

100 jaar fysiotherapie



drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

Wie geen weet heeft van de in het verleden gevormde krachten die het heden bepalen en daarin doorwerken, gaat blind de toekomst tegemoet.

G. Harmsen, B. Reinalda

100 jaar fysiotherapie

Ontwikkeling van het wettelijk en economisch
kader van een paramedische beroepsgroep

D. Kortenhoeven



Gouda Quint BV
(S. Gouda Quint – D. Brouwer en Zoon)
Arnhem

1989

CIP-gegevens Koninklijke Bibliotheek Den Haag

Kortenhoeven, D.

100 jaar fysiotherapie : ontwikkeling van het wettelijk en economisch kader van een paramedische beroepsgroep / D. Kortenhoeven. – Arnhem : Gouda Quint.-Ill.

ISBN 90-6000-666-6

SISO 612.3 UDC 615.83 NUGI 695

Trefw.: fysiotherapie.

© 1989 Gouda Quint BV

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotocopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 jo. het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 882, 1180 AW Amstelveen). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Voorwoord

Een honderd-jarig jubileum is een goede gelegenheid voor een terugblik; het honderd-jarig jubileum van het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie vormt dan ook de aanleiding voor het samenstellen van dit boek.

De ontwikkelingen van een eeuw in een paar honderd bladzijden onderbrengen, dwingt onvermijdelijk tot het maken van keuzen. Het is onmogelijk om de kleurrijke geschiedenis van de fysiotherapie in al z'n facetten te belichten. De keuzen die gemaakt zijn, vloeien voor een deel voort uit het feit dat dit boek is samengesteld op basis van twee eerdere studies, namelijk: een studie naar het wettelijk kader van de medische en paramedische beroepsuitoefening en een studie naar het economisch kader van de beroepsgroep fysiotherapie.* Beide studies zijn gebaseerd op omvattend bronnenonderzoek.

Het beroep van fysiotherapeut is in de loop van een eeuw uitgegroeid tot één der meest prominente paramedische beroepen. De vraag hoe men tot deze positie is geraakt laat zich gemakkelijker stellen dan beantwoorden. Het is de resultante van een groot aantal processen dat ertoe heeft geleid dat fysiotherapie maatschappelijk is geaccepteerd als de aangewezen professie voor hulp bij problemen op het gebied van bewegen en het bewegingsapparaat.

Deze processen worden door Lulofs geduid als het ontstaan van een professionele marktorde.** Voor het ontstaan ervan moet aan twee voorwaarden worden voldaan.

Een eerste voorwaarde is een nauwkeurige en stringente afbakening van hulpverleners die tot het beroep mogen worden toegelaten. Een tweede voorwaarde is een effectieve beheersing van

het beroepsgedrag van degenen die tot het beroep zijn toegelaten. Te denken valt daarbij aan normstelling omtrent de werkzaamheden die wel en niet tot het beroep behoren, regels ten aanzien van de onderlinge concurrentie, opvattingen over de manier waarop het beroep uitgeoefend dient te worden etc.

In dit boek wordt het tot stand komen van deze voorwaarde beschreven. Het aspect van de afbakening van de markt wordt toegespitst op een beschrijving van de ontwikkeling van het wettelijk kader van de medische en paramedische beroepen. De vakinhoudelijke kant van het beroep en van de beroepsopleiding zullen daarbij zijdelings aan de orde gesteld worden.

Over het tot stand komen van het wettelijk kader handelt het eerste deel van dit boek. Dit deel gaat over twee wettelijke mijlpalen voor de beroepsgroep fysiotherapie: de Wet op de Paramedische Beroepen en het daarop gebaseerde Fysiotherapeutenbesluit. Beide wettelijke regelingen worden geplaatst tegen de achtergrond van de medische beroepsuitoefening: de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst.

Voor een effectieve beheersing van het beroepsgedrag van de beroepsbeoefenaren is het van belang dat een homogeen en kwalitatief hoogstaand produkt - dit is de geboden hulp - wordt geleverd. Naast de vakinhoudelijke ontwikkeling van het beroep en de beroepsopleiding is oprichting en uitbouw van een beroepsorganisatie hierbij een belangrijk element.

Een reconstructie van de opkomst van de beroepsgroep binnen de gezondheidszorg wordt in het tweede deel van dit boek ondernomen. Daarin wordt nagegaan hoe de beroepsgroep erin geslaagd is om van een vriendenkring - bestaand uit een tiental vakgenoten - uit te groeien tot een vooraanstaande paramedische beroepsgroep. Een ontwikkeling die aanvangt in 1889 met de oprichting van het Genootschap en die uitmondt in een wettelijke erkenning van het beroep in 1942.

Bij het tot stand brengen van collectieve contracten met de financiers van gezondheidszorg, treedt de beroepsorganisatie als onderhandelingspartner op. Collectieve contracten hebben als voordeel boven individuele contracten, dat het de concurrentie tussen de beroepsbeoefenaren beperkt.

Het derde deel van dit boek is dan ook gewijd aan de onderhandelingen over het tot stand komen van tariefafspraken, de honoreringsstructuur en de hoogte van het honorarium. Hierin wordt beschreven hoe de beroepsgroep er na de Tweede Wereldoorlog in geslaagd is om de economische basis van het beroep zodanig uit te bouwen dat de beroepsbeoefenaren zijn gaan behoren tot de hoogst gehonoreerde paramedische beroepsbeoefenaren.

In het afsluitend hoofdstuk van dit boek wordt de blik op de toekomst gericht. Ingegaan wordt op de consequenties die het Wetsvoorstel Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) en de voorstellen van de Commissie Dekker kunnen hebben voor de medische en paramedische beroepsuitoefening en in het bijzonder voor de beroepsgroep fysiotherapie.

De voorwaarden voor een professionele marktorde die gedurende het honderdjarig bestaan van het Genootschap zijn nagestreefd en bestendigd, komen opnieuw ter discussie te staan. De markt-afbakening die in de wettelijke regelingen in 1963 en 1965 is vastgelegd wordt in het Wetsvoorstel BIG ondergraven; in plaats van bescherming van het beroepsterrein wordt slechts bescherming van de titel voorgesteld. De verworven beheersing van de markt wordt door de voorstellen van de commissie Dekker bedreigd: de commissie pleit voor invoering van het concurrentiebeginsel tussen de beroepsbeoefenaren.

Tot slot wil ik nog een woord van dank richten tot degenen die hebben meegeholpen aan het voltooien van dit boek. Dat ze aan het slot van dit voorwoord worden genoemd heeft een weloverwogen betekenis; ze hebben er aan bijgedragen dit boek tot een goed einde te brengen.

Op de eerste plaats dienen Magda van Noppen en Jos Blaas genoemd te worden. Magda heeft zich als student-assistent verdienstelijk gemaakt door een schier onuitputtelijke hoeveelheid archiefmateriaal op te sporen en te ordenen. Jos heeft als assistent-onderzoeker gegevens bijeen gebracht voor de update van de onderzoeksrapporten die aan dit boek ten grondslag liggen.

Marina van Geelkerken heeft op de haar eigen onnavolgbare wij-

ze, gezorgd voor een accurate verwerking van de tekst van dit boek.

Het Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), het voormalige Nederlands Huisartsen Instituut, en het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (NGF) hebben een bijdrage geleverd in meer materiële zin. Het NGF verstrekte subsidie voor het onderzoeksrapport 'Van bijverdienste tot broodwinning'. Onderzoek naar het wettelijk en economische kader van de (para-)medische beroepen - in het bijzonder fysiotherapie - en het samenstellen van het onderhavige boek zijn mogelijk gemaakt door het NIVEL. Deze en anderen die aan het tot stand komen van dit boek hebben meegewerkt, ben ik erkentelijk.

* Kortenhoeven, D. Verboden toegang voor onbevoegden. Een studie over de voorstellen tot verruiming van het wettelijk kader van medische en paramedische beroepsuitoefening. Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht, 1982

Kortenhoeven, D. Van bijverdienste tot broodwinning. De ontwikkeling van het economisch kader van het beroep van fysiotherapeut. Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht, 1983

** Lulofs, J.G. Professions en de markt van vertrouwensgoederen. In: S. Lindenberg en F.N. Stokman (red.) Modellen in de sociologie. Van Loghem Slaterus, Deventer, 1983

Inhoud

DEEL I

VERBODEN TOEGANG VOOR ONBEVOEGEN:
WETTELIJK KADER VOOR MEDISCHE EN PARAMEDISCHE BEROEPEN

INLEIDING TOT DEEL I	3
1. Wet op de uitoefening der geneeskunst	7
1.1. Indeling van de volksgezondheid rond 1850	8
1.2. Staatstoezicht op de volksgezondheid	13
1.3. Geneeskundige wetten uit 1865	16
2. Geschiedenis van het monopolie van de arts	25
2.1. Twee staatscommissies uit 1917	27
2.1.1. Staatscommissie Pekelharing	29
2.1.2. Staatscommissie Van Houten	30
2.2. Onbevoegde uitoefening der geneeskunde na de Tweede Wereldoorlog	32
2.2.1. Aandacht voor de alternatieve geneeswijzen	33
2.3. Interdepartementale werkgroep Muntendam	37
2.4. Commissie Peters	40
2.5. Staatscommissie De Vreeze	45
2.5.1. Introductie van het begrip 'individuele gezond- heidszorg'	46
2.5.2. Van beroepsbescherming naar titelbescherming	47
	IX

2.5.3. Registratie van opleidingstitel en beroepstitel	49
2.5.4. Wijzigingen Medisch Tuchtrecht	51
2.6. Wetsvoorstel op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG)	54
2.6.1. Doel van het wetsvoorstel BIG	55
2.6.2. Titelbescherming en registratie	57
2.6.3. Tuchtrechtspraak	61
3. De paramedische beroepen	63
3.1. Opkomst van de paramedische beroepen	64
3.2. Van wetsontwerp tot wet	69
3.2.1. Herziening van òf aanpassing aan de wet uit 1865	72
3.2.2. Definiëring en afbakening van het werkterrein van de paramedische beroepen	76
3.2.3. Invoering van een paramedische tuchtwet	83
3.2.4. Opleidingen	87
3.2.5. Overgangsregelingen	87
3.3. Toepassing van de wet op de paramedische beroepen	91
3.3.1. Advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid over heilgymnastiek-massage	92
3.3.2. Fysiotherapeutenbesluit 1965 en de belangrijkste wijzigingen	94
3.4. Het wetsvoorstel BIG en de aanverwante medische beroepen	98
3.4.1. Beroepen die onder het wetsvoorstel BIG vallen	100
3.4.2. Tuchtrecht voor aanverwante medische beroepen	102

DEEL II

OPKOMST VAN EEN BEROEP:

GECHIEDENIS VAN DE PROFESSIONALISERING VAN HEILGYMNAST- MASSEURS

INLEIDING TOT DEEL II

107

1. Ontstaan van het Genootschap voor Heilgymnastiek	111
1.1. Oprichting van het Genootschap voor Heilgymnastiek	111
1.2. Massage: gymnastiek of geneeskunde	117
1.3. Genootschapsexamen	121
2. Streven naar erkenning	127
2.1. Artsen over het Genootschapsexamen	127
2.2. Concurrentie binnen de beroepsgroep	134
2.3. Kwaliteit of kwantiteit?	140
2.4. Streven naar een staatsexamen	146
2.5. Het ei van Columbus: heilgymnastiek is geen geneeskunde	152
3. Materiële belangen van de beroepsgroep	157
3.1. Ongevallenwet en Rijksverzekeringsbank	157
3.2. Mechanotherapie en fysieke therapie	161
3.3. Eerste collectieve contracten met ziekenfondsen	164
3.4. Terugblik op de weg naar erkenning	168

DEEL III

VAN BIJVERDIENSTE TOT BROODWINNING: ECONOMISCH KADER VAN HET BEROEP FYSIOTHERAPIE

INLEIDING TOT DEEL III	173
1. Fysieke therapie vorbehalten aan inrichtingen?	177
1.1. Wetten, besluiten en beschikkingen	177
1.2. De Ziekenfondsraad over de verstrekking fysieke therapie	179

1.3. Fysische therapie: een kwestie van beschikk(ing)en en besluiten	185
2. Gewenst geacht honorarium	189
2.1. Eerste landelijke tarieven	189
2.2. Enquête over de hoogte van de honorering	191
2.3. Gewenst geacht honorarium anno 1956	197
2.4. Belangentegenstellingen tussen de beroepsbeoefenaren	199
2.5. Honoreringsovereenkomsten in de jaren zestig	202
3. Kostenstijging, een kwestie van volume en/of prijsstijging	213
3.1. Wrevels en knelpunten	213
3.2. Kostenstijging van fysiotherapeutische hulpverlening	218
3.2.1. Toename van de omvang van fysiotherapeutische hulp: de volumecomponent	218
3.2.2. Stijging van de tarieven voor fysiotherapeutische hulp: de prijscomponent	224
3.3. Kostenstijging: een kwestie van volumestijging	233
4. Fysiotherapeutische hulp beknot	239
4.1. Maatregelen ter maximering van gecombineerde behandelingen	239
4.1.2. Evaluatie van de beperkende maatregelen	241
4.2. Beperking van het aantal praktizerende beroepsbeoefenaren	242
4.2.1. Praktijkomvang	246
4.2.2. Wachtlijsten	247
4.3. Problematiek rond praktijkhouders en praktijkmedewerkers	249
5. Inkomen van fysiotherapeuten aan banden gelegd	253

5.1. Onderhandelingen over het norminkomen	254
5.1.1. Vaststelling van het functieniveau	255
5.1.2. Akkoord over het norminkomen	256
6. Honorering van fysiotherapeutische verrichtingen in groei beperkt	259
6.1. Voorstellen voor een nieuwe honoreringsstructuur: het zittingentarief	259
6.2. Pogingen tot doorbraak in onderhandelingen over een honoreringsstructuur	264
6.3. Patstelling in de onderhandelingen over de honoreringsstructuur	265
7. Contouren van een nieuwe structuur van de gezondheidszorg	269
7.1. Omvang van het verstrekkingenpakket	270
7.2. Contracten tussen fysiotherapeuten en ziekenfondsen	272
7.3. Toekomstige kwaliteit van de hulpverlening	274
Noten	279
Verantwoording van de geraadpleegde bronnen	317
Verantwoording van de illustraties	319

Deel I

Verboden toegang voor onbevoegden:
wettelijk kader voor medische en paramedische
beroepen

Verboden toegang voor onbevoegden: wettelijk kader voor medische en paramedische beroepen

Inleiding tot deel I

Het eerste deel van dit boek handelt over het tot stand komen van het wettelijk kader van de medische en paramedische beroepsbeoefenaars.

Tussen 1865, het jaar waarin de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst (WUG) van kracht wordt, en 1986, het jaar waarin het wetvoorstel Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) wordt uitgebracht, ligt meer dan een eeuw voorstellen en wetsontwerpen over aanpassing of herziening van de wet uit 1865. De jaren 1865 en 1986 kunnen 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 langs het terrein van de geneeskunde, 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, staatscommissies en werkgroepen.

Het andere spoor voert langs de aanverwante medische beroepen die in het begin van de 20^e eeuw opkomen. De werkzaamheden van deze beroepsgroepen liggen voor een gedeelte op het terrein van de geneeskunde. In een streven naar een wettelijke erkenning van de eigen specifieke deskundigheid kruist hun pad dat van de artsenstand die de toegekende monopoliepositie wenst te handhaven.

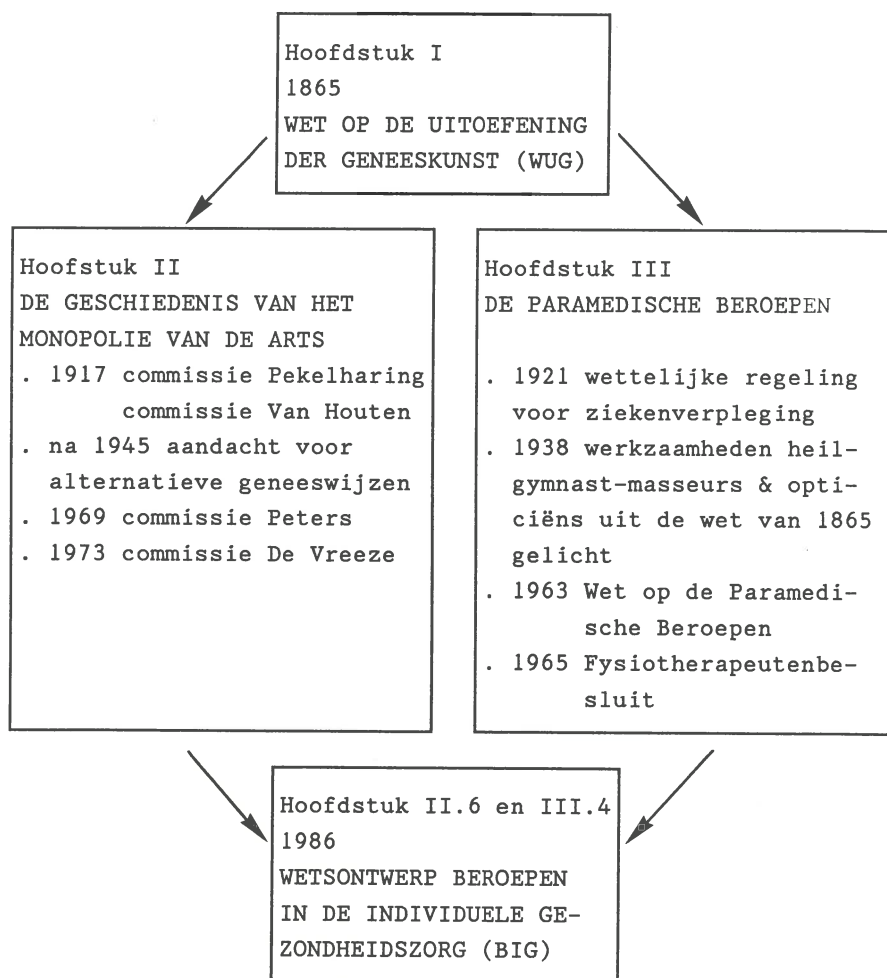
Beide sporen monden uit in het wetsontwerp BIG waarin voorstellen worden gedaan tot herziening van de wet uit 1865. Wordt dit voorstel van kracht, dan zullen de bordjes 'verboden

toegang' verwijderd worden en het terrein zal voor een ieder toegankelijk worden, zij het onder bepaalde voorwaarden.

Uitwerking van de opzet van het eerste deel willen we doen aan de hand van twee vraagstellingen, namelijk:

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

De opzet van het eerste deel is in het volgende schema weergegeven.



In de problematiek rond de onbevoegde uitoefening van de geneeskunde wordt de term kwakzalver vaak gebezigd rond de eeuwwisseling. Onder deze groep kwakzalvers bevinden zich niet alleen bedriegers en oplichters. Sommigen zijn wel degelijk kundig en bekwaam. Wanneer we in dit boek de term kwakzalver gebruiken, dient men te bedenken dat het gaat om een groep die geen enkele officiële (deel)bevoegdheid heeft op het terrein der geneeskunde; dit kunnen zowel kundige lieden als knoeiers zijn.

1. Wet op de uitoefening der geneeskunst

In dit hoofdstuk vormt het tot stand komen van de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst (WUG) in 1865 het centrale thema. Voor 1865 is het terrein van de volksgezondheid opgesplitst in een aantal deelterreinen en is de arbeidsverdeling onder de geneeskunde-beoefenaren streng hiërarchisch geregeld. Een situatie die op den duur tot botsingen leidt. Bovendien laat het toezicht van de overheid op de volksgezondheid veel te wensen over.

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

Ten tweede tracht men de kwaliteit van de geneeskundige zorg te verbeteren. Daartoe wordt het staatstoezicht op de geneeskunde-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 hoofdstuk.

De termen geneeskunst en geneeskunde behoeven enige uitleg. De term geneeskunst wordt in de vorige eeuw gehanteerd voor de beroepswerkzaamheden van de academisch gevormde doctores. In deze term wordt de kunst van het genezen tot uitdrukking gebracht.

Het ambachtelijk handwerk van de niet-academisch gevormde ge-

nezers wordt met de term geneeskunde aangeduid. Het is een 'kunde' die aangeleerd kan worden en staat in lager aanzien dan 'kunst'.

In de 20^e eeuw raakt de term geneeskunde gangbaar. Een term die we ook in dit boek zullen hanteren, met uitzondering voor situaties waar uitdrukkelijk sprake is van beroepswerkzaamheden van de doctores.

1.1. Indeling van de volksgezondheid rond 1850

Het terrein van de volksgezondheid is in de achttiende eeuw ingedeeld in drie sectoren. Een verdeling die gekenschetst kan worden als een horizontale verdeling van het terrein.¹ Op ieder van deze sectoren is een bepaalde groep 'deskundigen' werkzaam. De deelterreinen van de volksgezondheidszorg met de daarbij behorende deskundigen zijn als volgt geordend:

- de inwendige geneeskunst wordt beoefend door doctores
- de uitwendige geneeskunde wordt beoefend door chirurgijns of heelmesters
- de verloskunde wordt beoefend door vroedvrouwen en -meesters



Het chirurgijns-gilde

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 vier categorieën, te weten doctores medicinae, doctores chirurgiae, doctores artis obstetriciae en doctores pharmaceuticae. De doctores zijn afkomstig uit de gegoede burgerij; ze zijn afstammelingen van rijke handels- of kooplieden en regenten. 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 geneeskunde is het terrein van de chirurgijns, heelmeeesters en apothecars. Deze groep stamt oorspronkelijk uit de barbierswinkel; ze behoren dan ook tot de lagere middenstand. Het (hand)werk van de chirurgijns en heelmeeesters 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 heelmeeester kan op twee manieren verkregen worden, namelijk:

- op de traditionele manier, hetgeen betekent dat men enige tijd bij een doctor of heelmeeester in de leer gaat en daarna een examen aflegt. De kwaliteit van de opleiding is ook hier nogal afhankelijk van de heelmeeester of doctor bij wie men in de leer is
- door een vierjarige opleiding aan één van de Clinische Scholen (die sinds 1823 bestaan)

De verloskunde is in principe het terrein van de vroedvrouwen en vroedmeesters. "De uitoefening der verloskunde bepaalt zich bij de vroedvrouwen alleen tot het doen van zoodanige bevelingen, welke door de natuur bewerkt, of door de hand ten uitvoer gebracht kunnen worden, zullende de vroedvrouwen mitsdien daartoe nimmer eenige instrumenten mogen gebruiken."²
Hun opleiding bestaat uit twee jaar Clinische School.

De Clinische Scholen leiden op tot acht verschillende soorten

ongegradueerden, te weten:

- . 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 Clinische 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 Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Geneeskunst gekarakteriseerd als uitgesproken slecht.³

Daarnaast bestaan er ook nog deskundigen op specifieke gebieden, zoals oogmeesters en tandmeesters. Een combinatie van al deze verschillende bevoegdheden levert anno 1850 zo'n vijftien soorten geneeskunde-beoefenaren 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 geneeskunde is er sprake van een hiërarchische gezagsverhouding. De rivaliteit tussen de geneeskundigen is niet alleen het gevolg van verschil in wetenschappelijk kunnen; ook statusverschillen spreken een woordje mee. 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

te meer daar de chirurgijns veel praktische kennis bezitten.⁴ De hiërarchie in de beroepsuitoefening is in wezen dan ook niet gebaseerd op meerdere kennis of kunde maar veeleer traditioneel stand-bepaald. De gezagsverhouding berust voornamelijk op afkomst, vermogen en inkomen.

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

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

In de eerste helft van de negentiende 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 namelijk 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 ongedaan gemaakt.⁶

Evenals de doctores gaan ook de heelmeesters over tot uitbreiding van hun werkterrein door daarnaast een bevoegdheid als vroedmeester te behalen. De inwendige geneeskunst blijft aanvankelijk nog voor de doctores gereserveerd, maar bij het ontbreken van voldoende 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-gegradueerden 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 heelmeeesters 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 negentiende eeuw bedreigd. Hiervoor is een aantal oorzaken aan te wijzen. Ten eerste de economische depressie na 1813 die de bevolking in diepe armoede dompelt. De doctores worden voor velen onbetaalbaar.

Een andere oorzaak vormt de sterke toename van het aantal niet-gegradueerden in de eerste helft van de negentiende eeuw bij een ongeveer geblijkblijvend aantal gegradueerden. De niet-gegradueerden, die hun diensten aanmerkelijk goedkoper aanbieden, doen de gegradueerden ernstige concurrentie aan. Van Heemstra concludeert in 1862 in "Ontwerpen der 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

Slechts de gegoede burgerij die hoofdzakelijk in de steden woont kan zich een gekwalificeerde geneeskundige permitteren en het is dan ook niet verwonderlijk dat de gegradueerden zich voor het merendeel in de steden vestigen. De bewoners op het platteland moeten, indien ze daartoe al de middelen bezitten, zich zien te redden met chirurgijns of heelmeeesters. 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 rondtrekkende onbevoegden overgeleverd, waaronder zich ook kwakzalvers bevinden. Ze bieden hun diensten voornamelijk aan op markten en kermissen.

Ter illustratie van deze situatie een tabel anno 1850 (zie volgende pagina) waarin de spreiding van gegradueerden en niet-gegradueerden gegeven is.⁸

Grote groepen van de bevolking, vooral de armen op het platteland, moeten het zonder bevoegde geneeskundige hulp stellen. Malafide lieden kunnen dan ook ongehinderd hun gang gaan. Deze kwakzalvers vormen een bedreiging voor de volksgezondheid.

Tabel 1: Spreiding gegradueerden - niet-gegradueerden

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

In het midden van de negentiende eeuw tracht de centrale overheid met behulp van de zogenaamde geneeskundige wetten van Thorbecke aan de misstanden een einde te maken.

1.2. Staatstoezicht op de volksgezondheid

De bewaking van de kwaliteit van de geneeskundige zorg is in de Republiek in handen gelegd van twee corporaties. De Collegia Medica waarin de doctores zijn verbonden en de gilden waarin vakbeoefenaren als chirurgijns, oog- en tandmeesters, vroedvrouwen & vroedmeesters en apothecars zijn verenigd. Per stad is de geneeskundige zorg bepaald door gildenbrieven, ordonantiën, reglementen en stedelijke keuren.

In de Bataafse Tijd worden de gilden opgeheven; ook de Collegia Medica functioneren niet langer. Dit heeft tot gevolg dat tevens het toezicht op de geneeskundige zorg verdwijnt. Diverse doctores en bestuurders zijn overtuigd van de noodzaak van toezicht. In 1804 worden 'Verordeningen omtrent het Ge-

neeskundig Onderzoek en Toevoorzigt' uitgevaardigd. Door de invloed van de Fransen is de regionale autonomie aan het tannemen; de Fransen staan een sterk centraal gezag voor in ons land. In het kader van de wet van 1804 worden 'Commissiën' ingesteld.



De kiezentrekker

Na de Franse overheersing worden deze Verordeningen op Nederlandse leest geschoeid; ze worden onverkort in de wet uit 1818 overgenomen. De Provinciale en Plaatselijke Commissiën van Onderzoek en Toevoorzigt functioneren evenwel slecht.⁹ Van een landelijke geneeskundige staatsregeling is geen sprake. Het slecht functioneren van de 'Commissiën' (die uit geneeskundigen bestaan) is aan een aantal factoren te wijten. De re-

gering en provinciale autoriteiten verlenen geen of onvoldoende medewerking aan de 'Commissiën', soms worden ze nauwelijks gekend in maatregelen van hogerhand.¹⁰ De 'Commissiën' op hun beurt voelen zich niet verantwoordelijk tegenover de regering of de medische stand. Bepalingen worden naar eigen believen uitgelegd en toegepast. Ze houden zich vooral bezig met plaatselijke en/of regionale belangen. De leden van de 'Commissiën' ontzien elkaar en hun standgenoten en schromen, volgens sommigen, niet om af en toe zèlf de wet te overtreden.¹¹ Daar komt nog bij dat de leden van de 'Commissiën' deze taak naast hun gewone medische beroep uitoefenen; de vervulling van de toezichthoudende taak komt daardoor op het tweede plan. Door de geneeskundigen worden deze inspecteurs gezien als politieagenten 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-academisch geschoolde geneeskundigen vindt niet of nauwelijks plaats. De geneeskundige verzorging, vooral op het platteland, is en blijft zodoende een steen des aanstoots. Ook de onderlinge rivaliteit tussen de geneeskunde-beoefenaren geeft aanleiding tot onoïrbare praktijken waartegen de 'Commissiën' niet kunnen of niet durven optreden.

Zoals reeds gesteld is er een discrepantie tussen regelgeving en de naleving door de leden van de 'Commissiën' op het terrein van de volksgezondheid.

In een minderheidsrapport van een Staatscommissie in 1842 wordt ervoor gepleit 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 negentiende eeuw geconfronteerd ziet, wordt gevormd door dit dilemma, namelijk¹³:

òf een regeling van het geneeskundig toezicht uit te oefenen door ambtenaren van het staatsgezag, waarbij het accent valt op de zorg voor de gezondheid als een algemeen belang
òf een geneeskundige regeling, waardoor de zaken der genees-

kundigen op een lager overheidsniveau worden geregeld, en waarbij de uitvoering in handen van de geneeskundigen zelf ligt.

Conservatieve parlementariërs opteren voor een regeling op lager niveau. De liberalen zien allengs de noodzaak in van een grotere overheidsbemoeyenis ten aanzien van de volksgezondheid. Maar men blijft ook nog 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.

1.3. Geneeskundige wetten uit 1865

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

Door het tekortschieten van de geneeskundige staatsregeling uit 1818 komen sociaal bewogen geneeskundigen en volksgezondheidsambtenaren steeds meer tot het inzicht dat de overheid naast de medische stand toezicht op het geneeskundig handelen moet uitoefenen. Deze gedachte wordt in het minderheidsrapport van een staatscommissie uit 1842, belast met het opstellen van een ontwerpwet, naar voren gebracht. Het meerderheidsrapport komt tot de slotsom "dat er wel te hervormen valt, maar dat toch veel van de bestaande orde van zaken behouden kan blijven, en schier niets geheel omver geworpen behoeft te worden".¹⁴

De verantwoordelijke minister schuift beide voorstellen echter terzijde 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 overgrote meerderheid van stemmen door de Tweede Kamer verworpen. Geneeskundigen en parlementariërs die een geheel nieuwe wetgeving voorstaan vinden het wetsontwerp te marginaal en de conservatieve facties vinden de staatsbemoeienis te groot.

De wens tot verbetering van de geneeskundige staatsregeling is één van de belangrijkste drijfveren geweest voor het ontstaan van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (voortaan afgekort tot NMG).

In 1846 wordt vanuit de leeskring van doctores in Zutphen het initiatief genomen om te komen tot één landelijke vereniging om de eenheid te bevorderen. Om tot deze gewenste eenheid te geraken wil men geneeskundige kringen oprichten die "de handhaving der belangen van den geneeskundigen stand zich ten doel stellende, de herziening der geneeskundige wetten gemakkelijk zouden kunnen voorbereiden".¹⁵ Dit initiatief heeft in 1849 geleid tot de gewenste standsorganisatie van academisch gevormde geneeskundigen: de NMG. De Maatschappij heeft een belangrijk aandeel gehad bij het tot stand brengen van de Geneeskundige Wetten in 1865.

Ongeveer gelijktijdig met de oprichting van de NMG "en zeer waarschijnlijk om haar van aanvang af de wind uit de zeilen te nemen"¹⁶, wordt op 25 juli 1848 een staatscommissie belast met de opdracht voorstellen tot herziening van de bestaande wetgeving op te stellen. In het rapport van de commissie wordt de geneeskundige regeling opgesplitst in vijf onderdelen die ieder afzonderlijk een wetsontwerp vormen, dit zijn:

het Geneeskundig Staatsbestuur

de Uitoefening der Gerechtelijke Geneeskunst

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 toegeedaan 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"¹⁷. In het

rapport wordt verder één uniforme opleiding voorgesteld en er wordt, in tegenstelling tot de voorstellen uit 1844, gepleit voor twee 'standen' geneeskundigen: academisch gevormde doctores en niet academisch gevormde geneesmeesters.

In de reactie van de NMG op het rapport van de staatscommissie treedt onenigheid onder 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".

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 verwachten.¹⁸ 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 dat zelfde jaar, op 18 juni 1862, dient hij vier wetsontwerpen in:

- regeling van het geneeskundig staatstoezicht
- regeling der voorwaarden ter verkrijging der bevoegdheden van geneeskundige, apotheker, hulpapotheker en vroedvrouw
- regeling der uitoefening der geneeskunst
- regeling van de uitoefening der artenijbereidkunst

Van de eerste drie wetsontwerpen zullen de hier van belang zijnde aspecten kort worden aangeduid; het vierde ontwerp zal in dit kader onbesproken blijven.

Regeling van het geneeskundig staatstoezicht

In het ontwerp 'regeling van het geneeskundig staatstoezicht' wordt niet meer gesproken van staatsbestuur maar van 'staatstoezicht'. 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 toezicht hebben hier afgedaan. De rege-

ling voorziet in geneeskundige ambtenaren die verantwoording schuldig zijn aan de overheid. Het is hun verboden naast hun toezichthoudende taak een eigen praktijk uit te oefenen.

Protesten uit de Kamer tegen "het keurslijf eener geheel bureaucratische organisatie" waarop de invloed van de stand ontbreekt, worden door Thorbecke terzijde geschoven. "Is het noodig dat toezigt gehouden worde over de uitoefening van de praktijk, welnu, dat de medici zelve zoodanig toezigt organiseren."¹⁹

Regeling der voorwaarden ter verkrijging der bevoegdheden

In het ontwerp 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 staatsexamens te hebben afgelegd) tot uitoefening der geneeskunst worden toegelaten²⁰

Beide categorieën geneeskundigen zullen in de voorstellen de geneeskunst in volle omvang mogen uitoefenen.

In de praktijk blijkt al snel dat de Clinische Scholen, die opleiden tot genees-, heel- en vroedmeesters, niet aan de gestelde eisen van het staatsexamen kunnen voldoen; ze worden dan ook successievelijk opgeheven. Het staatsexamen wordt in 1878 met de wettelijke regeling van het hoger onderwijs omgezet in een universitair examen.²¹ En zo wordt in de praktijk bereikt dat in korte tijd de opleiding van geneeskundige uitsluitend een universitair karakter krijgt.

Regeling der uitoefening der geneeskunst

Bestrijding der kwakzalverij is één der belangrijke doelen van dit Wetsontwerp.

Thorbecke zelf is er overigens 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.

Het Tweede Kamerlid Godefroi, tevens doctor, stelt dat een

keuze gemaakt moet worden: "Men moet òf willen het monopolie, òf volkomen vrijheid"²².

Het eerste artikel uit dit Wetsontwerp is het voornaamste. Het handelt over de bevoegdheid tot het uitoefenen van de geneeskunst. Onder uitoefening van de geneeskunst verstaat het Wetsontwerp: "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:

- de bevoegdheid om de geneeskunst in volle omvang uit te oefenen
- de monopoliepositie van de geneeskundigen

We zullen hier niet verder ingaan op deze punten; in de navolgende hoofdstukken zal deze problematiek herhaalde malen op de voorgrond treden.

Artikel 3 is aanvankelijk (in combinatie met de strafsanctie 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 uitvoering van artikel 436 van het Wetboek van Strafrecht - vervallen verklaard.²³

In de overgangsbepalingen (artikelen 20 t/m 23) wordt gesteld dat de heelmeesters en chirurgijns, voor zover ze een praktijk hebben, hun werkzaamheden mogen 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.

Maar het heeft er tevens alle schijn van dat het hoofdbestuur van de NMG de algemene vergadering heeft overrompeld, waardoor

er nauwelijks gelegenheid heeft bestaan tot het voeren van ruggespraak met de afdelingen.

De behandeling van de wetsontwerpen heeft vanaf de 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. In 1865 typeert de voorzitter van de NMG de strijd met de woorden van een bekend veldheer "Nog twee van zulke overwinningen en we zijn verloren".²⁴

De parlementaire behandeling van de wetsontwerpen is lang en moeilijk. Uit het Voorlopig Verslag van 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 gereguleerd wordt; ze vinden dat "deze wetten van ons te il-liberaal zijn, een landsvaderlijk karakter hebben, eene partriarchiale kleur".

Met betrekking tot de eenheid van stand, wordt door Thorbecke 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 - de titel arts in te voeren. Na enig gesputter van enkele kamerleden wordt hiermee ingestemd.

De vier wetsontwerpen worden ten slotte alle goedgekeurd; in de Tweede Kamer met een betrekkelijk kleine meerderheid, in de Eerste Kamer met een belangrijk grotere meerderheid.

De Wetsvoorstellen, bijgenaamd de Thorbecke-wetten, worden op 1 juni 1865 (Staatsblad 60) gepubliceerd. De vier wetten zullen te zamen 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 (14 maal).

Na invoering van de geneeskundige wetten loopt het aantal artsen aanvankelijk nogal terug, zeker als men de bevolkingsaanwas daarbij in aanmerking neemt.

Tabel 2 geeft een beeld van het teruglopen van het artsenaantal kort na 1865.²⁶ Na 1888 studeren weer meer artsen per jaar af en neemt het aantal praktizerende artsen weer toe.

Tabel 2: Verloop van het aantal geneeskundigen na 1865

Jaar	aantal academisch gevormde geneeskundigen
1849	2.432
1865	2.506
1883	1.859
1900	2.287
1922	3.646
ter vergelijking:	
1970	15.644

De drastische daling van het aantal praktizerende geneeskundigen na 1865 is het gevolg van een langere studieduur en hogere exameneisen. De geneeskundebeoefenaren van 'lager wetenschappelijk gehalte' worden niet meer gevormd. Het paradoxale verschijnsel doet zich voor dat men met de invoering van de geneeskundige wetten de kwakzalverij wil bestrijden, maar dat door het teruglopende artsenaantal de kwakzalverij juist een kans krijgt.

Eén 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 wordt in het volgende hoofdstuk aan de orde gesteld.



De kwakzalver.

2. Geschiedenis van het monopolie van de arts

Uitoefening der geneeskunde waaronder de wet "het verleen 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 toegevoegd.²⁷ Hierin wordt aangegeven wat onder "het verleen van genees-, heel- of verloskundigen raad" verstaan dient te worden, namelijk "het als bedrijf onderzoeken van een orgaan of een deel van het menschelijk lichaam, welk orgaan of welk deel in zijne werking tekort schiet of een ander gebrek vertoont, zoomede het als bedrijf aanraden van een middel om aan een zoodanig tekort of gebrek tegemoet te komen". Twijfel of onderzoek onder het begrip geneeskunde 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 geneeskunde 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 be-

grip 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."²⁸ Er is volgens de Hoge Raad ook sprake van geneeskundige raad of bijstand "wanneer hij verleend wordt buiten tegenwoordigheid van de lijder"²⁹. En "nergens stelt de wet de eis dat degene, aan wie die raad wordt verschaft inderdaad ziek is"³⁰. 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 worden.³¹ Wanneer men voor een ander genezing door gebed afsmeekt valt dat niet onder het verlenen van geneeskundige raad of bijstand. Maar wanneer de behandeling van een magnetiseur mede bestaat uit bidden dan wordt aan deze behandeling de aard van geneeskundige bijstand niet ontnomen.³²

Deze arresten van de Hoge Raad tonen duidelijk aan dat het optreden van kwakzalvers wel degelijk als uitoefening van de geneeskunde beschouwd wordt.

In dit hoofdstuk staat de onbevoegde uitoefening van de geneeskunde centraal. We willen de voorstellen tot verruiming van het wettelijke kader, die tevens een aantasting van de monopoliepositie van de arts inhouden, nader bezien. Daartoe worden in de eerste paragraaf 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 geneeskunde wat minder streng af te perken en onder welke voorwaarden een grotere vrijheid toegestaan zou kunnen worden.

