijk allang was ingeburgerd !

Eén van de belangrijkste kritiekpunten op de huidige

tuchtrechtspraak betreft de negatieve beeldvorming bij het publiek. De kritiek spitst zich vooral toe op de objectiviteit van deze rechtspraak. Aan dit manko aan objectiviteit ligt een aantal punten ten grondslag. Ten eerste de samenstelling van de tuchtcolleges die voor een groot deel uit beroepsge-noten bestaan. 'Het oordelen van soort over soort betekent genade' meent men. Het grote percentages ongegrond verklaringen van de klachten en de geringe openbaarheid versterken deze indruk nog bij het publiek. In het wetsontwerp worden deze punten onderkend en er wordt een aantal 'verbeteringen' voorgesteld. Met name de procedure van de klachtenbehandeling is veranderd en de openbaarheid is enigszins verruimd²²). Wanneer we nu het nieuwe criterium nog eens bekijken (= tekortschieten in zorg voor de patiënt) en met deze principiële wijziging in de hand het tuchtrechtproces overzien, rijst de vraag in wiens belang de tuchtrechtspraak eigenlijk is. We laten daarover graag de staatssecretaris aan het woord²³). 'Veel mensen denken nog dat het doel van de medische tuchtrechtspraak is de belangen van de patiënten te behartigen. Dit is maar ten dele juist. Er dient meer duidelijkheid te komen over de plaats van het tuchtrecht in het gehele toetsingsgebeuren van de medicus'.

Dat lijkt ons ook; vooral in een wetsvoorstel dat in de criteria die ze voorstelt de patiënt in het middelpunt zegt te plaatsen.

De overheid heeft zich, zeker in het begin van deze eeuw, nogal terughoudend opgesteld wat het actief sturen van ontwikkelingen betreft. Een vraag die in het kader van de wetgeving op de medische beroepsuitoefening zeker op z'n plaats zou zijn, is of de wetgever zich zou moeten beperken tot het achteraf aanpassen van de wetgeving aan (reeds lang) bestaande ontwikkelingen òf het voortouw moet nemen. Een boeiende discussie die we in dit verband niet zullen voeren. We willen slechts konkluderen dat vervanging van het stelsel van beroepsbescherming naar titelbescherming gezien de feitelijke ontwikkelingen een noodzaak is gebleken. Uit het voorgaande is duidelijk geworden dat deze verandering voor de verschillende betrokken groeperingen verschillende konsekwenties heeft. Het belang van de ene groep strookt niet altijd met dat van de andere groep. Het belang van de paramedicus bij beroepsbescherming verdraagt zich bijvoorbeeld niet goed met het belang van de alternatieve genezer bij het vrijgeven van het terrein van de geneeskunst. Het is de taak van de overheid om met het algemeen belang voor ogen de uiteenlopende deelbelangen tegen elkaar af te wegen en keuzen te maken. Met het uitbrengen van de BIG heeft de overheid haar keuzen in de vorm van een discussiestuk kenbaar gemaakt. Want hoewel de BIG de vorm heeft van een wetsontwerp, heeft het voorstel het rechtskarakter van een voorontwerp van Wet. Staats-

sekretaris Veder-Smit kiest voor een vóórontwerp' omdat het (= BIG als wetsontwerp) zo'n ingreep betekent in de opvatting over de medische beroepsuitoefening'24). Het is volgens de staatssekretaris veel gemakkelijker om in een voorontwerpwet veranderingen aan te brengen: 'men zit er nog niet zo erg aan vast'. Een wel zéér omzichtigte vorm wanneer we de voorgeschiedenis in ogenschouw nemen . . .

Beroepsbeoefenaren wordt uitdrukkelijk verzocht hun mening kenbaar te maken; het voorontwerp is verder om advies gezonden naar de Centrale Raad voor de Volksgezondheid. In dit deel hebben we bouwstenen ter discussie aangedragen en de problematiek naar voren gehaald. Onze konkluderende opmerkingen zijn niet onverdeeld gunstig. De voorontwerpwet BIG geeft richting aan een ontwikkeling van de toekomstige medische beroepsuitoefening. Een richting die in veel opzichten een voortzetting is van de huidige ontwikkelingen; een extrapolatie. Hier komen we bij ons belangrijkste bezwaar, het niet of nauwelijks aangeven hoe deze gewenste ontwikkelingen praktisch gerealiseerd zullen worden. We missen in BIG konkrete plannen plus het beschikbaar stellen van financiële middelen om de plannen uit te voeren (in déze òf in een andere wet). Kortom, niet tegen de ideeën, de richting die in BIG wordt aangegeven richt zich ons bezwaar maar tegen het ontbreken van een in de praktijk te realiseren uitwerking. Ideeën zullen 'slechts' ideeën blijven zonder materiële basis.