De tweede paragraaf gaat in op de onbevoegde uitoefening der geneeskunde 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 ruimte gegeven wordt om onder bepaalde restricties het terrein der geneeskunde ongestraft te betreden.

Dit komt in de derde paragraaf aan de orde.

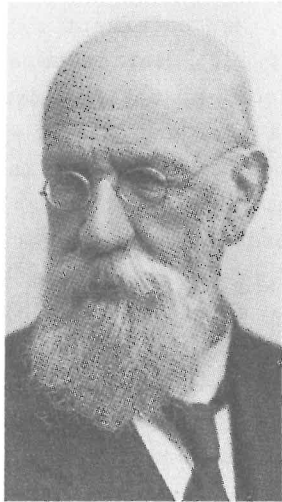
In de vierde en vijfde paragraaf worden de voorstellen van twee staatscommissies, de commissie Peters en de commissie De Vreeze, besproken. De voorstellen van de commissie Peters tasten de wet uit 1865 niet aan; ze komen in feite neer op het terugdringen van de strafmaatregelen. De voorstellen van de commissie De Vreeze zijn veel verdergaand; ze zullen in het wetsvoorstel BIG in grote trekken worden overgenomen. Dit wetsvoorstel staat in paragraaf zes centraal.

2.1. Twee staatscommissies uit 1917

In 1865 is met de invoering van de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst het zogeheten Franse stelsel ingevoerd dat het terrein van de geneeskunde tot verboden terrein verklaart voor niet-geneeskundigen. Dit stelsel werkt echter niet bevredigend.



Mr. J. van Houten



Jhr. Mr. R.O. van
Holte tot Echten



Mr. J.A. van Hamel

Bijgenaamd de 3 H's

Het verschijnsel van de onbevoegde uitoefening der geneeskunde is rond de eeuwwisseling een alledaags 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 adres aan de Staten Generaal aangedrongen op meerdere vrijheid voor medische beroepsuitoefening. De belangrijkste wens van de drie adressanten wier achternaam met een H begint - bijgenaamd drie H's - is: "de menschheid vrij te laten behandeling te zoeken daar, waar zij zulks wenscht en leniging of genezing van kwalen meent te zullen vinden."³³

Naar aanleiding van dit adres brengt de Centrale Gezondheidsraad in december 1916 advies uit.³⁴ De Raad staat in meerderheid niet afwijzend tegenover het verzoek om meer vrijheid op geneeskundig terrein. Men onderkent dat één der belangrijkste doelen van de wet uit 1865 niet is bereikt, "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 geneeskunde "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 zogenoemde kwakzalverij zelve niet kan worden belet, de schadelijke gevolgen daarvan behoorlijk te bestrijden".³⁵ 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 zoogezegd onbevoegden, alsmede bepalingen die, voor zoover de bestaande strafwet daarin reeds niet voorziet, benadeeling van lijf of gezondheid van anderen door bedoelde onbevoegden ten gevolge van onbequaamheid en onvoorzichtigheid zouden kunnen voorkomen".

Het advies van de Centrale Gezondheidsraad leidt tot de in-

stelling van twee staatscommissies: de staatscommissie Pekelharing en de staatscommissie Van Houten.

2.1.1. 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 methoden te bezitten, om kwalen van welke aard dan ook te genezen, zich aan kan melden bij de commissie. De onbevoegde zal dan worden uitgenodigd om z'n geneeswijze te demonstreren 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 de commissie niet als voldoende bewijs geaccepteerd.

In het rapport dat de staatscommissie op basis van haar bevindingen opstelt, worden 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 demonstreren patiënt al overleden. De schuld wordt dan veelal bij de patiënt gelegd die de goede raadgevingen niet opgevolgd zou hebben, òf 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 haar methoden te demonstreren is hoogstwaarschijnlijk niet als representatief aan te merken.

De conclusie van de staatscommissie laat geen twijfel bestaan over de doeltreffendheid van de geneeswijzen van onbevoegden.

"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 juisten tijd voor een doelmatige behandeling laten voorbijgaan."³⁶

2.1.2. Staatscommissie Van Houten

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".

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.³⁷

Het standpunt van de Centrale Gezondheidsraad ten aanzien van de noodzaak om althans de schadelijke gevolgen van de kwakzalverij te bestrijden nu de kwakzalverij zèlf niet uit te roeien blijkt, wordt door de staatscommissie overgenomen.

De commissie stelt voor het terrein van de geneeskunde 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.³⁸ Wil men als ongediplomeerde de geneeskunde 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 Inspecteur der Volksgezondheid van het betreffende district, aldus het voorstel van de staatscommissie.

In het rapport van de commissie wordt 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 geneeskunde ingang kunnen vinden. Eigenlijk is hier al sprake van het zogenaamde Scandinavische stelsel waarin het onbevoegden is toegestaan het terrein van de geneeskunde te betreden met uitzondering van bepaalde gebieden.

Ideeën van de staatscommissie Van Houten zullen we nog vaker tegen komen. Diverse latere commissies buigen zich over de vraag of aan onbevoegden enige vrijheid gelaten kan worden op het terrein der geneeskunde. In de verschillende voorstellen zullen de afbakening van het terrein van de geneeskunde en de 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 geneeskunde. Integendeel, dit terrein dient streng bewaakt en omheind te worden. Met sancties moet niet gedreigd 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 overschaduwet, heeft een politieke 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.³⁹

De vooruitstrevende opvattingen van de staatscommissie Van Houten blijven dan ook voorlopige ideeën en verdwijnen voor lange tijd naar de achtergrond.

2.2. Onbevoegde uitoefening der geneeskunde na de Tweede Wereldoorlog

De volksgezondheid in het Nederland van voor 1940 kenmerkt zich door een lage graad van staatsinterventie. Naast regelgeving op het gebied van hygiëne door Rijk en gemeenten, speelt het particulier initiatief een belangrijke aanvullende rol.⁴⁰ Tijdens de oorlog komt onder invloed van de Duitse bezetter het Ziekenfondsbesluit (1941) en het Basisbesluit voor de Paramedische Bedrijven (1942) tot stand. 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 na-oorlogse wetgeving na 1945 neemt de overheid het heft in handen. Men gaat 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 (vergelijk hoofdstuk 3 van dit deel).

Overtreding van de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst is een alledaags verschijnsel geworden dat nauwelijks nog enig opzien baart. Slechts zelden wordt tegen overtreders 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 ongewenste situatie aan te pakken, spitsen zich omstreeks 1950 vooral toe op het aanbrengen van een onderscheid tussen kwakzalvers en alternatieve genezers. De achterliggende gedachte hierbij is dat aan 'alternatieven' mogelijk wel enige vrijheid op het terrein van de geneeskunde gelaten kan worden.

2.2.1. Aandacht voor alternatieve geneeswijzen

Na de Tweede Wereldoorlog ontstaat er een sterke stroming ten gunste van de alternatieve geneeswijzen. Twee organisaties op het terrein van de alternatieve 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 geneeskunde binnen medisch verantwoorde grenzen.⁴¹

De Nederlandse Federatie van Paranormale en Natuurgenezers is voor een zekere vrijheid voor paranormale genezers op het gebied van de uitoefening van de geneeskunde 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.⁴² 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 creëren. In een

adres aan de Minister van Arbeid, Nijverheid en Handel pleit men 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 geneeskunde. Een dergelijke regeling is in 1938 wel voor heilgymnasten-masseurs en opticiëns tot stand gekomen (een regeling waar we in het navolgende op in zullen gaan), maar de poging om de alternatieve geneeswijzen onder deze wetswijziging te brengen heeft geen succes.

De latente problematiek rond de onbevoegde uitoefening der geneeskunde wordt weer actueel 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 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 geneeskunst 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".⁴³

Op 12 oktober 1950 richt de Nederlandse Werkgroep voor Praktiserende Genezers zich tot de Minister van Sociale Zaken, waaronder volksgezondheid ressorteert. De Werkgroep geeft daarmee uiting aan het streven om tot een doeltreffende samenwerking te komen met overheid en wetenschap. Een concept voor een controlesysteem 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 het Scandinavische stelsel. Verder zouden er volgens dit advies strafsancties moeten komen voor onbevoegden

die schade berokkenen aan de gezondheid van patiënten. Het aanvoeren van gebrek aan kennis van de onbevoegden, zal in dat geval niet als excuus geaccepteerd 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 conflict met een fundamenteel beginsel van het Nederlandse strafrecht: geen straf zonder schuld.



De magnetiseur

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 Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek (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 onbevoeg-

den vormt het maatschappelijk aspect. Onorthodoxe genezingen worden niet in twijfel getrokken. Het wetenschappelijk aspect wordt gevormd door de objectieve 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 de 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 causaal verband tussen deze genezing en het bestaan van paranormale vermogen zou hiermee allerminst geleverd zijn. Laat staan dat men uitspraken zou kunnen doen over een al of niet permanent aanwezig genezend vermogen, waarop te allen 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 geneeskunde 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 geneeskunde zou opheffen. Het zou in dit verband nuttig zijn een onderzoek in te stellen naar de wettelijke regelingen in de verschillende Europese landen op dit punt.

De regering besluit daarop 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 1961.⁴⁴

De druk op de overheid om toelating van paranormale genezers op (een deel van) het terrein van de geneeskunde 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 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 over het vraagstuk van de uitoefening van de geneeskunde door onbevoegden buigt.

2.3. Interdepartementale werkgroep Muntendam

De Directeur-Generaal van de Volksgezondheid, Dr. P. Muntendam, wordt voorzitter en de werkgroep staat dan ook al spoedig bekend als de 'werkgroep Muntendam'⁴⁵. 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.

Afschaffing van het artsenmonopolie acht de werkgroep niet raadzaam. Indien men toch een zekere vorm van Kurierfreihheit wil invoeren zonder het artsenmonopolie af te schaffen, dan rijst de vraag of het terrein van de geneeskunde 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 geconfronteerd met de (nog) onoplosbare situatie om op basis van bepaalde criteria onderscheid te maken tussen de genezers die wel en degenen die niet kunnen worden toegelaten (zie conclusie van het TNO-onderzoek in het voorgaande).

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 de

overheid de onbevoegde uitoefening van de geneeskunde 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 geneeskunde van kracht is, maar op een beperkter terrein.⁴⁶

Indien de regering mocht besluiten tot een stelsel van beperkte Kurierfreiheit, dan zullen er nieuwe strafbepalingen voor onbevoegden opgesteld moeten worden.⁴⁷ Strafbaarstelling van onbevoegde uitoefening van de geneeskunde is een lastig probleem. In het Scandinavische stelsel, waarop de voorstellen van de werkgroep geënt zijn, is het uitoefenen van de geneeskunde 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 conflict 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 men 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 geregistreeerde. Het zal

strafvervolgning vergemakkelijken en de regering verkrijgt bovendien een inzicht in het aantal onbevoegde genezers.

Enige onenigheid ontstaat 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 afhankelijk 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 dan ook uit te schakelen.

In het voorontwerp van wet wordt dan ook 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 en dergelijke in de huidige wetgeving ook niet strafbaar (men wenst artikel 3 van de WUG, dat handelt over bevoegdheden, te handhaven). De onbevoegde zou wèl onder de titel als magnetiseur, kruidenkundige en dergelijke 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 informe-

le polsing van het veld blijkt dat de artsenorganisatie (KNMG) de voorstellen van de werkgroep volledig van de hand wijst.⁴⁸ De voorzitter van de werkgroep vindt het dan ook niet verstandig 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 zijn 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) in 1965 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 commissie"⁴⁹.

2.4. 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 bezighouden.⁵⁰ Deze uit negen leden bestaande commissie buigt zich over het vraagstuk van de onbevoegde uitoefening van de geneeskunde.⁵¹

Opvallend is dat de taakstelling van de commissie Peters nauwelijks afwijkt van de opdracht waarmee de commissie Van Houten uit 1917 was belast (vergelijk paragraaf 2.1.2.). Men ontkomt niet aan de indruk dat de klok vijftig jaar is teruggezet. De voorstellen van de commissie Peters zijn zo mogelijk nog verrassender. We zullen er wat nader op ingaan.

In de opdracht van 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".⁵² 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 zijn 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.⁵³

De commissie besluit om de haar gestelde vragen te plaatsen tegen de achtergrond van alternatieve genezers. Wat de term 'vergunnen' betreft, meent de commissie dat het op beperkte schaal vergunnen van uitoefening van de geneeskunde alleen aanvaardbaar is "indien hun medische kennis en vaardigheid aan de hand van geijkte methoden zou kunnen worden vastgesteld". Objectieve (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 bij de huidige wetenschappelijke stand van zaken niet mogelijk.

De commissie beantwoordt de vraag of het aanvaardbaar is om onbevoegden te vergunnen het terrein van de geneeskunde te betreden dan ook ontkennend. Dit ontkennend antwoord houdt tevens in dat de volgende, daaraan gekoppelde subvragen, buiten beschouwing kunnen blijven.

Met deze conclusie zou de commissie aan haar opdracht voldaan hebben, ware het niet dat daarmee de problematiek rond de onbevoegde uitoefening van de geneeskunde geen stap verder is gebracht. Er zitten nog andere aspecten aan het vraagstuk van de onbevoegde uitoefening, 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 geneeskunde welig tiert.⁵⁴ Over de oorzaken van het verschijnsel 'onbevoegde uitoefening' kan de commissie geen gefundeerd oordeel uitspreken; het ontbreekt haar aan voldoende materiaal.

De discrepantie tussen de twee uitgangspunten, te weten keuzevrijheid van de patiënt en handhaving van het artsenmonopolie, 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 conclusie dat de keuzevrijheid van de mens een nastrevenswaardig uitgangspunt vormt, maar dat de overheid als taak heeft er op toe te zien dat geen schade wordt toegebracht aan personen die door onbevoegden behandeld worden. Men kiest dus voor een compromisoplossing die geen van beide uitgangspunten afvalt.

Het is de taak van de overheid, zo meent de commissie Peters, om (de schadelijke gevolgen van) de onbevoegde uitoefening van de geneeskunde te bestrijden. Het niet kunnen handhaven van de wettelijke normen zal het normbesef bij het publiek aantasten. Dit roept de vraag op of de huidige 'ongenuanceerde' en onhanterbare strafbepaling wel bestaansrecht heeft. Daar komt bij dat het publiek in toenemende mate gaat twifelen aan de juistheid van het wettelijk voorschrift. Het onbevoegd uitoefenen der geneeskunde raakt ingeburgerd, een alledaags verschijnsel dat niet als strafbaar beschouwd wordt. Opheffing of wijziging van de wettelijke voorschriften zal dan ook nauwelijks nadelige gevolgen met zich brengen.

De commissie heeft een aantal mogelijkheden de revue laten passeren; mogelijkheden die het midden houden tussen algehele vrijheid op het terrein van de uitoefening van de geneeskunde en het artsenmonopolie.

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.

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

Het grootste probleem is dat objectieve criteria voor aanwijzing van die bepaalde groep niet voorhanden zijn.

c. Verwijzing of goedkeuring door de huisarts

Dit zal grote problemen voor de verwijzend arts opleveren. Hij zal namelijk 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.

e. Indirecte 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.

Na verwerping van al deze mogelijkheden komt de commissie dan tot haar uiteindelijke voorstel. Overwegingen die tot dit voorstel geleid hebben zijn:

- behoefte van het publiek om bij onbevoegden aan te kloppen⁵⁵

- geen of summiere strafvervolging bij overtreding van de wet uit 1865
- daardoor ondermijning van het normbesef in de samenleving
- 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 Peters 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 rigoureuze ingreep niet. Met een nuancering van de strafbepalingen kan volstaan worden.

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.

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 (vooralsnog) gehandhaafd moet blijven, met uitzondering van door de wet erkende werkers op deelgebieden van het terrein van de geneeskunde. De noodzakelijke waarborgen kunnen thans nog uitsluitend door de artsenopleiding gegeven worden.

Onbevoegde uitoefening van de geneeskunde moet dus strafbaar blijven, maar deze strafbaarheid zal eerst in werking moeten treden wanneer de uitoefening 'merkelijk' gevaar oplevert.⁵⁶ Onder merkelijk gevaar wil de staatscommissie 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 accent valt op het ontwerpen van effectievere strafbepalingen.

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 conclusies van beide commissies brengt nog opmerkelijker zaken aan het licht. Men krijgt de neiging om de conclusies qua 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 conclusies van de commissie Van Houten uit 1917 daarentegen zijn zonder enige moeite de contouren van de toekomstige BIG te herkennen (dit wetsvoorstel wordt in paragraaf 2.6 besproken).

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. We zullen hier dan ook moeten volstaan met (onuitgesproken) vooronderstellingen over krachtenverhoudingen tussen de betrokken groeperingen.

2.5. Staatscommissie De Vreeze

De commissie Peters is nog volop 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.⁵⁷

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 geneeskunde toegelaten zouden kunnen worden.

De officiële naam van de commissie luidt: Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening. Prof.Mr. J.Th.M. de Vreeze, hoogleeraar 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 besluitvorming in breder kring te doen plaatsvinden. Het definitieve rapport verschijnt 14 juni 1973.

2.5.1. Introductie van het begrip '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 wetsontwerp BIG zal worden overgenomen (zie paragraaf 2.6 van dit deel). 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 geneeskunde dus vervallen. Het 'terrein van de geneeskunde', zoals dat in de huidige wetgeving bestaat, is

een te beperkt begrip. De begrippen gezondheid en ziekte hebben heden ten dage een veel ruimere betekenis. Beroepen zullen op de eerste plaats getoetst 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 geneeskunde te volgen en waarborgen te scheppen voor een goede dienstverlening. Bij waarborgen denkt de commissie aan:

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

2.5.2. 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 integraal (= het gehele terrein van de geneeskunde 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 geneeskunde op grote schaal plaats doch ook grote groepen deskundigen bewegen zich zonder wettelijke erkenning (dus on-

bevoegd) op deelterreinen van de geneeskunde. 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 geneeskunde 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 geneeskunde op onverkoemenlijke moeilijkheden stuit.

De commissie komt tot de conclusie 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 stafbaarheid, zoals door de commissie Peters is geadviseerd. Men zal in dit geval echter toch genoodzaakt worden om de deelgebieden van geneeskunde exact 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 geneeskunde 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, gebieden die aan de arts zijn voorbehouden: de zogenoemde 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 gezondheid 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 niets gebleken is van onverantwoorde risico's op het betreffende gebied.⁵⁸ 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 zogenoemde 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.

2.5.3. Registratie van opleidingstitel en beroepstitel

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 waar-

aan de bevoegdheid op het gebied van de uitoefening van de geneeskunde 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 en zich bijvoorbeeld als arts gaat vestigen. Dit is geen puur persoonlijke, maar ook een maatschappelijke aangelegenheid. Men wordt dan 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 consequenties 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 verschafft 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 tucht-recht van de 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.

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.⁵⁹ Het is een uitsluitend administratieve zaak (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 constitutief karakter heeft. Dit betekent dat het al dan niet geregistreerd staan wel degelijk gevolgen heeft voor de rechtspositie van de betrokkenen.

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 een nauwe band blijft bestaan tussen opleiding, taakaanduiding en beroepsuitoefening. Verder zal men zich voortdurend moeten beraden op ontwikkelingen en verschuivingen van 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.

2.5.4. 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 naast een intern tuchtrecht. In het medisch tuchtrecht gaat het om de behartiging van het al-

gemeen 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; sancties die in het tuchtrecht van groot praktisch nut blijken te zijn, aldus commissie De Vreeze.

Tuchtnormen en sancties

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 sancties stelt de commissie voor de bestaande sancties (waarschuwing, berisping, geldboete, schorsing en ontzegging) in grote lijnen te handhaven.

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 grote 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 Inspecteur van de Volksgezondheid. Particuliere klagers kunnen dan niet langer rechtstreeks maar via genoemde inspecteur 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 inspecteur 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 wijziging van de Medische Tuchtwet in 1973 heeft een grotere openbaarheid bij het uitspreken van een vonnis mogelijk gemaakt.⁶⁰ 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 tegen het openbaarheidsbeginsel.

Opmerkelijk 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.

Met name de instemming van de vertegenwoordigers van de KNMG met de voorstellen kan als een signaal gezien worden dat de beroepsgroep zich niet - langer - verzet tegen het verlaten van de wettelijk vastgelegde monopoliepositie. We kunnen hieruit afleiden dat het politieke klimaat duidelijk veranderingen heeft ondergaan. De voorstellen van de commissie De Vreeze kunnen in dit gunstige klimaat uitgroeien tot wettelijke regelingen.

2.6. Wetsvoorstel op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG)

Wetsontwerpen vergen een lange tijd van voorbereiding. Het zal nog tot 1986 duren alvorens een wetsvoorstel voor de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg bij de Tweede kamer wordt ingediend. Een wetsvoorstel waarin de voorstellen van de commissie De Vreeze in hoofdlijnen zijn terug te vinden.

Op 1 mei 1981 publiceert de regering een voorontwerp van Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG). Dit voorontwerp is in hoofdlijnen een nadere - wettelijke - uitwerking van de voorstellen die door de commissie De Vreeze zijn gedaan. Het voorontwerp BIG wordt algemeen verkrijgbaar gesteld; op deze wijze hoopt de Regering een brede discussie over dit onderwerp te stimuleren.

In juni 1982 brengt de Centrale Raad voor de Volksgezondheid advies uit over dit voorontwerp. In verband met de brede maatschappelijke discussie over dit voorontwerp - die de regering wenselijk acht - wordt de Raad gevaagd om mede de meningen die uit deze discussie naar voren komen, in zijn advies te betrekken.

Het voorontwerp wordt ook aan de commissie 'vermindering en vereenvoudiging van overheidsregelingen' - ook wel aangeduid met de commissie Geelhoed - voorgelegd. Deze commissie doet haar naam eer aan en stelt voor om het voorontwerp te vereenvoedigen en te beperken. Vooral het aantal wettelijk te regelen beroepen zou drastisch ingeperkt dienen te worden.

Het Kabinet acht de voorstellen van de commissie Geelhoed echter niet wenselijk in een periode waarin herziening van het stelsel plaatsvindt. Beroepen die in de huidige situatie wettelijk geregeld zijn, zullen deze plaats in de herziene wetgeving dienen te behouden.

De Raad van State die het voorontwerp BIG in juni 1985 ter advies krijgt toegezonden, meent dat de voorstellen van de commissie Geelhoed onvoldoende tot uitdrukking zijn gebracht. Is er wel voldoende publiekrechtelijke noodzaak, zo vraagt de Raad zich af, om een wettelijke regeling van een zo groot aantal medische en paramedische beroepen in stand te houden.

Naar aanleiding van dit advies besluit de regering het aantal beroepen dat in het wetsvoorstel genoemd wordt in te perken. Daarnaast wordt echter het wetsvoorstel uitgebreid met een nieuw artikel, dat het mogelijk maakt om voor beroepen die niet wettelijk geregeld zullen worden, opleidingseisen te stellen. Dit zou via Algemene Maatregel van Bestuur kunnen worden gerealiseerd.

Het gewijzigde en aangevulde voorontwerp BIG wordt op 16 mei 1986 als wetsvoorstel Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg bij de Tweede Kamer ingediend.

2.6.1. Doel van het wetsvoorstel BIG

De bedoeling van het wetsvoorstel is de verouderde wetgeving op het terrein van de medische beroepsuitoefening te vervangen. Hierbij worden in het bijzonder de Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst en de Medische Tuchtwet bedoeld.

Het verbod op de uitoefening van de geneeskunde door niet-bevoegden sluit niet langer aan bij de heersende publieke opinie. In brede kringen leeft de overtuiging dat de patiënt de vrijheid gelaten moet worden om hulp te zoeken bij een hulpverlener van wie de patiënt verwacht dat deze een oplossing kan bieden voor haar of zijn gezondheidsproblemen. Deze vrijheid dient van overheidswege niet verder beperkt te worden dan in het belang van de patiënt noodzakelijk is, zo wordt in de Memorie van Toelichting bij het wetsontwerp BIG gesteld.

Het is deze doelstelling die in de voorgaande hoofdstukken het centrale punt van discussie heeft gevormd in de adviezen en de voorstellen van de diverse commissies.

Het verbod wordt bovendien op ruime schaal overtreden en er kan nauwelijks wettelijk tegen opgetreden worden.

Verouderd is ook het Tuchtrecht. De beslotenheid van deze rechtspraak en handhaving van verouderde normen staan aan veel kritiek bloot.

Een ander doel dat met de herziening van de wetgeving wordt nagestreefd is het aanbrengen van een betere systematiek; de huidige wetgeving is verbrokken en vertoont leemten.

Verbrokkening wil men tegengaan door één uniforme regeling op

te stellen voor alle daarvoor in aanmerking komende beroepen in de individuele gezondheidszorg. In deze regeling kunnen beroepen worden ondergebracht die nog geen wettelijke regeling kennen, maar die in het belang van de volksgezondheid wel een wettelijke regeling behoeven.

Terrein van de individuele gezondheidszorg

Sinds de invoering van de Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst in 1865 is de betekenis van het begrippenpaar ziek-gezond sterk veranderd. Gezondheid wordt niet meer uitsluitend beschouwd als de afwezigheid van ziekte en gebrek - zoals in 1865 - maar als een lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden (omschrijving van de Wereldgezondheidsorganisatie). Daarnaast leidden ontwikkelingen van nieuwe behandelingen in de medische wetenschap niet alleen tot specialisatie binnen het medisch beroep, maar ook tot de opkomst van de paramedische beroepen (zie hoofdstuk 3 van dit deel). Deze ontwikkelingen hebben een bijdrage geleverd aan de huidige notie van gezondheid.

Daarmee vervaagde de grens tussen geneeskunde in de klassieke zin en de gezondheidszorg evenals de grens tussen gezondheidszorg en welzijnszorg. Het gevolg was een vervlechting van taken tussen de verschillende beroepsbeoefenaren.

De introductie van het begrip 'individuele gezondheidszorg', door commissie De Vreeze, is een poging om de beroepen in de gezondheidszorgsector onder een gemeenschappelijke noemer te brengen. Deze term wordt in het wetsontwerp overgenomen; het gaat hier om de zorg voor de individuele patiënt.

Een duidelijke begrenzing van dit gebied is door commissie De Vreeze niet gegeven; in het wetsontwerp wordt een preciezer afbakening van het gebied wenselijk geacht. In het wetsontwerp omvat dit gebied niet alleen direct curatieve zorg, maar ook al die activiteiten die gericht zijn op het voorkomen dat de gezondheid van het individu wordt bedreigd of aangetast. In Artikel I van het wetsontwerp wordt het gebied van de individuele gezondheidszorg wettelijk afgebakend. Zorgactiviteiten zoals, bejaardenzorg, sportmassage en gezinsverzorging vallen niet onder het begrip individuele gezondheidszorg.

Bij de vraag of een bepaald beroep voor regeling in de BIG in aanmerking komt, is het van belang om over criteria te beschikken. Er worden twee motieven onderscheiden, namelijk:

- de noodzaak tot erkenning van gekwalificeerden door de overheid op een bepaald terrein. Dit is in het belang van een goede voorlichting aan het publiek. Door middel van de beschermde titel kan de hulpzoekende de deskundige op het gebied waar hulp gezocht wordt, onderscheiden

- opneming van een beroep in de BIG kan verder verband houden met:

 - de behoefte om voor een beroepsgroep een tuchtrecht in het leven te roepen

 - de mogelijkheid om het verrichten van bepaalde handelingen aan bepaalde groepen beroepsbeoefenaren voor te behouden

 - de mogelijkheid om aan bepaalde groepen beroepsbeoefenaren als eis te kunnen stellen dat hun bekwaamheid en ervaring voldoende recent is (periodieke registratie)

Verder is - naar aanleiding van het interim advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid in januari 1984 - een aantal punten gehanteerd bij de afweging of een beroep al dan niet moet worden opgenomen in het wetsvoorstel BIG.

Assisterende beroepen als dokters- of tandartsassistent zullen als regel niet voor regeling in de BIG in aanmerking komen.

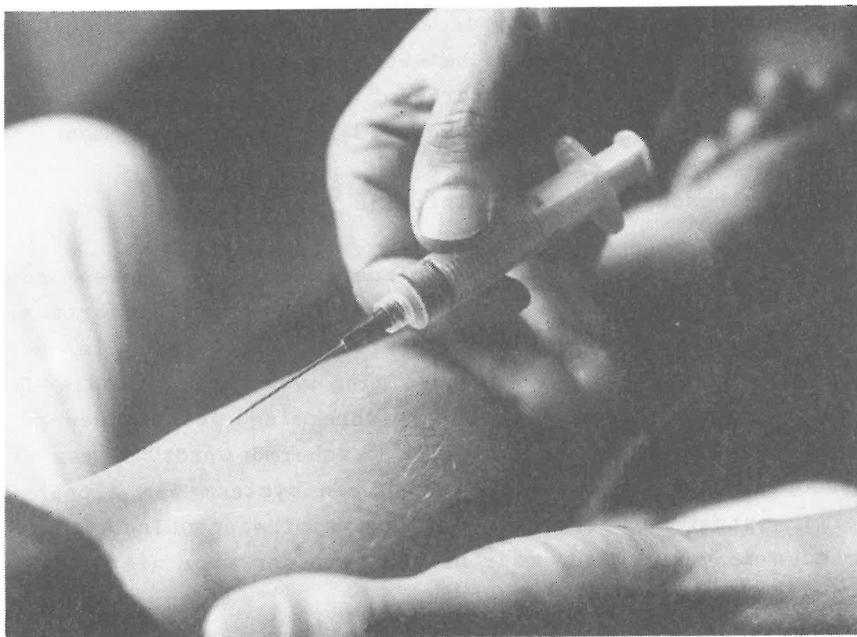
2.6.2. Titelbescherming en registratie

In het huidige systeem wordt het uitoefenen van de geneeskunde voorbehouden aan artsen, en in beperkte mate aan tandartsen, verloskundigen en paramedische beroepsbeoefenaren. In het wetsvoorstel BIG wordt - in navolging van de commissie De Vreeze - een systeem van titelbescherming geïntroduceerd, waarbij slechts de titel wettelijk beschermd wordt. Nemen we als voorbeeld de fysiotherapeut. In een systeem van titelbescherming staat het iedereen vrij om fysiotherapeutische werkzaamheden te verrichten, maar het is verboden voor niet-titelhouders om zich fysiotherapeut te noemen.

In een systeem van titelbescherming kunnen het publiek en de instellingen op het gebied van gezondheidszorg, de deskundigen herkennen aan de titel. In het wetsvoorstel wordt ervan uitge-

gaan dat men zich bij voorkeur tot titelgerechtigden zal wenden. Ook instellingen op het gebied van gezondheidszorg zullen als regel gebruik maken van de diensten van erkende deskundigen; aanspraak op vergoeding van kosten kan men slechts maken indien de hulp van wettelijk gekwalificeerden wordt ingeroepen.

Eén van de belangrijkste overwegingen bij de voorstellen tot verandering van een stelsel van beroepsbescherming naar een stelsel van titelbescherming is de erkenning van de vrijheid van de patiënt om zelf de keuze van de hulpverlener te bepalen. Een algeheel verbod tot uitoefening van de geneeskunde past niet in deze visie. Slechts in gevallen waarin door het handelen van ondeskundigen schade aan de patiënt is aangericht, dient een strafbepaling in het leven geroepen te worden.



Vorbehouden handeling

Overeenkomstig de voorstellen van de commissie De Vreeze dient

wel een aantal gebieden aan deskundigen voorbehouden te blijven. Het gaat om de volgende zogeheten 'voorbehouden handelingen':

- verrichten van heilkundige handelingen
- verrichten van verloskundige handelingen
- verrichten van catheterisaties en endoscopieën
- geven van injecties
- verrichten van puncties
- brengen onder narcose
- verrichten van handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg met gebruikmaking van radio-actieve stoffen of toestellen die ioniserende straling uitzenden

Bij elk van de voorbehouden handelingen moet worden aangegeven welke titelgerechtigde beroepsgroep daartoe bevoegd is.

Anders dan de commissie De Vreeze heeft voorgesteld wordt het gewenst geacht om de grenzen tussen de werkterreinen van de beroepsbeoefenaren zo scherp mogelijk te trekken. Hoewel soms met een globale omlijning moet worden volstaan, omdat een duidelijker afbakening - vooralsnog - niet mogelijk is, dient men wel een scherpe afbakening na te streven. Immers wanneer iemand strafbaar gesteld zal worden wanneer zij/hij buiten z'n deskundigheidsgebied treedt en daarbij schade aan de patiënt berokkent, zal een duidelijke afbakening van het deskundigheidsterrein nodig zijn. Een duidelijke omlijning is ook van belang bij het 'voorbehouden' van bepaalde handelingen aan beroepsgroepen. Een derde belangrijk argument is de voorlichting aan het publiek; een scherpe omlijning is nodig om de deskundigen op de diverse gebieden te kunnen onderscheiden.

In het wetsvoorstel wordt een constitutieve registratie van beroepstitels voorgesteld. Dat wil zeggen dat men door inschrijving in het daarvoor bestemde register het recht verkrijgt op het voeren van de beroepstitel.

Anders dan in het huidige stelsel is dan geen sprake meer van de zogeheten opleidingstitels in casu titels die verbonden zijn aan het met gunstig gevolg doorlopen hebben van een bepaalde opleiding.

Wat betreft de argumentatie voor het onderscheiden van twee fasen - ten eerste verwerving van deskundigheid, ten tweede

toepassen van die deskundigheid - sluit het wetsontwerp aan bij de ideeën van commissie De Vreeze. Pas bij de overgang naar de tweede fase gaat de betrokkene deel uitmaken van de beroepsgroep en valt daarmee onder het rechtsregiem van dat beroep.

Inschrijving in het register betekent niet dat men het beroep ook daadwerkelijk moet uitoefenen.

Kwaliteit

De voorgestelde regelingen zijn er vooral op gericht de voorwaarden te scheppen om de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg te waarborgen. Het waarborgen van de kwaliteit vormt in feite de leidende gedachte bij het wetsontwerp als geheel.

De kwaliteit van de beroepsuitoefening komt niet alleen in dit wetsvoorstel aan de orde, maar ook in andere wetgeving zoals de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG), die inmiddels is ingetrokken.

In het wetsvoorstel BIG wordt het treffen van maatregelen ter verzekering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening primair tot de verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaren gerekend. De overheid heeft hiervoor de eindverantwoordelijkheid. Deze ligt vooral in het scheppen van voorwaarden. In het wetsvoorstel wordt een aantal onderwerpen opgesomd (artikel 56) waarin de kwaliteit van het handelen in de beroepsuitoefening centraal staat, zoals: gezondheid en veiligheid, beheer van patiëntgegevens, informatieverstrekking, waarneming, deelneming aan toetsing en/of bijscholing.

Indien de beroepsgroep in onvoldoende mate regels stelt of kan stellen met betrekking tot de kwaliteit van handelen, dan zal de overheid daartoe zelf kunnen overgaan. De overheid wordt in het wetsontwerp ook in staat gesteld om zelf handelend op te treden in gevallen waarin de bredere verantwoordelijkheid van de overheid tot uitdrukking komt, zoals: het stellen van eisen aan de technische uitrusting van praktijkruimten òf het verbod tot het aangaan van bepaalde voordeel verschaffende overeenkomsten.

2.6.3. Tuchtrechtspraak

De vraag of voor een bepaald beroep een tuchtrechtregeling in het leven geroepen dan wel gehandhaafd moet worden is niet zonder meer te beantwoorden. Om dat te bepalen stelt het wetsontwerp BIG dat er sprake moet zijn van een algemeen belang met betrekking tot een goede beroepsuitoefening.

In het wetsontwerp BIG wordt voorgesteld om een tuchtrechtregeling in te voeren voor: artsen, tandartsen, verloskundigen, apothekers, verpleegkundigen, psychotherapeuten en klinisch psychologen.

Overgenomen worden de voorstellen van de commissie De Vreeze waar het gaat om de tuchtnormen. Niet de 'schending van het vertrouwen in de geneeskundige stand' maar het 'waarborgen van een behoorlijke beroepsuitoefening' dient de nadruk te krijgen. De in het wetsvoorstel BIG voorgestelde tuchtnormen zijn:

1. enig handelen of nalaten in strijd met de zorg die de geregistreerde beroepsbeoefenaar behoort te betrachten ten opzichte van degene (...) die hij bijstand verleent
2. enig ander dan onder 1 bedoeld handelen of nalaten, in de hoedanigheid van geregistreerde, in strijd met het belang van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg.

Het huidige tuchtrecht staat reeds geruime tijd aan kritiek bloot. In het wetsvoorstel BIG wordt deze kritiek onderkend en worden maatregelen voorgesteld om deze kritiek te ondervangen. Het betreft dan kritiek op de drie volgende aspecten van de bestaande Medische Tuchtwet.

Openbaarheid van tuchtrechtspraak

De centrale Raad voor de Volksgezondheid komt in zijn advies over het voorontwerp BIG met de kleinst mogelijke meerderheid tot de conclusie dat een systeem van grotere openbaarheid - waar vanuit de samenleving om gevraagd werd - de voorkeur verdient.

In het wetsvoorstel BIG wordt het beginsel van beslotenheid verlaten en is gekozen voor het beginsel van openbaarheid van de tuchtrechtspraak. Als argument daarvoor wordt aangevoerd

dat het wenselijk is dat de samenleving weet hoe het tucht-rechtelijk toezicht op de beroepsuitoefening functioneert. Indien er gewichtige redenen zijn kan men echter van dit beginsel afwijken.

Klachtrecht en duur van de behandeling

Vanuit de samenleving wordt ook veelvuldig kritiek geuit op het recht tot klagen en duur van de behandeling.

Het grote percentage ongegrond verklaringen van klachten (80 à 85%) maakt deze vorm van rechtspraak ongeloofwaardig. 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 als oplossing dat de klager zich in eerste instantie tot de inspecteur zou moeten wenden, in plaats van rechtstreeks tot het tuchtcollege. In het wetsvoorstel 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 (met uitzondering van tuchtrecht voor verpleegkundigen). De Inspecteur krijgt in het wetsvoorstel de taak om advies uit te brengen over een 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.

'Kinderachtige' strafmaatregelen

Een ander punt van kritiek betreft de tuchtmaatregelen; met name de maatregelen 'waarschuwing' en 'berisping' die door het publiek vaak als kinderachtig gekwalificeerd worden. In het wetsvoorstel BIG wordt deze kritiek onrechtvaardig geacht. Een dergelijke maatregel - zo wordt in de Memorie van Toelichting gesteld - wordt "in het algemeen ernstig opgevat en laat niet na een diepe indruk te maken op de betrokken beroepsbeoefenaar." Deze tuchtmaatregelen worden in het wetsvoorstel dan ook gehandhaafd; ze zijn vooral van belang bij misslagen van minder ernstige aard.

3. De paramedische beroepen

In dit hoofdstuk willen we het tot stand komen van een wettelijk kader voor de paramedische beroepen schetsen. Een ontwikkeling die eveneens uitmondt in het - in het voorgaande hoofdstuk besproken - wetsontwerp BIG (zie schema in de inleiding tot deel I).

De schets vangt aan rond de eeuwwisseling. De voortschrijdende kennis en kunde op het terrein van de geneeskunde geeft niet alleen aanleiding tot specialisatie binnen de medische beroepsgroep, maar er ontstaan in de loop der tijd ook nieuwe activiteiten die verwant zijn aan de medische werkzaamheden. Deze aanverwante werkzaamheden worden door een steeds stijgend en gevarieerder aantal beroepsbeoefenaren - zonder een wettelijke bevoegdheid op het terrein der geneeskunst - verricht. Dit gaat een toenemend probleem vormen omdat de aanverwante medische werkzaamheden voor een deel op het terrein der geneeskunde liggen. En dit terrein is verboden voor onbevoegden.

De opkomst van de aanverwante medische beroepen en de pogingen om een wettelijke erkenning te verkrijgen voor het eigen specifieke deskundigheidsterrein, vormen de centrale onderwerpen in dit hoofdstuk.

In de eerste paragraaf wordt in grote lijnen de opkomst van de aanverwante medische beroepsgroepen geschetst, de problemen die deze ontwikkeling oproept en de oplossingen die men daarvoor bedenkt. De knelpunten bij het tot stand brengen van een meer algemene wettelijke regeling - de Wet op de Paramedische beroepen - krijgen vervolgens aandacht.

De afkondiging van deze wet in 1963 vormt een voorlopig eindpunt in het streven van de paramedische beroepen naar een wet-

telijke erkenning. Voorlopig, want in 1986 - in het wetsontwerp BIG - wordt een geheel nieuwe wettelijke constructie voorgesteld. De consequenties die dit wetsvoorstel heeft voor de paramedische beroepen komen in de laatste paragraaf van dit hoofdstuk aan de orde.

3.1. 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 geneeskundigen. 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 veranderde opvatting over ziekte en gezondheid in samenhang met de voortschrijdende kennis en kunde op het terrein van de geneeskunde dragen bij tot een verbreding en verdieping van het terrein.

De Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst uit 1865 heeft een zodanige 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 trucjes hun 'geneeskunde' 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 doch onbevoegde lieden beweren te beschikken over een deskundigheid die voor een gedeelte op het terrein van de geneeskunde ligt.

Het zijn vooral de werkzaamheden in de verplegende en verzorgende sfeer die tot een duidelijker wettelijke regeling noodzaken. Ziekenverplegers zijn de eerste aanverwante medische beroepsbeoefenaren die zich als beroepsgroep profileren en op een wettelijke erkenning aandringen. De vraag is of de werk-

zaamheden van deze beroepsgroep (althans gedeeltelijk) eigenlijk wel tot het terrein van de geneeskunde 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 geneeskunde 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 allerbedenkelijkste wijze te decimeren."⁶¹

In 1921 komt er een aparte wettelijke regeling voor ziekenverpleging tot stand.⁶² Hierin worden uniformiteit 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/zij niet de titel ziekenverpleger/ster voert.

Een overeenkomstige wettelijke regeling voor ziekenverzorgers (sters) wordt in 1963 afgekondigd.⁶³ Een wettelijke regeling is nodig daar in de praktijk is gebleken dat ziekenverzorgers (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, een zelfde regeling voor medische en een aantal paramedische beroepsgroepen voor.

Na verloop van tijd blijkt dat men niet kan volstaan met een wettelijke regeling voor ziekenverpleging. Groepen beroepsbe-

oefenaren met werkzaamheden verwant aan het medisch beroep manifesteren zich steeds duidelijker. Het zijn met name de heilgymnast-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 van de Hoge Raad uit 1931 draagt ertoe bij dat opticiëns op grote schaal overgaan tot oogonderzoek; dit wordt niet langer beschouwd als 'geneeskundige raad'.⁶⁴

Formeel overschrijden de heilgymnast-masseurs en de opticiëns de grenzen van het terrein van de geneeskunde en wagen 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 kwakzalvers afgedaan kunnen worden. Men zou ze als een soort 'deskundig 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 heilgymnast-masseurs en opticiëns in 1938 eenvoudigweg uit de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst gelicht. Aan artikel 1 van deze wet wordt de volgende bepaling toegevoegd: "Het toepassen van heilgymnastiek en massage op aanwijzing van en in geregeld overleg met een geneeskundige wordt, voor zoover zulks volgens het eerste en tweede lid van dit artikel wel het geval zou zijn, niet geacht te behoren tot de uitoefening der geneeskunst evenmin als het verstrekken van brillen en brillenglazen door het met behulp van letterproeven en brillendoos uitzoeken van verlangde glazen".⁶⁵

Tijdens de Tweede Wereldoorlog komt voor heilgymnast-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."⁶⁶

Alleen het beroep heilgymnastiek-massage is op basis van dit Besluit geregeld.⁶⁷ Een regeling die voornamelijk betrekking heeft op opleidings- en exameneisen. Bepalingen over de verhouding tussen heilgymnast-masseur en arts of een uitputtende omschrijving van de werkzaamheden worden niet gegeven. Deze zogenaamde bezettingsregelingen worden in 1958 door een beschikking vervangen.⁶⁸ 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. Deze beoefenaren zijn zelfstandig werkzaam op een deel van het terrein van de geneeskunde; op verboden gebied dus. De regelingen die de overheid vóór 1940 treft zijn te kenschetsen als incidentele maatregelen; mede onder druk van de artsen die de hen toegekende algemene bevoegdheid als een principe beschouwen waaraan niet meer te tornen valt. Na de Tweede Wereldoorlog voert de overheid een wat meer directieve politiek.⁶⁹ Wanneer immers bepaalde werkzaamheden van het begrip uitoefening van de geneeskunde 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 heilgymnast-masseurs en opticiëns simpelweg uit de Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst verwijderd, wil men de problematiek van de 'deskundig onbevoegden' nu daadwerkelijk 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 zullen aanduiden.

De groeiende kennis en kunde op medisch en wetenschappelijk

gebied zijn niet alleen van invloed op specialisatie binnen de medische beroepsgroep, maar ook op verbreding van het terrein van de geneeskunde. Bepaalde specifieke handelingen worden aan hulpkrachten overgelaten. In de loop der tijd vindt afsplitsing van deze aanverwante medische handelingen plaats. Ten gevolge 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 geneeskunde 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".⁷⁰ Kortom de arts kan het niet meer alleen af en delegeert 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. 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 concluderen 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 de volgende paragrafen besproken zal worden.

3.2. 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.⁷¹ De Wet op de Paramedische Beroepen is een raamwet; ook wel kaderwet genoemd. Bij een dergelijke wettelijke constructie is het de bedoeling een kader of een raamwerk te creëren, waarbinnen dan de concrete 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 toekenning 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:

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

Verder kunnen bij Algemene Maatregelen van Bestuur vastgesteld worden:

- regelingen met betrekking tot een permanent adviesorgaan
- regelingen met betrekking tot het voeren van titel en herkenningsteken
- regelingen waaraan inrichtingen, waarin een paramedisch be-

roep wordt uitgeoefend, moeten voldoen

- regelingen omtrent de invoering van tuchtrecht

Tijdens de Kamerdebatten over het wetsontwerp op de paramedische beroepen worden tegen deze constructie bezwaren geopperd.⁷² 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.⁷³ 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 maatschappelijk 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 constructie gekozen wordt, een wir-war van allerlei regels (in de vorm van Algemene Maatregelen van Bestuur) zal ontstaan.

Ondanks deze bezwaren wordt besloten deze constructie 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.⁷⁴
- 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 artikelen over geheimhoudingsplicht, toelating van beroepsbeoefenaren met een buitenlands diploma en inrichtingseisen.
- De artikelen 10 tot en met 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 tot en met 38 aangeduid en de artikelen 39 tot en met 42 zijn overgangsbepalingen.

Het wetsontwerp wordt 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, te meer daar de bewindsman de wettelijke regelingen op paramedisch terrein geleidelijk wil invoeren. De minister kan dan ook tevreden constateren 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 aanvaarding 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 òf aanpassing aan de wet uit 1865 en de algehele bevoegdheid van de arts

- definiëring en afbakening van het werkterrein van de paramedische beroepen
- invoering van een paramedische tuchtwet
- opleidingen
- overgangsbepalingen

Op deze punten gaan we in de volgende paragrafen nader in.

3.2.1. Herziening van òf aanpassing aan de wet uit 1865

De Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst uit 1865 heeft bepaald dat slechts degenen die daartoe bevoegd zijn zich met de geneeskunde bezig mogen houden.

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 geneeskunde door deze ontwikkelingen niet aangetaast; maatschappelijk wordt deze grens echter meer en meer doorbroken.

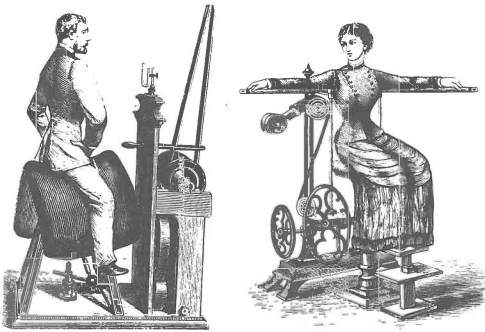
In het wetsontwerp op de paramedische beroepen wordt voorgesteld om de daarvoor in aanmerking komende paramedische beroepsbeoefenaren bevoegdheid te geven, een welomschreven gedeelte van het terrein van de geneeskunde te betreden. Deze deelbevoegdheid wordt onmiddellijk ingeperkt door de bepaling dat er een, in de wet bepaalde, verhouding tot de arts moet bestaan. Deze verhouding tot de arts en de vraag of men de wet uit 1865 niet in zijn geheel moet herzien wanneer men bevoegdheden aan paramedici gaat toekennen, roepen in het parlement discussies op.⁷⁵

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

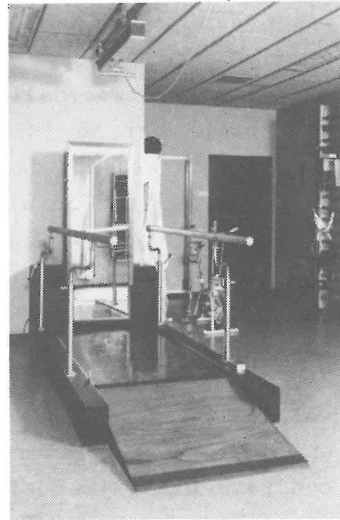
Alvorens het Wetsontwerp op de Paramedische Beroepen in de openbaarheid te brengen is uitvoerig overleg gevoerd met de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst (KNMG) over de relatie arts-paramedische kracht. De KNMG neemt een niet mis te verstaan standpunt in. De paramedische 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.⁷⁶

De minister heeft dit advies niet overgenomen in het wetsontwerp omdat dit teveel neigt naar een verhouding van volledige afhankelijkheid. Aan een beperkte eigen verantwoordelijkheid van de paramedische kracht ten opzichte van de arts 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 geschieden "onder leiding, dan wel op aanwijzing en onder controle van een geneeskundige of tandarts".⁷⁷



Beroepsuitoefening vroeger



en nu

Het paramedisch beroep onderscheidt zich hiermee van het beroep van de tandarts en de vroedvrouw die geheel zelfstandig werken op een deelterrein der geneeskunde. Tijdens de eerste openbare behandeling van het wetsontwerp wordt nogal heftig geprotesteerd tegen de idee om paramedische krachten als

hulpkrachten te beschouwen.⁷⁸ 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.⁷⁹

Het hoofdbeginsel bij de verhouding arts-paramedische kracht is dat de arts een deel van de verantwoordelijkheid overdraagt, een deel zelf behoudt en een ander deel zal onder 'gedeelde verantwoordelijkheid' vallen. Het komt in feite neer op een juiste distributie van verantwoordelijkheden, volgens de minister.⁸⁰ 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. Eén der leden van de Tweede Kamer waagt 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.

Maar hoe zal een invulling van de verschillende verantwoordelijkheden in z'n werk gaan? Er zijn diverse mogelijkheden. Men kan bijvoorbeeld de verantwoordelijkheden wat gedetailleerder in de kaderwet regelen maar 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 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.⁸¹ Een wettelijke regeling van verantwoordelijkheden wordt door één 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.⁸²

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 werkingssfeer 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 houden zich volgens de wet uit 1865 niet bezig met de uitoefening van de geneeskunst. Ook in het Besluit van 1942 wordt 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".⁸³

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, of kan men volstaan met een aanvulling op 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 geneeskunde, 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 ge-

neeskunde liggen; erkenning van opleiding en diploma zijn ontoereikend.⁸⁴

- Kan eigenlijk niet volstaan worden met de bescherming van titel en onderscheidingsteken, opperen enkele Tweede Kamerleden.⁸⁵ Nee, dat kan niet, vindt de bewindsman.⁸⁶ 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 geneeskunde kan niet hals over kop gebeuren, maar pas "wanneer redelijkerwijze op een gegeven ogenblik de meeste paramedische beroepen aan het nieuwe wetsvoorstel zijn onderworpen".⁸⁷

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 conclusie aansluiten. Men kan, zo vindt hij, best bevoegdheden aan paramedische krachten toekennen en desondanks "terughoudendheid betrachten bij het aanbrengen van beperkingen ten aanzien van de alomvattende bevoegdheid van de arts".⁸⁸

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.

3.2.2. Definiëring en afbakening van het werkterrein van de paramedische beroepen

De definiëring en afbakening van het terrein van de paramedische beroepen vormen een belangrijk onderdeel van de discussies over het wetsontwerp. Er zijn drie aspecten aan te onder-

scheiden:

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

Ad a: definiëring

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:

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

Afgrenzing van het begrip geneeskunde is hier beslissend 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 verwarde wetgeving zou kunnen ontstaan.⁸⁹ 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 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 hengsel om de wet aan op te hangen. Dit hengsel is zeer moeizaam geconstrueerd. De lakonieke uitspraak van de minister dat dit hengsel 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.⁹⁰

Tijdens de Kamerdebatten formuleert men een aantal kenmerken van de paramedische beroepen, deze zijn:⁹¹

- de werkzaamheden van de paramedische beroepsbeoefenaren moeten geheel of gedeeltelijk op het terrein van de geneeskunde 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 richtinggevend kenmerk is".⁹²

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:

- 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.⁹³ De wetgever zal, met het algemeen belang voor ogen, een regeling kunnen be-

krachtigen.

Desondanks noemt de minister de afgrenzing van het begrip 'uitoefening van de geneeskunst' in de definitie het beslissende moment.⁹⁴ Geleidelijk aan moet aan de 'grenzeloze' situatie een einde komen.⁹⁵ In de toekomst zal de beoordeling of werkzaamheden van de paramedische krachten op medisch terrein liggen, niet aan de medicus overgelaten worden.⁹⁶ 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.⁹⁷ Wat moet men bijvoorbeeld aan met behandelingen ter voorkoming van ziekte; vallen die nu wel of niet onder het begrip geneeskunde? De minister geeft daarop als antwoord dat het wetsontwerp betrekking heeft op het curatieve terrein.⁹⁸ 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, opereren sommige kamerleden. Het is zeker niet ondenkbaar dat gezondheidstherapieën schade aan de gezondheid kunnen berokkenen. Men denke hierbij aan elektrische ontharing, saunabaden, vermagingskuren voorgeschreven door schoonheidsspecialisten, voetverzorgers en dergelijke. De minister vindt een wettelijke regeling in eerste instantie niet nodig, "maar wanneer de volksgezondheid in het gedrang komt, ook bij gezondheidstherapieën, is alle waakzaamheid geboden".⁹⁹

Wat de grens tussen paramedische beroepen en middenstandsbedrijven betreft, valt het op dat in het wetsontwerp uitdrukkelijk gesproken wordt van beroepen in plaats van bedrijven zoals in het Basisbesluit voor de Paramedische Bedrijven uit 1942. De Wet op de Paramedische 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 bedoeld 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 Kamerleden dat aansluiting is gezocht bij de wet uit 1865; dit roept geen nieuwe interpretatievragen op voor de rechter.¹⁰⁰ Mocht dat nodig blijken dan kan een dubbele regeling - zowel op grond van de vestigingswet als op grond van de Wet op de Paramedische Beroepen - overwogen worden.¹⁰¹ 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 zelfstandigheid, maar meer als een betrekkelijke zelfstandigheid in het medisch handelen.¹⁰²

Ad c: grenzen tussen aanverwante beroepen en alternatieve geneeswijzen

Grote onduidelijkheid ontstaat over de vraag welke beroepen in de Wet op de Paramedische Beroepen geregeld gaan worden. In de Memorie van Toelichting is een aantal beroepen 'ter illustratie' genoemd.¹⁰³ Met deze illustratieve opsomming kunnen de parlementariërs niet goed uit de voeten. In nogal verwarde en versnipperde discussies wordt een aantal aanvullingen op deze opsomming voorgesteld. We willen ze hier puntsgewijs even aanstippen:

ziekenverpleger/ster¹⁰⁴

Twee tegenover elkaar staande opvattingen spelen hier een rol.

Sommigen vinden dat het verplegen onder de nevenwerkzaamheden van de arts valt en als zodanig ook geheel onder diens verantwoordelijkheid dient te geschieden. Anderen daarentegen vinden deze zogeheten 'verlengde-arm-constructie' 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 gevolgtrekkingen komen. Verplegen, zo wordt gesteld, is verpleegkunde en geen geneeskunde; het hoort daarom niet onder deze wet te vallen. In artikel 1 (tweede lid) wordt dan aangegeven dat de Wet op de Paramedische Beroe-

pen niet van toepassing is op ziekenverpleging.

psycholoog en psychotherapeut

Problematisch is de vraag of bepaalde werkzaamheden van de psycholoog (op het gebied van de geneeskunde) 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 school-psychologische 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" zijn uit den boze.¹⁰⁵ Ook de minister vindt in deze raamwetgeving terughoudendheid op z'n plaats. Voor alle bovengenoemde beroepen zullen (eventueel) pas regelingen opgesteld worden wanneer de zaken eerst goed onderzocht zijn.

Discussie 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 steeds twee be-

gripsinhouden door elkaar gehaald, zonder dat de verschillpunten expliciet aan de orde komen. Sommige parlementariërs praten over het terugdringen van beunhazerij en doelen dan op de beunhazen onder de paramedische beroepsbeoefenaren. Anderen 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 deze 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".¹⁰⁶

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.¹⁰⁷ 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.¹⁰⁸

Wel ligt het in de bedoeling van de minister om een regeling voor het uitoefenen van de geneeskunde door niet-bevoegde krachten in overweging te nemen. De interdepartementale werk-

groep Muntendam heeft zich diepgaand bezig gehouden met de vraag of er aan paranormale genezers bepaalde bevoegdheden toe te kennen zijn.

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 met 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."¹⁰⁹

Het wetsontwerp zal vooralsnog betrekking hebben op een beperkt aantal paramedische beroepen waarvoor Algemene Maatregelen van Bestuur is 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.

3.2.3. 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 sancties op te stellen; immers de bijzondere dienstverlening vraagt om een bijzondere

beoordeling waarop het communerecht (strafrecht en civielrecht) niet is ingesteld.

Het tuchtrecht wordt door sommigen bestempeld als een typisch attribuut voor een vrij beroep. Eén van de kenmerken van een vrij beroep is het bevorderen van standsgemoel. Dit standsgemoel 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.¹¹⁰

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 dichter bij het vrije beroep ligt, er meer reden zal zijn tot het instellen van een paramedisch tuchtrecht. 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 of niet onder het strafrecht vallen of 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 tuchtrecht 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 groepen.¹¹¹ Genoemde groepen hebben eigen verantwoordelijkheden, ook 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 niveau 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
- opnemng 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 instelling van een paramedisch tuchtrecht en de verschillende criteria voor medisch en paramedisch tuchtrecht.

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, - zo dit al aanwezig is - werkt dus maar ten dele, namelijk 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.¹¹² In het wetsontwerp wordt een paramedisch tuchtrecht voor de wettelijk erkende paramedische beroepen voorgesteld. Uit de debatten over dit voorstel blijkt dat de Kamerleden wel voelen voor het instellen van een paramedisch tuchtrecht maar tegen verplichte instelling van de tuchtrechtregeling zijn. Het voorstel uit het wetsontwerp wordt onder druk van de Kamerleden dan ook omgezet in een facultatieve regeling.¹¹³ In plaats van een regeling voor alle paramedische beroepen in het leven te roepen, kan 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 alle paramedische beroepen eerst overwegen wanneer de Wet op de Paramedische Beroepen alle sectoren bestrijkt die onder deze wet gebracht zullen worden. Te zijner tijd kan dan ook overwogen worden of aansluiting van het paramedisch tuchtrecht bij het medisch tuchtrecht zinvol en wenselijk is.¹¹⁴

Criteria voor 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 deze beroepsbeoefenaren onder vallen, wordt gesproken over: het verichten 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.

3.2.4. Opleidingen

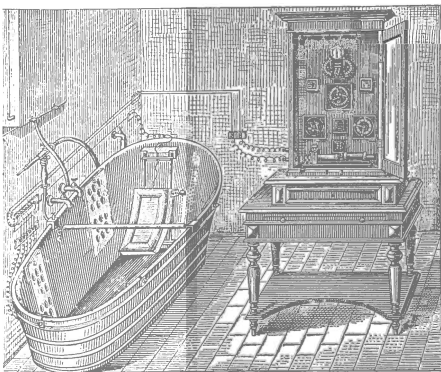
Een onderwerp dat zeker van belang geacht moet worden, hoewel het in deze bespreking niet uitgebreid aan de orde zal worden gesteld, is de opleiding. Tijdens de Kamerzittingen spreken enkele parlementariërs hun bezorgdheid uit over de mogelijkheid dat met de invoering van dit wetsontwerp de opleidings- en exameneisen voor de diverse paramedische beroepen verzaamd zullen worden. De eisen kunnen niet hoger worden gesteld dan in het belang van de volksgezondheid noodzakelijk is, wordt in artikel 2 (vierde 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 concrete invulling van de opleidings- en exameneisen geschiedt voor ieder paramedisch beroep afzonderlijk bij Algemene Maatregel van Bestuur.

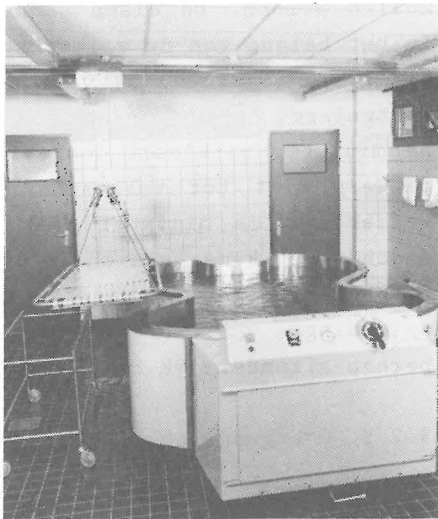
3.2.5. Overgangsregelingen

Een voorstel van Kamerlid Suurhoff heeft de parlementaire gemoederen nogal beroerd. Hij vindt dat het wetsontwerp maar merkwaardig geconstrueerd is.¹¹⁵ Tot dusver waren alle paramedische beroepsbeoefenaren strafbaar wanneer ze niet volledig onder toezicht van een medicus werken. Treedt de Wet op de Paramedische Beroepen in werking dan zal voortaan een bevoegdheid nodig zijn voor de uitoefening van een paramedisch be-

roep. 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 geneeskunde 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 geneeskunde is. Een soortgelijke regeling is in 1938 ook voor heilgymnast-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 Maatregelen 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.



Hydrotherapie vroeger



en nu

Tijdens de Kamerdebatten over het voorstel van Suurhoff en het wetsvoorstel, komt men tot de conclusie 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 één klap een eind gemaakt wordt aan het oogluikend toestaan van onbevoegde uitoefening van de geneeskunde. 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, concludeert één 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 sector. 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. Consequentie: tot in lengte van dagen zal men overtreding van de Wet op de Geneeskunst oogluikend toestaan, wil men de ontwikkeling op het gehele paramedisch gebied niet stopzetten.¹¹⁶

Is er eigenlijk wel zoveel verschil tussen het voorstel van Suurhoff en het wetsontwerp, vraagt men zich in de Eerste Kamer af.¹¹⁷ 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 belang. Het oogluikend toestaan dat steeds nieuwe paramedische activiteiten door (nog) niet-bevoegden straffeloos worden uitgeoefend behoeft niet oneindig door te gaan, volgens de bewindsman. Op het moment dat de meeste paramedische beroepen redelijkerwijs zijn ondergebracht 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 direct 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 geneeskunde, 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 heilgymnast-masseurs van belang.¹¹⁸ 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 gerechtelijk uitspraak is gedaan?

Het wetsvoorstel wordt in bovengenoemde zin gewijzigd.

Met deze bespreking van de belangrijkste onderwerpen zijn de debatten in de Tweede Kamer 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 moet 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 facultatieve 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.

3.3. 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 de raamwet zijn uitgezet kunnen nu nader ingevuld worden 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 wettelijke regeling voor hun beroep.¹¹⁹

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 I van de Wet op de Paramedische Beroepen worden criteria waaraan een paramedisch beroep moet

voldoen opgesomd. Deze zijn:

- a. Werkzaamheden moeten liggen op het terrein van de uitoefening van de geneeskunde en al dan niet in samenhang met aanverwante werkzaamheden worden verricht.
- b. De verhouding tot een arts of tandarts kan zijn:
 - 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 laten.¹²⁰

Wanneer de Centrale Raad voor de Volksgezondheid een positief advies heeft uitgebracht, wordt overeenkomstig het bepaalde in artikel 4 van de Wet op de Paramedisch Beroepen, een adviescommissie voor het betreffende beroep ingesteld. Deze commissie adviseert de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over de inhoud van de Algemene Maatregelen van Bestuur.

3.3.1. Advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid over heilgymnastiek-massage

Een wettelijke regeling van het beroep heilgymnastiek-massage dient op korte termijn gerealiseerd te worden. In 1942 heeft de heilgymnastiek-massage 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 Volksgezondheid.¹²¹ 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 Volksgezondheid.¹²²

November 1963 brengt de Centrale Raad voor de Volksgezondheid een advies uit.¹²³ Aan de hand van genoemde criteria heeft de

Centrale Raad zich beraden op de vraag of heilgymnastiek-massage als paramedisch beroep aangemerkt kan worden.

criterium a

Om te kunnen beoordelen of de werkzaamheden van dit beroep op het terrein van de geneeskunde liggen, en dus als paramedisch aangemerkt kunnen worden, zal de inhoud van het beroep omschreven moeten worden. Maar, zo stelt de Raad, een gedetailleerde opsomming van de werkzaamheden van heilgymnast-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" volstaat!¹²⁴ "Het is een algemeen gangbaar begrip, dat geen nadere omschrijving behoeft." Voor fysiotherapie, waar heilgymnast-masseurs een apart examen voor af moeten leggen, behoeft eveneens geen nadere omschrijving te worden op gesteld. "Weliswaar leeft het begrip fysiotherapie niet in de bevolking, maar bij de deskundigen bestaat geen twijfel over wat daartoe behoort."¹²⁵

Niet alle werkzaamheden van heilgymnast-masseurs vallen onder het begrip uitoefening van de geneeskunde. In meestal geringe mate worden ook aanverwante werkzaamheden verricht. Als aanverwante werkzaamheid noemt de Raad het meewerken aan de opleiding tot heilgymnast-masseur.

De handelingen zijn in principe gericht op het behandelen van patiënten; behandeling van gezonde mensen, zoals bijvoorbeeld sportmassage, valt niet onder paramedische werkzaamheid. Verder is het terrein van de heilgymnast-masseur beperkt tot therapie; het is de taak van de arts om een diagnose te stellen.

criterium b

De heilgymnast-masseur is verantwoordelijk voor het juist uitvoeren van de behandeling. Hij is niet verantwoordelijk voor het kiezen van de juiste methode. Hiervoor behoort de arts de verantwoordelijkheid te dragen, ook al laat hij dat in de dagelijkse praktijk meestal over aan de heilgymnast-masseur. Blijkt dat deze gang van zaken regel gaat worden dan zal de verantwoordelijkheid van de heilgymnast-masseur uitgebreid moeten worden met de verantwoording voor de gevolgde methode, aldus de Raad. De verhouding van de heilgymnast-masseur tot de

arts 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 heilgymnast-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.

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 heilgymnast-masseurs. Massage, heilgymnastiek en fysieke therapie zijn een integraal onderdeel van de geneeskunde geworden, concludeert 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.

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

3.3.2. Fysiotherapeutenbesluit 1965 en de belangrijke wijzigingen

In februari 1965 wordt het Fysiotherapeutenbesluit van kracht, en daarmee treedt ook de Wet op de Paramedische Beroepen in werking. De wettelijk beschermde beroepswerkzaamheden uit het Fysiotherapeutenbesluit omvatten: heilgymnastiek, massage en fysieke therapie.

De titel heilgymnast-masseur is vervangen door de titel fysiotherapeut. Men is tot deze naamsverandering overgegaan omdat de benaming heilgymnast-masseur, de werkzaamheden die in de loop der tijd tot het werkterrein van de beroepsgroep zijn gaan horen, niet meer geheel dekt. Dit betreft vooral de werk-

zaamheden die op het terrein van fysieke therapie liggen. In de nieuwe wettelijke regeling zal fysieke therapie een integraal onderdeel van de opleiding worden. Degenen die dit examen met goed gevolg hebben afgelegd, mogen zich voortaan fysiotherapeut noemen.

Het Fysiotherapeutenbesluit is geheel in de geest van het advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid opgesteld. In dit Besluit worden de vereiste vooropleiding vastgesteld en de beroepsopleiding tot fysiotherapeut geregeld.

In de artikelen 5 tot en met 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 is van belang omdat therapeutische hulp uitsluitend door de ziekenfondsen wordt vergoed wanneer door de arts een schriftelijke opdracht is verleend en 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 de regel aan de fysiotherapeut overgelaten." Maakt de arts de keus dan is hij ook verantwoordelijk voor de keus van 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 Inrichtingeisen Fysiotherapie april 1970.¹²⁶

In dit Besluit 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 ander apparaten in dit Besluit opgenomen worden. Voorschriften worden verder gegeven voor apparaten die tenminste aanwezig moeten zijn wanneer in inrich-

tingen meer specifieke behandelingen gegeven worden. De bepalingen uit dit Besluit gelden voor alle inrichtingen waar het beroep van fysiotherapeut wordt uitgeoefend, dus ook voor ziekenhuizen.

In 1973 worden nieuwe regels gesteld ten aanzien van de opleiding en examen van fysiotherapeuten.¹²⁷

De nieuwe regeling in het Fysiotherapeutenbesluit uit 1965 - die in veel opzichten voortbouwt op de oude opleiding - blijkt in de praktijk niet goed te functioneren.

In 1967 is door de minister een Commissie van Onderzoek ingesteld: Commissie van Rhijn.¹²⁸ Deze commissie brengt een rapport uit waarin de bezwaren tegen de 'oude regeling in het nieuwe jasje' 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 van 1973.

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 Wetenschappen, hetgeen tot een geheel vernieuwd Besluit noodzaakt. Daarnaast worden nog drie belangrijke wijzigingen voorgesteld.¹²⁹

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 & controle. Onder druk van de Kamerleden wordt de verdergaande mogelijkheid 'verwijzing' ingevoerd. De Centrale Raad voor de Volksgezondheid adviseert in 1963 echter om deze mogelijkheid niet voor fysiotherapeuten te openen; dit advies wordt in het Fysiotherapeutenbesluit 1965 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 wordt in het Besluit uit 1977 in plaats van 'in opdracht van' gesproken van 'ingevolge verwijzing door'. Benadrukt wordt dat arts en fysiotherapeut ieder hun eigen verantwoordelijkheid hebben. Daar wordt aan toegevoegd dat de verantwoordelijkheid

van de arts niet wordt ingekrompen door het inschakelen van de fysiotherapeut, terwijl de fysiotherapeut niet enkel als hulpe 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 daarna behoefte is" (Nota van Toelichting). Gesproken wordt nu van 'fysische prikkels' en er wordt een uitputtende opsomming gegeven van wat daaronder verstaan dient te worden.

Tuchtrechtspraak voor fysiotherapie is het derde belangrijke 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. De minister stelt 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 wordt een aparte tuchtrechtspraak voor fysiotherapeuten voorgestaan.

Bij de bespreking van het wetsvoorstel BIG zullen we deze kwestie opnieuw ter sprake brengen.

De fysiotherapeuten zijn de eerste paramedische beroepsgroep die in de Wet op de Paramedische Beroepen worden geregeld. Spoedig volgen meerdere beroepen. In totaal hebben tien beroepsgroepen de status paramedisch beroep gekregen.

Dit is van belang omdat als regel alleen een wettelijk erkend paramedisch beroep een overeenkomst met een ziekenfonds kan aangaan. Op deze regel zijn wel uitzonderingen. Heilgymnast-masseurs en logopedisten hebben bijvoorbeeld al overeenkomsten met ziekenfondsen afgesloten voordat de Besluiten afgekondigd werden. De diëtisten daarentegen zijn in 1972 wel wettelijk erkend maar hebben geen overeenkomsten met ziekenfondsen.

Voor een schematische weergave van de beroepen die geregeld zijn binnen de kaderwet op de Paramedische Beroepen verwijzen we naar het overzichtstaatje.

Het zal bij een wettelijke regeling van deze tien beroepen blijven. Met de herziening van het wettelijk stelsel voor de

medische en paramedische beroepen - zoals is aangekondigd in het eerder wetsvoorstel BIG - zal de Wet op de Paramedische Beroepen vervallen.

De veranderingen die het wetsvoorstel BIG voor de paramedische beroepen met zich mee zal brengen, worden in het volgende hoofdstuk besproken.

Overzicht van de wettelijk erkende paramedisch beroepen

Datum		Gepubliceerd	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 oefentherapie-Mensendieck
18 maart	1972	Staatsblad 225	Besluit oefentherapie-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

3.4 Het wetsvoorstel BIG en de aanverwante medische beroepen

De voorstellen tot wijziging van het huidige stelsel van beroepsbescherming in een stelsel van titelbescherming is in hoofdlijnen in het eerste deel (hoofdstuk 2) aan de orde gesteld. Op de consequenties die de invoering van het nieuwe stelsel zal hebben voor aanverwante medische beroepen zullen we hieronder nader ingaan.

In het wetsvoorstel op Beroepen in de Individuele Gezondheids-

zorg (BIG) zal de beroepsbescherming ook voor de paramedische beroepen vervallen en plaats maken voor titelbescherming. Het werkgebeid van de beroepen die in de huidige Wet op de Paramedische Beroepen zijn ondergebracht, blijft gehandhaafd. Maar in plaats van wettelijke bescherming van deze beroepswerkzaamheden, zal in het nieuwe systeem dit aldus omliggende werkterrein slechts fungeren als een aanduiding van het deskundigheidsgebied van de onderscheiden paramedische beroepen.

Voor zover het gaat om werkzaamheden met een geneeskundig doel blijft de afhankelijkheidsrelatie met de (tand)arts vrijwel gelijk aan die van het huidige systeem. Indien daar behoefte aan is, kunnen deze handelingen nader omschreven en geregeld worden bij Algemene Maatregel van Bestuur; op eenzelfde wijze kan ook de afhankelijkheidsrelatie nader geregeld worden.

Verlengde-arm-constructie

In het wetsvoorstel BIG wordt een aantal handelingen voorbehouden aan groepen gekwalificeerden (vergelijk deel I hoofdstuk 2). In de praktijk zullen deze voorbehouden handelingen - zoals bijvoorbeeld het geven van injecties - in vele gevallen worden uitgevoerd door niet-gekwalificeerden. Dit wordt toegestaan wanneer in opdracht van een gekwalificeerde beroepsbeoefenaar wordt gehandeld; de zogeheten verlengde-arm-constructie. Degene die de opdracht geeft, blijft voor de handeling als zodanig verantwoordelijk. Degene die de handeling daadwerkelijk uitvoert is slechts verantwoordelijk voor een technisch juiste uitvoering.

Anders dan in het huidige stelsel - waar een algeheel verbod op de uitoefening van geneeskundige handelingen bestaat - zal de 'verlengde-arm-constructie' in het wetsvoorstel BIG alleen betrekking hebben op die handelingen die in de wet aan gekwalificeerden zijn voorbehouden.

In het wetsvoorstel zijn de voorwaarden omschreven waaraan een verantwoorde uitvoering van voorbehouden handelingen door niet-gekwalificeerden moet voldoen. Kort samengevat wordt gesteld dat de niet-gekwalificeerde over de vereiste bekwaamheid moet beschikken, de mogelijkheid van toezicht door de gekwalificeerde aanwezig is en dat de gekwalificeerde aanwijzingen kan geven, of indien nodig, zelf kan ingrijpen.

Het zal duidelijk zijn dat deze regeling van groot belang is

voor de juridische positie van de niet-gekwalficeerde die voorbehouden handelingen uitvoert.

3.4.1. Beroepen die onder het wetsvoorstel BIG vallen

Beroepen die voor registratie en titelbescherming in aanmerking komen zijn naast arts, tandarts en apotheker: klinisch chemicus, klinisch psycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut, oefentherapeuten-César/Mensendieck, diëtist, mondhygiënist, logopedist, ergotherapeut, podotherapeut, verloskundige, verpleegkundige.

Voor deze beroepen worden voorschriften gegeven ten aanzien van vakbekwaamheidseisen; deze eisen hebben voornamelijk betrekking op de opleiding. De vakbekwaamheid houdt tevens verband met de omlijning van het werkterrein.

Voor beroepen die niet in aanmerking komen voor registratie en titelbescherming wordt de mogelijkheid opengelaten om regels te stellen met betrekking tot de opleiding tot het beroep en - in samenhang daarmee - met betrekking tot de omlijning van het werkterrein van het betrokken beroep. Dat kan bij of krachtens Algemene Maatregel van Bestuur.

Daartoe kan worden overgegaan wanneer op andere - particuliere - wijze niet voorzien is c.q. kan worden in een regeling ter bevordering van een behoorlijk peil van beroepsuitoefening. Het ligt in de bedoeling om dergelijke opleidingsregelingen te treffen voor ziekenverzorgenden, apothekers-assistenten, orthoptisten, radiodiagnostisch en radiotherapeutisch laboranten.

Vergelijken we de beroepen die onder de werking van het wetsvoorstel BIG gebracht worden met de beroepen die in de Wet op de Paramedische Beroepen en de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst zijn ondergebracht, dan blijken vier beroepen toegevoegd te zijn, namelijk: klinisch chemicus, klinisch psycholoog, psychotherapeut en verpleegkundige. Als argument hiervoor wordt, waar het klinisch psycholoog en de psychotherapeut betreft, het belang van een goede voorlichting aan het publiek aangevoerd. Het gaat namelijk om beroepsbeoefenaren die zich veelal rechtstreeks tot het publiek richten. De - beschermd -

titel stelt de hulpzoekenden in staat de deskundigen te onderkennen.

Het argument om de klinisch chemicus in de BIG op te nemen heeft voornamelijk te maken met het verrichten van een 'voorbehouden handeling', namelijk het verrichten van puncties. Dit is slechts toegestaan aan degenen die daar in de wet voor zijn aangewezen.

Het beroep verpleegkundige is niet opgenomen in de Wet op de Paramedische Beroepen, maar is wel sedert 1921 wettelijk geregeld, namelijk in de Wet tot bescherming van het diploma van verpleegkundige. Een wet die sterk overeenkomt met het stelsel van titelbescherming uit het wetsvoorstel BIG. De wet uit 1921 bleek niet meer te voldoen vanwege de behoefte aan tuchtrecht en het recht om de titel verpleegkundige voor bepaalde tijd te voeren. Dit laatste om te kunnen nagaan of de kennis en ervaring nog wel 'bij de tijd' zijn. In verband daarmee is in 1981 een wetsontwerp ingediend die de wet uit 1921 zou moeten vervangen. Dit wetsontwerp is inmiddels ingetrokken en het beroep is nu opgenomen in het wetsvoorstel BIG.

De verpleegkundige heeft men onder de werking van het wetsvoorstel willen brengen in verband met het invoeren van een tuchtrecht en het voornemen om een periodieke registratie voor deze beroepsgroep in het leven te roepen.

Voor de radiodiagnostisch en radiotherapeutisch laboranten - die wel in de Wet op de Paramedische Beroepen zijn opgenomen - neemt men te kunnen volstaan met regeling van de opleiding.

Periodieke registratie

Het wetsvoorstel BIG kent een constitutieve registratie (vergelijk deel I hoofdstuk 2). Door inschrijving in een register ontstaat voor de ingeschrevene het recht op het voeren van de beroepstitel. Bij periodieke registratie geldt inschrijving slechts voor een bepaald tijdvak. Daarna moet een nieuwe aanvraag om inschrijving worden ingediend.