1. J.J. Klinkert, 'Verloskundigen en artsen, verleden en heden van enkele professionele beroepen in de gezondheidszorg. Stafleu's wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij B.V. Alphen aan den Rijn/Brussel, 1980.
2. Instructie voor de vroedvrouwen in het Koninkrijk der Nederlanden.
3. H. Festen, 125 Jaar Geneeskunst en Maatschappij. Ter gelegenheid van het 125-jarig bestaan der Maatschappij 1974, blz. 39.
4. J.J. Klinkert 'Verloskundigen en artsen', blz. 32.
5. J.J. Klinkert 'Verloskundigen en artsen', blz. 35.
6. Wet betreffende de gecombineerde uitoefening van eenige takken der geneeskunst, van 27 maart 1838, Staatsblad 10.
7. S. van Heemstra, De Ontwerpen der Geneeskundige Wetten. Ter aanbieding aan de Tweede Kamer. Utrecht, 1862.
8. Dr. L. Ali Cohen, Statistisch Geneeskundig Jaarboek, jaargangen 1847 t/m 1852-1853. In J.J. Klinkert 'Verloskundigen en artsen', blz. 43.
9. D. Cannegieter, Honderdvijftig jaar Gezondheids-wet, van Gorcum. Assen, 1954.
10. C.C. Delprat, Gedenkboek van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst 1924, blz. 29-31.
11. De. Cannegieter, Honderdvijftig jaar Gezondheids-wet, blz. 50.
12. idem, blz. 54.
13. idem, blz. 55.
14. Gedenkboek van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst 1924, blz. 40.
15. H. Festen, 125 jaar Geneeskunst en Maatschappij. Ter gelegenheid van het 125-jarig bestaan der Maatschappij 1974, blz. 130.
16. B.F. Suerman, 'De Geneeskundige Wetsontwerpen'

Utrecht, 1857.

17. H. Festen, 125 jaar Geneeskunst, blz. 132.
18. D. Cannegieter, Honderdvijftig jaar Gezondheids-
wet, blz. 75.
19. H. Festen, 125 jaar Geneeskunst, blz. 139.
20. Een opleiding in de praktijk blijft tot de mo-
gelijkheden behoren en wordt pas veel later op-
geheven.
21. Wet op het Hooger Onderwijs van 25 december 1878
(Staatsblad 222) regelt de voorwaarden tot het
verkrijgen van de bevoegdheid tot uitoefening van
de geneeskunst in volle omvang; een bevoegdheid
die ook tandheelkunde en verloskunde omvat. In
dezelfde wet uit 1878 worden de partiële bevoegd-
heden van tandartsen en vroedvrouwen geregeld.
Deze wet is op zijn beurt weer vervangen door de
wet op het Wetenschappelijk Onderwijs (Staatsblad
no. 559, 1960) waarin bepaald is dat het vereiste
artsexamen nader geregeld wordt in het Academisch
Statuut.
22. P. Muntendam, 'Het monopolie van de arts', Me-
disch Contact 33, 1978, blz. 1599 e.v.
23. Artikel 436 van het Wetboek van Strafrecht luidt
als volgt:
 - Hij die, niet toegelaten tot de uitoefening van
een beroep waartoe de wet ene toelating vordert,
buiten noodzaak dat beroep uitoefent, wordt ge-
strakt met een geldboete van ten hoogste dui-
zend gulden.
 - Hij die, toegelaten tot de uitoefening van een
beroep waartoe de wet ene toelating vordert,
buiten noodzaak in de uitoefening van dat be-
roep de grenzen zijner bevoegdheid overschrijdt,
wordt gestraft met een geldboete van ten hoog-
ste vijfhonderd gulden.
24. J.C.C. Everts in een artikel in het Tijdschrift
voor Geneeskunde, Januari 1863.
25. H. Festen, 'Honderd jaar wetten betreffende de
uitoefening der geneeskunst', Medisch Contact,
28 mei 1965, blz. 428.
26. Tabel ontleend aan het Gedenkboek van de KNMG bij
haar 75-jarig bestaan in 1924.
27. In 1931 heeft de KNMG een specialistenregistratie
ingesteld. Deze regeling is in 1959 na moeizaam

overleg met de overheid herzien en uitgewerkt in het huishoudelijk reglement van de KNMG.
Men kan als specialist in het register worden ingeschreven wanneer voldaan is aan de opleidingseisen die verschillen voor de diverse specialisten.