In het voorontwerp BIG was alleen voor verpleegkundigen een periodieke registratie voorgesteld. Dit voorstel was overgenomen uit het wetsontwerp voor de verpleegkundigen. Als motief voor periodieke registratie is aangevoerd dat de verpleeg-

kundige zorg een grote mate van praktische vaardigheid vereist die slechts in stand gehouden kan worden door het beroep feitelijk uit te oefenen.

In de toelichting op het voorontwerp is de vraag opgeworpen of een dergelijke regeling ook voor andere beroepen in het leven geroepen zou moeten worden. In de daarop volgende discussies is deze vraag bevestigend beantwoord. In het wetsontwerp is daarna een regeling opgenomen, waarin periodieke registratie kan worden ingesteld voor elk beroep, wanneer daar behoefte aan is. Er zullen in zo'n geval wel voldoende bijscholingsfaciliteiten aanwezig moeten zijn. Ook financiële en organisatorische aspecten zullen "onder ogen moeten worden gezien" (Memorie van Toelichting).

3.4.2. Tuchtrect voor aanverwante medische beroepen

In de Wet op de Paramedische Beroepen zijn bepalingen opgenomen die het mogelijk maken tuchtrect voor paramedische beroepen in te voeren. Van deze mogelijkheid is echter geen gebruik gemaakt.

Zoals zojuist is gesteld voorzagt het in 1981 ingediende wetsontwerp voor verpleegkundigen in een regeling van het tuchtrect voor deze beroepsgroep. De wenselijkheid van tuchtrect voor verpleegkundigen wordt in het wetsvoorstel BIG onderschreven; voorgesteld wordt om voor deze beroepsgroep tuchtrect in te voeren. Daarbij wordt verwezen naar het belang van de kwaliteitsbewaking van zorg bij het verpleegkundig handelen.

Ook voor de psychotherapeut - die in het wetsvoorstel BIG is opgenomen - oordeelt de Nationale Raad voor de Volksgezondheid het wenselijk om tuchtrect in te voeren. Een advies dat in het wetsvoorstel wordt opgevolgd met de argumentatie dat het hier vooral gaat om de kwetsbare positie van de patiënt ten opzichte van de psychotherapeut.

Een wettelijk tuchtrect voor fysiotherapeuten is in het voorontwerp van wet BIG opgenomen. De Commissie Vermindering en Vereenvoudiging van Overheidsregelingen (de eerder genoemde commissie Geelhoed) heeft aangegeven dat de normen en de risico's te weinig specifiek zijn om tuchtrect voor deze beroepsgroep in te voeren. Hoewel de wenselijkheid van het invoeren

van tuchtrecht voor fysiotherapeuten al geruime tijd in brede kring ter discussie heeft gestaan en als noodzaak wordt ervaren, is in het wetsontwerp BIG het advies van de commissie Geelhoed opgevolgd en is geen tuchtrecht voor fysiotherapeuten opgenomen.

Voor een nader bespreking van de tuchtrechtregeling in het wetsontwerp BIG wordt verwezen naar deel I hoofdstuk 2.

Tot zover de ontwikkeling van het wettelijk kader voor de medische en paramedische beroepen. In het volgende deel gaan we nader in op de ontwikkeling van de beroepsgroep fysiotherapie.

Deel II

Opkomst van een beroep:
Geschiedenis van de professionalisering van
heilgymnast-masseurs

Opkomst van een beroep: Geschiedenis van de professionalisering van heilgymnast-masseurs

Inleiding tot deel II

Het ontstaan van de organisatie van heilgymnasten en de pogingen om officiële erkenning te krijgen voor het beroep heilgymnast-masseur, vormen het centrale thema in dit tweede deel.

In 1889 nemen drie gymnastiekonderwijzers het initiatief tot oprichting van een beroepsorganisatie voor heilgymnasten. De heilgymnastiek is in Nederland een nog onontgonnen gebied dat tussen de gymnastiek en de geneeskunde in ligt; 'een gat in de markt' volgens de oprichters.

De plaatsbepaling van het beroep tussen gymnastiek en geneeskunde wordt door de meeste artsen beslist niet onderschreven. Ze menen dat het werkterrein dat de nieuwe heilgymnasten trachten te ontginnen een deelterrein van de geneeskunde is. Met de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst (1865) in de hand - die artsen een monopoliepositie op het terrein der geneeskunde toekent - probeert vooral een aantal 'speciaalartsen' (orthopaeden) de ontwikkeling van de nieuwe beroepsgroep tegen te gaan. De pionierperiode van de beroepsgroep heilgymnasten wordt dan ook gekenmerkt door pogingen om de grens tussen geneeskunde en heilgymnastiek duidelijk te trekken en te legitimeren.

Bij het afbakenen van een eigen beroepsterrein dient niet alleen de grens met de geneeskunde aangegeven te worden, ook de grens met de gymnastiek zal getrokken moeten worden.

De afbakening van het beroepsterrein heilgymnastiek ten opzichte van gymnastiek, gebeurt op een minder vijandige en meer bedekte manier. De nieuwe beroepsgroep bestaat voor het overgrote deel uit gymnastiekonderwijzers die in hun vrije tijd het beroep verder trachten te ontwikkelen; het zijn autodidac-

ten die zich qua kennis de meerdere voelen van de 'gewone' gymnastiekonderwijzers. De wijze waarop het Genootschap tracht beide klippen te omzeilen in zijn streven naar afbakening en erkenning van het beroep, beheersen de geschiedenis van het Genootschap tot aan de Tweede Wereldoorlog. De inzet is de officiële erkenning van het beroep.

De eerste stap op weg naar dit doel vormt de instelling van een Genootschapsexamen (1895), en het verkrijgen van waarborgen voor dit examen in de vorm van vertegenwoordiging van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (NMG) bij de examens. Wanneer dit is gerealiseerd, tracht men deze eenmaal verkregen 'privileges' te verdedigen en uit te bouwen.

Niet alleen moet de beroepsgroep proberen de vertegenwoordiging van de artsen bij het Genootschapsexamen te behouden, maar ook moet ze trachten het Genootschapsexamen voor het beroep heilgymnast ingang te doen vinden. Dit wordt vooral een probleem wanneer allerlei cursussen ontstaan die zowel door artsen als door beunhazen worden opgezet. De veel kortere duur van deze cursussen waarbij een vooropleiding niet of nauwelijks vereist wordt, is kenmerkend voor de lage kwaliteit van deze opleidingen. Het Genootschap verlaagt daarop de toelatingseisen en tracht door een verschuiving van het oorspronkelijk streven van een kwalitatief hoogstaande groep naar een kwantitatief sterk Genootschap de verloedering van het vak tegen te gaan.

Een andere strategie om de neergaande ontwikkeling in de kwaliteit van de beroepsuitoefening een halt toe te roepen, is het pogen om subsidie voor de oprichting van vakscholen te verkrijgen. Een streven dat met succes gedwarsboemd wordt door de Nederlandsche Orthopaedische Vereeniging. Het Genootschap ziet zich daarop genoodzaakt particuliere opleidingen te stimuleren en onder het patronaat van het Genootschap te brengen. Deze vakscholen leiden op voor het Genootschapsexamen.

Onderwijl heeft men het uiteindelijke doel - de wettelijke erkenning van het beroep - niet uit het oog verloren. Op verschillende manieren probeert het Genootschap dit doel te bereiken. Onder meer door het verzet van de Nederlandsche Ortho-

paedische Vereeniging en een deel der artsenstand lukt dit aanvankelijk niet. Ondanks het feit dat een aantal leden van het Genootschap er de brui aan wil geven, blijft het bestuur van het Genootschap doorgaan met zijn pogingen tot instelling van een staatsexamen.

Het jaar 1928 betekent een keerpunt van de bij tijd en wijle uitzichtloze situatie. In dat jaar wordt een minderheidsrapport van één der leden van een commissie van de NMG door de Algemene Vergadering van de Maatschappij aangenomen. In dit rapport worden verdere medewerking aan de examens en een regeling van het beroep heilgymnast en masseur bepleit.

De noodzaak van een wettelijke regeling dringt zich ook in toenemende mate aan de overheid op. Desgevraagd brengt een commissie van de Gezondheidsraad in 1931 een rapport uit waarin wordt geadviseerd een wettelijke regeling voor het beroep heilgymnast en masseur op te stellen. Ondanks tegenwerking van de Nederlandsche Orthopaedische Vereeniging worden in 1938 de werkzaamheden van de heilgymnast/masseurs tot niet-geneeskundige handelingen verklaard. Daarmee wordt de weg naar een wettelijke regeling geopend. De wettelijke erkenning van het beroep heilgymnast-masseur wordt in 1942 afgekondigd. Heilgymnastiek-massage is een volwaardige professie geworden.

Voor de Tweede Wereldoorlog treffen we verscheidene aanduidingen voor de beroepswerkzaamheden aan.

Eind vorige eeuw wordt binnen de beroepsvereniging voor het vak de term heilgymnastiek en voor de beroepsbeoefenaren de term heilgymnast gebezigd. In dezelfde tijd komt ook de term mechanotherapeut in gebruik. In tegenstelling tot de heilgymnast die z'n patiënt vrije bewegingsoefeningen laat verrichten, laat de mechanotherapeut z'n patiënten oefenen aan 'weerstandmachines'. Het gebruik van de term mechanotherapie loopt parallel aan de kortstondige bloei van de zogeheten Zanderinstituten.

De veel toegepaste handmassagetechniek - die door Dr. Mezger in zwang komt - leidt ertoe dat massage een onderdeel van de beroepswerkzaamheden wordt. In 1905 besluit de beroepsvereniging dan ook tot een naamsverandering: het Genootschap voor Heilgymnastiek en Massage. Sindsdien wordt in het Maandschrift gesproken over heilgymnasten en masseurs.

Eind jaren twintig hanteert men in toenemende mate het dubbelbegrip heilgymnast-masseur, om aan te duiden dat de van oorsprong gescheiden gebieden een integraal geheel vormen.

De term fysiotherapeut die al in de jaren dertig voorkomt, en betrekking heeft op 'fysische therapieën', wordt gehanteerd voor beroepsbeoefenaren die zich op dat gebied hebben bijgeschoold. In 1965 wordt - met de afkondiging van het Fysiotherapeutenbesluit - de titel fysiotherapeut wettelijk toegekend en beschermd.

Aan de gewijzigde terminologie is de ontwikkeling die de beroepsgroep heeft doorgemaakt af te lezen.

1. Ontstaan van het Genootschap voor Heilgymnastiek

1.1. Oprichting van het Genootschap voor Heilgymnastiek

De geestelijke vader van de heilgymnastiek is de Zweedse schermleraar P.H. Ling (1776-1839). Hij richt een instituut voor gymnastiek op in Stockholm. Hier laat hij oefeningen doen om afwijking in lichaamshouding of lichamelijk functioneren te verbeteren of te voorkomen. Ling buigt het preventieve karakter van bewegingen om in een meer curatieve richting.

In de eerste helft van de negentiende eeuw raakt het begrip medische gymnastiek ofwel heilgymnastiek in zwang. Het populair worden van gelocaliseerde oefeningen is onder meer te verklaren door de veelvuldig voorkomende volksziekten, zoals rheuma, tering en Engelse ziekte; ziekten die allerlei lichaamsafwijkingen tot gevolg hebben. Het beroep heilgymnastiekonderwijzer ontstaat rond 1850. In de jaren 1840 openen diverse afdelingen van de 'Maatschappij tot het Nut van 't Algemeen' gymnastieklokalen. Weldra komen vele kweekscholen voor gymnastiekonderwijzers van de grond. In 1857 wordt lichamelijke opvoeding als facultatief vak op schoolroosters gezet; vanaf 1863 is het een verplicht vak.¹

In de kringen van lichamelijk opvoeders zijn er enkelen die zich meer gaan toeleggen op het behandelen van afwijkingen; zij noemen zichzelf heilgymnast. Deze gymnastiekonderwijzers vullen hun kennis aan door zelfstudie in medische richting; het zijn autodidacten die in onderling contact kennis uitwisselen. Zij verrichten deze nevenactiviteiten naast hun hoofdberoep, dat van gymnastiekonderwijzer.

Een klein deel van de heilgymnasten komt uit aanverwante beroepen waar lichaamsbeweging centraal staat (schermleraar,

turnleraar, bad- en zwemmeester, oefen- en drillmeester). Het is niet onwaarschijnlijk dat de heilgymnasten voortkomen uit de middenstand of lagere stand, waar de leerlingen van de Clinische Scholen ook uit voortgekomen zijn. Zij komen in ieder geval niet uit de gegoede burgerij; zonen uit deze kringen kiezen voor de medicijnenstudie, indien ze de medische richting prefereren.²

Als een tiental heilgymnasten in september 1889 in een café aan de Oude Gracht te Utrecht bijeenkomt, staat de heilgymnastiek in Nederland nog in de kinderschoenen.



Oprichters van het Genootschap

Op 1 september 1889 wordt het Genootschap ter beoefening van de Heilgymnastiek in Nederland opgericht. De aanzet daartoe

wordt gegeven door twee gymnastiek-leraren: E. Minkman en J.H. Reys. Na afloop van een schermconcoers van een studentenvereniging te Leiden, waar beide heren als juryleden aan deelnemen, spreken ze over de mogelijkheid van onderling contact en coördinatie. Ze sturen een brief aan gymnastiekonderwijzers-heilgymnasten met daarin een plan voor een eigen vereniging. Van Kreeel organiseert met Reys en Minkman in Utrecht een bijeenkomst waar nog enkele collega's zijn uitgenodigd. Deze samenkomst resulteert in de oprichting van het Genootschap ter beoefening van de Heilgymnastiek.³ In een vergadering op 29 december 1889 besluit men om Koninklijke Goedkeuring op de statuten aan te vragen; deze goedkeuring wordt verleend.⁴ Aan een 450-tal artsen wordt in een circulaire kond gedaan van de oprichting van het Genootschap; een lijst van de negen aangesloten leden wordt meegestuurd.

Het nieuwe Genootschap stelt zich een drieledig doel:⁵

Ten eerste: "heilgymnastiek zowel practisch als theoretisch te beoefenen", maar... "de practijk is voor den heilgymnast het voornaamste".

Ten tweede: "eenheid te brengen in de wijzen van behandeling". Hoewel de behandeling individueel moet zijn, zullen we er toe moeten komen "allen de ware, de rechte wijze van behandeling in toepassing te brengen".

Ten derde: "eene goede verstandhouding tusschen medici en heilgymnasten te bevorderen".

Zal de "heilgymnast zijne behandeling naar eisch kunnen toepassen, dan moet dit geschieden op advies en in overleg met den medicus (...). Het is eene helaas treurige waarheid dat er nog zoovele gymnastiekonderwijzers zijn, die bij hunne heilgymnastische behandeling geheel en al op eigen gezag werkzaam zijn (...), die gaarne doktertje spelen", zo wordt op een vergadering benadrukt.

Tevens wordt in de statuten van het Genootschap de weg aangegeven waarlangs men de gestelde doelen wil trachten te verwezenlijken, namelijk:

- door de voorbereiding "eener wettelijke regeling en opleiding van het verkrijgen van een diploma voor de uitoefening van de heilgymnastiek". Dit hebben de "stichters zich van

den beginne af voor ogen gesteld; en was een der voornaamste redenen tot oprichting van het Genootschap"⁶

- door het houden van vergaderingen en bijeenkomsten waarin de werken op het gebied van de heilgymnastiek worden besproken en waar het voorgedragene zoveel mogelijk praktisch toegelicht wordt
- door het ondersteunen van elkander in moeilijke gevallen, bijvoorbeeld door:
 - onderzoek van patiënten en het bespreken van de aan te wenden behandelingswijze
 - fotograferen van patiënten om na verloop van tijd te weten hoe het gebrek van de patiënt er heeft uitgezien
 - opzetten van een bibliotheek van werken over heilgymnastiek en verdere hulpmiddelen
- door "het doen erkennen van de heilgymnastiek door wettige en gepaste middelen"

Op de oprichtingsvergadering wordt uit de tien aanwezige heilgymnasten een bestuur gekozen: E. Minkman (voorzitter), J.H. Reys (vice-voorzitter en secretaris) en H. van Kreel (bibliothecaris en penningmeester).

De leden van het Genootschap zijn bevoegde gymnastiek-onderwijzers. Naast deze werkende leden zijn er ook buitengewone leden; dit zijn medici die het Genootschap financieel en moreel ondersteunen.

Ereleden zijn zij, die zich ten opzichte van het Genootschap of van de zaak der heilgymnastiek bijzonder verdienstelijk hebben gemaakt en op voordracht van het bestuur worden benoemd. Dan zijn er nog begunstigers die het Genootschap financieel steunen en corresponderende leden die "door hunne mededeelingen het Genootschap in het buitenland ten dienste staan". Het ledental bedraagt bij de oprichting negen, waaronder één vrouw.

Gedurende de eerste twee jaren na de oprichting worden berichten over heilgymnastiek opgenomen in het tijdschrift voor gymnastiekonderwijzers: Olympia.

De wens naar een eigen blad is echter sterk. Daarom besluit het bestuur op de Huishoudelijke Vergadering van 28 december 1890 tot de uitgave van een eigen orgaan: 'Maandschrift gewijd

aan de Heilgymnastiek'. De redactie wordt gevormd door voorzitter Minkman en een buitengewoon lid (een arts dus). Er wordt tot uitgave besloten "in de eerste plaats, omdat we in onzen arbeid zullen terzijde gestaan worden door een der Buitengewone leden van het Genootschap (...) en in de tweede plaats omdat we vertrouwen, dat het ons van de zijde der leden niet aan den noodigen steun zal ontbreken (...). Ten slotte uiten wij den wensch, dat het Maandschrift op zijn weg (...) vriendschappelijk geduld worde door het 'Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde' en de 'Geneeskundige Courant' ter eene en door 'Olympia' en het 'Tijdschrift van het Nederlandsch Gymnastiek Verbond' ter andere zijde".⁷

Kwaliteit en recruterings

Het opstellen van waarborgen voor de kwaliteit van de beroepsuitoefening is in de beginperiode de voornaamste zorg van de beroepsvereniging. Ook recruterings van werkende leden wordt met de nodige zorgvuldigheid ter hand genomen. Als voorwaarde voor toetreding wordt vereist dat degenen die lid wenssen te worden "eerst aan het Bestuur blijken zouden geven, dat zij de noodige studie van de Heilgymnastiek gemaakt hadden en dat zij met de practische uitoefening der heilgymnastische behandeling op de hoogte waren". Dit om zekerheid te hebben "dat we vooral degelijke leden, ernstige beoefenaars der heilgymnastiek in het Genootschap zouden krijgen".⁸ De aanstaande leden worden door een ballotagecommissie ook op het zedelijk gehalte beoordeeld.

Het is een tijdelijke maatregel want inmiddels wordt gewerkt aan de opstelling van een examenprogramma.

Op een Algemene Vergadering in 1890 wordt een commissie bestaande uit werkende leden gevormd die de opdracht krijgt een concept-examenprogramma te maken.⁹ Maar in plaats van een concept ontvangt het bestuur in oktober 1890 een brief waarin de commissie mededeelt dat ze zich onbevoegd acht om een dergelijk concept-programma op te stellen. Het "programma bevatte zoo veel nieuws, er waren tegenwoordig zoovele methoden, waardoor men den rechten weg voor de samenstelling er van niet weet, zoo dat men niet zou kunnen bepalen of aan het programma kon worden vastgehouden". Bovendien meent de commissie dat het Ge-

nootschap beter de geneeskundige faculteiten had kunnen raadplegen in plaats van de 'hooge autoriteiten aan Ministeriën'. "Moet de heilgymnast alleen staan, dan behoort hij eene opleiding aan eene universiteit te ontvangen; is hij de dienaar van de Doctoren, dan behooren deze laatsten de eischen te stellen".¹⁰ Tot deze conclusie komt de commissie na besprekingen met autoriteiten (artsen) en onderlinge discussie.

Het bestuur van het Genootschap kan met een dergelijke afwachtende houding niet instemmen, en stelt - mede op basis van aantekeningen van buitengewone leden (artsen) - zèlf een concept-examenprogramma op. Dit concept wordt op de Algemene Vergadering van 5 april 1891 ter tafel gebracht, vergezeld van een pleidooi voor aanneming door de Algemene Vergadering. "Wanneer we niet het concept insturen, zullen de Doctoren het alleen doen en wat hebben we dan te wachten, daar de meeste Doctoren niet met de practijk der Heilgymnastiek bekend zijn". Dit programma is in ieder geval door vakmensen opgesteld en door doctoren gewijzigd en verbeterd, "zoodat bij de samenstelling, theorie en practijk elkander aanvullen". Neemt de vergadering dit aan dan "wordt het nog op eene gecombineerde Vergadering van Doctoren, Bestuur en Commissie aan een laatste onderzoek onderworpen".¹¹

De vergadering stemt geenszins met dit plan in. Er moet nog veel ter ontwikkeling van de zaak der heilgymnastiek worden gedaan eer men zonder gevaar een examen kan opstellen. Waar ligt bijvoorbeeld de grens tussen gymnastiek en heilgymnastiek? Immers, ook met gewone gymnastiek kan men veel verbeteren. Het examen is bovendien niet het middel om de capaciteiten van de heilgymnast te bepalen. Een stemming wijst ten slotte uit dat het overgrote deel van de vergadering tegen verzending van het concept-examenprogramma aan de regering is. Het bestuur van het Genootschap is niet van plan het hierbij te laten en stelt de kwestie in de Huishoudelijke Vergadering van 21 juni 1891 opnieuw aan de orde. De voorzitter voert aan dat men niet heeft tegen gestemd, omdat men geen heil heeft gezien in instelling van een examen, maar omdat "het Genootschap in deze nog geen toongever bij de Regeering behoorde te zijn". Hij vraagt de vergadering dan ook toestemming om "het concept op te zenden naar de Geneeskundige faculteiten", om

daardoor uit te lokken wat de geneeskundige wereld er van denkt. Bij stemming blijken dan negen leden voor en één tegen dit voorstel te zijn.¹² Hiermee verkrijgt het bestuur het fiat van zijn leden om - zij het op een wat omzichtige manier - langs deze weg te trachten (wettelijke) erkenning te verkrijgen voor het nieuwe beroep en het examen.

1.2. Massage: gymnastiek of geneeskunde

De reactie van de geneeskundige wereld op de oprichting van de beroepsvereniging en het streven naar erkenning, laat niet lang op zich wachten. Het overgrote deel der artsen ziet in het optreden van het Genootschap een poging om een deel van het terrein der geneeskunde te veroveren. Een terrein waarop de geneeskundigen sinds 1865 wettelijk een monopoliepositie is toegekend. Men veroordeelt dit aanmatigend optreden van het stelletje kwakzalvers dat graag eigen doktertje wil spelen dan ook. Deze ondeskundigen - zo niet erger - leveren een gevaar op voor de volksgezondheid. Ze bezondigen zich aan het onbevoegd uitoefenen der geneeskunde en dienen vervolgd en bestraft te worden. Reeds in 1888 is een voorstel door de Algemene Vergadering in de NMG aanvaard, waarin de overheid wordt verzocht toe te zien dat niet-geneeskundigen heilgymnastiek en massage niet uitoefenen.

Het is echter de vraag of de werkzaamheden van heilgymnasten wel tot de geneeskunde gerekend dienen te worden. In een proces dat in 1892 tegen de gymnastiekonderwijzer Soeter wordt aangespannen, wordt getracht een gerechtelijk antwoord op deze vraag te verkrijgen. Het proces Soeter moet worden gezien als een proefproces; de zaak wordt tot aan de Hoge Raad uitgevochten.¹³

Hendrik Soeter is een 44-jarige gymnastiek-onderwijzer en masseur te Groningen.¹⁴ Hem wordt ten laste gelegd dat hij zonder daartoe bevoegd te zijn de geneeskunde heeft uitgeoefend als bedrijf.¹⁵ Ook zou hij advertenties in verschillende dagbladen geplaatst hebben waarin hij in het openbaar aangekondigd heeft dat hij massage - een handeling de onder geneeskunde valt - als bedrijf uitoefent.¹⁶

Op 30 maart 1892 komt de zaak Soeter voor het kantongerecht in Groningen. Om te bewijzen dat Soeter zich schuldig heeft gemaakt aan het "buiten noodzaak en onbevoegd uitoefenen der geneeskunst als bedrijf" (artikel 436 van het Wetboek van Strafrecht), zullen twee zaken duidelijk gemaakt moeten worden, namelijk:

moet massage tot geneeskundige bijstand worden gerekend?

zo ja, heeft Soeter deze bijstand uitgeoefend buiten noodzaak en als beroep of bedrijf?

Daartoe wordt een aantal getuigen en deskundigen gehoord. Enkele getuigen verklaren dat Soeter hen inderdaad heeft gemasseerd en dat hij daarbij vet of vaseline heeft gebruikt. Daarna liet hij hen soms spieroefeningen verrichten. Een heilkundige, Dr. S.B. Ranneft, die als deskundige wordt gehoord, verklaart dat het gebruik van vet of vaseline bij massage bedoeld is ter verzachting van de huid en zeker niet als geneesmiddel, hetgeen impliceert dat Soeter geen geneeskundige bijstand heeft verleend. Een andere deskundige, Dr. W.G. van den Berg, meent "dat de massage wetenschappelijk moet worden gerangschikt onder de genees- en heilkundige wetenschap". Heilgymnastiek daarentegen is een onderdeel van de gymnastiek. Het specifieke onderscheid tussen massage en heilgymnastiek is "dat bij massage de handelende persoon alleen of bijna alleen is de masseur, terwijl bij heilgymnastiek hij meer uitsluitend optreedt als raadsman, maar de patiënt zelve laat oefenen".

De rechter komt op basis van deze verklaringen tot de conclusie "dat massage niet behoort tot de gymnastiek of de heilgymnastiek en, waar haar doel, zoals gedaagde niet heeft betwist, alleen is het bezigen van een middel ter genezing, dus niet anders kan worden gequalificeerd dan als uitoefening van geneeskundigen bijstand".

Wat de tweede vraag betreft (buiten noodzaak en het als beroep of bedrijf uitoefenen der geneeskunde): in Groningen is voldoende geneeskundige hulp aanwezig dus van noodzaak is hier geen sprake, meent de rechter. Verder heeft Soeter er geen geheim van gemaakt dat hij voor zijn verrichtingen betaling heeft aangenomen. Bovendien wenst Soeter zich uitdrukkelijk niet te beschouwen als manus magistri (verlengde arm) van de arts. Hij acht zich bevoegd om op grond van zijn akte als gymnastiekonderwijzer te masseren.

Dit in overweging nemend zou Soeter schuldig bevonden dienen te worden, ware het niet dat het in de dagvaarding aan Soeter ten laste gelegde feit, dat hij getuigen heeft ingewreven met het doel genezing te brengen, met de getuigenverklaringen niet te bewijzen is. Soeter wordt dan 'slechts' schuldig bevonden aan het feit dat hij "niet toegelaten tot de uitoefening van een beroep, waartoe de wet eene toelating vordert, buiten noodzaak dat beroep uitoefent".

Hij wordt veroordeeld "tot betaling van eene geldboete van f 25,-" of "eene hechtenis van vijf dagen".

Daarna staat Soeter terecht wegens het feit dat hij advertenties heeft geplaatst in een aantal couranten waarin hij zou hebben aangekondigd dat hij massage uitoefende.¹⁷ Vervolging hiervan geschiedt op uitdrukkelijke last van de minister van Justitie. De verdediger van Soeter (Mr. M. Rutgers van der Loeff) voert aan dat in geen van de advertenties wordt aangegeven welke persoon in de inrichting van Soeter masseert. Het is dan ook onjuist om aan te nemen dat degene die de advertentie geplaatst heeft, zou hebben aangekondigd dat hij zelf masseerde dan wel de geneeskunde uitoefende. De vraag is dan ook niet of de heer Soeter masseerde maar of hij annonceerde dat hij masseerde. Het zou toch niet zo kunnen zijn dat iemand die annonceert dat hij de geneeskunde uitoefent, strafbaar is, ook al doet hij dat in de praktijk niet en omgekeerd (het zou géén strafbaar feit zijn dat iemand onbevoegd de geneeskunde uitoefent zonder dat te annunceren). Kortom er mag alleen gelet worden op de inhoud der advertenties en niet op hetgeen elders bekend is. Daarenboven wordt in de advertenties aangekondigd dat de heilgymnastiek en ook de massage geschiedt onder geneeskundig toezicht: "bloot als dienende hand van den toezicht hebbende geneesheer". Soeter wordt vrijgesproken voor twee advertenties waaruit niet is gebleken dat Soeter masseert, voor een derde advertentie wordt hij veroordeeld tot een geldboete van f 10,- of drie dagen gevangenisstraf.¹⁸

Het arrest van de Hoge Raad in 1892 stelt vast dat massage tot de uitoefening der geneeskunde gerekend moet worden en dus als regel aan artsen is voorbehouden. Of de heilgymnastiek onder het begrip geneeskunde valt blijft vooralsnog een twistpunt.

Niet alleen het Genootschap en artsen volgen het proces, maar ook de overheid. Naar aanleiding van het proces Soeter ontvangt de voorzitter van het Genootschap, Minkman, een dienstbrief van de Adjunct-Inspecteur van het Geneeskundig Staats-toezicht in de provinciën Gelderland en Utrecht. Daarin wordt het Genootschap er op gewezen dat massage tot de geneeskunde behoort, "zodat massage in den vervolge zal moeten plaats hebben door den geneesheer zelve of onder zijn persoonlijk toezicht".

De Huishoudelijke Vergadering van januari 1893, waar deze brief wordt besproken acht "een en ander in bedoelden brief onjuist en niet noodig". Een gymnastiek-onderwijzer is immers niet strafbaar "wanneer hij als manus magistri op last van den geneesheer, als diens helper optreedt".

Het Genootschap grijpt de zaak Soeter aan om zijn standpunten nog eens duidelijk kenbaar te maken. Het wordt ten eerste afgekeurd dat de "heer S. zijne heilgymnastische practijk schijnt uit te oefenen zonder advies of voorschrift van den geneeskundige".

Het is pikante bijzonderheid dat het Genootschap ten tijde dat het proces Soeter bij het kantongerecht dient, artikel 16 doorvoert in het Reglement: "De werkende leden zijn gehouden geene patiënten te behandelen, dan na machtiging en goedkeuring van een Medicus".

Het lijdt geen twijfel dat massage als onderdeel van de geneeskunde aangemerkt moet worden. Wat dat betreft is men het eens met het arrest van de Hoge Raad in november 1882. Niet eens is men het met de uitspraak van enkele getuige-deskundigen dat heilgymnastiek onder de gymnastiek te rangschikken valt. Het doel van de heilgymnastiek is om "den mensch gezonder, krachtiger, welgevormder te maken. Uit dit oogpunt beschouwd, behoort ze dus tot het uitoefenen van geneeskunde, maar is in vele opzichten toch zeer na aan de gymnastiek verwant". Massage moet beschouwd worden als een onderdeel van de heilgymnastiek en beide dienen onder 'uitoefening der geneeskunst' geschaard te worden.

Een daaraan gekoppelde vraag is wie heilgymnastiek uitoefent. In de meeste gevallen is dat niet de geneeskundige daar "de meeste tegenwoordige geneeskundigen de heilgymnastiek slechts

bij naam kennen". Bovendien "eene heilgymnastische behandeling vordert in den regel zooveel tijd, dat het den geneeskundige onmogelijk is, dien voor dit doel te besteden. En als hij er den tijd voor nam, zou eene behandeling den patiënt zeer kostbaar worden (...). Is het wonder dat (...) zich langzamerhand, als direct gevolg van een algemeen gevoelde behoefte, vele gymnastiekonderwijzers zich belasten met de practijk, waar de Medicus die noodig oordeelt? (...) Het is echter zaak, dat deze hulp, die voor den geneesheer onontbeerlijk is, goed verleend wordt, dat die personen der zake kundig zijn en dat deze hulp dus niet aan onbekwame handen wordt toevertrouwd (...). Het is de plicht der regeering om deze zaak op een behoorlijken grondslag te vestigen, om dus de uitoefening der heilgymnastische practijk op wettelijke wijze te regelen".¹⁹

1.3. Genootschapsexamen

Aan het einde van de 19^e eeuw ontstaat door oprichting van het Genootschap een delicate situatie waarin een nieuwe beroepsgroep zich op het terrein der geneeskunde begeeft zonder de benodigde medische kennis en in conflict komt met artsen die niet of nauwelijks iets afweten van heilgymnastiek. Pogingen om een gerechtelijke uitspraak uit te lokken over de plaats van de heilgymnastiek - zoals in het proces Soeter en soortgelijke processen als van Davenport alias Sequah - hebben geen duidelijke uitspraken opgeleverd. De beroepsvereniging staat voor de taak het eigen deskundigheidsterrein vorm te geven en erkend te krijgen. Een eerste poging daartoe is reeds ondernomen door het opstellen van een concept-examenprogramma. Naar aanleiding van processen als dat van Soeter merkt een bestuurslid op dat "we nog kort geleden van doctorale zijde den raad kregen aan het examen niet te werken", maar "eene afwachende houding aan te nemen, omdat 't niet anders kon, of de grenzen zouden daardoor wel duidelijk worden getroffen".²⁰

Van lekenzijde daarentegen wordt het Genootschap aangespoord om vaart te zetten achter de examenkwestie. Dit komt onder meer tot uiting in een artikel in het Maandschrift van het Genootschap, waarin wordt gesteld: "Ik betreur het, dat het be-

staan van den heilgymnast, sedert het besluit van den Hoogen Raad, geheel in handen is gespeeld van de geneeskundigen. (...) Wat leert ons nu de ondervinding? Onze 'werkgevers', onze 'aanwijzers' en 'controleurs' zijn niet berekend voor de taak, die zij moeten vervullen. De aanwijzing, het voorschrift van behandelen, zij blijven gewoonlijk achterwege, om de doodeenvoudige reden, dat het voor de H.H. Medici eene onmogelijkheid is deze te geven, omdat zij de volledige heilgymnastische behandeling niet genoegzaam machtig zijn (...). Er is maar één uitweg om de dokters van een lastig toezicht te verlossen en de beoefenaren der heilgymnastiek recht te laten wedervaren, namelijk: door het instellen van een Staatsexamen voor heilgymnastiek. Al sedert jaren wachten wij heilgymnasten tevergeefs, dat aan ons billijk verlangen zal worden voldaan, waardoor wij een weinig meer zelfstandigheid en meteen een cachet van wetenschappelijke ontwikkeling verkrijgen". Mede naar aanleiding van 'de wijze van bestrijding der doktoren' wordt het de schrijver van dit artikel verder verboden om nog in het Maandschrift van het Genootschap te publiceren.²¹

Eén der buitengewone leden van het Genootschap pleit, ondanks zijn principiële bezwaren, voor het afnemen van een examen 'in eigen boezem' gezien de huidige situatie.²² Het concept-programma, zoals dat door het bestuur in 1890 is opgesteld, zou volgens hem opgesplitst moeten worden in een theoretisch en een praktisch gedeelte en de eisen zullen scherp moeten zijn: "het kaf moet van het koren gescheiden worden, de vele prullen van heilgymnasten moeten uitvallen". De heilgymnast zal onder leiding van een medicus moeten werken en daardoor zal "een voorname hinderlijke factor uitvallen, namelijk de verantwoordelijkheid".

Met dit pleidooi wil niet gezegd zijn dat "het de gewenschte toestand is, dat de heilgymnast dit onderdeel van de therapie uitoefent (...) Mais qu'y faire. Het aantal der medici die massage beoefenen is nog te gering; er zijn nog te weinig medici die den tijd, den lust en den lichamelijke geschiktheid hebben zich dezen voornamen tak der therapie eigen te maken". Kortom de gymnastiekonderwijzer kan van dit gat in de markt profiteren. "Laten we er dan ons best voor doen van den niet-arts zoveel mogelijk een bruikbaar mechano-therapeut te maken;

(...) omdat dit voorshands nog een noodzakelijk kwaad is."

In de discussie in een Algemene Vergadering in 1894 van het Genootschap welke volgt op dit pleidooi voor invoering van een Genootschapsexamen, wordt besloten om een commissie een nieuw concept-examenprogramma te laten opstellen.²³

In het rapport dat deze commissie in 1894 uitbrengt wordt het streven naar een staatsexamen - voorlopig - afgewezen. "Krijgen de geëxamineerden rechten, dan wordt de deur geopend voor allerlei kwakzalverij (...). Dat examen zal dan tot gevaarlijke zelfstandigheid leiden." Bovendien zou iedere medicus tenminste theoretisch volkomen op de hoogte moeten zijn van mechano-therapie. "Omdat dit thans niet het geval is, heeft een Staatsexamen voor heilgymnastiek ook geen waarde." Daar intussen toch wat gedaan moet worden stelt de commissie voor "dat er van wege het Genootschap een examen worde ingesteld, medici, buitengewone leden van het Genootschap zullen worden verzocht dit examen af te nemen (...). De geslaagde krijgt geen diploma; doch wordt door zijn (haar) examen lid van het Genootschap; het lidmaatschap is zijn diploma "(zogenaamd quantiediploma).

Tot het examen worden toegelaten, diegenen die in het bezit zijn van de LO of MO-akte voor gymnastiek, van het diploma eindexamen HBS of gymnasium, of van de Hulp- of Hoofdakte voor onderwijzer.

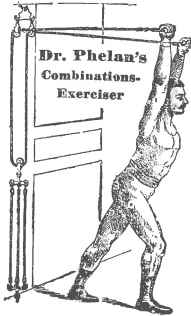
Of er, nadat men is toegelaten als lid van het Genootschap, nog een cursus gevolgd zal moeten worden door de leden, daarover wenst de commissie zich niet uit te laten. Dat is een zorg voor later.²⁴

PERRY & Co.

93-99 Kalverstraat - Amsterdam

Dr. Luis J. Phelan's
Health Exerciser

HET toestel voor Heil- en
Kamer-gymnastiek.



□□□□□□□□

Voor Damesen

Kinderen f 7.20

Voor Heeren - 8.40

Voor Sterkere

Heeren - 9.60

Extra (buiten-

gewoon sterk - 12.60

Gecomb. ver-

stelbaar toe-

stel voor alle

leden van 't

gezin - 12.60

Anatomisch

Tableau voor

oefeningen - 0.30

□□□□□□□□



Borstverwijders, Systeem Dr. Phelan



f 7.50 □ f 9.- □ f 12.-

KORFBAL SPELEN

alles gemaakt volgens 't reglement van den Nederl. Korfbal Bond;
Prijs geheel compleet f 27.50.

PERRY & Co. - Amsterdam

■ KOFFERS EN TASSCHEN ■

FILIALEN: AMSTERDAM P. V. V.; ARNHEM, DEN HAAG, UTRECHT.

Advertentie Maandschrift

Tijdens de bespreking in de Algemene Vergadering van april 1894 lokt dit rapport veel reactie uit. Niet zozeer wat de instelling van een Genootschapsexamen betreft, maar veeleer de manier waarop men het examen wil inrichten. Met name de leden van de examencommissie uit 1890 benadrukken dat de gymnastiekonderwijzers die heilgymnastiek bedrijven, een wetenschappelijke ontwikkeling moeten hebben of krijgen. Anderen menen dat het examen niet als toelatingsgrond zou moeten fungeren, maar zou moeten worden afgelegd nadat men als lid is toegelaten.

Verder is het al dan niet uitreiken van een diploma een heet hangijzer; het zelfstandig optreden van heilgymnasten zal met het uitreiken van een diploma in de hand gewerkt worden, vrezende sommigen.

Verdeeldheid van mening is er ook over de vraag wie het examen zal afnemen. Enkele leden menen dat dit een taak is voor de buitengewone leden van het Genootschap (artsen dus). Anderen vinden dat geëxamineerde heilgymnasten de buitengewone leden moeten bijstaan in de examencommissie, vooral daar waar het gaat om het praktisch examen.