1. Wet van 4 augustus 1938, Staatsblad 801.
2. Hoge Raad 24 mei 1886, W. 5304, zie ook arresten van 28 december 1869, W. 3178 en van 20 november 1911, W. 9240 C.V.
3. Hoge Raad 24 juni 1912, W. 9359, C.V.
4. Hoge Raad 19 oktober 1931. N.J. 1932, 1290 A.B. 1932, 1015 en van juni 1937, N.J. 1938, 136, A.B. 1938, 310.
5. Hoge Raad 15 november 1937, N.J. 1938, 346.
6. Hoge Raad 3 april 1951 A.B. 1951, 701, N.J. 1951, 463.
7. Met de drie H's worden de heren Mr. S. van Houten, Jhr.Mr. R.O. van Holthe tot Echten en Mr. J.A. van Hamel bedoeld.
8. Advies van de Centrale Gezondheidsraad (de latere Centrale Raad voor de Volksgezondheid) van 23 december 1916.
9. Het advies wordt door een meerderheid in de Centrale Gezondheidsraad onderschreven; drie leden hebben 'hun afwijkend gevoelen neergelegd in eene nota' die bij het advies gevoegd wordt.
10. Rapport van de staatscommissie Pekelharing benoemd bij K.B. 31 juli 1917 blz. 35.
11. Rapport van de staatscommissie Van Houten benoemd bij K.B. 31 juli 1917. In deze staatscommissie hebben de genoemde drie H's zitting; Mr. S. van Houten in de functie van voorzitter.
12. Artikel 17a van het advies van de staatscommissie: Het is aan ieder, die niet in het bezit is van een bewijs van bevoegdheid volgens de wet, verboden:
 - a. vergiften en bedwelmende middelen voor te schrijven;
 - b. de verloskunde uit te oefenen;
 - c. inentingen te doen;
 - d. heelkundige operatiën te verrichten;
 - e. syphilis, gonorrhoeë of zachten sjanker te behandelen.
13. Interview met Prof.Dr. P. Muntendam in het tijdschrift 'de eerste lijn', april 1982.

14. De Nederlandse Werkgroep voor Paranormale genezers is in 1948 opgericht en heeft later een naamsverandering ondergaan; de groep heet nu Nederlandse Werkgroep voor Praktizerende genezers.
15. Als aan de arts voorbehouden gebieden noemt de Federatie:
 - verloskunde
 - chirurgie
 - vaccinatie
èn het behandelen van bepaalde ziekten onder toezicht van de arts
 - voorschrijven van alleen op recept verkrijgbare medicijnen.
16. Hoge Raad, arrest 17 april 1951, N.J. 464.
17. De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid brengt in een brief verslag uit aan de Voorzitter van de Tweede Kamer op 19 juli 1961.
18. In de interdepartementale werkgroep Muntendam hebben zitting:
 - Prof. Dr. P. Muntendam (voorzitter)
 - Dr. J.J. Brutel de la Rivière (vertegenwoordiger O. & W.)
 - L.H.C. Hulsman
 - Mr. J.O.C.H. Moolenburgh
 - Mr. C.H.Ch. Harloff (secretaris)
 Het rapport berust bij het Ministerie van Volksgezondheid & Milieuhygiëne, Centraal Oud-Archief.
19. Deze voorbehouden gebieden zijn:
 - tandheelkunst
 - verloskunst
 - chirurgische ingrepen
 - injecties of punkties
 - gevoelloos makende middelen
 - hypnose
 - sera of vaccins
 - ioniserende stralen
 - behandeling van besmettelijke ziekten
 - handelingen die bij Algemene Maatregel van Bestuur worden uitgezonderd, indien dit in het belang van de volksgezondheid is.
20. De artikelen 18a, 18b en 19 in de proeve van wetwijziging geven aan wat onder strafbare onbevoegde uitoefening van de geneeskunst dient te worden verstaan.
21. Installatierede uitgesproken door Dr. A.J.H. Bartels, staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid op 9 december 1965.
22. De commissie Peters is ingesteld bij beschikking

van de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid van 11 augustus 1965 no. 404172 (Stcrt. 1965, 157).

23. Naast de voorzitter Mr. J. Peters, raadsheer in de Hoge Raad der Nederlanden, hebben nog twee juristen zitting in deze commissie. Verder zijn er vier leden van de KNMG in de commissie vertegenwoordigd. Een vertegenwoordiger van de NWP en een vertegenwoordiger van de Stichting van Paranormale Geneeskunst hebben daarnaast zitting in de commissie.
Adviserende leden van de commissie zijn Dr. J.J. Brutel de la Rivière, vertegenwoordiger van O.&W. en Mr. H.S. Bok, vertegenwoordiger van justitie.
24. Beschikking van de staatssecretaris van 11 augustus 1965.
25. Installatierede uitgesproken door Dr. A.J.H. Bartels, staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid op 9 december 1965.
26. a. J.G. Haas 'Het probleem van de onbevoegde genezers' in: Tijdschrift voor Parapsychologie september 1960, nrs. 5 en 6.
b. M. van de Vall 'Het publiek en de magnetiseurs: de analyse van een steekproef' in: Tijdschrift voor parapsychologie, december 1955.
c. Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde TNO 'Een enquête onder huisartsen naar hun mening over de paranormale geneeskunst', in: Huisarts en Wetenschap 12e jaargang no. 1.
27. zie noot 26^c.
28. De schattingen, van mensen die naar een onbevoegde genezer gaan, lopen uiteen, maar de commissie denkt aan zo'n 300.000.
Zie ook de analyse van M. van de Vall uit noot 26^b.
29. Handelingen die volgens de commissie 'merkkelijk gevaar' op kunnen leveren wanneer ze door een onbevoegde worden verricht, indien hij daarbij:
 1. enige zelfstandigheid, bedoeld in artikel 4, lid 1. van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening verstrekt of toedient, voor zover daartegen niet is voorzien bij of krachtens even genoemde wet
 2. een verloskundige handeling verricht
 3. een handeling verricht waartoe de tandarts ingevolge artikel 7 van de Wet van 24 juni 1876, Stbl. 117, bevoegd is
 4. een heelkundige ingreep verricht
 5. een injectie geeft of een punktie verricht
 6. enig gevoelloosmakend middel aanwendt