Niet alleen over de functie van het examen binnen de vereniging wordt gepraat, maar ook over de inrichting en de examenstof. Met een stemmenverhouding van 11 voor en 10 tegen, gaat het Genootschap akkoord met een examen 'in eigen boezem'.

Men acht het wenselijk dat de huidige leden ook het examen afleggen. Mocht men daarvoor niet slagen dan worden ze niet als lid geschrapt; dat zou teveel leden gaan kosten.

Op de volgende Algemene Vergadering in september 1894 worden de volgende knopen doorgehakt:²⁵

- het examen dient alleen als toelating tot het Genootschap, de kwitantie dient als bewijs van lidmaatschap en zal de vorm van een diploma krijgen; het 'kwitantiediploma'
- het Genootschap richt in aansluiting op het toelatingsexamen een cursus op voor praktische en theoretische heilgymnastiek
Op de vraag: wie zal dat betalen, is het antwoord 'de leerlingen'
- het examen is publiek voor artsen en leden van het Genootschap. Aanstaande kandidaten die de benodigde kwaliteiten menen te bezitten kunnen de toegang tot het examen schriftelijk aanvragen

De voorzitter laat niet na een vermanend woord te spreken: "Moge op de groote trom slaande advertentiën, getuigend van kruideniers- en kwakzalversmentaliteit nimmer het Genootschap binnen sluipen"; de beste reclame is "het resultaat van ons werk".²⁶

Het eerste examen wordt op 6 en 7 september 1895 afgenomen. Enkele leden van het Genootschap leveren aan een medische commissie het bewijs "dat zij van de heilgymnastiek en de massage de noodige studie hebben gemaakt en tevens de gewenschte be-drevenheid hebben verkregen". De artsen die het examen afnemen zijn allen leden van het Genootschap. De namen van de kandida-ten worden niet vermeld in het Maandschrift of in de genees-kundige bladen "opdat er niet zal geschitterd worden".

2. Streven naar erkenning

2.1. Artsen over het Genootschapsexamen

Het Genootschap heeft zich aan het einde van de 19^e eeuw ontwikkeld tot een beroepsvereniging die stelt garanties te kunnen bieden voor de kwaliteit van de beroepsuitoefening. In het Reglement van het Genootschap wordt benadrukt dat de "leden zijn gehouden geene patiënten te behandelen, dan na machtiging en goedkeuring van een Medicus". Verder is er een Genootschapsexamen ingesteld en wordt het examen door buitengewone leden van het Genootschap afgenomen. Voldoende voorwaarden voor erkenning van de beroepsgroep heilgymnastiek door de medische stand, zo meent het Genootschap. Niets blijkt echter minder waar.

In medische kringen gruwde men bij het idee: een geneeskundig examen door niet-geneeskundigen ingesteld. Naar aanleiding van een voorstel van de afdeling Rotterdam wordt deze zaak in 1897 in de Algemene Vergadering van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (NMG) besproken. "De Algemene Vergadering der Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst spreke als haar oordeel uit, dat de wijze van afnemen der examina voor heilgymnastiek en massage, zooals dit tot nu geschied is door sommige geneeskundigen (...) afkeuring verdient."²⁷

In de toelichting op dit voorstel van de afdeling Rotterdam worden vervolgens de examenvragen onder de loupe genomen. Dergelijke eisen, zo wordt gesteld, zou men zelfs niet aan een kandidaat in de geneeskunde mogen voorleggen, laat staan aan leken. Uit de vragen komt naar voren "dat de heilgymnast, die toch geen medische opleiding geniet, naast en boven den medi-

cus gesteld wordt". Kenmerkend voor de schijnbare bekwaamheid is het volgende citaat, ontleend aan het verslag van het Genootschapsexamen: "Leeken, niet-medici, die van de massage en alles wat daartoe behoort(!) een studie maken en dagelijks in de praktijk toepassen, zijn toch zeker te verkiezen boven den arts, die in de geneesmiddelenleer (ons eenig therapeutisch kennen!!) hoog staat, maar die door onge oefendheid met de handen noch kracht kan zetten, noch het fijne gevoel heeft (arme chirurgen!!) dat de vaardige masseur hebben moet om de manipulatiën met juistheid uit te voeren".²⁸ De slotpassage luidt: "Het is in het algemeen belang van de patiënten dat de geneeskundigen zelven niet het hecht uit handen geven, maar zelf of aan andere geneeskundigen de behandeling opdragen". Wel zou het nut kunnen hebben om een "keurbende te vormen, waarvan wij verzekerd zijn, dat zij met nauwgezetheid ieder onzer voorschriften opvolgt, gelijk dit ook tegenwoordig in de ziekenverpleging geschiedt".²⁹

Dergelijke aantijgingen laten de geneeskundigen-examinatoren niet op zich zitten. De examencommissie heeft mede het examenprogramma opgesteld; "aan ons dus de verdediging van onze wijze van handelen".³⁰ Wat betreft de examenvragen; een examen kan niet beoordeeld worden op de vragen zonder de antwoorden te kennen. Een gelijkkluidende vraag zal op verschillend niveau beantwoord worden door een medicus dan wel door een heilgymnast. Bovendien bestond het merendeel van de examinandi uit leden, die òf in vergaderingen òf in het Maandschrift over verschillende onderwerpen hadden gesproken en geschreven.³¹ Een diploma wordt niet uitgereikt om misbruik te voorkomen. Men zou bijvoorbeeld voor korte tijd lid kunnen worden, dan bedanken, en dan zelfstandig gaan optreden (zonder toezicht van een medicus) onder de titel 'gediplomeerd heilgymnast' of nog erger. "Er zijn nu eenmaal in ons land heilgymnasten en menschen, die zich zoo betitelen in bonte menigte, tienmaal meer dan het veertigtal leden van het Genootschap, er worden dagelijks in ons vaderland tal van patiënten door hen behandeld en mishandeld(...). Laten we hen, die het goede willen, voorthelpen."³²

Bemoeienis van de NMG met het Genootschapsexamen, een intern examen dat louter recht geeft op toelating tot de ballotage

voor het lidmaatschap van het Genootschap, wordt daarom door de geneeskundige examinatoren afgewezen. Het verweerschrift wordt besloten met een lijst van namen van buitengewone leden van het Genootschap (21 medici).

Het voorstel van de afdeling Rotterdam van de NMG en het verweer van de examencommissie roept een aantal artsen in het geweer. Ter illustratie volgen enkele commentaren:

Een orthopaed maakt zich ongerust over deze diploma-ontwaarding en over het optreden van de artsen-examinatoren die de belangen van de geneeskundige stand schaden. Het gaat niet aan om jonge werkloze artsen de pas af te snijden door een "soort halve doctoren aan te kweken". "Daarbij komt dat morgen aan den dag toch elke medicus, die er lust in gevoelt en eenigszins met dit terrein bekend is, met evenveel recht examens kan gaan afnemen en diploma's uitreiken (...) om dezelfde wanverhouding te scheppen als in Oostenrijk en Duitschland, waar nagenoeg elke heilgymnast is gediplomeerd door den een of anderen Professor of Docter." Met een lijst van buitenlandse literatuur en citaten tracht hij zijn mening kracht bij te zetten.³³

Het doel van het voorstel van de afdeling Rotterdam - zo menen twee artsen - is niet "den gymnastiekonderwijzer te verdrijven of hem zijn werk te ontnemen" maar "te voorkomen, dat door sommige medici een nieuwe categorie van personen, heilgymnasten genoemd, wordt gevormd, die, zoodra zij het in hun belang oordeelen, zeker zich niet ontzien op eigen houtje docter te spelen". Tot slot merken ze fijntjes op dat ze aan de redactie van het Maandschrift van het Genootschap geen ruimte zullen vragen "om de namen der ruim 2000 geneesheren uit Nederland, die géén lid van het Genootschap zijn, hieronder op te nemen".³⁴

Een laatste reactie komt van een buitengewoon lid van het Genootschap. Wanneer we ons zouden houden aan de stelregel dat massage altijd plaats zou moeten vinden onder het toeziend oog van de medicus "dan zouden de weldaden van de massage slechts onder het bereik vallen van de upper ten thousand".³⁵

De kwestie, begonnen met kritiek op artsen die als examinatoren optreden bij het Genootschapsexamen, groeit uit tot een

felle tegenstand tegen het uitoefenen van heilgymnastiek en massage door heilgymnasten. De artsen zijn niet voor niets zo fel. In de jaren 1890 groeit het aantal artsen zo gestaag dat er rond 1900 een groot overschot is ontstaan.³⁶

De afdelingen der NMG dringen er bij hun standorganisatie op aan maatregelen te nemen tegen indringers op hun terrein.

In 1897 wordt een voorstel van de afdeling Rotterdam - het initiatief niet uit handen te geven en zelf helpers in de heilgymnastiek op te leiden, die stipt de aanwijzingen van de arts volgen - aangenomen.

Ook de afdeling Arnhem wil een uitspraak van de Maatschappij dat alleen artsen in orthopedie gespecialiseerd, heilgymnastiek en massage mogen uitoefenen. "Nemen wij het voorstel Arnhem aan, dan lopen wij opnieuw gevaar dat de Maatschappij iets besluit dat zij niet kan handhaven. Men heeft immers ook vroeger gedacht, dat de ouderwetsche tandmeesters geheel door in alle opzichten bevoegde artsen vervangen zouden worden. Dit is niet geschied. Zou iets dergelijks niet mogen verwacht worden voor de heilgymnastiek en de massage eveneens?"³⁷

Het Hoofdbestuur van de NMG stelt daarop in 1897 een commissie in die het als zijn taak beschouwt "om in de eerste plaats te geraken tot een zo volledig mogelijk overzicht van den toestand waarin zich de geneeskundige gymnastiek en massage in onze dagen in ons land bevinden".³⁸

Daartoe wordt een aantal vragen in de vorm van een circulaire aan de afdelingen van de NMG gezonden. In 1898 komt de commissie met een rapport.

Uit de antwoorden blijkt dat veel afdelingen de zaak slechts terloops hebben behandeld. "Opmerkelijk is, dat de meeste Afdelingen welke geen grote stad in haar gebied bezitten, voor de kwestie zeer weinig schijnen te gevoelen."³⁹ Daaruit meent de commissie - zij het enigszins aarzelend - op te moeten maken, dat de betekenis van de geneeskundige heilgymnastiek door veel leden van de NMG niet hoog wordt aangeslagen.

Kort samengevat komt uit de geringe respons op de vragen het volgende beeld naar voren.⁴⁰

Over het algemeen treden de heilgymnasten zelfstandig op; een

optreden dat door de afdelingen overigens op verschillende wijze wordt geïnterpreteerd. In alle grote steden, vooral Amsterdam, Den Haag en Rotterdam wordt veelvuldig geadverteerd met gediplomeerd heilgymnast of masseur. Het overgrote deel der afdelingen van de NMG vindt dat de medicus zich geenszins als dekmantel voor de werkzaamheden van de heilgymnasten laat gebruiken. Er blijken slechts twaalf medici te zijn die als beroep uitsluitend 'geneeskundige gymnastiek en massage' uitoefenen.⁴¹ Verder zegt het merendeel der medici geen behoefte te hebben aan assistentie voor geneeskundige heilgymnastiek en massage. De artsen zijn tevreden met de plaatselijke gymnastiekonderwijzer of ze verwijzen patiënten door naar de grote stad waar heilgymnasten werken. Een inventarisatie van instituten voor geneeskundige gymnastiek completeert het beeld.

Op basis van deze gegevens concludeert de commissie dat de plaats van de geneeskundige gymnastiek "behoort te zijn een onderdeel van de geneeskunst, en wel een daarvan niet te scheiden onderdeel(...). Het zelfstandig optreden van de zich noemende 'heilgymnasten' behoort daarom bepaald te worden afgekeurd".⁴²

Soms echter zal de medicus hulp van derden nodig hebben en het is de vraag of daarvoor een bijzondere categorie personen, een nieuwe stand, in het leven geroepen moet worden zoals het Genootschap wil. Veel medici, geeft de commissie toe, zijn achter gebleven bij de enorme vlucht die orthopaedie en de mechanische geneeswijzen hebben genomen, vooral op praktisch niveau. Daar tegenover hebben gymnastiekleraren wel wat in de combinatie van hun vak met geneeskunde gezien met als gevolg dat zij spoedig veel beter thuis waren op dat gebied dan de meeste medici. Medici zijn dus tot op zekere hoogte mede schuldig aan "de ontwikkeling van de soort 'heilgymnast'", te meer "zoodra geneeskundigen zich lieten vinden om in door 'heilgymnasten' opgerichte en beheerde inrichtingen(...) op te treden, waarbij de naam van den medicus de vlag werd, waardoor de lading van een feitelijke wetsovertreding moest worden gedekt". Aldus zijn er drie categorieën heilgymnasten ontstaan, te weten:

A. Een zeer groot aantal gymnastiekonderwijzers/onderwijzeressen in het bezit van "eenig diploma (meestal buitenlandsch

en soms van zeer twijfelachtige waarde) houdt zich onledig met de uitoefening der massage en geneeskundige gymnastiek, al of niet op advies van een geneeskundige"; een advies dat vaak niet meer om 't lijf heeft dan het doorsturen zonder meer.

Deze categorie wordt streng veroordeeld door de commissie.

- B. Een klein aantal gymnastiekonderwijzers (en zeker niet de slechtste) dat zich streng houdt aan de regel om alleen als manus magistri op te treden. De commissie verdenkt deze categorie ervan dat hun optreden voor een deel uit berekening gebeurt; erkenning als afzonderlijke stand door de staat wordt zodoende beter bereikbaar.
- C. Gymnastiekonderwijzers die inrichtingen voor geneeskundige gymnastiek in het leven geroepen hebben en werken onder ge-regelde controle van een arts. "Zoowel aan het verlangen van de medici als van het publiek werd hierdoor tegemoet gekomen." Tegen deze categorie maakt de commissie geen bezwaar.⁴³

Alvorens een uitspraak te doen over de gewenste soort hulp-troepen vraagt de commissie zich af of er onoverkomelijke bezwaren bestaan tegen uitvoering van de orthopaedische therapie door de medicus zelf.

Een viertal bezwaren wordt dan aangevoerd.

Ten eerste mist de medicus de praktische ervaring en oefening; theoretisch moet hij wel in staat geacht worden om in ortho-paedische gevallen de juiste diagnose en therapie aan te duiden. Dit manco dient in hoofdzaak toegeschreven te worden aan het onvolledig medisch onderwijs aan de universiteiten.

Het tweede bezwaar is dat dergelijke behandelingen (te) veel van de kostbare tijd van de medicus vergen. Alleen bij vermogende patiënten wordt deze tijd enigszins gecompenseerd door een passende beloning.

Als derde nadeel wordt aangevoerd dat een gewoon medicus niet beschikt over de nodige toestellen voor geneeskundige gymnastiek; een opvatting die niet alle leden van de commissie onderschrijven. Manuele behandeling is in bijna alle gevallen te verkiezen boven één met apparaten, menen enkelen.

Het vierde nadeel is dat specialisten in inrichtingen de persoonlijke uitvoering toch niet op zich kunnen nemen. Niet al-

leen zullen de onkosten van gebouw, inrichting, onderhoud en exploitatie zo groot zijn dat de medicus een minimum aan salaris overhoudt, maar ook zal hij om de kosten te dekken meer patiënten moeten aantrekken en dat zal dan weer ten koste gaan van de persoonlijke uitvoering van therapeutische werkzaamheden.

Hulpkrachten lijken onontbeerlijk, zo moet de commissie erkennen. De vraag dient dan gesteld aan welke kwalificatie de in te roepen hulp zou moeten voldoen. In de medische wereld bestaan daarover twee opvattingen.

Ten eerste de mening dat hulp bij orthopaedische manipulaties moet geschieden door iemand uit de onmiddellijke omgeving van de patiënt of eventueel een geschikt persoon met feeling die mogelijk te vinden is onder gymnastiekonderwijzers. Scholing is niet noodzakelijk; het vergemakkelijkt hooguit de overdracht van informatie of het geven van aanwijzingen. Voor ieder afzonderlijk geval kan een geoefend persoon 'ad hoc vervaardigd' worden door de medicus. Bij dergelijke 'gelegenheidsfiguren' bestaat minder kans op betweterij of medeweterij dan bij geëxamineerden. 'Occasionals' zijn precies wat ze horen te zijn: werktuigen in de handen van de medicus.

Een tweede opvatting is gebaseerd op wens om te kunnen beschikken over een corps geschoolde, speciaal voor het toepassen van geneeskundig gymnastische handelwijzen opgeleide hulp troepen. "Het gelukt volgens sommigen slechts hoogst zelden om leeken met succes de handgrepen van een orthopaedische behandeling toe te vertrouwen".

Het Genootschapsexamen als opleidingsmogelijkheid voor hulpkrachten wordt afgewezen vanwege de bezwaren die daaraan kleven:

- a. het examen leidt allicht tot ongemotiveerde zelfverheffing
- b. door meewerken van medici - en vooral medici van naam - krijgt het Genootschapsexamen een officieel karakter
- c. door examen wordt het moeilijker de leden voor te houden dat zij alleen hulp der geneeskundigen zijn

De commissie komt tot de slotsom dat gesignaleerde misstanden veroorzaakt worden door de slechte opleiding van medici ten aanzien van de praktische kennis op het gebied van de ortho-

paedie. Het is deze opleiding die aangepakt dient te worden. "Men zij voorzichtig met het bewandelen van den omgekeerden weg, dat de hulp zich op den voorgrond plaatst, terwijl de meester nog onzichtbaar is."⁴⁴

De commissie geeft de volgende conclusies ter overweging:

1. massage en geneeskundige gymnastiek zijn onderdelen der geneeskunde en voorbehouden aan geneeskundigen
2. verbetering van het Hoger Onderwijs ten opzichte van orthopaedie, vooral wat betreft de bewegingsleer, de geneeskundige gymnastiek en massage, is dringend noodzakelijk
3. immenging van staatswege, inzake regelingen voor orthopaedische therapie inclusief massage en geneeskundige gymnastiek, is overbodig⁴⁵

De conclusies worden in de Algemene Vergadering van de NMG in 1898 zonder veel discussie aangenomen.

De tekst van de tweede conclusie wordt gewijzigd in: "Verbetering van de gelegenheid voor oefening en onderwijs in de mechanotherapie is wenschelijk".⁴⁶ Dit omdat het er vooral om gaat de praktische kennis en techniek van de artsen te verbeteren.

Bij monde van de voorzitter van het Genootschap wordt commentaar geleverd op dit rapport. Hij stelt dat hij het streven naar een ideale situatie kan billijken, maar dan wel rekening houdende met de realiteit: een zeer groot tekort aan artsen die theoretisch en praktisch onderlegd zijn in heilgymnastiek en massage. En hoe moet dan de "nood der lijdende menscheid gelenigd worden als wij er niet zouden zijn".⁴⁷

2.2. Concurrentie binnen de beroepsgroep

Afbakening van de werkzaamheden van de heilgymnast is niet alleen nodig ten opzichte van geneeskundigen, maar ook ten opzichte van ondeskundigen. Bij het streven naar (wettelijke) erkenning zal het beroep immers een min of meer eigen deskundigheidsgebied moeten hebben en zal de kwaliteit van de beroepsuitoefening op een voldoende hoog peil moeten staan.

Vooraf in het begin van de 20^e eeuw heeft het beroep in opkomst te kampen met een grote toevloed van lieden die zich uitgeven voor 'gediplomeerd heilgymnast' en daarmee het niveau

van de beroepsuitoefening naar beneden halen. Het bestuur van het Genootschap ziet zich voor de taak gesteld om aannemelijk te maken dat het Genootschapsexamen de enige echte kwaliteitsgarantie biedt.

De 'aanmaak' van een groot aantal 'gediplomeerde heilgymnasten' komt echter van 'bevoegde' zijde, namelijk van de artsen, met name de orthopaeden. De Nederlandsche Orthopaedische Vereeniging die in 1898 is opgericht wil "gaarne de chirurgen van dit deel (= orthopaedie, geneeskundige gymnastiek en massage) van hun werk ontslaan (...). Of echter de chirurgen geneigd zijn dit aanhangsel over te geven, is aan gerechten twijfel onderhevig". Er staat "een heir van leeken gereed om zich te beijveren den chirurgen behulpzaam te zijn of zelfs patiënten geheel zelfstandig onder handen te nemen(...). Aansluiting der medici die orthopaedie beoefenen, zal nuttig zijn voor de beoefening van dit vak in Nederland en verder onder andere voor de oplossing der brandende vraag, hoe de verhouding van den medicus en zijn helpers moet worden geregeld".⁴⁸

De oplossing voor deze brandende kwestie wordt gevonden door zèlf helpers naar eigen inzichten op te leiden; dat wil zeggen hun de nodige onderdanigheid bij te brengen.

"Wie ooren heeft om te hooren, die kan begrijpen waar men heen wil", aldus de voorzitter van het Genootschap. De arts dient dan wel alom tegenwoordig te zijn om op het werk van zijn helpers onmiddellijk toezicht te houden, maar hoe zou hij dat, zeker in inrichtingen, kunnen waarmaken.

Een prominent lid van de Orthopaedische Vereeniging haalt de schouders op voor de eigenwijze zelfgenoegzaamheid van halfweters met wie hij de Genootschapsleden bedoelt. "Ik acht het onverantwoordelijk van sommige medici dat zij zich laten vinden, om als examinatoren bij een zoogenaamd examen, door het Genootschap ingesteld, op treden en daardoor menschen op een voetstuk te plaatsen waarop dezen niet behooren te staan, dat zij aldus handelend den breeden weg, dien onbevoegden bewandelen, helpen verbreeden, dat zij willens en wetens een officieuze glimp geven aan het lidmaatschap van het Genootschap ter beoefening van Heilgymnastiek in Nederland." Hulp aan

Heilgymnasten en masseurs dient alleen verleend te worden onder ons "voortdurend en onmiddellijk toezicht onder onze volle verantwoordelijkheid voor elk geval in het bijzonder".⁴⁹

Als laatste een reactie van een zekere P. (de voorzitter van de Orthopaedische Vereeniging, Paré wellicht?). De aanmatiging van de heilgymnasten vindt hij onverteerbaar. Hij windt zich vooral op over een artikel uit de Nieuwe Rotterdamsche Courant waarin zijns inziens door een heilgymnast wordt beweerd dat kundige heilgymnasten de feitelijke bevoegden zijn ook al hebben ze geen wettelijke vergunning. De medici zouden weliswaar de wettelijk bevoegden zijn, maar door een tekort aan praktische en theoretische ervaring zijn zij op dit gebied in feite onbevoegd. En dan... "De heilgymnasten schetteren gewoonlijk over hun langdurige, grondige opleiding. Eilieve, waar geschiedt die toch? (...) Te hooi en te gras moet de candidaatheilgymnast zijn bekwaamheden opdoen om zich te bekwamen voor het examen, dat zij desnoods onder elkaar bekokstoven en waarvoor zij de verantwoording leggen op de schouders van eenige aan hen verbonden medici(...). Ik vrees in dezen een ernstig gevaar voor de waardigheid van den geneeskundigen stand".⁵⁰

Herhaaldelijk vermaant de voorzitter van het Genootschap de leden "den dokter te geven wat des dokters is". Hoe uiterst gevoelig en explosief de verhouding tussen de artsen en het Genootschap ligt, blijkt in 1900 in een controverse tussen een buitengewoon lid en een prominent lid tevens vice-voorzitter en oprichter van het Genootschap.⁵¹

De kwestie is als volgt. Werkende leden van het Genootschap zijn gehouden aan artikel 16 van het reglement: patiënten slechts behandelen na machtiging van een medicus. Wegens overtreding van dit artikel eist het buitengewone lid royement van het werkende lid in een brief aan het bestuur van het Genootschap. Na een grondige gedachtenwisseling tussen de partijen, zet het buitengewoon lid zijn eis tot royement om in een eis tot een principe-uitspraak over artikel 16 door de Algemene Vergadering van het Genootschap.

De leden menen dat een behandeling mag worden begonnen, na machtiging vooraf door elke willekeurige arts. Het merendeel der buitengewone leden daarentegen meent dat als de huismedi-

cus bezwaar maakt tegen de behandeling dit bindend is, tenzij een orthopaed daar anders over denkt.

Dit fundamentele meningsverschil resulteert erin dat een groot deel der buitengewone leden en enkele werkende leden, het Genootschap kwaad de rug toekeren. Deze uittocht veroorzaakt een teneergeslagen stemming; de voorzitter bepleit solidariteit van de werkende leden onderling.

De toestroom van 'gediplomeerde hulpkrachten' is niet alleen te wijten aan artsen en orthopaeden die zèlf gaan opleiden, maar ook aan de opkomst van allerlei particuliere instellingen waar men soms binnen luttele maanden een diploma kan behalen ongeacht de vooropleiding.

Rond de eeuwwisseling wordt het meer gebruikelijk dat meisjes van goeude stand zich een maatschappelijke positie verwerven. Het behandelen van patiënten aan apparaten, biedt de vrouwelijke hulpkrachten - die een geringere fysieke kracht bezitten dan mannen - de kans op een fatsoenlijke betrekking. Met deze argumenten spiegelt het Bureau voor Vrouwenarbeid in 1901 in haar brochure een baan als heilgymnaste voor. Het Bureau bemiddelt bij het verzorgen van de opleiding; een arts geeft de vorming.⁵²

Verder is het mogelijk om in het buitenland, na een 'opleiding' van enkele weken en betaling van een niet gering bedrag, een diploma te halen.

Opmerkelijk is dat veelal vrouwen van goeude huize zich laten opleiden. Daar ze veelal uit dezelfde maatschappelijke lagen komen als de artsen, krijgen ze via connecties gemakkelijk patiënten toegeschoven.

De grote concurrentie binnen de beroepsgroep is fnuikend. Het afschilderen van niet-leden van het Genootschap als 'halfbakken' heilgymnasten heeft niet het gewenste effect; ze blijven met heilgymnastiek en massage hun brood verdienen. Door het aanprijzen van de kwaliteit van de eigen leden probeert het Genootschap de negatieve gevolgen van deze broodstrijd te beperken.

Deze geduchte concurrentie noopt het Genootschap tot herwaardering van de eigen opleiding en het examen. Moet men de examen- en toelatingseisen niet eveneens verlagen, zo vraagt men

zich af; temeer daar het aantal kandidaten dat zich aanmeldt voor het Genootschapsexamen zeer gering is. In de periode 1900-1910 slagen slechts gemiddeld drie kandidaten per jaar. Verder is te overwegen of medici het Genootschapsexamen moeten blijven afnemen; medici die aan dit examen willen meewerken zijn toch al moeilijk te vinden. En dan is er bovenal de kwestie van het al dan niet uitreiken van een diploma. Een kwestie die des te dringender om een oplossing vraagt nu inferieure opleidingen talloze 'leerlingen' met een schriftelijk bewijs van bekwaamheid afleveren.

Op de Huishoudelijke Vergadering van het Genootschap in augustus 1902 wordt nog wat voorzichtig om deze kwesties heenge draaid. Om de adspirant-leden niet al te erg te ontmoedigen stemt men ten slotte in met een voorstel om de verplichting voor adspirant-leden om binnen drie jaar examen te doen, te laten vallen.

In juli 1902 laten de twee arts-examinatoren verstek gaan op de examendag. Daarop besluiten enkele leden het praktisch examen zelf af te nemen. Naar aanleiding van dit voorval gaan stemmen op om voortaan het praktisch gedeelte van het examen geheel door werkende leden af te laten nemen. Het bestuur doet daartoe een voorstel dat met algemene stemmen wordt aangenomen.

Het al dan niet uitreiken van een diploma komt in de Huishoudelijke Vergadering van januari 1905 ter tafel. Er wordt een voorstel ingediend waarin wordt gepleit voor "het uitreiken van diploma's aan hen, die aan de eischen van het jaarlijksch examen hebben voldaan". Het bestuur verklaart zich tegen het voorstel. Hoewel in de discussie die daarop volgt de argumenten vóór een diploma overwegen blijkt bij stemming dat het voorstel met acht tegen twee verworpen wordt.⁵³ Er zullen vooralsnog géén diploma's uitgereikt worden.

In 1905 staan ook de exameneisen ter discussie. "Welken eischen mogen den kandidaten gesteld worden bij het toelatingsexamen van het Genootschap" vraagt een lid van het Genootschap zich af in een artikel in het Maandschrift.⁵⁴ Het examen, zo stelt hij, is in het leven geroepen met het doel het kaf van het koren te scheiden en geschikte leden voor ons Genootschap

uit te selecteren. De laatste tijd schijnt een ander doel nagestreefd te worden namelijk "dat de candidaat moet toonen, dat hij theoretisch en praktisch een bedreven heilgymnast en masseur is", maar... "dit mag en kan niet. Het mag niet, omdat dit niet het doel is waarvoor het examen is ingesteld; het kan niet, omdat het den jongeren aan de gelegenheid ontbreekt zich vooral praktisch te bekwamen".



Demonstratie van een patiënt op een cursus

In de beginperiode bestond het Genootschap uit leden die door-
kneed waren in de praktijk maar onze nieuwe leden moeten "ge-
creëerd worden uit de jonge garde". Het zijn gymnastiekonder-
wijzers die overdag werken en zich in hun vrije tijd willen
bekwamen in de heilgymnastiek. Een paar hebben het geluk om te
mogen assisteren in een inrichting maar de meesten moeten een
praktische opleiding missen. De aanstaande kandidaten moeten
aankloppen bij een stadsgenoot-heilgymnast. De lessen zijn dan
op zondag omdat de kandidaat door de week werkt; en juist dan
ontbreekt het materiaal (= patiënten) dat dienst moet doen bij
de praktische toepassing. Maar zelfs al zouden lessen op een
werkdag vallen dan nog zou het moeilijk zijn om voldoende 'ma-
teriaal' te krijgen, omdat de opleider alleen op 'kostenlooze'
patiënten onderricht kan geven. We moeten ons dan ook schikken
naar de omstandigheden en het accent bij het examen meer leg-
gen op weten en begrijpen en minder op praktische vaardigheid.

2.3. Kwaliteit of kwantiteit?

Het Genootschap als vereniging moet zijn kracht niet zoeken in het aantal leden, "maar in de hoedanigheid in het wetenschappelijk kennen en het praktisch kunnen dier leden", zo wordt in 1906 nog zonder aarzelen in het jaarverslag gesteld.⁵⁵

Het aantal werkende leden van het Genootschap - in 1895 nog 43 - neemt echter sindsdien gestaag af; waarschijnlijk vanwege het Genootschapsexamen dat in dat jaar wordt ingevoerd. In 1906 zijn het er nog maar 30. De ouderen melden zich volgens het bestuur niet "omdat zij na jaren lang de heilgymnastische praktijk te hebben uitgeoefend, zich moeilijk bloot konden stellen aan de kans te worden afgewezen en de jongeren omdat de eischen steeds hoger werden en de gelegenheid van opleiding tot dit examen zoo goed als niet bestond".

Ook het aantal buitengewone leden is na de strubbelingen met de artsen gedaald van 24 (in 1898) naar 7 (in 1907).

Tegen de achtergrond van deze zorgelijke situatie gaan steeds meer stemmen op die zich afvragen of men wel prioriteit moet blijven toekennen aan de kwaliteit, of dat men moet gaan ijveren voor een numeriek sterk Genootschap. In 1907 verschijnen over deze overlevingskwestie tamelijk veel publikaties in het Maandschrift.

De jongere generatie binnen het Genootschap is voor het streven naar een groter ledental. Een groot aantal leden is van belang om een vuist te kunnen maken.

"Onverklaarbaar is het (...) dat zoovele degelijke heilgymnasten nog buiten het Genootschap blijven staan", verzucht de secretaris van het Genootschap. "Zij beseffen niet dat door eendrachtig samenwerken veel kwaad zou kunnen worden gekeerd. Zoowel in den strijd tegen de zich vijandig tegenover ons stellende specialisten, als tegen het steeds wassende corps van beunhazen."⁵⁶

Als struikelblok voor het niet toetreden tot het Genootschap wordt als eerste het examen genoemd. Het kan maar beter afschaft worden, want "nu moet dunkt me, wat het zwaarst is, het zwaarst wegen."⁵⁷ Ten tweede: de materiële en financiële kant moet meer aandacht krijgen. Ook moet er een Genootschapsdiploma komen.

Op de Algemene Vergadering van het Genootschap in 1907 wordt de kwestie aan de orde gesteld. Het gaat in feite om een verschil in opvatting over de doelstelling van het Genootschap, te weten:

- in kleine kring van gelijkgezinden de belangen van het vak kwalitatief behartigen, daar alleen een hoog wetenschappelijk peil der leden de invloed van het Genootschap kan vergroten
- een kwantitatief groot Genootschap ter behartiging van beroepsbelangen, dat zich beter te weer kan stellen tegen de medische specialisten - met hun 'koekoeksmentaliteit' - en een steeds toenemend aantal beroepsbeoefenaren met twijfelachtige certificaten⁵⁸

De meningsverschillen over het primair stellen van vakbelangen dan wel beroepsbelangen lopen hoog op. Er gaan zelfs geruchten dat pogingen in het werk worden gesteld om een alternatief Genootschap voor Heilgymnastiek en Massage op te richten. Besloten wordt, op de Algemene Vergadering van december 1907, een commissie 'beroepsbelangen' in te stellen.

De commissie moet nagaan waarom vele goede heilgymnasten zich niet bij het Genootschap aansluiten. Verder dient onderzocht te worden of het wenselijk is zich te ontwikkelen in de richting van materiële belangenbehartiging. Ten derde moet bezien worden welke middelen er zijn om de heilgymnastiek wettelijk geregeld te krijgen.⁵⁹

De commissie vangt zijn werkzaamheden aan met het zenden van een circulaire naar alle gymnastiekonderwijzers.⁶⁰ Het is niet mogelijk gebleken het rapport van deze commissie te achterhalen. Uit de bespreking van het rapport in de Algemene Vergadering (mei 1908) blijkt dat er heftige oppositie is geweest tegen het doorvoeren van de maatregelen die de commissie voorstelt om een numeriek sterk Genootschap op te bouwen, namelijk:

- het examen wordt niet meer verplicht gesteld
- de geslaagde krijgt een diploma
- het examen wordt afgenomen door medici en door werkende leden die een diploma bezitten
- het instellen van cursussen door het Genootschap wordt niet wenselijk geacht met als argument, dat dit praktisch onuit-

voerbaar is (toch bestaan er op dat moment al enkele cursussen die door leden van het Genootschap op persoonlijke titel worden gegeven)

Om de kwalitatieve aspecten niet geheel te verwaarlozen, wil het Genootschap artsen uitnodigen voor het onderricht op vergaderingen; dit om de eenzijdigheid van de opleiders te doorbreken. Ook wordt het principebesluit genomen "te eeniger tijd aan te dringen op de instelling van een Staatsexamen".⁶¹

In de zomer van 1908 wordt er veel van gedachten gewisseld over de 'nieuwe koers'. Kopstukken van de nieuwe generatie (Van Essen en Stumpf) zijn het oneens met oudgedienden (Van Kreel c.s.), die de kwaliteit willen laten prevaleren. Onder leiding van Van Essen worden twee mogelijkheden overwogen: voorzitter Van Kreel wippen of een eigen alternatieve vereniging oprichten.⁶²

De 'overval' gelukt. In november wordt gewag gemaakt van 'on-enigheid' binnen het bestuur. Er is een nieuw bestuur aangetreden met Van Essen als voorzitter en Stumpf als hoofdredacteur (van het Maandschrift). De werkende leden is niet gevraagd of ze instemmen met het nieuwe bestuur; wel heeft het nieuwe bestuur de buitengewone leden achter zich.

Na het inslaan van de nieuwe koers stijgt het ledenaantal, dat na 1896 is afgenomen, voortdurend. Het dieptepunt vormt het jaar 1906; er zijn dan nog maar 30 leden. In 1909 is het ledental alweer verdubbeld.

De knoeierij met diploma's gaat evenwel door. Een wettelijke erkenning van opleiding en examen van het Genootschap zou in deze situatie uitkomst kunnen bieden; de grenzen tussen malafide en bonafide opleidingen kunnen dan duidelijk worden. Die erkenning ligt echter nog in een ver verschiet en staat of valt met de medewerking van de artsen. Men moet dan ook omzichtig te werk gaan. "Drongen wij op universitaire opleiding aan - wel, onze stem zou zeker in de eerste vijftig jaren nog niet doordringen. Vroegen wij een Rijksschool - wij hebben genoeg waarschuwingen ontvangen dit niet te doen - wij zouden ook dan nog in tientallen jaren geen succes hebben. Daarom vragen wij steun voor een particuliere school."⁶³

Het bestuur wil meer greep krijgen op de opleiding; het ont-

breekt aan een uniforme vorming. Daarom wordt geprobeerd een vakschool van de grond te krijgen, waarin heilgymnastiek en massage op systematische wijze worden onderwezen.

In 1909 wordt aan de minister een verzoek om rijkssubsidie voor oprichting van een vakschool voor heilgymnastiek en massage gedaan.

De minister van Binnenlandse Zaken - Heemskerk - stelt in de Memorie van Antwoord dat "als eerste eisch zou mitsdien gesteld moeten worden, dat de vakschool sta onder medische leiding en dat zij tevens de gelegenheid biede tot het behandelen van patiënten. Daar nog niet is gebleken van belangstelling voor deze zaak van medische zijde, komt het reeds uit dezen hoofde ondergeteekende praematuur voor, thans op dit punt verder in te gaan".

Dit wordt door het lid van de Tweede kamer de heer Van Asch van Wijck bestreden. Hij pleit voor instelling van een vakopleiding, omdat nu een toestand is ontstaan "waarbij ons land overstromd wordt door een aantal masseurs en masseuses, die òf elke voorbereiding missen, òf door het bijwonen van een cursus van eenige weken of hoogstens eenige maanden, zich een diploma kochten, waarmede gewapend, zij nu veelal geheel zelfstandig op het publiek proeven nemen". De minister wenst, ondanks enkele pleidooien voor subsidieverlening voor een vakschool, eerst het advies in te winnen van de Centrale Gezondheidsraad.⁶⁴

Hoewel de Raad het verzoek om subsidie niet voor inwilliging vatbaar vindt, biedt deze de minister aan te informeren, daar voorziening in de behoefte aan deskundigen op "het gebied van heilgymnastiek en massage van groot belang geacht wordt". Een aanbod waar de minister in 1913 op ingaat. Hij verzoekt om inlichtingen over de vraag "of naast den overvloed van geneeskundigen de behoefte aan heilgymnastiek zo groot moet worden geacht, dat een vakschool een eisch des tijds moet worden geacht".

In een volgend schrijven vestigt de minister de aandacht van de Raad nog eens op de concurrentie die heilgymnasten en masseurs het grote aantal medici zullen aandoen. Bovendien is hij bang "dat zelfoverschatting en zelfstandigheid buiten den toe-

gewezen technischen kring als het ware voor den deur staan".⁶⁵ In het nader advies van de Centrale Gezondheidsraad in 1913 worden de betekenis en het nut van heilgymnastiek en massage onderstreept. Concurrentie zal de artsen prikkelen zelf heilgymnastiek en massage toe te passen en de patiënten zullen er geen schade van ondervinden.

Intussen is ook een aanvraag om subsidie van f 2.000,- ingediend bij de gemeente 's-Gravenhage; een verzoek dat niet wordt gehonoreerd door tegenwerking van medische zijde.

In de Nieuwe Courant van 9 juli 1909 is te lezen dat tevens "was ingekomen een adres van de Nederlandsche Orthopaedische Vereeniging, houdende bestrijding der subsidie-aanvraag voor de Vakschool tot opleiding van Heilgymnasten".

Daarin wordt gesteld dat een vakopleiding onvoldoende is om "aan den tegenwoordigen ongeregelde toestand op het gebied der heilgymnastiek en massage een einde te maken".⁶⁶ "De Orthopaedische Vereeniging wijst er bovendien op, dat allerwege de wenschelijkheid wordt uitgesproken, dat de geneeskundigen zelf dat onderdeel der geneeskundige wetenschap meer zullen beoefenen, in welk geval de heilgymnasten en masseurs langzamerhand niet meer noodig zijn."⁶⁷

De gemeente besluit afwijzend te beschikken op de subsidie-aanvraag voor oprichting van een vakschool, omdat de staat in deze het initiatief moet nemen, en bovendien zijn B&W niet overtuigd dat een dergelijke school levensvatbaarheid bezit. Het Genootschap is verontwaardigd over de afwijzingen. De behoefte aan goede heilgymnastiek neemt dagelijks toe; in de naaste toekomst zullen meer heilgymnasten nodig zijn dan onder de huidige omstandigheden worden gevormd. Daarentegen neemt het aantal orthopaeden dat werkzaam is op het gebied van heilgymnastiek en massage, jaarlijks met ongeveer één toe. In de aankomende honderd jaren zal dus zeker wel werk zijn voor heilgymnasten en masseurs. "We eischen niets ongeloorloofs, niets dat het publiek of de medici benadeelen kan. Daar de huidige toestand onhoudbaar is, zal ook zelfs zonder medewerking der medici een regeling getroffen moeten worden. 't Publiek ziet meer en meer in, dat de tegenwerking van medische zijde die we nu ondervinden uitsluitend in de dubbeltjeskwestie haar oorsprong vindt."⁶⁸

Besloten wordt om een commissie in te stellen die de mogelijkheid moet onderzoeken om uit eigen middelen een vakschool op te richten. De uitslag is dat "het Genootschap de kosten aan zulk eene school noodzakelijkerwijze verbonden niet kan dragen". Het verbeteren van bestaande opleidingsmogelijkheden kan wellicht in de naaste toekomst tot oprichting van een vakschool leiden, aldus de commissie.⁶⁹

Het Genootschap zegt daarop zijn steun toe aan elke particuliere school die voldoet aan de volgende eisen:

- toelatingseis MO-acte gymnastiek of een ander door het Bestuur van het Genootschap goedgekeurd toelatingsexamen
- opleiden voor het examen van het Genootschap moet het doel van de school zijn; de school reikt zelf geen diploma's uit
- het Genootschap moet belast worden met het toezicht op de vakscholen
- er dienen tenminste drie leraren op een school werkzaam te zijn en minstens één van hen moet arts zijn
- er zal wekelijks tenminste tien uur les gegeven worden gedurende twee jaar en de school moet gelegenheid bieden voor praktische oefeningen van de leerlingen.

In 1912 wordt in Amsterdam de eerste Vakschool voor Heilgymnastiek en Massage opgericht met Dr. Ch. Bles als directeur en J. van Essen als secretaris. De Kweekschool voor Lichamelijke Opvoeding in Den Haag begint ook al spoedig onderwijs in de vakken Heilgymnastiek en Massage te geven. Vakscholen worden vervolgens opgericht in Haarlem, Rotterdam en Utrecht.

Kijken we terug op de ontwikkelingen dan blijkt de tegenstelling tussen het streven naar een kwalitatief hoogstaande beroepsuitoefening en een kwantitatief sterk Genootschap geen wezenlijke tegenstelling te zijn. Beide zijn noodzakelijke voorwaarden voor wettelijke erkenning. De tegenstelling is gelegen in het feit dat het streven naar een numeriek sterke organisatie ten koste van kwaliteitseisen gaat en omgekeerd. Hoge kwaliteitseisen betekenen een hoge drempel voor toetreding. Het impliceert dat beide voorwaarden niet gelijktijdig kunnen worden nagestreefd. Het Genootschap heeft rond 1908 het streven naar een numeriek sterke organisatie op de voorgrond gesteld en de kwaliteitseisen verlaagd. Gedwongen door de situatie richt men de aandacht opnieuw op de kwaliteit, tot uit-

drukking komend in het streven naar een vakschool. Een kwalitatief en kwantitatief sterk Genootschap is een noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde voor wettelijke erkenning. Het streven daarnaar gaat voort.

2.4. Streven naar een staatsexamen

Ofschoon er binnen de Orthopaedische Vereeniging een anti-Genootschapsteneur is zijn er enkele orthopeaden die van deze lijn afwijken. Op 13 maart 1913 ontvangt het Genootschap tot haar verwondering een uitnodiging van de Orthopaedische Vereeniging om het examenprogramma, opgesteld door de orthopaedisch specialisten, te bespreken. Bij vergelijking met het Genootschapsexamen blijkt dat het "door de Vereeniging voorgestelde programma onvoldoende" is. Over de vraag of het Genootschap zijn hoge eisen - akte gymnastiek als toelatingseis voor het examen - moet handhaven, wordt in de Algemene Vergadering van het Genootschap van gedachten gewisseld.

Nadat een groot aantal 'voors en tegens' op tafel zijn gelegd, besluit de vergadering na stemming een drietal afgevaardigden een blanco mandaat te geven in de besprekingen met de Orthopaedische Vereeniging.⁷⁰

Inmiddels belegt de Orthopaedische Vereeniging een overlegvergadering waar "de wenschelijkheid en mogelijkheid van het ter hand nemen van het vraagstuk van eene verbeterde opleiding voor heilgymnastiek en massage" ter discussie staat. Een vergadering waarvoor uitsluitend medische verenigingen zijn uitgenodigd. "Na ampele bespreking werd eene commissie benoemd, welke nader met scherp omschreven voorstellen te dezer zake opnieuw bij de Vereeniging van Orthopedisten zal aankomen." Van de verdere gang van zaken wordt niets meer vernomen.⁷¹ Het examen van de Orthopaedische Vereeniging is er nooit gekomen.

In 1917 wordt aan de Tweede Kamer een adres gezonden waarin het Genootschap verzoekt een staatsexamen in heilgymnastiek en massage in te stellen. Dit adres gaat vergezeld van de welbekende argumentatie.⁷² Succes blijft uit.

Een adres aan de Minister van Arbeid in 1920 waarin om een

wettelijke bescherming van het diploma wordt gevraagd - in navolging van een wettelijke regeling van het diploma voor verplegend personeel - heeft evenmin succes. De verhouding tot de arts zal eerst geregeld moeten worden, alvorens een wettelijke regeling van het beroep overwogen kan worden, zo wordt het Genootschap meegedeeld.⁷³

Binnen het Genootschap gaan inmiddels steeds vaker stemmen op om het bijltje er maar bij neer te gooien. De verplichting om slechts na machtiging van de arts te behandelen is een illusie, menen ze. Het ware wellicht beter om aansluiting te zoeken bij de vereniging van gymnastiekonderwijzers en op te gaan in een grote moedervereniging.

Het bestuur wijst deze oplossingen vastbesloten van de hand. Men wil de zelfstandigheid van de organisatie niet prijsgeven, en blijft onverdroten voortgaan op de ingeslagen weg.⁷⁴

Na de afwijzing van de minister, richt het Genootschapsbestuur een verzoek aan de NMG om mee te werken aan een staatsregeling heilgymnastiek en massage. "Reeds lang wordt de noodzakelijkheid gevoeld de toepassing der heilgymnastiek en massage door 'niet-artsen' wettelijk te regelen. Het bestuur van het Genootschap (...) acht thans het moment gekomen om nog eens stappen te doen, welke het tot stand komen eener zoodanige wettelijke regeling kunnen bevorderen."⁷⁵

Op deze zoveelste toenaderingspoging van het Genootschap wordt niet botweg afwijzend gereageerd; het hoofdbestuur wil zich beraden. In 1920 wordt door het hoofdbestuur der NMG aan de Algemene vergadering het volgende voorstel voorgelegd:

"De Algemeene Vergadering drage aan het Hoofdbestuur op een commissie van drie leden te benoemen, die namens de Maatschappij in de examencommissie van het Genootschap voor Heilgymnastiek en Massage gedelegeerd wordt. Deze Gedelegeerden behoorren alle rechten te verkrijgen der examinatoren en ook invloed te kunnen uitoefenen op het examenprogramma (...). Het hoofdbestuur deele het Genootschap mede, dat er geen termen bestaan het instellen van een staatsdiploma te helpen bevorderen."⁷⁶

Het voorstel wordt nagenoeg zonder discussie aangenomen. De bedoeling van vertegenwoordiging bij de Genootschapsexamens is tweeledig: te bevorderen dat gediplomeerden zich zullen beper-

ken tot verrichtingen op geneeskundig voorschrift en er voor te waken dat hun kennis voldoende is.

Inmiddels heeft het hoofdbestuur der NMG een commissie ingesteld die in het voorjaar van 1921 een advies uitbrengt, waarin, evenals in 1898, een onderscheid wordt aangebracht tussen uitoefening en toepassing van de heilgymnastiek en massage.⁷⁷ Gebleken is in de afgelopen 20 jaar "dat de toepassing der heilgymnastiek en massage als universitair studievak niet tot ontwikkeling is gekomen (...). Bekend is het, dat door huisartsen en specialisten een ruim gebruik gemaakt wordt van de hulp van heilgymnasten en masseurs. Hoezeer de commissie het ook zou toejuichen, indien heilgymnastiek en massage slechts door artsen (...) worden toegepast toch meent zij, dat rekening gehouden moet worden met den bestaanden toestand". Het is dan ook van belang "dat de heilgymnasten en masseurs (...) theoretisch en praktisch zoo goed mogelijk onderlegd zijn (...). Het instellen van een Staatsdiploma meent de commissie te moeten ontraden (...) zij vreest, dat daardoor - zoowel door de artsen als door de heilgymnasten - zou worden vergeten, dat de indicatie tot behandeling en de bijzondere aanwijzingen daaromtrent bij den geneesheer behooren te rusten".

Opmerkelijk in dit rapport is de openlijke erkenning dat artsen heilgymnastiek en massage niet als specialisme wensen. Enkele jaren tevoren vindt de NMG-commissie van 1898 het nog wenselijk dat deze vakken door aankomende artsen beoefend worden.

Het Genootschap is niet ontevreden met het rapport. "Wij hebben altijd beweerd, dat deze vakken (...) voor den arts weinig aantrekkelijkheid bezaten (...). In verband daarmee hebben wij dan ook altijd gewezen op de noodzakelijkheid, dat de heilgymnast-masseur zoodanige wetenschappelijke en praktische bekwaamheden moet bezitten, dat hij de opdracht en de aanwijzingen van den arts begrijpen en uitvoeren kan." Dat de indicatie altijd door de geneesheer gesteld behoort te worden wordt volmondig beaamd. "Dat tegen deze opvatting nooit gezondigd is geworden" wil het Genootschap niet beweren "maar het staat (...) als een paal boven water, dat hoe hooger het peil van den heilgymnast wordt opgevoerd, hoe beter de verhouding

tusschen arts en heilgymnast wordt (...) hoe minder dit zondigen zal voorkomen; het is bovendien in het welbegrepen eigen belang van den heilgymnast om dat na te laten." En hoewel de commissie een staatsexamen heeft afgeraden meent het Genootschap "dat wanneer de thans tot stand gekomen samenwerking eenige tijd bestaan heeft, (...) de bezwaren nu nog geopperd tegen een staatsdiploma, vanzelf zullen verdwijnen".⁷⁸

De Orthopaedische Vereeniging kan geenszins instemmen met de gang van zaken rond het examen. In 1925 richt deze een verzoek tot de NMG om geen gedelegeerden meer af te vaardigen naar het examen van het Genootschap.

Het Genootschap laat zich schamper uit over dit verzoek "bij ons gaat het belang van de patiënt uit boven het standsbelang van een bepaalde groep".⁷⁹

Het verzoek van de Orthopaedische Vereeniging wordt op de Algemene Vergadering van de NMG besproken. Hoewel besloten wordt om voort te gaan met vertegenwoordiging bij de Genootschapsexamens wordt door het hoofdbestuur van de NMG in 1926 weer een commissie ingesteld om over deze kwestie rapport uit te brengen, dit om tegemoet te komen aan enkele felle tegenstanders.

De zes commissieleden zijn het onderling niet eens over de voortgang van de NMG-delegatie bij het Genootschapsexamen. Daarom worden in 1927 twee rapporten uitgebracht: een meerderheids- en een minderheidsrapport.⁸⁰ In het meerderheidsrapport wordt gesteld "dat een examen in therapeutische vakken van grooten omvang alsmede in pathologie en orthopaedie, ingesteld en afgenomen door leeraren in de gymnastiek, (...) een misstand is. Daarmee stellen niet-geneeskundigen zich op het terrein van de geneeskundigen, en verkrijgen zij een schijn van bevoegdheid". Uit gegevens die de commissie daaromtrent heeft verzameld is gebleken "dat de heilgymnasten en masseurs zich plaatsen en bewegen op het gebied der pathologie als waren zij daarop bevoegden". Alleen hierom al zal de NMG zich dienen te onthouden van vertegenwoordiging bij het examen. Verder maken de heilgymnasten en masseurs zich schuldig aan stelselmatige reclame en propaganda voor hun zaak. "Zij 'bewerken' het publiek systematisch door tijdschriften, brochures en dagbladen." En ook daaraan werkt de NMG indirect mee door bekrachtig-

ging van het diploma, aldus het meerderheidsrapport.

Wanneer het Genootschap opnieuw een aanvraag zou doen om een staatsexamen bij de regering, dan wekt de aanwezigheid van een delegatie van de NMG bij het examen de indruk dat men een staatsexamen van de zijde van de NMG "noodig acht en steunt".

"De commissie meent dat zelfs van samenwerking op eenig gebied slechts sprake kan zijn met lieden die op dat gebied ook kunnen werken; en dat leeraren in de gymnastiek (...) slechts kunnen werken onder en niet met de geneeskundigen."

Vervolgens overweegt de commissie de vraag of in de bestaande toestanden verbetering is te brengen.

Het Genootschap dient af te zien van pogingen tot het verkrijgen van een staatsexamen. De NMG zal ervoor moeten zorgen dat het geven van onderwijs en het afnemen van examens uitsluitend geschiedt door artsen met een specialistische studie en praktische ervaring.

Het komt de commissie voor dat verplegers en verpleegsters de meest geschikte lieden zijn om opgeleid te worden door artsen. Hierdoor heeft men ten eerste een wetenschappelijke waarborg voor de bijgebrachte kennis en ten tweede een morele waarborg tegen zelfstandig en eigenmachtig optreden.

Het meerderheidsrapport is fnuikend voor het Genootschap; het minderheidsrapport komt tot een geheel andere bevinding.

De opsteller van het minderheidsrapport maakt allereerst bezwaar tegen het totaal gemis aan waardering: tegen "een karakteriseeren van dit heele gezelschap als, bijna zou ik zeggen, een soort schadelijke insecten". Veeleer moet men zich afvragen "welken invloed practisch het bestaan van het Genootschap en van het examen in zijn tegenwoordigen vorm op den toestand heeft (...). Dat daar tegenover het bestaan van een Nederlandse opleiding en examen onder voortdurende medewerking en toezicht een aantal onzer artsen, niet eenige verbetering al zou men ook maar willen zeggen eenige beperking van het kwaad zou waarborgen".

Wat betreft de beroepsethische zijde der misstanden (bevoegdheidsoverschrijding en te grote zelfstandigheid); hier kan een examen geen waarborgen scheppen. In het beste geval zal de invloed ervan zich uitstrekken tot de leden van het Genootschap. Verbetering zou kunnen worden bereikt indien men verplicht

wordt het lidmaatschap van het Genootschap in het openbaar aan te kondigen. Het lidmaatschap zal aan het examen verbonden moeten worden; alleen geëxamineerden zullen lid van het Genootschap kunnen worden. Op deze manier zal het Genootschap er belang bij hebben te zorgen voor een voldoende hoog peil van examenen en van beroepsethiek. De NMG zal daarentegen niet mede verantwoordelijk zijn voor de gedragingen van de leden van het Genootschap, daar examenen en lidmaatschap niet automatisch aan elkaar verbonden zijn.

De opsteller van het minderheidsrapport stelt voor dat het hoofdbestuur van de NMG aan de leden vraagt:

- in hoeverre er behoefte bestaat aan dusdanig opgeleide heilgymnasten
- in hoeverre de leden ervaringen hebben opgedaan met bevoegdheidsoverschrijding van heilgymnasten en masseurs
- in hoeverre hun daarbij enig onderscheid is gebleken tussen de leden van het Genootschap en 'wilden' op dit terrein.

Over het resultaat zou rapport uitgebracht dienen te worden aan het Hoofdbestuur van de NMG. Het hoofdbestuur zou voorlopig de delegatie bij het examen moeten handhaven en zal met het Genootschap moeten praten over de vraag wat kan worden gedaan om zo groot mogelijke waarborgen te scheppen voor een goede patiëntenbehandeling.

In de Algemene Vergadering van de NMG worden in januari 1928 de beide rapporten besproken. Het merendeel der leden stemt in grote lijnen in met het minderheidsrapport; sommigen maken de kanttekening 'noodzakelijk kwaad'.⁸¹

Het aannemen van het minderheidsrapport in de NMG betekent een eerste erkenning van de heilgymnasten en masseurs. Deze erkenning is des te beduidender omdat het een overwinning betekent op de belangrijkste tegenstander van het Genootschap de Orthopaedische Vereeniging.

Aangemoedigd door deze niet onwelwillende houding van de NMG gaat het bestuur van het Genootschap met verdubbelde ijver aan de slag om erkenning door de overheid te verkrijgen.

2.5. Het ei van Columbus: heilgymnastiek is geen geneeskunde

Op het congres ter gelegenheid van het veertigjarig jubileum van het Genootschap in 1929 wordt de wenselijkheid van een staatsexamen sterk benadrukt.⁸²

Gesteund door de welwillende houding der artsenorganisatie richt het Genootschap zich op 14 november 1930 opnieuw tot de Minister van Arbeid en vestigt de aandacht op "den chaotische toestand, welke hier te lande heerscht op het gebied van de heilgymnastiek en massage (...). Waarom wij Zijne Excellentie eerbiediglijk verzoeken (...) het daarheen te leiden, dat door de Regeering één of meer Gedelegeerden worden benoemd, die namens de Regeering ons examen bijwonen en de diploma's mede onderteekenen".⁸³

Over het verzoek kan de minister zich geen oordeel vormen; hij geeft de Gezondheidsraad de opdracht om de zaak te onderzoeken. De Raad stelt een commissie in.

De meerderheid in deze commissie is van mening dat niet volstaan kan worden met het aanwijzen van een Rijksgedelegeerde bij de examens en dat een definitieve regeling noodzakelijk is om een einde te maken aan de chaotische toestanden op het gebied van de heilgymnastiek en vooral op het gebied van de massage.

Er wordt daarom een subcommissie benoemd die de kwestie diepgaander moet bestuderen. Twee leden van de commissie (orthopaeden) verzetten zich tegen een regeling voor een 'zelfstandig corps heilgymnasten', en trekken zich uit de commissie terug omdat hun visie geen weerklank vindt.

Na tal van deskundigen op het gebied van de orthopaedie, de geneeskundige gymnastiek en massage gehoord te hebben, brengt de subcommissie van de Gezondheidsraad rapport uit op 15 december 1931. De conclusie is "dat eene wettelijke regeling zeer gewenscht is". Wettelijke bescherming van het diploma wordt onvoldoende geacht. Niet alleen het diploma maar ook de bevoegdheid van de heilgymnast-masseur dient wettelijk geregeld te worden.⁸⁴

De Sociaal-Hygiënische Commissie van de NMG die op verzoek van het hoofdbestuur een onderzoek heeft ingesteld naar de stand

der Physische Therapie in Nederland kan zich met de conclusie uit het rapport van de Gezondheidsraad niet verenigen. Op het terrein van de fysische therapie werken ook veel heilgymnasten. Een wettelijke regeling wordt wel gewenst geacht doch zonder toekenning van bevoegdheid⁸⁵.

Intussen deelt de Minister het Genootschap mee dat in afwachting van het rapport van de Gezondheidsraad vooralsnog geen beslissing genomen kan worden over het verzoek tot aanwijzing van Rijksgedelegeerden bij het Genootschapsexamen.

De Nederlandsche Orthopaedische Vereeniging richt in 1934 een verzoekschrift aan de Minister van Sociale Zaken. Daarin "nemen ondergeteekenden met verschuldigten eerbied de vrijheid Uwe Excellentie te verzoeken in het belang der Volksgezondheid van de instelling van een Staatscommissie voor heilgymnastiek en massage af te zien, alsmede van het aanwijzen van Rijksgedelegeerden bij de examens van het Genootschap voor Heilgymnastiek en Massage"⁸⁶.

In een rapport dat een commissie van de Nederlandsche Orthopaedische Vereeniging eveneens in 1934 uitbrengt, worden de misstanden opgesomd die veroorzaakt worden door de "verderfelijke groep heilgymnasten-masseurs". Het wordt noodzakelijk geacht om (wettelijke) regels te stellen om hun gedrag in te tomen. Het voorstel van de Sociaal-Hygiënische Commissie van de NMG biedt daartoe nog de gunstigste mogelijkheden. Een wettelijke regeling zonder toekenning van bevoegdheden zou volgens de Vereeniging moeten inhouden:

1. wettelijke regeling van de eisen, waaraan de opleiding behoort te voldoen
2. nauwgezette controle bij het afnemen der examens
3. een absoluut verbod om de titel heilgymnast, masseur, sportmasseur enz. te voeren voor hen, die het door de staat erkende diploma niet hebben verworven
4. het afleggen van een eed of een belofte die inhoudt dat zij de heilgymnastiek of massage alleen op schriftelijk voorschrift van de behandelende geneeskundige zullen toepassen, welke voorschriften bewaard moeten worden
5. de mogelijkheid overtredingen aan de tuchtraad te onderwerpen⁸⁷

Het Genootschap is verontwaardigd. Onmiddellijk na het uit-

brengen van het rapport worden de voorstellen aangevallen.⁸⁸

De problematiek die is ontstaan rond een wettelijke regeling van het beroep heilgymnast-masseur is niet gemakkelijk. Kent met deze beroepsgroep wettelijk bevoegdheden toe op een deel-terrein der geneeskunde, dan zouden ze een zelfde positie gaan innemen als tandartsen en vroedvrouwen. Deze mogen namelijk op een afgebakend terrein van de geneeskunde hun beroep zelfstandig uitoefenen. Een regeling die men voor paramedische krachten in het algemeen ongewenst acht, zowel van medische zijde als van overheidswege.

De regering acht het toekennen van deelbevoegdheden ongewenst in verband met toekomstige wettelijke regelingen voor de zich uitbreidende groepen van aanverwante medische beroepen. De medici wensen geen zelfstandige krachten naast zich, maar hulpkrachten die werken onder hun leiding en controle.

De Sociaal-Hygiënische Commissie van de NMG neemt een middenpositie in. Deze wil een wettelijke bescherming van titel en diploma, zoals die voor ziekenverpleging sinds 1921 geldt. Een dergelijke regeling stuit voor heilgymnasten en masseurs op bezwaren. Verplegend personeel oefent de verpleegkunde uit en handelt onder het toezicht van de arts; heilgymnasten en masseurs daarentegen bewegen zich op het terrein der geneeskunde en oefenen zelfstandig het beroep uit. Daar met het van kracht worden van de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst (WUG) in 1865 het terrein der geneeskunde tot verboden gebied voor niet-geneeskundigen verklaard is, kan men de titel en/of het diploma niet beschermen van degenen die in strijd met de wet het beroep zelfstandig uitoefenen.

Toch is een wettelijke regeling van het beroep gewenst. Tot deze conclusie komt ook de NMG in 1928 met het aannemen van het minderheidsrapport. Deze erkenning van het beroep door medici, zij het schoorvoetend, neemt voor de overheid het belangrijkste beletsel voor regeling van het beroep weg. Het advies van de Gezondheidsraad in 1931 benadrukt de noodzaak van een regeling opnieuw. Het opstellen van een wettelijke regeling die tegemoetkomt aan de wensen van de verschillende partijen is dan nog een kwestie van juridisch vernuft.

In de loop van 1934 vangt het bestuur van het Genootschap aan

met de overheid te overleggen op welke wijze de beroepswerkzaamheden wettelijk geregeld kunnen worden. Oud-hoofdinspecteur van Volksgezondheid Dr. J.Th. Terburgh stelt in 1936 in overleg met de gerechtelijke macht de volgende oplossing voor. Voeg aan artikel 1 van de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst - dat een verbodsbepaling inhoudt voor niet-medici om het terrein der geneeskunde te betreden - een uitzonderingsbepaling toe. In deze bepaling wordt aangegeven dat het toepassen van heilgymnastiek en massage op aanwijzing van en in geregeld overleg met een geneeskundige niet als uitoefening der geneeskunde beschouwd wordt. Daardoor wordt het mogelijk om het beroep wettelijk te regelen zonder in strijd met de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst te handelen.

Deze regeling heeft tevens als voordeel dat ook effectiever opgetreden kan worden tegen ondeskundige lieden.⁸⁹ In de bestaande situatie is dat niet goed mogelijk zonder de goed opgeleide heilgymnasten en masseurs mede te duperen. Bovendien behouden de artsen de beschikking over een corps goed opgeleide hulpkrachten en behoeft het publiek niet nodeloos duurdere medische hulp in te roepen. De vrees die vooral in orthopaedische kringen bestaat tegen het 'doktertje spelen' van de beroepsgroep, zal niet langer nodig zijn.

Aldus worden de werkzaamheden van heilgymnasten en masseurs in februari 1938 door een wijziging en de WUG tot niet-geneeskundige handelingen verklaard en wordt de weg vrij gemaakt voor het opstellen van een meer definitieve wettelijke regeling voor paramedische beroepen. Voor de na-oorlogse wettelijke regelingen wordt verwezen naar deel I hoofdstuk 3 van dit boek.

3. Materiële belangen van de beroepsgroep

In het voorgaande heeft het streven naar erkenning van de beroepswerkzaamheden centraal gestaan. We hebben de beroepsvereniging gevolgd bij de vele pogingen daartoe; in 1942 wordt de zo begeerde erkenning uiteindelijk verkregen.

We maken nu de overstap naar de uitbouw van de economische positie van de beroepsbeoefenaren. Om deze positie te beschrijven gaan we terug in de tijd. Welke middelen van bestaan hebben heilgymnast-masseurs voor de Tweede Wereldoorlog en welke obstakels komen ze tegen bij de uitoefening van hun beroep.

De reconstructie aan de hand van de schaarse en weinig systematische gegevens zal zeker niet volledig zijn.

3.1. Ongevallenwet en Rijksverzekeringsbank

In de jaren 1890 komt in Nederland de economische bedrijvigheid op. Vakbonden, politieke partijen en andere organisaties voeren acties voor een beter bestaan van arbeiders.

In juni 1901 komt op nationaal niveau de eerste sociale verzekeringswet tot stand: de ongevallenwet. In het bestaande circuit van de volksgezondheid bestaat er nauwelijks accommodatie voor slachtoffers van bedrijfsongevallen. Het zijn de ongevvalsverzekeringsmaatschappijen die als eerste speciale revalidatie-inrichtingen opzetten, teneinde het functioneel herstel van de tijdelijk uitgeschakelde arbeidskrachten te bespoedigen.⁹⁰ Bij deze behandelingen spelen heilgymnasten een belangrijke rol.

De ongevallenwet geeft een loonkostenvergoeding en recht op heel- en geneeskundige zorg. Hiermee doet een nieuw specialisme z'n intrede: de ongevallen-geneeskunde. De Rijksverzeke-

ringsbank, een overheidsorgaan, zorgt voor de uitvoering.⁹¹ De ongevallenwet heeft belangrijke gevolgen voor de sociaal-economische positie van de beroepsgroep.

Behandeling van ongeval-patiënten dient door deskundigen te geschieden en daarom wordt binnen de gemeenten een 'register van deskundigen' aangelegd. Er wordt niet uitdrukkelijk als eis gesteld dat de 'deskundige' bevoegd moet zijn tot uitoefening van de genees- en heelkunde. Het tarief waarvoor wordt behandeld, wordt door de Rijksverzekeringsbank vastgesteld en "behoeft niet voor alle delen des Rijks gelijk te zijn".⁹²

Inderdaad wordt in het kader van de ongevallenwet de vraag naar heilgymnastische behandelingen groter. Doch niet alleen de vraag naar heilgymnastiek en massage stijgt; ook het aanbod aan hulpverleners op dit gebied wordt groter (vergelijk deel I hoofdstuk 2).

Het is de artsenorganisatie niet ontgaan dat sinds de Ongeval-
lenwet in werking is getreden, de belangstelling voor heilgym-
nastiek en massage sterk is toegenomen.

In maart 1905 wordt door de NMG aan de verschillende afdelin-
gen "eene missieve gezonden met de bedoeling een onderzoek in
te stellen naar de praktijk der ongevallenwet, voor zooverre
deze op de geneesheren betrekking heeft".⁹³ Enkele afdelingen
benoemen een commissie om over deze zaak rapport uit te bren-
gen.

De commissies stellen een vragenlijst samen, waarin een open
vraag is opgenomen "Wenscht gij omtrent andere punten, die de
uitvoering en werking der ongevallenwet 1901 betreffen, in-
lichtingen te geven of opmerkingen te maken?" Een controlerend
arts meldt "dat door enkele medici te veel werk van hun pa-
tiënten wordt gemaakt (...) en ook dat enkelen een declaratie
indienen voor het masseren van een patiënt, terwijl de massage
door een wijkbroeder of -zuster geschiedt".

De commissie uit 's-Gravenhage betreurt de niet altijd correc-
te houding van de medici ten opzichte van de ongevallenwet. De
ongewoon grote belangstelling voor massage, die sommige artsen
voor ongeval-patiënten aan de dag leggen, is de commissie op-
gevallen. "Is het ook niet opvallend dat het enthousiasme voor
massage bij sommigen sedert de invoering der Ongevallenwet tot
een voorheen ongekende hoogte is gestegen?"

Het Genootschap juicht deze geestdrift voor massage toe, mits door de juiste personen aangewend. Doch zijn verplegers en verpleegsters, onervaren dokters en halfbakken masseuses en masseurs wel in staat juist te masseren? Een klacht over het zelfstandig optreden van heilgymnasten en masseurs, die de Orthopaedische Vereeniging in 1908 indient bij de Rijksverzekeringsbank, ontlokt reactie van het Genootschap. Het bestuur vervat zijn kritiek in een brief aan de Rijksverzekeringsbank: "Naar aanleiding van het adres, aan Uw Bestuur gericht door eenige medici specialisten in orthopaedie en massage, waarin wordt beweerd dat rijksverzekerden, welke door een ongeval zijn getroffen, zelfstandig worden behandeld door niet-medici, voelen wij ons gedrongen het volgende onder Uwe aandacht te brengen:

- dat heilgymnasten (leden van het Genootschap) niet werken dan na machtiging van den handelenden geneeskundige, zoals artikel 16 van bijgaand reglement ons voorschrijft
- dat medici als zoodanig gelijke bevoegdheid hebben tegenover de wet als de zich noemende specialisten, daar deze laatsten geen wettelijk verkregen recht kunnen doen gelden op hun aangenomen titel
- dat heilgymnasten, werkende na machtiging of op last van een medicus niet zelfstandig de geneeskunst uitoefenen"⁹⁴

De Orthopaedische Vereeniging laat het niet bij een klacht over het optreden maar vraagt in een rondschriften alle artsen adhesie te betuigen in een strijd tegen onbevoegden: "Weet U zelf wel, hoe ver het gekomen is? Ons zijn de bewijzen bekend, dat een officieel staatslichaam, in casu de Rijksverzekeringsbank, getroffen en laat behandelen door masseurs, met voorbijgaan van de medici, niet alleen van de speciaalartsen, maar zelfs van de huismedici".⁹⁵ Om de strijd daartegen te kunnen aanbinden zijn gegevens nodig en daarom wordt een enquêteformulier met genoemd rondschriften meegestuurd. Een commissie van de Orthopaedische Vereeniging brengt in 1909 in een rapport zijn bevindingen uit.⁹⁶ In dit verband zijn enkele vragen uit de enquête onze aandacht waard.

Op de vraag naar ervaringen met behandeling van ongeval-patiënten door niet-medici komen "helaas eenige bevestigende

antwoorden in, welke bewijzen, dat twee controleerende geneesheren der Rijksverzekeringsbank zich aan incollegialiteit schuldig maakten (...).

Tijdens het onderzoek is ons mede bekend geworden, dat hier en daar door gemeentebesturen heilgymnast-masseurs worden gehonoreerd". Het is gebleken dat een masseur te Delft "daaromtrent een request bij den gemeenteraad heeft ingediend, met het succes dat hij thans een honorarium geniet van f 800,- per jaar". De gemeentelijke geneesheer ontvangt eveneens een honorarium van f 800,-; een ongehoorde situatie!

De vraag of de medicus bekend is met schadelijke gevolgen van een behandeling zonder geneeskundig toezicht, wordt bevestigd beantwoord.

Op de vraag waaraan zij dit recht - behandelen zonder geneeskundig toezicht - menen te kunnen ontlenen, volgt een brede schakering aan getuigschriften. Al deze geconstateerde ontsporingen zouden er niet zijn als de medische faculteiten ervoor gezorgd hadden dat iedere arts de heilgymnastiek en massage beheerst.

Het Genootschap en de NMG vinden elkaar in 1927 in het protest tegen een Contract van de Rijksverzekeringsbank met de Academie voor Lichamelijke Opvoeding in Amsterdam. De academie krijgt patiënten voor behandeling van heilgymnastiek en massage van de Rijksverzekeringsbank doorverwezen naar zijn polikliniek; een kliniek die aan de academie verbonden is voor het onderwijs aan leerlingen.⁹⁷ De NMG vindt dat dit contract moet worden teruggedraaid. Concentratie van behandeling op één plaats en door één arts is in strijd met de vrije artskenuze van de patiënt. Het Genootschap is tegen dit contract, omdat de zestien inrichtingen voor heilgymnastiek en massage in Amsterdam geen patiënten meer krijgen doorverwezen via de Rijksverzekeringsbank en zo brodeloos dreigen te worden.

Het contract wordt in 1928 geannuleerd; later blijkt deze tendens tot concentratie in de gezondheidszorg zich toch door te zetten.

De Rijksverzekeringsbank sluit enkele jaren later een contract met de Vereniging voor Fysische Therapie in Amsterdam, voor de heilgymnastische behandeling van plaatselijke patiënten. Dit-

maal komt de NMG niet in het geweer. De vrije artsenkeuze wordt niet aangetast, patiënten krijgen alleen geen vrije keuze voor een masseur!

Het Genootschap protesteert tevergeefs tegen de wat ze noemt 'verfijnde tactiek'.

Over de situatie met betrekking tot de uitvoering van de Ongevallenwet door de Rijksverzekeringsbank in de jaren dertig is in het Maandschrift niets gemeld. Het is mogelijk dat door de afkondiging van de ziektewet in 1929 en de opkomst van de ziekenfondsen, heilgymnasten en masseurs in toenemende mate voor rekening van ziekenfondsen gaan behandelen en daardoor minder afhankelijk worden van patiënten van de Rijksverzekeringsbank.

3.2. Mechanotherapie en fysieke therapie

Eind vorige eeuw worden zowel door enkele gemeentebesturen als door particuliere verenigingen inrichtingen opgezet, waar geneeskundigen en gymnastiekonderwijzers zich met de uitvoering van heilgymnastiek en massagebehandelingen bezig houden. Onder deze inrichtingen bevinden zich Zanderinstituten waar patiënten voornamelijk worden behandeld met grote toestellen, door Dr. Gustav Zander ontworpen. In 1894 wordt in Groningen het eerste Zanderinstituut geopend en rond de eeuwwisseling bezitten de meeste grote plaatsen in ons land een Zanderinstituut. De mechanotherapie maakt een kortstondige bloei van een decade door. Ook leden van het Genootschap doen aan deze rage mee.

De inrichting van een Zanderinstituut is zeer kostbaar. Het Haagse Zanderinstituut heeft in 1896 f 125.000,- nodig voor de inrichting met apparaten waarop patent rust.⁹⁸ Op plaatsen waar ze worden opgericht vormen deze instituten een geduchte concurrentie voor de eenvoudige inrichtingen van heilgymnasten; de meesten kunnen zich deze dure apparaten niet veroorloven. De 'apparatenbehandeling' scheidt daarenboven bij uitstek arbeidsplaatsen voor de fysiek minder krachtige vrouwen.

De Zanderinstituten kunnen zich omstreeks 1910 nog maar met moeite staande houden. Als argumenten voor deze snelle neergang van de Zanderinstituten wordt aangevoerd de (te) hoge installatie- en onderhoudskosten. Een andere (niet tegenstrijdige

ge) verklaring is, dat de methode volgens Zander steeds vaker wordt aangevuld met behandeling aan kleinere apparaten en fysieke therapieën (bedoeld worden therapieën waarbij gebruik gemaakt wordt van: licht, lucht, water, warmte, electriciteit en dergelijke). In instituten en inrichtingen wordt de Zandertherapie langzamerhand verdrongen door fysieke therapieën. De Zanderinstituten die met de nieuwe ontwikkelingen meegaan door fysieke therapieën in hun behandelingspakket op te nemen blijken levensvatbaar. Een aantal Zanderinstituten schakelt niet bijtijds over op de nieuwe therapieën en wordt opgeheven of failliet verklaard - of overgenomen door poliklinieken van ziekenhuizen en dergelijke.⁹⁹

Sommige van deze inrichtingen ontvangen gemeentesubsidie voor hulp aan min- of onvermogenen. Het is niet bekend hoeveel heilgymnasten en masseurs. Ongevallenwet-contracten afsluiten met de Rijksverzekeringsbank; ook niet hoeveel contracten worden afgesloten met particuliere verzekeringsmaatschappijen; dat er op contractbasis wordt behandeld staat vast. In het Maandschrift worden enkele individuele gevallen met name genoemd, en ook wordt een overzicht van inrichtingen voor heilgymnastiek en massage in het Maandblad afgedrukt.

Rond 1900 is er binnen het Genootschap een felle polemiek over de voor- en nadelen van de mechanotherapie ten opzichte van de manuele behandeling; een behandelingswijze die door de Amsterdamse wrijf- en knijpdokter Mezger in zwang is gekomen.¹⁰⁰ De voor- en tegenstanders van de manuele therapie komen met elkaar op gespannen voet te staan, hetgeen tot uiting komt in de heftigheid van de artikelen in het Maandschrift. Het Genootschap waakt er angstvallig voor zich uit te spreken ten gunste van één der therapieën; er zijn vele wegen die naar Rome leiden, meent men. In 1905 leidt de opkomst van de massagetechniek tot naamsverandering van het Genootschap. De term massage wordt toegevoegd en vanaf 1905 noemt men zich Genootschap voor Heilgymnastiek en Massage in Nederland.¹⁰¹

In 1912 organiseert het Genootschap het eerste landelijke congres voor heilgymnastiek in Nederland. De toestand op heilgymnastisch gebied rond 1912 is in één woord treurig. Tot deze

conclusie komt de Regelingscommissie van het Genootschap naar aanleiding van een enquête.¹⁰²

"Op het platteland is nergens heilgymnastiek te verkrijgen. In de kleinere plaatsen slechts hier en daar door gymnastiekonderwijzers. In de groote plaatsen is het een oprechte warboel. Daar zijn gymnastiekonderwijzers die tevens heilgymnasten zijn (...) - in ons heele land slechts een half dozijn! - Verder zijn er zeer velen, die alleen het een of ander diploma, afgegeven door een arts, een gymnastiekonderwijzer of een masseur of masseuse hebben. (...) Dan zijn er nog enkelen die geen enkel diploma, van hoe luttel waarde ook, bezitten, doch in hun betrekking als ambtenaar aan de gasfabriek, als vroedvrouw, als courantenrondbrenger enz. tevens gelegenheid vinden om zich als heilgymnast uit te geven."