7. hypnose toepast
 8. enig serum of vaccin toedient
 9. gebruik maakt van enige bron van ioniserende straling
 10. enig andere, bij Algemene Maatregel van Bestuur aangewezen handeling verricht.
30. Rapport van de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening. Verschenen in de reeks Verslagen en Rapporten van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne 1973 no. 15. De commissie bestaat uit de volgende leden:
- . 4 vertegenwoordigers van de KNMG
 - . 2 vertegenwoordigers van tandheelkunde
 - . 2 vertegenwoordigers van de KNMP
 - . 1 vertegenwoordiger van de inspektie voor de volksgezondheid
 - . 1 vertegenwoordiger van de inspektie voor de geestelijke volksgezondheid
 - . 1 vertegenwoordiger van de inspektie voor geneesmiddelen
 - . 5 vertegenwoordigers van justitie
 - . 5 vertegenwoordigers van het ministerie van onderwijs en wetenschappen
 - . 2 adviserende leden.
31. De voorbehouden terreinen die de commissie voorstelt zijn:
1. het verrichten van een heelkundige handeling
 2. het verrichten van een verloskundige handeling
 3. het uitoefenen van de tandheelkunst
 4. het geven van een injectie of het verrichten van een punktie
 5. het aanwenden van enig gevoelloosmakend middel.
32. Registratie is verplicht gesteld in de Gezondheidswet.
33. Wijziging van de Medische Tuchtwet, 15 juni 1972 Staatsblad 394.

1. Wet van den 2den Mei 1921, tot wettelijke bescherming van het diploma voor ziekenverpleging. Staatsblad 702, Memorie van Toelichting.
2. Wet van den 2den Mei 1921, tot wettelijke bescherming van het diploma voor ziekenverpleging. Staatsblad 702. Deze wet is in 1977 gewijzigd en heet nu de Wet tot bescherming van het diploma van verpleegkundige.
3. Wet van 13 juni 1963 houdende wettelijke voorschriften inzake ziekenverzorgers en ziekenverzorsters, Staatsblad 289.
4. In 1931 beslist de Hoge Raad 'dat de opticiën die met een optisch instrument een oogonderzoek verricht, een bril aanraadt en verkoopt, niet een geneeskundige raad geeft, welke krachtens artikel 436 Sr. strafbaar is'. Arrest van 9 november (W.v.h.R. 12419).
5. Wetswijziging van 4 augustus 1938, Staatsblad 801.
6. Opticiëns mogen zich ongestraft bezig houden met het verkopen van brillenglazen hetzij op recept hetzij met behulp van letterproeven. Ze mogen niet met instrumenten de ogen van de cliënt onderzoeken en moeten zelfs de schijn van onderzoek vermijden.
7. Basisbesluit voor de Paramedische Bedrijven, 6 mei 1942, Staatscourant 87.
8. Eerste Uitvoeringsbesluit, 31 augustus 1942, Staatscourant 148.
9. Beschikking van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, 12 november 1958, Staatscourant 223.
10. Mr. W.B. van der Mijn, Wetgeving en medische beroepsuitoefening, pre-advies uitgebracht voor de Algemene Vergadering van de Vereniging voor Gezondheidsrecht op 16 april 1971.
11. Wetsontwerp op de Paramedische Beroepen 1959, Kamerstukken 5590. Zittingsjaar 1959, Memorie van Toelichting, blz. 7.
12. In de Memorie van Toelichting die het wetsontwerp vergezelt wordt de ontwikkelingsgang van een aantal - dan bestaande - paramedische beroepen

ter illustratie besproken. Dit zijn met name diëtisten, klinisch analisten, heilgymnasten/masseurs, radiologisch laboranten, orthoptisten en orthopaedische instrumentmakers. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1959, kamerstukken 5590, Memorie van Toelichting blz. 7 en 8.

13. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1959-1960, kamerstukken 5590, Voorlopig Verslag blz. 3 en 4.
14. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1962-1963, kamerstukken 5590, 13 november 1962, Van Gelder (CHU) blz. 3147 linker-kolom.
15. Artikel 1 WPMB.
Onder 'uitoefening van een paramedisch beroep' wordt voor de toepassing van deze wet verstaan, het al dan niet in samenhang met aanverwante werkzaamheden als beroep verrichten van handelingen of verstrekken van adviezen, liggende op het terrein van de uitoefening van de geneeskunst, onder leiding van of op aanwijzing en onder controle van dan wel ingevolge verwijzing door een geneeskundige of tandarts, door andere personen dan degenen, aan wie ingevolge de wet de bevoegdheid tot zelfstandige uitoefening van de geneeskunst in volle omvang of gedeeltelijk is toegekend.
16. Aan een drietal probleempunten is reeds afzonderlijk aandacht besteed, te weten:
 - de regeling van de specialismen;
voor de vorming en erkenning ervan bestaat inmiddels een regeling;
voor wettelijke maatregelen daaromtrent is volgens de minister voorhands geen aanleiding;
 - de toelating van houders van buitenlandse diploma's; hierover is een ontwerp bij de Tweede Kamer ingediend (Kamerstukken 6423, zittingsjaar 1961-1962);
 - het vraagstuk van de paranormale genezers; deze problematiek wordt bestudeerd door een interdepartementale werkgroep onder leiding van de Directeur-Generaal van de Volksgezondheid (zie deel II, hoofdstuk 2 van dit rapport).
17. De Centrale Raad heeft een overeenkomstig advies uitgebracht. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1961-1962 Kamerstukken 5590. Memorie van Antwoord 2 mei 1962 blz. 2 linker-kolom.
18. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1959, Kamerstukken 5590, Memorie van Toelichting blz. 9 linker-kolom.
19. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar

- 1959-1960, Kamerstukken 5590, Voorlopig Verslag blz. 3 linker-kolom.
20. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1961-1962, Kamerstukken 5590, Memorie van Antwoord 2 mei 1962 Nota van Wijziging.
 21. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1961-1962, Kamerstukken 5590, Memorie van Antwoord 2 mei 1962 blz. 4 rechter-kolom.
 22. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1962-1963, Kamerstukken 5590, 13 november 1963 minister Veldkamp blz. 3179 rechter-kolom.
 23. idem.
 24. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1962-1963, Kamerstukken 5590, 13 november 1962 Geertsema (VVD) blz. 3166.
 25. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1962-1963, Kamerstukken 5590, 13 november 1962 Van Gelder (CHU) blz. 3147 rechter-kolom.
 26. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1961-1962, Kamerstukken 5590, Memorie van Antwoord 2 mei 1962 blz. 6 linker-kolom.
 27. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1959-1960, Kamerstukken 5590, Voorlopig Verslag blz. 2 rechter-kolom.
 28. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1961-1962, Kamerstukken 5590, Memorie van Antwoord 2 mei 1962 blz. 6 linker-kolom.
 29. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1962-1963, Kamerstukken 5590, 13 november 1962 minister Veldkamp blz. 3181 rechter-kolom.
 30. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1962-1963, Kamerstukken 5590, 13 november 1962 De Vreeze (KVP) blz. 3170 linker-kolom.
 31. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1959, Kamerstukken 5590, Memorie van Toelichting blz. 10 linker-kolom.
 32. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1962-1963, Kamerstukken 5590, 13 november 1962 De Vreeze (KVP) blz. 3167 rechter-kolom.
 33. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1962-1963, Kamerstukken 5590, 13 november 1962 Veerman (ARP) blz. 3171 en 3172.

34. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1962-1963, Kamerstukken 5590, 13 november 1962 Minister Veldkamp blz. 3178 linker-kolom.
35. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1959, Kamerstukken 5590, Memorie van Toelichting blz. 10 linker-kolom.
36. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1961-1962, Kamerstukken 5590, Memorie van Antwoord 2 mei 1962 blz. 4 linker-kolom.
37. Geleidelijkheid wordt door de minister benadrukt en is gelegen in het feit dat de beoefening van bepaalde werkzaamheden eerst dan binnen de sfeer van de wet zal vallen indien daarvoor een Algemene Maatregel van Bestuur is afgekondigd.
38. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1961-1962, Kamerstukken 5590, Memorie van Antwoord 2 mei 1962 blz. 8 linker-kolom.
39. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1959-1960, Kamerstukken 5590, Voorlopig Verslag blz. 6.
40. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1961-1962, Kamerstukken 5590, Memorie van Antwoord 2 mei 1962 blz. 8 rechter-kolom.
41. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1962-1963, Kamerstukken 5590, 13 november 1962 Minister Veldkamp blz. 3179 rechter-kolom.
42. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1962-1963, Kamerstukken 5590, 13 november 1962, Van Gelder (CHU) blz. 3174 linker-kolom.
43. Zo'n dubbele regeling ligt voor de beroepsgroep heilgymnastiek-massage niet zo voor de hand omdat handelskennis en kredietwaardigheid - belangrijke aspecten bij de vestigingwet - hier niet zo relevant zijn.
44. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1961-1962, Kamerstukken 5590, Memorie van Antwoord 2 mei 1962 blz. 7 rechter-kolom.
45. zie noot 12.
46. Voor het beroep ziekenverpleger(ster) geldt al sinds 1921 een afzonderlijke wettelijke regeling (zie noot 2).
47. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1962-1963, Kamerstukken 5590, 13 november 1962 de Vreeze (KVP) blz. 3169 linker-kolom.