Hoe de heilgymnast aan patiënten kan komen, blijkt uit het volgende. "Jonge pas geslaagde gymnastiekonderwijzers, menschen dus die nog alles te leeren hebben, en van heilgymnastiek geen notie hebben, dadelijk het bordje, prijkende met het opschrift: heilgymnastiek en massage, aan de deur hangen. Veelal verfraaien ze dit opschrift nog door te spreken van Zweedsche heilgymnastiek en Zweedsche massage, of van physische therapie, of annouceren: geneeskundige inrichting voor heilgymnastiek, en dergelijke onzin meer. De truc die ze in de praktijk brengen, wanneer ze zich ergens benoemd zien als leeraar in de gymnastiek, vooral op kleinere plaatsen, is, dat ze zich goed op de hoogte stellen met de praktijk der medici en dan dien medicus zogenaamd als huisarts kiezen die de beste praktijk heeft. Dan speculeeren ze al heel gauw op diens humaniteit, hem wijzende op hun te geringe verdienste als gymnastiekonderwijzer."

Uit de geringe respons op de enquête blijkt dat de meeste heilgymnasten vermelden dat ze een eigen inrichting hebben. "Bij de meesten is dat een voor het geven van heilgymnastiek ingerichte kamer van hun woonhuis, bij anderen is het een gymnastieklocaal, dat de gemeente voor hen beschikbaar stelt (...). Grootere, aan meer eischen voldoende inrichtingen vindt men bijna alleen in de groote plaatsen en in enkele kleinere." Slechts in de grotere instituten wordt met assistenten gewerkt, die doorgaans de akte gymnastiek bezitten.

Een lichtpuntje in deze sombere situatie is "dat in zoovele gemeenten vanwege de gemeente subsidies worden verstrekt voor het heilgymnastisch behandelen van onvermogenen".

In de jaren dertig komt er binnen het Genootschap een discussie op gang over uitbreiding van het arbeidsterrein met fysieke therapieën. Het gegeven dat veel heilgymnasten geen werkring in de heilgymnastiek en massage kunnen vinden, zal zeker hebben meegespeeld.¹⁰³

De meerderheid van de leden van het Genootschap meent dat alleen heilgymnastiek en massage tot het vakgebied behoren. Juist nu een wettelijke regeling van het beroep in het verschiet ligt moet men aan het afgebakende beroepsterrein vasthouden en geen nieuwe gebieden gaan ontginnen of incorporeren, meent het Bestuur. Anderen daarentegen menen dat, zolang de overheid de grenzen van het beroep nog niet heeft vastgelegd, deze grenzen flexibel zijn; de grenzen zijn in het verleden ook steeds verlegd. Fysische therapie gecombineerd met heilgymnastiek en massage levert een uitstekende behandelingsmethode op. Het Genootschap, zo menen zij, moet het heft niet uit handen geven en zelf de opleiding ter hand nemen en het examen met dit onderdeel uitbreiden.

Het is een vergeefs pleidooi; fysieke therapie wordt vooralsnog niet tot het beroepsterrein van de heilgymnastiek en massage gerekend door het Genootschap.¹⁰⁴

3.3. Eerste collectieve contracten met ziekenfondsen

Omstreeks 1910 is er in de grotere plaatsen van ons land al een aantal ziekenfondsen dat heilgymnastische behandelingen voor hun leden beschikbaar stelt. Sommige ziekenfondsen, als het Ziekenfonds der Maatschappij tot Nut van het Algemeen en het Ziekenfonds de Volharding te 's-Gravenhage, hebben zelf poliklinieken. Ook in Amsterdam hebben enkele ziekenfondsen een afdeling voor heilgymnastiek; bijvoorbeeld het Algemeen Ziekenfonds voor Amsterdam laat tegen vergoeding van f 1,00 per maand per patiënt, zijn patiënten behandelen. Aan het ziekenfonds 'Door en Voor Werklieden' is een masseur verbonden en het ziekenfonds in Deventer geeft een vaste som per jaar aan

de aan dit fonds verbonden heilgymnast. In Zwolle heeft het Ziekenfonds Nut van het Algemeen een aparte inrichting voor (heil)gymnastiek.¹⁰⁵

De grote moeilijkheid voor het bestuur van het Genootschap bij het behartigen van de beroepsbelangen van de achterban is dat deze geen homogene groep vormt, maar sterk uiteenloopt qua praktijkomvang en vestigingsplaats. De beroepsbeoefenaren variëren van eigenaars van grote inrichtingen tot heilgymnasten die het beroep als bijverdienste uitoefenen. Om de diversiteit aan beroepsbelangen van deze heterogene groep beter te kunnen behartigen worden in 1914 regionale kringen opgericht door de werkende leden.

In 1921 buigt het Genootschap zich over de grote werkloosheid onder de leden. De regel 'behandeling na advies van de arts' werkt drempelverhogend. Vele heilgymnasten en masseurs sluiten zich niet aan. Het Genootschapsbestuur stelt een commissie in met de opdracht de grieven en wensen te onderzoeken. In het rapport dat de commissie opstelt, geeft zij haar mening kort en krachtig weer in dertien standpunten.

Voor het onderwerp van deze studie zijn drie van deze uitspraken van belang:

- "Het hoofdbestuur worde opgedragen, zich in verbinding te stellen met de besturen der ziekenfondsen, teneinde voor de heilgymnasten een zelfde regeling te krijgen als thans het geval is voor tandartsen en specialisten. Het zou zeer wenschelijk zijn, zoo we de medewerking daarbij konden verkrijgen van de geneeskundige kringen.
- Omtrent de kwestie der uniforme tarieven meent de commissie te moeten voorstellen, die te laten rusten, daar we te maken hebben met concurrentie van niet-leden. Bovendien zijn er zooveel plaatselijke en persoonlijke omstandigheden, dat deze inderdaad voor het Genootschap onbereikbaar zijn.
- Het is van belang dat het bestuur stappen doet, teneinde aan de ziekeninrichtingen vaste masseurs te krijgen, opdat zulks niet langer aan verpleegsters worde opgedragen."¹⁰⁶

In de jaren twintig neemt het aantal heilgymnasten en masseurs sneller toe dan het aantal arbeidsplaatsen. Een ontwikkeling die sommigen toejuichen, omdat dit een numeriek sterker Genootschap impliceert. Anderen daarentegen menen dat een ver-

Grote propaganda voor het Genootschap maakt ook het massage-team, dat bij de Nijmeegse Vierdaagse is vertegenwoordigd.

Het Genootschap worstelt met het probleem, hoe de heterogeniteit onder één noemer te brengen. Het belang dat voor de leden de hoogste prioriteit heeft is: een arbeidsovereenkomst. De kringen hebben decennia lang hun aandeel in de belangenbehartiging op regionaal niveau geleverd; zij doen dit nog steeds in de jaren dertig.

Het Bestuur acht de tijd aangebroken de sociaal-economische activiteiten op landelijk niveau te coördineren. In 1936 wordt de commissie Sociale Belangen geformeerd.

Activiteiten voor werkbemiddeling gaan nog steeds uit van de kringen. De kringbesturen zijn in overleg met ziekenhuizen, ziekenfondsen, werkgevers en dergelijke, voor afsluiten van contracten.

Het eerste contract wordt op 1 oktober 1937 afgesloten. Op de kringvergadering maakt de voorzitter van de kring Den Haag bekend dat "het hem na een lange voorbereiding een veel conferenties is mogen gelukken, een overeenkomst tot stand te brengen met het Algemeen Afdelings Ziekenfonds (AAZ) voor 's-Gravenhage en omstreken." ¹¹⁰ Het fonds telt ongeveer 25.000 leden en 180 huisartsen en 148 specialisten.

Ook kring Utrecht, kring Gooi- en Eemland en kring Rotterdam zijn in onderhandeling met ziekenfondsen. Hierover worden in de kringverslagen vooralsnog geen positieve resultaten vermeld. De kring Rotterdam heeft geprobeerd een zelfde contract als de kring Den Haag af te sluiten. "Reeds eerder deden wij pogingen in deze richting, doch konden niets bereiken bij de Controlecommissie voor het Ziekenfondswezen, waar alle ziekenfondsen hier ter stede aan gebonden zijn", zo wordt teleurgesteld op de jaarvergadering van de kring gemeld. Besloten wordt om toch een nieuwe poging te wagen.

Dat ook individueel getracht wordt een graantje mee te pikken, blijkt uit de vergadering van de kring Gooi- en Eemland. Een lid van deze kring heeft een brief gericht aan het Algemeen Ziekenfonds te Bussum, waarin hij mededeelt patiënten voor dat fonds te willen behandelen voor het zeer lage tarief van f 5,00 per maand, mits hij het alleenrecht krijgt bij dit Zie-

kenfonds. Dit lid wordt geroyeerd.¹¹¹

De pogingen die onder meer door de Commissie Sociale Belangen worden ondernomen contracten af te sluiten met diverse organisaties hebben uiteindelijk weinig succes, althans voor zover dit uit het beschikbare archiefmateriaal is op te maken.

De commissie Sociale Belangen houdt tevens een inventariserend onderzoek onder de kringen over het mogelijkerwijs hanteren van een minimumtarief. Uit de ingekomen antwoorden blijkt dat er geen consensus is over een landelijk tarief voor heilgymnastiek en massage.

De tijd is nog niet aangebroken voor de totstandkoming van regelingen op landelijk niveau.

3.4. Terugblik op de weg naar erkenning

De geschiedenis herhaalt zich. Dat is althans de indruk die men na lezing van het voorgaande overgehouden zal hebben. Met een zekere regelmaat wordt een aantal zetten herhaald: het rondsturen van een enquête, instellen van een commissie, de overheid die een advies vraagt, het zenden van een adres aan de overheid en dergelijke.

Het Genootschap ter beoefening van de Heilgymnastiek en Massage in Nederland heeft vanaf zijn oprichting tot aan de Tweede Wereldoorlog een grote vasthoudendheid getoond om erkenning te verkrijgen. Hierbij moet men optornen tegen een groep die relatief veel groter en sterker is, de artsenorganisatie.

Het heeft een halve eeuw strijd gekost alvorens de heilgymnasten wettelijke erkenning voor een eigen zelfstandige beroepsuitoefening weten te verkrijgen.

Intrigerend is de wijze waarop de artsen en met name de orthopaeden hebben getracht te verhinderen dat het beroep heilgymnastiek-massage zou uitgroeien tot een zelfstandige paramedische professie. Beginnend met het verzet tegen buitengewone leden (artsen), die het Genootschapsexamen afnemen - en als dit niet tot het gewenste resultaat leidt - de acties tegen het vertegenwoordigen van de artsenorganisatie bij het examen. Het aannemen van het minderheidsrapport in 1928 door de NMG is een eerste voorzichtige erkenning die voor de overheid

de weg vrijmaakt voor een wettelijke regeling van het beroep. Het is de vraag in hoeverre de artsen de gevolgen van deze stapsgewijze erkenning hebben overzien. Onderzoek naar de meningen en verhoudingen binnen de artsenorganisatie en vooral naar de invloed van de Orthopaedische Vereeniging is noodzakelijk voor beantwoording van deze vraag.

Het is waarschijnlijk dat de invloed van de Orthopaedische Vereeniging in de NMG in de loop der tijd is afgenomen zodat men de erkenning van het beroep van heilgymnast-masseur niet heeft weten te voorkomen. Getalsmatig zijn de leden van de Orthopaedische Vereeniging nooit sterk geweest, maar zij hebben wel veel van zich laten horen.

Is het feit dat de NMG de gelederen niet gesloten heeft gehouden, te verklaren vanuit deze geringe getalsmatige sterkte van de Orthopaedische Vereeniging, waardoor men als gevolg van de getrapte besluitvorming in de NMG via afdelingen te weinig invloed heeft kunnen uitoefenen? Of zijn de ontwikkelingen binnen de medische beroepsuitoefening die leiden tot verdergaande specialisatie en het afstoten van tijdrovende en daardoor financieel onaantrekkelijke behandelingen, voor de standpuntbepaling van de NMG als geheel belangrijker geweest dan de belangen van een kleine groep uit haar gelederen?

Op zich is het denkbaar dat men geprobeerd zou hebben de heilgymnast-masseurs tot hulpkrachten van de medici te maken. Zou de beroepsgroep erin hebben toegestemd om als doktershulp onder de arts te werken, dan zou een wettelijke regeling zoals die van ziekenverplegers en verpleegsters uit 1921 op weinig bezwaren zijn gestuit. Het is vooral het benadrukken van de eigen deskundigheid en de relatieve zelfstandigheid - het naar eigen inzicht behandelen na machtiging van een medicus - die bevochten moet worden.

Dit roept de vraag op waarom de beroepsgroep heeft geprobeerd om het beroep - dat tussen het medisch en gymnastisch gebied in ligt - via de 'medische kant' erkend te krijgen. De strategie om via aansluiting bij de 'gymnastiek-kant' een sterke organisatie op te bouwen die allengs haar deskundigheidsterrein uitbreidt, zou even goed denkbaar geweest zijn.

Een met deze kwestie verband houdende vraag heeft betrekking op het benadrukken van artikel 16 van het Reglement: het werken op advies van een medicus.

Waarom heeft men - althans in theorie - zo vastgehouden aan deze bepaling die voor de Genootschapsleden in de praktijk een ernstige belemmering betekent bij de werving van patiënten? Een aspect dat in deze studie overigens niet uitgebreid aan de orde kon worden gesteld. Men blijft vasthouden aan het 'werken op advies van de medicus'. Dit is de enige manier om de artsen duidelijk te maken dat voor bepaalde klachten heilgymnastiek-massage de aangewezen therapie is.

De rol van de overheid bij het tot stand brengen van een wettelijke regeling van het beroep van heilgymnast-masseur is er een van uiterste terughoudendheid geweest. Telkens wanneer er van de overheid een standpunt gevraagd wordt, wordt eerst het advies van de Gezondheidsraad ingewonnen. Men krijgt sterk de indruk dat de overheid pas in actie wil komen op het moment dat de artsenorganisatie geen bezwaren tegen een verdere regeling heeft. Helemaal onbegrijpelijk is dat niet, gezien het feit dat de overheid de medewerking van de artsenorganisatie nodig heeft, zoals het tot stand brengen van een wettelijke regeling van de ziektekostenverzekering en die voor ziekenfondsen.

Het Genootschap neemt het voortouw, en vormt allengs een collectieve machtsfactor waar artsenorganisaties en overheid rekening mee moeten houden.

Het streven naar een zelfstandige professie wordt bekroond omdat de artsen de heilgymnastiek en massage niet als werkzaamheden ambiëren. De heilgymnast-masseur is een uitstekend alternatief voor de arts die bepaalde taken niet verricht, taken waarvoor de gymnastiekonderwijzer ook niet is toegerust. Het succes criterium van de professie is dat de beroepsbeoefenaren goede en goedkope diensten aanbieden.

Deel III

Van bijverdienste tot broodwinning:
economisch kader van het beroep fysiotherapie

Van bijverdienste tot broodwinning: economisch kader van het beroep fysiotherapie

Inleiding tot deel III

In het voorgaande deel hebben het ontstaan van het beroep heilgymnastiek-massage en de uitgroei tot een wettelijk erkend paramedisch beroep centraal gestaan. Dit deel spitsen we toe op de sociaal-economische ontwikkeling van de beroepsgroep. We willen nagaan hoe de beroepsgroep erin geslaagd is om een hechte economische basis te leggen; een basis die de groep in staat heeft gesteld om uit te groeien tot een der hoogst gehonoreerde paramedische beroepen.

Een deel van het antwoord is in het voorgaande reeds gegeven. In de periode voor de Tweede Wereldoorlog is het streven van de beroepsgroep vooral gericht op het verkrijgen van wettelijke erkenning. Heeft men eenmaal een wettelijke erkenning van beroepsopleiding, een afgebakend beroepsterrein en een wettelijke bescherming van de titel, dan gaat men aandacht en energie richten op uitbreiding van het verstrekkingspakket en op een adequate honorering. Over deze laatste twee zaken gaat het in dit derde deel.

De periode na de Tweede Wereldoorlog kan worden onderverdeeld in drie tijdvakken.

Het eerste tijdvak loopt van 1940 tot 1968 en wordt in de eerste twee hoofdstukken aan de orde gesteld. Het is een periode waarin het gaat om de bepaling van de omvang van het verstrekkingspakket (hoofdstuk 1) en het tot stand brengen van landelijke tarieven (hoofdstuk 2). Vanwege het vervallen van de oorlogswetgeving is het onduidelijk welke verstrekkingen door het ziekenfonds worden vergoed; met name waar het gaat om fysieke therapie. Cruciaal punt is vooral de kwestie wie fysieke therapie mag uitoefenen en waar de behandelingen plaats mogen hebben. Aanvankelijk wordt fysieke therapie voorname-

lijk aan ziekenhuizen en inrichtingen voorbehouden. Beschikkingen en besluiten volgen elkaar op en uiteindelijk wordt het de zelfstandig gevestigde beroepsbeoefenaar toegestaan fysieke therapie voor rekening van het ziekenfonds te geven; een grote sprong voorwaarts.

Een volgende stap is het tot stand brengen van landelijke afspraken met de ziekenfondsen. Op basis van cijfermateriaal - dat in opdracht van het Genootschap wordt verzameld - kan over het wenselijk geacht honorarium worden onderhandeld. Het jaar 1968 vormt een mijlpaal; in dat jaar komt er naast een tarief voor heilgymnastiek-massage ook een tarief voor fysieke therapie tot stand (het zogeheten 'kleine pakket').

Het tweede tijdvak loopt van 1968 tot 1979 en wordt gekenmerkt door een sterke toename van de kosten voor fysiotherapeutische hulpverlening (hoofdstuk 3).

De tariefonderhandelingen tussen de beroepsbeoefenaren en de ziekenfondsen worden in de jaren zeventig geheel beheerst door moeizame pogingen een geheel nieuwe honoreringsstructuur op te stellen. De kostenstijging van de verstrekking fysiotherapie vormt het hete hangijzer. Deze kostenstijging kan uiteengelegd worden in een stijging van de prijs (= tarieven) en/of een stijging van de omvang van de hulp (= volume). De volumecomponent wordt nader beschouwd aan de hand van een rapport over de arbeidsmarkt voor fysiotherapeuten, twee enquêtes over de beroepsuitoefening van de fysiotherapeut en een onderzoek naar de behoefte aan fysiotherapeuten.

De prijscomponent wordt beschouwd aan de hand van de verwickelingen rond het tot stand komen van een geheel nieuwe honoreringsstructuur, die uiteindelijk in 1979 in werking treedt.

Het derde tijdvak - de periode na 1979 - staat in het teken van pogingen om de kostenstijgingen af te remmen.

Wat betreft de volumecomponent worden in 1980 door de overheid maatregelen afgekondigd ter beperking van fysiotherapeutische applicaties. Ook wordt een ontheffingsmaatregel voor ziekenfondsen van kracht, bedoeld om de aanwas van praktizerende fysiotherapeuten een halt toe te roepen.

Wat betreft de prijscomponent wordt intensief onderhandeld over het norminkomen voor fysiotherapeuten en over een nieuwe

honoreringsstructuur. Over het norminkomen wordt overeenstemming bereikt; de onderhandelingen over een nieuwe honoreringsstructuur lopen uit op een patstelling.

De contouren voor een nieuwe structuur van de gezondheidszorg worden in een afsluitend hoofdstuk aan de orde gesteld. Daarin wordt geschetst wat de consequenties zullen zijn bij doorvoering van het wetsvoorstel BIG en de voorstellen van de commissie Dekker voor de medische en paramedische beroepsbeoefening.

1. Fysische therapie voorbehouden aan inrichtingen?

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de behandelingen die heilgymnast-masseurs mogen geven voor rekening van het ziekenfonds: de omvang van het verstrekkingenpakket.

Na 1945 worden heilgymnastiek en massage wel vergoed door de ziekenfondsen; òf en in hoeverre dit het geval is voor fysische therapieën is onduidelijk.

In 1966 wordt op basis van een advies van de Ziekenfondsraad besloten om fysische therapie bij voorkeur in ziekenhuizen of inrichtingen te laten plaatsvinden. Heilgymnast-masseurs die fysische therapie willen geven voor rekening van het ziekenfonds moeten als inrichting erkend zijn.

Na het tot stand komen van het Fysiotherapeutenbesluit in 1965 (vergelijk deel I) wordt deze maatregel enigszins verruimd. In 1971 wordt er ten slotte een Besluit afgekondigd waarin wordt bepaald dat zelfstandige fysiotherapeuten voortaan fysische therapieën mogen toepassen en niet eerst erkenning behoeven als inrichting.

1.1. Wetten, besluiten en beschikkingen

Op 1 augustus 1941 wordt het Ziekenfondsbesluit afgekondigd; het treedt op 1 november 1941 al in werking. Artikel 14 (sub b) van het Tweede Uitvoeringsbesluit geeft de verplicht verzekerde recht op de verstrekking 'uitwendige geneeswijze'. De commissaris belast met het toezicht op de ziekenfondsorganisaties stelt daartoe een aantal regels op in de Beschikking van oktober 1941.¹ In artikel 2 van deze Beschikking wordt geregeld op welke behandelingen binnen de verstrekking 'uitwendige geneeswijze' de verzekerden recht hebben²:

- a. hoogtezon, infrarood- en röntgenoppervlaktebestraling, diathermie, lichtboog-, gaslamp- en elektrische behandeling en geneeskundige baden, (...) gedurende hoogstens drie maanden achtereen, in inrichtingen en wat betreft hoogtezonbestraling ook ten huize van een geneeskundige
- b. röntgenbestraling, radiumbehandeling, en Finsen en aanverwante bestraling, alleen in daarvoor aangewezen inrichtingen, (...) doch slechts na goedkeuring vanwege het bestuur of van de controlerend geneesheer
- c. massage en heilgymnastiek, alleen door daartoe door het bestuur van het ziekenfonds, overeenkomstig door de Commissaris te stellen regelen aan te wijzen deskundigen

Na de oorlog wordt deze Beschikking uit 1941 voorlopig opgeschort.³ Op 27 juni 1947 komt hij geheel te vervallen (Wet Bezettingsmaatregelen). Er zijn dan geen regelingen meer die aangeven op welke behandeling de verzekerde recht heeft, althans waar het gaat om fysische therapie. Wel wordt in 1948 een onderdeel van de fysische therapie - de verstrekking Heilgymnastiek en Massage nader geregeld.⁴

In aansluiting daarop worden aan de algemene ziekenfondsorganisaties in 1950 'Voorschriften en richtlijnen voor de beoordeling van aanvragen voor heilgymnastiek, massage en fysische therapie' verstrekt ten behoeve van de controlerend geneeskundigen.⁵

In 1952 wordt artikel 14 van het Tweede Uitvoeringsbesluit van het Ziekenfondsbesluit daterend uit 1941 gewijzigd.⁶ Als verstrekkingen waarop de verzekerden recht hebben, worden onder andere genoemd "het toepassen van mechanische en fysische behandelingsmethoden".

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid is bevoegd de inhoud en de omvang ervan vast te stellen. Voor zover de minister geen gebruik maakt van deze bevoegdheid "blijven deze verstrekkingen naar inhoud en omvang gelijk aan die, welke voor verzekerden (...) golden op 31 december 1951".

De Beschikking uit 1941 is echter vervallen verklaard; slechts een onderdeel - heilgymnastiek en massage - is in 1948 nader geregeld. Daar de minister van zijn bevoegdheid om inhoud en omvang te bepalen geen gebruik maakt, wordt het nu zeer onduidelijk welk recht de verzekerde heeft op fysische therapie.

De onduidelijkheid wordt nog vergroot door een bepaald niet eenduidige terminologie. Het Tweede Uitvoeringsbesluit spreekt van 'uitwendige geneeswijze'. In het in 1952 herziene Besluit wordt gesproken over "het toepassen van mechanische en fysische behandelingsmethoden". In de voorschriften en richtlijnen die in dat verband worden opgesteld, zijn de termen 'heiligymnastiek en massage' en 'fysische therapie' naast elkaar gebruikt.

Nadat in 1947 de Beschikking uit 1941 vervallen verklaard is, zijn de ziekenfondsorganisaties fysische therapie toch blijven verstrekken. Dat deze verstrekking verre van eenduidig wordt geïnterpreteerd door de ziekenfondsen is, gezien de fragmentarische regelingen, niet verwonderlijk. Fysische therapie omvat voornamelijk de verstrekking heiligymnastiek en/of massage en - al naar gelang de verschillende ziekenfondsorganisaties dat in het verstrekkingenpakket opnemen - tevens hoogtezoon en diathermie. Verder is er nog een soort restpost, de overige fysische therapie, waarvan niet meer te achterhalen is welke verstrekkingen ertoe gerekend zijn door de ziekenfondsorganisaties.

1.2. De Ziekenfondsraad over de verstrekking fysische therapie

In 1953 besluit de Ziekenfondsraad een commissie in te stellen om de situatie rond de verstrekking fysische therapie te onderzoeken. Vooral de snelle kostenstijging ten opzichte van de verstrekking heiligymnastiek en massage springt in het oog.⁷

De commissie Fysische Therapie krijgt als opdracht de volgende vragen te beantwoorden:

Is het gewenst dat de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid gebruik maakt van zijn bevoegdheden:

- a. om de inhoud en omvang van de verstrekking 'het toepassen van mechanische en fysische behandelingsmethoden' vast te stellen
- b. om te bepalen dat, hetzij voor alle tot deze verstrekking behorende verrichtingen, hetzij voor een deel daarvan een bijbetaling van de verzekerde zal worden gevraagd

Wanneer deze vragen met ja beantwoord worden, op welke behandelingsmethoden moeten de verzekerden dan recht hebben, en:

- onder welke voorwaarden kunnen de mechanische en fysische behandelingsmethoden worden toegepast
- door wie dienen deze methoden te worden toegepast
- waar dienen ze te worden toegepast.

Het rapport van de commissie Fysische Therapie verschijnt in 1960. De commissie acht het gewenst dat de minister de inhoud en de omvang van de verstrekking 'mechanische en fysische behandelingsmethoden' vaststelt; vooral voor behandelingsmethoden die sinds 1941 voor rekening van het ziekenfonds worden toegepast. Het ontbreken van regels ten aanzien van deze verstrekking is weinig bevorderlijk voor het verkrijgen van gelijke rechten van verzekerden, ingeschreven bij verschillende ziekenfondsen. Het is ook geen stimulans voor het tot stand komen van meer uniforme honoreringsregelingen.

Voor een deel van de verstrekking 'mechanische en fysische behandelingsmethoden' bestaat reeds de 'Beschikking Heilgymnastiek en Massage Verplicht Verzekerden' uit 1948; deze kan volgens de commissie in een nieuwe beschikking worden verwerkt.

Uit onderzoek van de commissie is verder gebleken dat heilgymnast-masseurs soms een afzonderlijke honorering of kostenvergoeding voor eenvoudige warmte-applicaties ten behoeve van massagepatiënten aanvragen bij de ziekenfondsen, vooral bij behandeling met infraroodapparaten. De commissie meent dat een dergelijke applicatie "in de daartoe aangewezen gevallen een onderdeel uitmaakt van de massagebehandeling en niet als een afzonderlijke behandelingsmethode, waarvoor een aparte honorering plaatsvindt, dient te worden beschouwd".

Aandacht is ook geschonken aan de financiële consequenties van mogelijk in de verstrekking op te nemen nieuwe behandelmethoden of uitbreiding van de thans toegepaste verstrekkingen. Op basis daarvan wordt een limitatieve opsomming gegeven van behandelingsmethoden die volgens de commissie voor rekening van het ziekenfonds zouden moeten komen.⁸ In deze opsomming worden niet opgenomen de röntgenoppervlaktebestraling, de röntgengedieptebestraling en de radiumbehandeling, die in 1941 wel tot de verstrekking 'uitwendige geneeswijze' worden gerekend.

Voor verstrekkingen dienen als voorwaarden te gelden:

- a. een machtiging van het bestuur van het algemeen ziekenfonds, gehoord de controlerend geneeskundige
- b. een vermelding van tenminste de diagnose, de tijdsduur en de frequentie van de medicus die het verzoek om machtiging doet
- c. de medicus, op wiens verzoek een machtiging is verleend, dient periodiek controle uit te oefenen op het effect der behandeling.



Oefenzaal in een inrichting voor fysische therapie

Voor wat betreft de plaats waar de fysische therapie kan wor-

den gegeven, wordt - in de beschikking 1941 - gesproken over 'inrichtingen, ten huize van de geneeskundige' en 'daarvoor aangewezen inrichtingen'. Nergens is nader omschreven wat onder het begrip inrichting verstaan moet worden.

De commissie stelt voor om onder inrichting te verstaan "een door de Ziekenfondsraad erkende inrichting, waar één of meer vormen van fysieke therapie worden toegepast door paramedische krachten onder directe leiding, toezicht en verantwoordelijkheid van een vast aan de inrichting verbonden medicus". Voor de toekomst acht ze het gewenst "dat fysieke therapie in allerlei vormen bij voorkeur wordt gegeven in grotere instellingen onder andere ziekenhuizen en inrichtingen voor fysieke therapie".

Tot dit oordeel komt de commissie niet slechts uit financieel-economische overwegingen, maar mede omdat in deze instellingen het medisch toezicht veelal beter is gewaarborgd. "Slechts daar, waar door deze instellingen het medisch toezicht niet of niet voldoende in de behoefte aan fysieke therapie kan worden voorzien, of waar door de grote afstand tot deze instelling de verzekeren zouden worden belemmerd in het verkrijgen van de nodige hulp, ware inschakeling van kleine 'inrichtingen' (wijkgebouwen van kruisverenigingen, ten huize van huisartsen of ten huize van heilgymnast-masseurs met een outillage voor bestraling en dergelijke) te overwegen".

Heilgymnastiek en massage (als onderdeel van de fysieke therapie) daarentegen dienen bij voorkeur "ten huize van de heilgymnast-masseur" gegeven te worden, en pas wanneer dit op bezwaren stuit, in inrichtingen voor fysieke therapie.⁹

De commissie verantwoordt het standpunt om fysieke therapie als regel aan inrichtingen voor te behouden als volgt. Formeel is de heilgymnast-masseur slechts bevoegd tot het geven van heilgymnastiek en massage; andere fysisch-therapeutische behandelingsmethoden als warmtetherapie, hydrotherapie of elektrotherapie behoren niet tot zijn bevoegdheid.

Ook de voorzitter van de Ziekenfondsraad heeft dit formele standpunt als regel aangehangen. Uitzonderingen hierop komen voor in plaatsen waar geen ziekenhuis of inrichting voor fysieke therapie aanwezig is of daar waar de afstand tot dergelijke inrichtingen (te) groot is.

Een wettelijke regeling van de paramedische beroepen is noodzakelijk om aan deze verwarrende situatie een einde te maken, meent de commissie. Verwarrend omdat enerzijds het examen voor heilgymnastiek en massage een officieel karakter heeft, terwijl de heilgymnast-masseurs anderzijds onbevoegd zijn om (een deel van) het geleerde in praktijk te brengen.

Dit werpt de vraag op of - indien het beroep wettelijk geregeld wordt - de heilgymnast-masseur altijd als medewerker van de ziekenfondsen moet worden toegelaten. Een niet onaanzienlijk aantal fondsen heeft hiertegen in het verleden bezwaren gemaakt. De redenen van het niet toelaten zijn onder meer geweest:

- het streven om de kosten van deze verstrekking binnen redelijke grenzen te houden. De fondsen menen dat naarmate een groter aantal heilgymnast-masseurs zich bij een ziekenfonds zal aansluiten, de vraag naar heilgymnastiek-massage zal toenemen; met andere woorden het aanbod scheidt de vraag
- de spreiding van heilgymnast-masseurs binnen een bepaald gebied die te wensen overlaat (bijvoorbeeld in bepaalde wijken van een grote stad, zou een overvloed aan heilgymnast-masseurs bestaan en in andere wijken een tekort). De toelating is door de betreffende fondsen afhankelijk gesteld van de wijk waarin de heilgymnast-masseur is gevestigd
- het beschikbaar zijn voor fondspatiënten voor een klein deel van de tijd, bijvoorbeeld de avonduren omdat men een volle dagtaak heeft (als sportleraar en dergelijke)
- een onvoldoende behandelingsruimte en inrichting daarvan

De leden van de commissie komen over deze kwestie niet tot een eensluidende mening. Sommige leden menen dat wettelijk bevoegden het recht moeten hebben deze bevoegdheid, ook in geval van ziekenfondspatiënten, uit te oefenen. Wat betreft de gevreesde kostenstijgingen: deze zijn door het treffen van bepaalde maatregelen in de hand te houden volgens de voorstanders van onbeperkte toelating.

Andere leden daarentegen wensen de bestaande regeling waarin de toelating beperkt kan worden, te handhaven. De kosten van de verstrekking worden wel degelijk beïnvloed door het aantal beroepsbeoefenaren, stellen zij. Ze menen "dat controle op de verstrekkingen geenszins als een tovermiddel mag worden gezien, dat in staat is alle moeilijkheden op te lossen". Boven-

dien bestaat in feite praktisch overal vrije toetreding tot de ziekenfondsen en is de "vrije keuze van de verzekerden in ruime mate gewaarborgd".

Tot slot overweegt de commissie de vraag of een bijbetaling gewenst is voor de verstrekking van fysieke therapie, met het oog op het therapeutische effect dat bijbetaling op de behandeling zou kunnen hebben. Een meerderheid is ervoor. De hoogte van de bijbetaling dient, volgens deze voorstanders, in directe relatie te staan tot de kosten van de behandeling.

Het rapport van de Commissie Fysieke Therapie roept protest bij het Genootschap op. Het gaat niet aan om de fysieke therapie met uitzondering van heilgymnastiek en massage voornamelijk voor te behouden aan inrichtingen en ziekenhuizen. Vooral ook omdat in het voorontwerp van Wet op de Paramedische Beroepen de heilgymnast-masseurs een ruimere bevoegdheid wordt toegekend.

Voor de wettelijke regeling van de paramedische beroepen - waaronder ook het beroep heilgymnastiek-massage - wordt verwezen naar deel I van dit boek.

In het Fysiotherapeutenbesluit dat in 1965 wordt afgekondigd worden de opleidingseisen voor het beroep fysiotherapie veranderd. In de nieuwe beroepsopleiding is het onderdeel fysieke therapie opgenomen; voorheen - vanaf 1947 - werden door het Genootschap aanvullende cursussen fysio techniek gegeven.

Van de 1952 heilgymnasten en masseurs die Nederland in 1965 rijk is, bezitten er 563 dit aanvullend diploma.¹⁰ Heilgymnasten en masseurs die in het bezit zijn van dit aanvullende diploma, kunnen hun diploma omwisselen voor dat van fysiotherapeut. Ze verkrijgen daarmee de bevoegdheid om fysiotherapie (zoals omschreven in het Fysiotherapeutenbesluit) uit te oefenen.

Het Fysiotherapeutenbesluit stelt onder meer voorwaarden ten aanzien van het medisch toezicht. Daarmee wordt één der motieven die de Commissie Fysieke Therapie aanvoert voor het bij voorkeur verstrekken van deze therapie in ziekenhuizen, namelijk de noodzaak van medisch toezicht, ondervangen.

1.3. Fysische therapie: een kwestie van beschikk(ing)en en besluiten

De Beschikking Heilgymnastiek en Massage uit 1948, waarin is vastgelegd welke behandelingen voor rekening van het ziekenfonds mogen worden verstrekt, wordt in 1966 vervangen door de Beschikking Fysische Therapie Ziekenfonds verzekering (Staatscourant 1966, 5). In deze Beschikking wordt in navolging van het rapport van de commissie Fysische Therapie gesteld dat fysische therapie bij voorkeur in inrichtingen voor fysische therapie of ziekenhuizen moet plaatsvinden.

De afkondiging van het Fysiotherapeutenbesluit en de protesten van het Genootschap tegen de beperkingen die de commissie van de Ziekenfondsraad heeft voorgesteld, leiden ertoe dat de Ziekenfondsraad de Minister adviseert om de behandelingen, verricht door zelfstandig gevestigde fysiotherapeuten voor rekening van het ziekenfonds, niet te beperken tot heilgymnastiek en massage.

In december 1967 wordt de Beschikking uit 1966 ingetrokken en vervangen door de beschikking Fysiotherapie en Logopedie Ziekenfondsverzekering (Staatscourant 1968, 7). Daarin wordt een onderscheid gemaakt tussen:

- behandelingen die door zelfstandig gevestigde fysiotherapeuten (en door inrichtingen) mogen worden verleend
- behandelingen die uit het oogpunt van kostenbewaking zijn voorbehouden aan inrichtingen (hieronder te verstaan: ziekenhuizen en speciaal voor deze behandelingen erkende inrichtingen).

De behandelingen die in beginsel voorbehouden zijn aan inrichtingen, zijn: elektrische volbaden, electrodiagnostiek, lichttherapie, ultrageluidtherapie, thermotherapie (behalve parafinebehandeling), hydrotherapie en balneotherapie.

Wil men als zelfstandig gevestigde fysiotherapeut deze behandelingen voor rekening van het ziekenfonds verstrekken, dan zal men een verzoek om erkenning als inrichting tot de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid moeten richten.

Het Genootschap is echter niet tevreden met deze verruiming. Een aantal voorstellen voor een verdere versoepeling van de

regeling wordt nadien door de beroepsgroep ingediend bij de Ziekenfondsraad.

De Staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid - Kruisinga - vraagt advies aan de Ziekenfondsraad over de door het Genootschap gewenste uitbreiding van vormen van fysiotherapie.¹¹ De Raad kan voorlopig "ten gevolge van uiteenlopende opvattingen op technisch en beleidsgebied bij de belanghebbende (...) helaas geen nader advies uitbrengen".¹²

De zelfstandig gevestigde fysiotherapeut die fysieke therapie (in engere zin) wil geven zal vooreerst een erkenning als inrichting moeten verkrijgen.

Om te waarborgen dat de inrichting aan de eisen des tijds voldoet wordt in 1970 het Besluit Inrichtingseisen afgekondigd (Staatsblad 1970, 287). Hierin worden regels gesteld waaraan inrichtingen, waarin het beroep van fysiotherapeut wordt uitgeoefend, moeten voldoen met betrekking tot hygiëne, outillage en leiding. In artikel 5 wordt een opsomming gegeven van de toestellen, de apparatuur en het instrumentarium welke tenminste nodig zijn voor uitoefening van het beroep van fysiotherapeut.

Het zijn minimum eisen waaraan elke inrichting, dus ook een ziekenhuis moet voldoen. Men heeft er naar gestreefd slechts toestellen voor te schrijven voor de meest voorkomende behandelingen; het zijn toestellen die geen grote investeringen met zich brengen. Het Besluit komt hiermee tegemoet aan de geldende ziekenfondsregeling, dat behandelingen waarvoor kostbare apparatuur nodig is, moeten worden beperkt tot inrichtingen waar deze apparatuur door veelvuldig gebruik rendabel kan zijn.

Naar aanleiding van de afkondiging van het Besluit Inrichtingseisen legt Staatssecretaris Kruisinga - in een adviesaanvraag van 23 maart 1971 - de Ziekenfondsraad de vraag voor "of het in de huidige omstandigheden aanbeveling verdient de in de Beschikking opgenomen erkenningsregeling voor inrichtingen, te laten vervallen".

Deze inrichtingseisen worden in het Besluit Paramedische Hulp en Logopedie Ziekenfondsverzekering, dat op 1 april 1974 in werking treedt (en de Beschikking uit 1968 vervangt), niet

meer opgenomen. Fysiotherapeutische hulp, zoals omschreven in het Fysiotherapeutenbesluit, mag voortaan verleend worden in daartoe bestemde praktijkruimten of op medisch voorschrift en na toestemming van het ziekenfonds ten huize van de verzekerde. Behandelingen die nog aan inrichtingen en ziekenhuizen voorbehouden blijven, vanwege de benodigde kostbare apparaten zijn:

- elektrische volbaden
- hydrotherapie met behulp van vlinderbaden, oefenbassins of loopbaden
- balneotherapie

In een 'ontsnappingsclausule' wordt vastgelegd dat deze behandelingen ook door zelfstandige fysiotherapeuten verleend kunnen worden, indien een inrichting voor deze behandelingen niet in de buurt van de patiënt aanwezig is.