48. Handelingen der Staten-Generaal I, zittingsjaar 1962-1963, Kamerstukken 5590, 19 maart 1963, 19 maart 1963 De Vos van Steenwijk (VVD) blz. 3265 rechter-kolom.
49. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1961-1962, Kamerstukken 5590, Memorie van Antwoord 2 mei 1962 blz. 3 linker-kolom.
50. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1961-1962, Kamerstukken 5590, Memorie van Antwoord 2 mei 1962 blz. 3 linker-kolom.
Als voorbeelden haalt de minister de fysiotherapie aan waar in zgn. instituten met hoogtezon en andere apparaten gewerkt wordt en waar fysiotherapeutische methoden worden toegepast zonder voldoende deskundige medewerking c.q. leiding. Ook op het gebied van het verstrekken van kunstledematen en op het gebied van de voetverzorging treedt beunhazerij op, terwijl voor heilgymnasten/masseurs de verhouding tot de arts geregeld dient te worden.
51. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1962-1963, Kamerstukken 5590, 13 november 1962 Suurhoff (PvdA) blz. 3173 linker-kolom.
52. Carr-Saunders, 'The professions', Oxford 1933, aangehaald door het lid van de Eerste Kamer Querido, Handelingen der Staten Generaal I, zittingsjaar 1962-1963, Kamerstukken 5590, 19 maart 1963 Querido (PvdA) blz. 3264 rechter-kolom.
53. De KNMG bezit al sedert 1903 een interne tucht-rechtspraak die geschillen tussen leden onderling en tussen leden en niet-leden tracht te beslechten. Op 2 juli 1928 wordt het Medisch Tucht-recht van kracht. Vanaf die tijd funktioneert het interne tuchtrecht náást een wettelijk geregeld tuchtrecht.
54. Er is ten tijde van de behandeling van de Wet op de Paramedische Beroepen een commissie die als taak heeft het Medisch Tuchtrecht te herzien. Deze commissie reageert afwijzend op de haar voorgelegde vraag of een tuchtrechtregeling voor de paramedische beroepen ingepast zou moeten worden in het medisch tuchtrecht. Daarop neemt de minister een voorstel tot invoering van een paramedisch tuchtrecht in het wetsvoorstel voor de paramedische beroepen op.
55. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1962-1963, Kamerstukken 5590, 13 november 1962 de Vreeze (KVP) blz. 3169 linker-kolom.
56. Deze problematiek is nader uitgewerkt in het rap-

port van commissie De Vreeze (deel II hoofdstuk 5) en in de voorontwerpwet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg deel VI hoofdstuk 1.

57. De samenstelling van de Colleges is als volgt:
 - College in Eerste Aanleg bestaat uit:
voorzitter, 2 beroepsgenoten, 2 artsen;
 - Centraal College bestaat uit:
voorzitter die juridisch deskundig is, arts,
2 rechtsgeleerden.
58. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1962-1963, Kamerstukken 5590, 13 november 1962 Suurhoff (PvdA) blz. 3172-3173.
59. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1962-1963, Kamerstukken 5590, 13 november 1962 Suurhoff (PvdA) blz. 3180.
60. Handelingen der Staten-Generaal I, zittingsjaar 1962-1963, Kamerstukken 5590, 19 maart 1963 Querido (PvdA) blz. 3263-3264.
61. Het Tweede kamerlid Van Gelder (CHU) overweegt zelfs een amendement in te dienen over dit ontwerp; hij laat het (vooralsnog) bij een voorstel. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1962-1963, Kamerstukken 5590, 13 november 1962 Van Gelder (CHU).
62. De paramedische beroepen die direkt na de totstandkoming van de Wet op de Paramedische Beroepen voor een wettelijke regeling in aanmerking wenselijk te komen zijn: heilgymnastiek-massage, oefentherapie Mensendieck, logopedie, arbeidstherapie, medisch analist, röntgenlaborant, diëtist, orthopaedisch instrumentmaker, orthodontist.
63. Advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid uitgebracht in november 1963, Verslagen en Mededelingen betreffende de Volksgezondheid, nr. 5 1964 blz. 631.
64. Beschikking van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid van 12 november 1958, nr. 15791 Staatscourant 1958 nr. 223.
65. De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Veldkamp in een brief aan de voorzitter van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid d.d. 13 mei 1963.
66. Advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid uitgebracht in november 1963, Verslagen en mededelingen betreffende de Volksgezondheid no. 5.
67. Advies van de Centrale Raad 1963, blz. 637.

68. Advies van de Centrale Raad 1963, blz. 638.
69. Advies van de Centrale Raad 1963, blz. 638.
70. Genoemd naar de voorzitter van de commissie, Mr. Dr. A.A. van Rhijn, oud-staatssecretaris van Sociale Zaken en oud-lid van de Raad van State.
71. Voortaan is de wet op het voortgezet onderwijs (Staatsblad 1963, 40) plus de uitvoeringsbesluiten van die wet, van toepassing op het onderwijs aan fysiotherapeuten.

1. . Wet inzake geneeskundig staatstoezicht is vervangen door de Gezondheidswet die op zijn beurt herhaalde malen is gewijzigd.
 - . Wet inzake de uitoefening artsennijbereidkunst is vervangen door de wet op de geneesmiddelenvoorziening; ock laatstgenoemde wet is verschillende malen gewijzigd.
 - . Wet regelende de voorwaarde tot verkrijging der bevoegdheid, is reeds in 1874 gewijzigd en in 1878 geheel nieuw vastgesteld in verband met invoering van de Hoger Onderwijswet van 1876, deze wet is in gewijzigde vorm nog steeds van kracht.
 - . Voor ziekenverpleging is op 2 mei 1921 (Stb. 702) een nieuwe wettelijke regeling ingevoerd. In 1977 is deze wet gewijzigd en heet nu Wet tot bescherming voor het diploma van verpleegkundige.
2. Oorspronkelijk was dit onderwerp ondergebracht bij het ontwerp van Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (artikel 28). Men heeft echter gemeend dat deze materie toch beter in de BIG opgenomen zou kunnen worden.
3. Gedacht is aan zorgactiviteiten zoals: bejaardenzorg, sportmassage, gezinsverzorging e.d.
4. Artikel A.1. van de BIG
 1. Voor de toepassing van het bij of krachtens deze wet bepaalde worden als handelingen op het terrein van de individuele gezondheidszorg naast de in het tweede lid omschreven handelingen aangemerkt alle andere verrichtingen - het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen - rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon en ertoe strekkende diens gezondheid te bevorderen of te bewaken.
 2. Voor de toepassing van het bij of krachtens deze wet bepaalde worden als handelingen, liggende op het gebied van de geneeskunst of dienende tot een geneeskundig doel, aangemerkt:
 - a. alle verrichtingen - het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen - rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon en ertoe strekkende hem van een ziekte te genezen, hem voor het ontstaan van een ziekte te behoeden of zijn gezondheidstoestand te beoordelen, dan wel verloskundige bijstand te verlenen;

- b. het bij een persoon afnemen van bloed voor andere doeleinden dan die, bedoeld onder a., of wegnemen van een orgaan ten behoeve van transplantatie;
 - c. het bij een overledene wegnemen van een deel van het lichaam en het verrichten van sectie.
5. De klinisch fysicus voldoet niet aan het criterium. Er is bij dit beroep geen sprake van rechtstreekse relatie met de patiënt en het zal dus niet onder de werking van de BIG-wet geplaatst worden.
 6. Een uitzondering wil men voor de apothekersassistenten maken. Dit beroep is in 1978 wettelijk geregeld; bovendien treden deze assistenten in de praktijk vaak tamelijk zelfstandig op.
 7. Deze Raad zal in de plaats treden van de afzonderlijke organen voor de verschillende beroepen. Men heeft - mede op aandrang van een aantal organisaties van beroepsbeoefenaren op het terrein van de individuele gezondheidszorg - uiteindelijk gekozen voor een afzonderlijk orgaan. De coördinatie tussen opleiding en beroepsuitoefening zal zo beter tot z'n recht kunnen komen. Een meerderheid van de leden van de Raad zal bestaan uit vertegenwoordigers van organisaties van beroepsbeoefenaren.
Deze Raad heeft tot taak een voortdurende bewaking van het veranderingsproces, waaronder ook de beoordeling of een bepaald beroep onder de werking van de BIG geplaatst zal worden; het signaleren van het ontstaan van nieuwe specialismen en de ontwikkeling aan de grenzen van het begrip individuele gezondheidszorg.
Verder zal deze Raad een globale omschrijving voor het werkkterrein opstellen en periodiek aanpassen voor alle beroepen die onder de BIG-wet (gaan) vallen.
 8. Deze vierentwintig beroepen zijn: Artikel C.1. arts, tandarts, apotheker, klinisch chemicus*, klinisch psycholoog*, fysiotherapeut, oefentherapeut-Mensendieck, oefentherapeut-César, diëtist, mondhygiënist, orthoptist, radiodiagnostisch laborant, radiotherapeutisch laborant, logopedist, ergotherapeut, medisch analist*, adjunct-medisch analist, verloskundige, verpleegkundige, ziekenverzorger, apothekers-assistent, opticiën*, opticiën-oogmeetkundige*, opticiën-kontaktlenskundige*.
De nieuw te regelen beroepen zijn voorzien van een sterretje.
 9. Diskussie over eventueel wettelijk te regelen beroepen is er op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg, met name over de psychothera-

peut, een beroep dat tot dusver niet wettelijk geregeld is.

10. Artikel K.1.

Degene die, terwijl hij niet in een overeenkomstig art. C.1. eerste lid ingesteld register ingeschreven staat, in de uitoefening van de individuele gezondheidszorg schade of aanmerkelijke kans op schade aan de gezondheid van een door hem behandelde persoon veroorzaakt, wordt gestraft hetzij met gevangenisstraf van ten hoogste zes maanden en geldboete van ten hoogste vijftigduizend gulden, hetzij met een van deze straffen!

Degenen die kennelijk buiten zijn deskundigheid treedt (in hoofdstuk D. van de BIG omschreven) en schade of aanmerkelijke kans op schade veroorzaakt, kan dezelfde straf ontvangen.

11. In artikel 28 van het wetsontwerp voorzieningen gezondheidszorg werd gesproken over 'eisen te stellen aan de inrichting, organisatie en administratie van praktijken'. In artikel F.14 van de BIG wordt deze vage formulering nader uitgewerkt.

12. Dit tuchtrecht zal behalve voor genoemde groepen beroepsbeoefenaren ook gaan gelden voor fysiotherapeuten, verpleegkundigen, opticiëns, opticiëns-oogmeetkundigen en opticiëns-kontaktlenskundigen.

13. De discussie over verlegging van de normen is ook al in de bespreking van de Wet op de Paramedische Beroepen en in de commissie De Vreeze ter sprake gebracht.

14. Zie de artikelen H30 en H31 uit het voorontwerp van Wet BIG.

15. Men zou kunnen denken aan een kleine aparte opsporingsdienst zoals de Economische Controle Dienst of aan het aanstellen van een officier van Justitie die dit speciaal als z'n taak krijgt naar het voorbeeld van de milieu-officier.

16. Algemene stemming tijdens een informatieve bijeenkomst over de voorontwerpwet BIG. Georganiseerd door het hoofdbestuur van de KNMG op 26 maart 1982 in het jaarbeurscongrescentrum in Utrecht.

17. Memorie van Toelichting blz. 82 en 83.

18. Staatssecretaris Veder-Smit in Medisch Contact nr. 27 - 3 juli 1981.

19. Voorontwerp Wet BIG hoofdstuk 3 blz. 13.

20. Staatssecretaris Veder-Smit in Medisch Contact
nr. 8 - 2 februari 1981.
21. Staatssecretaris Veder-Smit in Medisch Contact
nr. 27 - 3 juli 1981.
22. In alle gevallen moet de klager 'gehoord' worden
en de inspekteur moet over alle klachten (behalve
degene die hij zelf aanbrengt) advies uitbrengen.
23. Staatssecretaris Veder-Smit in Medisch Contact
nr. 8 - 2 februari 1981.
24. Idem.

Verantwoording van de illustraties

- 'de kiezentrekker' (pag.15)
Gemeentelijke archiefdienst van Amsterdam, topografisch atlas; naar een aquarel door Joh.Braakensiek, 1897
- 'de kwakzalver'(pag.15)
Gemeentelijke archiefdienst van Amsterdam, topografisch atlas, uit: 'de volksvermaker' Jan ter Gouw
- 'het Chirurgijnsgilde' (pag.18)
Gemeentelijke archiefdienst van Amsterdam, topografisch atlas, prent uit plak-almanak 1727-1730
- J. R. Thorbecke (pag.21)
Gemeentelijke archiefdienst van Rotterdam, topografisch historisch atlas
- 'de marskramer' (pag.23)
Gemeentelijke archiefdienst van Amsterdam, topografisch atlas, door W.J. van Troostwijk, 1806
- 'de 3H's' (pag.30)
Mr. J.A. van Hamel 1882-1964
Gemeentelijke archiefdienst van Amsterdam, topografisch atlas
Mr. J. van Houten 1837-1930
Stichting Iconographisch Bureau
Jhr.Mr. R.O. van Holthe tot Echten
uit: Persoonlijkheden in het Koninkrijk der Nederlanden in woord en beeld, Amsterdam, 1938
- Advertentie uit het Algemeen Handelsblad van 1 augustus 1917 (pag.32)
- Prof.dr. P. Muntendam (pag.37)
fotograaf: Victor Arnolds
- 'de magnetiseur'
Gemeentelijke archiefdienst van Amsterdam, topografisch atlas, uit: S.Abramsz. Levende Beelden, pag.85, 1909
- Prof.Mr. J.Th.M. de Vreeze (pag.46)
- 'Ziekenverpleging' (pag.57)
illustratie uit Ha dokter, ho dokter, pag.24 van Leonard de Vries, Uniboek BV, Bussum, 1976
- 'heilgymnastiek - massage'(pag.58)
Nederlands Genootschap van de Fysiotherapie
- Het Binnenhof, (pag.62)
Persfoto Rijksvoorlichtingsdienst

Beroepsuitoefening vroeger en nu (pag.67)
Illustraties uit: Ha dokter, ho dokter, pag.76 en 77
van Leonard de Vries, Uniboek BV, Bussum, 1976
Foto beschikbaar gesteld door: Laméris instrumenten
BV Utrecht

'acupunctuur' (pag.71)
fotograaf: W.G.W. Boerma

Collage Tuchtrect (pag.75)

Hydrotherapie vroeger en nu (pag.84)
Illustratie uit: Ha dokter, ho dokter, pag.56 van
Leonard de Vries, Uniboek BV, Bussum 1976
Foto beschikbaar gesteld door Laméris instrumenten BV
Utrecht

Illustratie pag.87
uit: Ha dokter, ho dokter, pag.91 en 93, van Leonard
de Vries, Uniboek BV, Bussum 1976

Collage BIG (pag.89)

'voorbehouden handeling' (pag.92)
Fotograaf: W.G.W. Boerma

'een eeuw voorstellen, adviezen en wetsontwerpen' (pag.99)

'waarheen.....' (pag.108)
tekening: Mieke Cornelius

Advertentie omslag
uit de Staatscourant 1917