Zelfstandig gevestigde fysiotherapeuten mogen voortaan dus fysische therapie (in engere zin) toepassen voor rekening van het ziekenfonds. Een belangwekkend resultaat dat voornamelijk via beschikkingen en besluiten tot stand is gekomen. Uit het beschikbare archiefmateriaal is niet gebleken dat de beroepsgroep het als een vooropgezet doel heeft nagestreefd; veeleer dat deze regelingen over de hoofden van de beroepsbeoefenaren heen tot stand zijn gekomen.

Wettelijke regelingen zijn noodzakelijk om kwesties als de plaatsbepaling en de afbakening van het beroepsterrein definitief te regelen. Ook de zich ontwikkelende medische wetenschap na de Tweede Wereldoorlog en met name de opkomst van revalidatie(centra) vormen een stimulans voor het stand komen van een regeling voor de hiaten in de bevoegdheid tot uitoefening der fysische therapie.

Het Besluit dat fysische therapie (in engere zin) in principe door vrijgevestigde fysiotherapeuten mag worden gegeven, heeft verstrekkende gevolgen voor de groei van de fysiotherapeutische hulpverlening en voor de kosten daarvan. Op de uitbouw van de honoreringsafspraken en de ontwikkeling van de kosten gaan we in de volgende hoofdstukken in.

2. Gewenst geacht honorarium

Staat in het vorige hoofdstuk de omvang van het ziekenfonds-verstrekkingenpakket centraal; in dit hoofdstuk willen we ingaan op de prijs die de ziekenfondsen voor deze verstrekkingen wensen te betalen: de tarieven.

Het is een eerste zorg van het Genootschap om tot landelijke tariefafspraken met de ziekenfondsen te komen over heilgymnastiek en massage.

Een volgende stap is de onderbouwing van deze tarieven met cijfermateriaal. Een eerste systematische verzameling van gegevens over inkomen en kosten van beroepsbeoefenaren vindt in 1956 plaats. Aan de hand van deze gegevens wordt onderhandeld over het gewenst geacht honorarium voor heilgymnast-masseurs. Dit gewenst geacht honorarium vormt de basis voor de berekening van de tarieven voor heilgymnastiek en massage. Het vormt tevens de bron van onenigheid tussen de ziekenfondsen en de beroepsgroep in de onderhandeling over de tarieven in de jaren zestig. In deze onderhandelingen komen ook de belangentegengstellingen binnen de beroepsgroep - tussen heilgymnast-masseurs in dienstverband en de zelfstandig werkenden - naar voren.

Eind jaren zestig komt het eerste landelijke tarief voor fysiotherapeutische applicaties - het zogeheten kleine pakket - tot stand.

2.1. Eerste landelijke tarieven

De wettelijke regeling van het beroep heilgymnast-masseur in augustus 1942 opent de deur voor het aangaan van landelijke honoreringsovereenkomsten met de ziekenfondsen. Al tijdens de

oorlog, in 1943, voert het Genootschap besprekingen met de commissaris belast met het toezicht op de ziekenfondsen, over een uniform tarief voor heilgymnastiek en massage.¹³ Besprekingen "welke in de augustus-dagen van 1944 zijn vastgelopen"¹⁴.

De tarieven die het Nederlands Genootschap voor Heilgymnastiek en Massage omstreeks 1942 aan haar leden adviseert, bedragen f 1,00 voor een behandeling bij de heilgymnast-masseur thuis en f 2,00 voor een behandeling bij de patiënt aan huis.¹⁵

In augustus 1946 dient de beroepsvereniging een voorstel in bij het Bureau van de Commissaris, waarin de gewenste verhouding tussen heilgymnast-masseurs en het Algemene Ziekenfonds wordt aangeduid en toegelicht. Dit leidt ertoe dat in september 1946 de Commissie van Advies voor het Ziekenfondswezen een subcommissie instelt die besprekingen over het aangaan van nieuwe overeenkomst moet voeren. In november 1947 komt de Commissie van Advies met het volgende voorstel:

Een Algemeen Ziekenfonds betaalt aan de heilgymnast-masseur:

- voor hulp verleend te zijnen huize of in zijn inrichting een honorarium van f 1,50 per keer voor heilgymnastiek of massage
- voor hulp verleend ten huize van de patiënt een honorarium van f 2,00 per keer voor heilgymnastiek en massage.

Indien aan een patiënt voor een zelfde behandeling voor een langere duur dan zes maanden hulp wordt verleend, worden de genoemde bedragen telkenmale verminderd met f 0,25.

De Directeur-Generaal van de Prijzen gaat met de voorgestelde honoraria akkoord, maar verzoekt wel de honoraria op 1 januari 1948 te laten ingaan. Nadat hij van het Genootschap meer gegevens omtrent het verleden heeft verkregen, beslist hij of deze regeling ook met terugwerkende kracht zal ingaan. Nadat de Directeur-Generaal zich op de hoogte heeft laten stellen, bepaalt hij de datum van inwerkingtreding van de honoreringsregeling voor verplicht verzekerden op 1 juli 1946, en voor vrijwillig verzekerden op 1 februari 1947.¹⁶

Aldus komt het eerste landelijke tarief voor heilgymnastiek-massage tot stand. Het Genootschap heeft er in eerste instantie naar gestreefd de heilgymnastiek en massage in het verstrekkingspakket van het ziekenfonds te krijgen; de hoogte

van het tarief is aanvankelijk hieraan ondergeschikt. De verstreking is als een 'vrijdagaanbieding' in het pakket gekomen, aldus de uitleg die één der leden van het Genootschap er achteraf aan geeft. Eenmaal in het verstrekkingenpakket opgenomen, kan het spel om de knikkers beginnen.

Van structureel overleg over landelijke honoreringsafspraken voor heilgymnastiek en massage tussen het Genootschap en de ziekenfondsorganisaties kan pas gesproken worden in de jaren vijftig.¹⁷

De procedurele gang van zaken is als volgt. Wanneer het Genootschap en de ziekenfondsorganisaties tot een akkoord zijn gekomen, worden de gemaakte afspraken in een gezamenlijke brief aan de voorzitter van de Ziekenfondsraad voorgelegd. Deze legt dit akkoord op zijn beurt voor aan de 'Commissie Overeenkomsten' binnen de Ziekenfondsraad. Deze commissie heeft slechts toetsingsrecht; deze mag de overeenkomsten slechts goedkeuren of afkeuren. Deze commissie mag er niets aan toevoegen, daar de goedkeurende instantie in dat geval op "de stoel van de partijen zou gaan zitten". Daarna wordt de overeenkomst ter goedkeuring voorgelegd aan de Ziekenfondsraad. Het advies van de Ziekenfondsraad behoeft vervolgens de goedkeuring van de minister die het uitgebrachte advies veelal overneemt. Zijn er door de goedkeurende instanties geen bezwaren geuit, dan is de overeenkomst rechtsgeldig.

2.2. Enquête over de hoogte van de honorering

In 1955 komen het Genootschap en de ziekenfondsorganisaties na ampel overleg overeen de bestaande tarieven met een kwartje te verhogen vanwege de gestegen kosten van beroepsuitoefening en levensonderhoud. Om te kunnen beoordelen of deze verhoging voldoende is, wordt door het Genootschap, in samenwerking met de ziekenfondsorganisaties, een enquête ingesteld door het accountantskantoor Doornbosch.¹⁸ De enquête zal representatief cijfermateriaal over het nettohonorarium en de kosten van de heilgymnasten en masseurs moeten opleveren; cijfermateriaal dat aan de onderhandelingstafel met de ziekenfondsorganisaties kan worden gebruikt.

Tabel 1 geeft een overzicht van de gegevens die verzameld zijn over de wijze van beroepsuitoefening en het netto-inkomen.

Tabel 1: Wijze van beroepsuitoefening en netto-inkomsten uit zelfstandige praktijkuitoefening van heilgymnast-masseurs uit de enquête van accountantskantoor Doornbosch

bedrag in gulden	groep				
	A	B	C	D	E/F
0- 1000	6		59	24	6
1001- 2000	22	2	58	13	6
2001- 3000	43	2	18	5	4
3001- 4000	47	7	6	1	4
4001- 5000	33	8	6		2
5001- 6000	21	7	5		
6001- 7000	11	3	2		
7001- 8000	3	4	2		1
8001- 9000	4	4	1		
9000-10000	1	2	1		
10001-11000		3			
11001-12000	2	1			
12001-13000	1	1			
13001-14000					
14001-15000		2			
15001-16000		1			
geen bedrag opgegeven	9	1	3	2	14
	203	48	131	45	37

A = zelfstandige praktijk als enig beroep zonder medewerkers

B = zelfstandige praktijk als enig beroep met medewerkers

C = zelfstandige praktijk naast leraar lichamelijke oefening

D = zelfstandige praktijk als bijverdienste

E = in dienstverband werkzaam

F = in dienstverband werkzaam naast zelfstandige praktijkuitoefening

Een vragenlijst wordt aan alle leden van het Genootschap toegestuurd.¹⁹ Daar de leden beslist geen homogene groep vormen, is het nodig om met behulp van deze vragenlijst eerst gegevens te verzamelen over:

de wijze van beroepsuitoefening
het netto-inkomen van de beroepsbeoefenaren
de in gebruik zijnde ruimte en apparatuur.

Er blijken 150 beroepsbeoefenaren te zijn die niet in de categorieën A tot en met F zijn onder te brengen.

De in gebruik zijnde ruimte en apparatuur

De respondenten beschikken vrijwel allen over een eigen praktijkruimte; in enkele gevallen wordt praktijkruimte van een ziekenhuis gehuurd. De aanwezige apparatuur is in het algemeen beperkt tot massagebanken, diverse gymnastiekbenodigdheden en straalverwarmingsapparaten. Een minderheid beschikt over apparaten van faradische en galvanische stroom en hoogtezon. In een tiental gevallen is meer specifieke apparatuur voor physio-thechnische behandeling aanwezig.

Uit de overige antwoorden op de vragenlijst komt veelvuldig de klacht over te lange werktijden naar voren. Verder is er een aantal klachten over de onbevredigende regelingen van de afstandsvergoeding.

Deze gegevens dienen, volgens het Genootschap, als representatief aangemerkt te worden, daar het aantal niet bij de beroepsvereniging aangesloten heilgymnasten en masseurs uiterst gering is. Een check op deze representativiteit door het accountantskantoor, toont aan dat het "aantal actieve beroepsbeoefenaren buiten het Genootschap onbelangrijk is in vergelijking met het ledental". Hierbij dient men echter wel te bedenken dat alleen degenen die een Genootschapsdiploma bezitten als heilgymnast-masseur worden aangemerkt.

Met behulp van de gegevens uit de vragenlijst wordt een definitieve enquête opgesteld.²⁰ In overleg met de de ziekenfondsorganisaties wordt besloten deze enquêteformulieren slechts toe te zenden aan de groepen A en B (respectievelijk 203 en 48 leden omvattend). De ziekenfondsorganisaties stellen daarbij

als eis dat de enquête tenminste door 100 respondenten wordt ingevuld en dat "deze gegevens alle ter plaatse zouden worden gecontroleerd"²¹.

Ongeveer de helft (121 leden) stuurt het enquêteformulier ingevuld terug; na controle blijken 39 formulieren ongeschikt voor verdere verwerking.²² Met het oog op het doel van de enquête en de relatieve onbelangrijkheid van groep B wordt besloten alleen het cijfermateriaal van groep A (= 68) te verwerken.

Doel van de enquête is, met behulp van gegevens uit 1954, het vaststellen van:

de bruto-ontvangsten

de verwervingskosten

de netto-inkomsten (=bruto-ontvangsten minus verwervingskosten)

De bruto-ontvangsten

Voor een beoordeling van de bruto-ontvangsten per jaar worden de 68 respondenten volgens weekbezetting gerangschikt en vervolgens opgesplitst in drie categorieën: de drie grote steden, overige plaatsen en platteland.

Als basis voor een normale volle weekbezetting wordt 46 uur aangenomen (inclusief vier uur voor administratie, contact met doctoren, verliesuren en twee netto-werkuren). Tabel 2 geeft aan dat het gemiddelde bruto-inkomen van deze groep bedraagt f 7.342,-. In deze groep plus de beide naastliggende groepen komen 18 praktijken voor; dit is een kwart van het totaal. Uit tabel 2 blijkt verder dat 60% van de praktijken 'belangrijk onderbezet zijn'.

Tabel 2 laat tevens zien dat de bruto-ontvangsten van de heilgymnast-masseurs met een plattelandspraktijk in het algemeen belangrijk lager liggen dan die in de twee andere categorieën. Een verklaring hiervoor is dat de behandeling van patiënten aan huis op het platteland meer tijd vergt. Dit wordt nog versterkt doordat het aantal ziekenfondspatiënten dat ten huize van de patiënt behandeld wordt in de plattelandspraktijken een derde van het totaal uitmaakt; in de andere categorieën is dat ongeveer een zesde van het totaal.

Tabel 2: Bruto-ontvangsten per jaar van zelfstandig werkende heilgymnasten en masseurs (groep A) uit de tweede enquête van het accountantskantoor Doornbosch

aantal uren per week	categorieën							
	drie grote steden*		overige plaatsen		platte- land		algemeen gemiddelde	
- meer dan 60 uur per week			4	14133	1	12469	5	13800
- van 50-60 uur per week	1	9753	2	10164	1	8565	4	9662
- van 40-50 uur per week	1	7994	1	8707			2	8800
- van 40-45 uur per week			5	7262	2	7214	8	7342
- van 35-40 uur per week			7	7666	1	6636	8	7537
- van 30-35 uur per week	1	7543	7	6146	2	4921	10	6036
- van 25-30 uur per week			3	5097	1	5108	4	5100
- van 20-25 uur per week	4	4424	5	5713	2	3767	11	4890
- van 15-20 uur per week	3	3338	5	3920	3	3354	11	3607
- van 10-15 uur per week	2	3058	2	3776			4	3417
- van 5-10 uur per week	1	1587					1	1587
	14		41		13		68	

* Amsterdam, Rotterdam en Den Haag

Verwervingskosten ²³

De kosten die een zelfstandig werkende heilgymnast-masseur moet maken om zijn praktijk te kunnen uitoefenen (verwervingskosten), zijn in tabel 3 weergegeven.

Tabel 3: Verwervingskosten per jaar uitgesplitst naar het percentage ziekenfondspatiënten per praktijk voor heilgymnasten en masseurs (groep A) uit de tweede enquête van het accountantskantoor Doornbosch

categorie	% ziekenfondspatiënten			
	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
grote steden	2 1376	2 1332	3 1127	7 1960
overige plaatsen	3 1724	4 1678	17 2129	17 2240
platteland	1 1518	1 1608	9 2178	2 2567
gezamenlijk	6 1574	7 1569	29 2178	26 2567

Uit tabel 3 komt naar voren dat de verwervingskosten toenemen naarmate het percentage ziekenfondsbehandelingen stijgt, hetgeen niet aannemelijk is. Dit komt omdat in de groepen met een laag percentage ziekenfondsbehandelingen een klein aantal praktijken met een overwegend zeer lage bezetting voorkomt.²⁴ Het is dan een financiële noodzaak om de verwervingskosten zoveel mogelijk te beperken.

Uit de enquêtegegevens blijkt verder dat in praktijken met overwegend particuliere patiënten relatief meer behandelingen bij patiënten thuis plaatsvinden dan in praktijken met overwegend fondspatiënten (respectievelijk ongeveer tweevijfde en eenvijfde).²⁵

Besloten wordt voor de vaststelling van de verwervingskosten in een praktijk met overwegend ziekenfondspatiënten uit te gaan van een gewogen gemiddelde van de kolom 75-100% ziekenfondspatiënten. De praktijken uit deze kolom hebben een bezetting van minstens 25 uur en een gemiddeld percentage aan ziekenfondspatiënten van 85,6%. De gemiddelde verwervingskosten bedragen dan f 2.168,-.

Netto-inkomsten

Gegeven de berekeningen van de bruto-ontvangsten en de verwervingskosten kunnen de netto-inkomsten worden bepaald.

Het accountantskantoor Doornbosch becijfert dat de netto-inkomsten van een zelfstandig werkend heilgymnast-masseur in 1954 gemiddeld f 3.874,- bedragen. De weekbezetting van deze praktijken ligt tussen de 40 en 50 uur. De berekeningen zijn, zoals reeds gesteld, gebaseerd op de enquêtegegevens van 68 zelfstandig werkende heilgymnasten en masseurs.

Ofschoon bezwaren kunnen worden aangevoerd tegen de representativiteit en de grootte van de onderzochte groep, moet men wel bedenken dat dit het eerste systematisch opgezette onderzoek naar de economische positie van heilgymnast-masseurs is.

2.3. Gewenst geacht honorarium anno 1956

Met de gegevens uit het accountantsrapport kunnen de "gewenst geachte honoraria" voor heilgymnast-masseurs berekend worden.²⁶ Het accountantskantoor Doornbosch krijgt van het Genootschap als opdracht de calculatie zodanig op te zetten dat het berekende bruto-honorarium kan worden bereikt bij een normale volle praktijkbezetting en met 100% behandelingen voor rekening van het ziekenfonds.

Uit praktische overwegingen wordt eenzelfde berekeningsopbouw gevolgd als bij de huisartsen. Deze berekeningswijze steunt op twee componenten:

het netto-inkomen in een vergelijkbaar beroep
het daarop gebaseerde bruto-inkomen.

Als vergelijkbaar beroep wordt de gymnastiekleraar gekozen. De aard van de verrichtingen van de heilgymnast-masseur, heeft een sterke verwantschap met die van het beroep van gymnastiekleraar. Voor laatstgenoemd beroep is evenwel een vooropleiding van vijfjarige HBS vereist; voor de opleiding tot heilgymnast-masseur daarentegen kan volstaan worden met een MULO-diploma.

De beroepsuitoefening van de heilgymnast-masseur vraagt een bijzondere verantwoordelijkheid en het is niet onredelijk om daar bij de bepaling van het inkomen rekening mee te houden. Als vergelijkbaar inkomen wordt het gemiddelde salaris van de gymnastiekleraar en van de gymnastiekonderwijzer genomen. Het netto-inkomen voor deze groep wordt berekend op f 8.583,- per jaar.²⁷

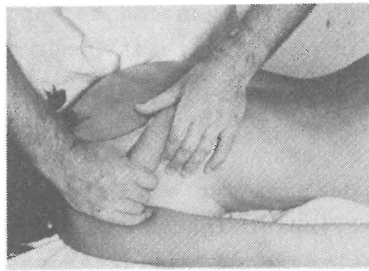
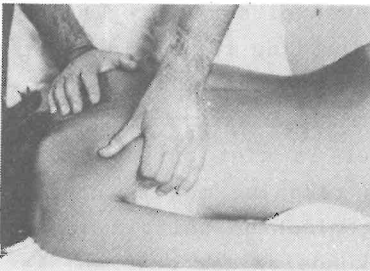
Het bijbehorende bruto-inkomen wordt verkregen door het netto-inkomen te verhogen met de beroepskosten (= verwervingskosten) en premies voor ongevallen-, ziekte- en pensioenverzekering. Zodoende verkrijgt men het noodzakelijk geachte bruto-honoraarium van f 14.871,- per jaar; een bedrag dat in een volledige werktijd van 44 uur per week moet worden verkregen. De benodigde inkomsten per uur worden becijferd op f 7,75.

Weet men hoeveel tijd een behandeling in beslag neemt dan kan een tarief opgesteld worden. Met behulp van de enquêtegegevens worden drie normtijden vastgesteld. De tarieven in een stadspraktijk zijn op basis van de gevonden normtijden (gegeven een uurloon van f 7,75) de volgende:

	behandeltijd	tarief
in de inrichting van de heilgymnast-masseur	30 minuten	f 3,87
in een ziekenhuis	37½ minuten	f 4,84
bij de patiënt aan huis*	45 minuten	f 5,81

* Op het platteland wordt één uur gerekend voor de behandeling van de patiënt aan huis.

Praktijkonderzoek van het accountantskantoor heeft uitgewezen dat de opgestelde normtijden in de meeste gevallen 'belangrijk lager' liggen dan de werkelijke behandelingstijden.



Massage-therapie

Vergelijkt men deze door het accountantskantoor berekende tarieven met de geldende tarieven (voor behandeling ten huize van de heilgymnast-masseur f 2,- en voor behandeling bij de patiënt thuis f 3,-), dan blijkt dat het vigerende tarief inderdaad lager ligt.

Men kan bij een volledige dagtaak als heilgymnast-masseur met deze tarieven geen redelijk inkomen - zoals berekend door het accountantskantoor - verwerven.

2.4. Belangentegenstellingen tussen de beroepsbeoefenaren

Het beroep van zelfstandig gevestigd heilgymnast-masseur zal geleidelijk aan uitsterven, doordat ziekenhuizen en inrichtingen de patiënten naar zich toe trekken, zo stelt het Genootschap verontrust in de onderhandelingsvergadering met de ziekenfondsorganisaties in 1959.²⁸

Het Genootschap heeft er vooral bezwaar tegen dat een aantal inrichtingen en ziekenhuizen lager declareert dan de honoreringsovereenkomst tussen het Genootschap en de ziekenfondsorganisaties voorschrijft. Dit is onder meer mogelijk door het laten behandelen van patiënten door onbevoegde, minder dure krachten. Deze ongelijke honorering maakt dat de ziekenfondsen economisch belang krijgen bij verwijzing naar ziekenhuizen en inrichtingen.

De ziekenfondsen achten een lagere kostprijs bij een massale vorm van hulpverlening logisch. Het behoort bovendien niet tot de competentie van de ziekenfondsorganisaties een tarief of een overeenkomst aan ziekenhuizen en inrichtingen op te leggen. Als het Genootschap voldoende 'greep' heeft op de leden, heeft het ook de tariefstelling in de hand. Met de ziekenhuizen zou dan een tarief kunnen worden aangegaan dat overeenkomt met de landelijke tarieven, aldus de ziekenfondsorganisaties. De ziekenhuizen weigeren echter aan een dergelijke regeling mee te werken, volgens het Genootschap. De meeste ziekenhuizen en inrichtingen geven een vast salaris - veelal aan de zeer lage kant - en de betrokken heilgymnast-masseurs hebben geen zeggenschap in hetgeen aan de fondsen wordt gedeclareerd. Soms ook wordt tegen een bepaald percentage van de totale declara-

tie gewerkt. Het Genootschap dringt er dan op aan om tenminste te bepalen dat voor behandeling van een ziekenfondspatiënt door een leerling - hetgeen in een ziekenhuis veelvuldig voorkomt - niet gedeclareerd mag worden. De leerling mag wel onder toezicht en leiding een behandeling uitvoeren. De ziekenfondsorganisaties verklaren zich bereid daarop toe te zien.

De trek van patiënten naar ziekenhuizen en inrichtingen betekent een geduchte concurrentie voor de zelfstandig gevestigde beroepsbeoefenaren. Voor de heilgymnast-masseurs in dienstverband is het echter een gunstige ontwikkeling.

Signalering van het "ontstellend tekort aan heilgymnast-masseurs in ziekenhuizen en revalidatiecentra" noodzaakt het hoofdbestuur van het Genootschap zich eens ernstig op deze kwestie te beraden. Drie alternatieven worden ter vergadering overwogen:²⁹

- drastische verlaging van de toelatingseisen

Dit wordt zonder meer van de hand gewezen. "Nimmer zullen wij mogen dulden dat men tot verlaging van de eisen overgaat. Het verzwakt onze positie; niet alleen onze standing maar ook onze financiële positie"

- het onder druk zetten van vrijgevestigde collega's opdat ze in dienstverband gaan werken komt als alternatief niet in aanmerking

- het opleiden van hulpkrachten, die onder verantwoordelijkheid van de arts (eventueel bevoegde heilgymnast-masseur) in de ziekenhuizen mogen assisteren

Dit laatste lijkt zeer gevaarlijk want men haalt onbevoegden binnen. Maar het is zeer wel mogelijk om mee te werken aan de opleiding van 'technische hulpkrachten' (de zogenoemde knopjes-draaiers) onder bepaalde voorwaarden. Voor de volledig bevoegden kan dan een hogere classificatie bedongen worden. Eén van de voorwaarden zou zeker moeten zijn dat de hulpkracht uitsluitend in een ziekenhuis of inrichting mag werken indien minstens één volledig bevoegde boven hem geplaatst is; het werk van doktersassistenten op het gebied van heilgymnastiek-massage zou in dat geval ook te betwisten zijn.

Dit laatste alternatief lijkt vooralsnog het beste, meent het hoofdbestuur.

Een aanverwante kwestie vormt het verzet van het Genootschap tegen pogingen die medici, hoofdzakelijk revalidatie-artsen, ondernemen om in hun afdelingen de ziekenfondspatiënten door heilgymnast-masseurs te laten behandelen. Daartoe zou een naamloos contract met ziekenfondsen nodig zijn waardoor de in het ziekenhuis werkende heilgymnast-masseur automatisch fondspraktijk zou mogen doen. Het Genootschap is ertegen omdat men de praktijkhouders wil beschermen.

De principiële vraag dringt zich op of het Genootschap de eigen praktijkhouders moet blijven beschermen en de artsen moet nopen tot het bemannen van hun afdeling met ondeskundige hulpkrachten of dat men het moet toejuichen "dat de fysische therapie thans, gelukkig, bij de medici meer wordt gewaardeerd en toepassing vindt"³⁰.

Deze principiële vraag blijft vooralsnog onbeantwoord. Wel komt hier al duidelijk de belangentegenstelling tussen de zelfstandig gevestigden en de beroepsbeoefenaren in dienstverband naar voren. Binnen het kader van deze studie zullen we daar niet verder op ingaan. We beperken ons hier tot de extramurale fysiotherapeutische hulpverlening.

De berekeningen voor het noodzakelijk geacht honorarium door het accountantskantoor - bedoeld voor het vaststellen van het tarief voor ziekenfondsbehandelingen - schudden ook degenen met een grote particuliere praktijk wakker. Het minimum particulier tarief is namelijk gebaseerd op het ziekenfondstarief.³¹ De particuliere tarieven worden daarop verhoogd.

Mede naar aanleiding van klachten wegens verhoging van de minimum tarieven verzoekt de minister van Economische Zaken het Genootschap dringend de particuliere tarieven tot 10% boven de oude tarieven terug te brengen. Mocht de beroepsgroep hier onoverkomelijke bezwaren tegen hebben, dan zal men de minister de motieven, voorzien van een uitvoerige documentatie, moeten voorleggen. Het is niet ondenkbaar dat een verhoging van de particuliere tarieven met meer dan 10% bij Ministerieel Besluit verboden zal worden.

Het Genootschap reageert verontwaardigd. Deze minimum tarieven zijn "allerm minst bindend voor de leden. Zij dienen slechts als leidraad. Door het instellen van de enquête is het duidelijk

geworden, dat in deze moderne tijd de oude tarieven allerm minst aangepast zijn (...). De hoogte van deze minima is te wijten aan het feit dat de heilgymnast-masseurs nog in een feodaal tijdperk denken waar een normale arbeidsdag van 10-12 uren gold"³². "...We lopen achter. Alles ging omhoog, wij verhoogden officieel niets. Onze rechten gaan terug tot een datum in het verleden. Gaan we de diverse verhogingen procentueel na, dan komen we gemakkelijk tot ons huidige tarief (...) onze kaarten zijn niet slecht. De kunst is om ze goed uit te spelen."³³ Een argumentatie die ook doorgetrokken wordt naar de vigerende ziekenfondstarieven.

De ontwikkelingen van de particuliere tarieven zullen hier verder buiten beschouwing blijven. Ten eerste omdat het overgrote deel van de fysiotherapeutische hulpverlening voor rekening van het ziekenfonds wordt verricht (ruim 70%); ten tweede omdat over particuliere tarieven en kosten weinig of geen systematische gegevens beschikbaar zijn.

2.5. Honoreringsovereenkomsten in de jaren zestig

Het accountantsrapport uit 1956, waarin bij de becijfering van het gewenst geachte honorarium is gebleken dat de tarieven voor heilgymnastiek en massage lager liggen dan het vigerende tarief, wordt als uitgangspunt genomen bij de onderhandelingen met de ziekenfondsen.³⁴ De ziekenfondsorganisaties maken bezwaar tegen vier onderdelen uit het accountantsrapport. Ten eerste de becijfering van het netto-honorarium. Als uitgangspunt voor de berekening is men in het rapport uitgegaan van het honorarium van de gymnastiekonderwijzer/leraar. De ziekenfondsorganisaties wensen het netto-honorarium te baseren op het gemiddeld inkomen van de heilgymnast-masseur in dienstverband. Het Genootschap vindt het onbevredigend om de laagst gehonoreerde vergelijkingsfiguur - de dienstverbander - op te voeren als basis voor de bepaling van het netto-honorarium.³⁵

De ziekenfondsorganisaties maken verder bezwaar tegen de duur van de behandelingsduur. Het accountantsrapport gaat uit van een gemiddelde van 30 minuten; de ziekenfondsorganisaties voeren

aan dat in de praktijk ook wel behandelingen van zeven of acht minuten voorkomen, en hebben dan ook enige twijfel of heilgymnast-masseurs inderdaad de genoemde tijden benutten. Men wenst garanties dat die tijd daadwerkelijk wordt benut. Het Genootschap geeft te kennen dat het een 'commissie rechtspraak' gaat instellen die, indien leden zich niet aan de landelijke afspraken houden, kan overgaan tot uitsluiting van de ziekenfondspraktijk naast berisping, royement etc.

Verder is het de ziekenfondsen gebleken dat op de uitrusting van de praktijk bij de verschillende heilgymnast-masseurs aanmerkingen te maken zijn. Het Genootschap stelt voor regionale commissies in het leven te roepen ter controle. De ziekenfondsen wensen echter geen commissies, maar "een duidelijke individuele controle in de behandelingsruimte met de patiënt". Het Genootschap gaat daar ten slotte mee akkoord indien de ziekenfondsen de controle laten uitoefenen door een controlerend geneeskundige. Het aantal slechte uitrustingen is niet groot, meent het Genootschap, het komt in hoofdzaak voor bij degenen die het beroep als bijbaantje uitoefenen.³⁶

Een laatste bezwaar van de ziekenfondsorganisaties betreft de afstandsvergoeding. Tot nu toe wordt deze afstandsvergoeding incidenteel door de ziekenfondsen toegekend. Uit het accountantsrapport is echter gebleken dat aan een plattelandspraktijk relatief hoge vervoerskosten verbonden zijn. De beroepsgroep wenst deze incidentele regeling in een algemene regeling om te zetten. De ziekenfondsorganisaties voelen hier niets voor. De normale verplaatsingskosten zijn in het honorarium begrepen en vergoeding wordt slechts in uitzonderlijke gevallen verleend. Het Genootschap stemt er uiteindelijk mee in dat de incidentele regeling gehandhaafd blijft, mits dit voor sommige ziekenfondsen niet als motief wordt aangegrepen om zich aan (regionaal/plaatselijk) overleg over deze vergoeding te onttrekken.

Na herhaalde ruggespraak met de achterban komen partijen overeen de tarieven met 25% te verhogen met ingang van mei 1957. Het Genootschap is niet onverdeeld tevreden en behoudt zich het recht voor om naar verdere verbetering te streven.

De belangrijkste onderwerpen waarover in de jaren zestig wordt

onderhandeld tussen het Genootschap en de ziekenfondsorganisaties zijn:

Vergelijkingsfiguur en de aanpassing aan de loonontwikkeling
Praktijkkosten

Collectieve pensioenvoorziening

Standaardovereenkomst

Tarief voor fysiotherapeutische applicaties

Vergelijkingsfiguur en aanpassing aan de loonontwikkeling

In een brief aan de onderhandelingscommissie in juli 1959 stelt het Genootschap dat de verhoging van de tarieven in 1957 onvoldoende is gebleken. Dit ligt geheel in de lijn der verwachtingen van de beroepsgroep. Het Genootschap heeft destijds genoegen genomen met de opgestelde tarieven vanwege de afgekondigde bestedingsbeperking, maar wenst de achterstand nu in te halen door een extra verhoging van het tarief. De ziekenfondsorganisaties daarentegen wensen de tarieven uit 1957 als uitgangspunt te hanteren. Er wordt dan overeengekomen om het netto-honorarium in 1960 te verhogen met een stijging van de kosten voor levensonderhoud.³⁷ Hierbij komt een looncompensatie van 2,5% in verband met de algemene huurverhoging en de afschaffing van de consumentensubsidies. Het Genootschap gaat hier ten slotte mee akkoord op voorwaarde dat de mogelijkheid tot nader overleg met de ziekenfondsorganisaties over een juiste basis voor honorering wordt opengelaten.

In de onderhandelingen over de tarieven voor 1962 stellen de ziekenfondsorganisaties voor om voortaan het loonindexcijfer voor het middelbaar overheidspersoneel te hanteren. Deze vergelijkingsfiguur kan, wat het inkomen betreft, vergeleken worden met de heilgymnast-masseur. Acceptatie van dit voorstel resulteert in een verhoging van het netto-honorarium van 10,8%.

De ziekenfondsorganisaties stellen in de tariefonderhandelingen over 1964 de vergelijking met het middelbaar overheidspersoneel niet langer te kunnen handhaven in verband met de zogenaamde Toxopeus-verhoging voor deze groep.³⁸ Men wenst voortaan met drie categorieën te werken, namelijk met indexcijfers van:

mannelijke beambten in het particuliere bedrijf
mannelijke beambten in het middelbaar overheidsbedrijf
indexcijfer dat ontleend is aan de ontwikkeling van alle werknemerscategorieën.

Het Genootschap verwijt de ziekenfondsen een zig-zag koers; eerst wordt gewerkt met de kosten van levensonderhoud, daarna met die van de middelbare ambtenaar en nu wenst men algemene indexcijfers in te voeren.³⁹ De achterstand in het honorarium - herhaaldelijk benadrukt - zal op deze manier niet ingelopen kunnen worden.

De ziekenfondsorganisaties menen echter dat geen sprake kan zijn van het inlopen van een achterstand, aangezien de Ziekenfondsraad daar zeker niet mee akkoord zal gaan. De partijen komen uiteindelijk overeen het netto-honorarium met 16% te verhogen. In verband met de bijzondere loonontwikkelingen in 1964 (het 'witten van de zwarte lonen' alsmede de spectaculaire loonsverhogingen in bepaalde bedrijfstakken) worden de tarieven op 1 juli 1964 opnieuw aangepast.

De 'Commissie Overeenkomsten' van de Ziekenfondsraad heeft enige aanmerkingen op deze afspraken. Wel gaat ze akkoord met het stijgingspercentage, maar maakt bezwaar tegen de vergelijking met de indices. Er zal voor de volgende overeenkomst nieuw cijfermateriaal nodig zijn.

Bij het maken van honoreringsafspraken voor 1965 wordt de vergelijkingsfiguur opnieuw ter discussie gesteld door de ziekenfondsorganisaties. Het vergelijken van loonindexcijfers van de voorafgaande periode kan door de bijzondere ontwikkelingen aan het loonfront voor 1965 niet gehanteerd worden. Men besluit om - evenals bij andere groepen medewerkers - voor heilgymnast-masseurs uit te gaan van reeksen indices over vier perioden. Het netto-honorarium wordt daarop met 15,7% verhoogd.

In 1966 komen de partijen overeen om bij het vaststellen van de tarieven voortaan rekening te houden met te verwachten loonontwikkelingen: prognoses. In het tot dusver gevolgde systeem is men uitgegaan van de geconstateerde ontwikkelingen, namelijk indices over een achterliggende periode. Derhalve wordt het netto-honorarium verhoogd met een trendmatige aanpassing van 7% plus een prognose van 4%.

Deze methode van trendmatige aanpassing op basis van reeksen

indices plus een prognose voor toekomstige loonontwikkelingen blijkt voor de partijen een werkbare figuur. Het netto-honoraarium wordt de eerstkomende jaren dan ook op deze manier vastgesteld.

Praktijkkosten

Bij het berekenen van de post 'praktijkkosten' voor 1960 is het accountantskantoor Doornbosch uitgegaan van het kostenbedrag uit de enquête (1956) en heeft dit verhoogd met de stijging van de verschillende onderdelen van de kosten sedertdien.⁴⁰ De ziekenfondsorganisaties maken echter bezwaar tegen deze wijze van calculatie van de kosten; overleg hierover leidt tot een gewijzigde accountantsnota.⁴¹ Hoewel de ziekenfondsorganisaties zich niet kunnen verenigen met de verhogingen voor de diverse posten afzonderlijk, gaan ze wel met het totaalbedrag akkoord.

In opdracht van het Genootschap voert het Bedrijfseconomisch Adviesbureau Van der Reyden een kosten-enquête over het jaar 1960 uit.⁴² De enquête wordt beperkt tot de zelfstandig gevestigden die de heilgymnastiek en massage als hoofdberoep uitoefenen. Nadat de 495 binnengekomen enquêteformulieren nader zijn bestudeerd, besluit men de enquête verder te beperken tot de zelfstandig gevestigden zonder medewerkers. Uiteindelijk blijven er nog 44 representatief geachte beroepsbeoefenaren over.⁴³ Twintig daarvan worden ter plaatse gecontroleerd en 24 zeer kritisch bekeken (en in een aantal gevallen alsnog persoonlijk bezocht). Er is zorg gedragen voor een voldoende spreiding van heilgymnast-masseurs over de 11 provincies en de drie grote steden.

Het met behulp van deze enquête gevonden kostenbedrag blijkt nauwelijks af te wijken van het kostenbedrag uit de overeenkomst met de ziekenfondsorganisaties uit 1960.⁴⁴ Zo het Genootschap al een aanmerkelijk hoger kostenbedrag verwachtte dan wordt dit in ieder geval niet door de enquêtegegevens ondersteund.

De Commissie Overeenkomsten met de Ziekenfondsraad maakt bezwaar tegen de gemiddelde grootte van de geënquêteerde praktijken.⁴⁵ Aan deze bezwaren wordt tegemoet gekomen en het to-

tale kostenbedrag wordt aangepast.

In 1966 komen de partijen overeen om ook bij de vaststelling van de kosten - evenals bij de vaststelling van het netto-honorarium - rekening te houden met een prognose. De vaststelling van het kostenbudget levert sindsdien geen onoverkomelijke bezwaren meer op.

Collectieve pensioenvoorziening

In 1968 wordt een post oudedagvoorziening bij de berekeningen opgenomen. Zowel bij de overheid als in het bedrijfsleven "worden allerwege duidelijke verbeteringen in de pensioenregeling waargenomen (...). Op grond van deze onmiskenbare ontwikkelingen zijn de partijen overeengekomen om, naast het netto-honorarium, gelden te reserveren voor een te creëren collectieve pensioenvoorziening voor heilgymnast-masseurs". In afwachting van een wettelijk verplichte pensioenregeling richt het Genootschap een stichting op met het doel de voorlopig gereserveerde gelden te beheren.

Standaardovereenkomst

In 1960 wordt een standaardovereenkomst tussen ziekenfondsen en heilgymnast-masseurs ingevoerd. In afwijking van de tot dan toe gevolgde gang van zaken, behoeven overeenkomsten tussen individuele ziekenfondsen en heilgymnast-masseurs niet meer stuk voor stuk de goedkeuring van de Ziekenfondsraad, indien deze overeenkomsten gelijk zijn aan de standaardovereenkomst. De onderhandelingspartners besluiten enige jaren met deze overeenkomst te werken om hem op mogelijke gebreken te toetsen.

De belangrijkste veranderingen ten opzichte van de bestaande overeenkomst betreffen het opnemen van voorwaarden waaraan de outillage en de inrichting van de praktijk van heilgymnast-masseurs moeten voldoen.⁴⁶ Dit is in de overeenkomst opgenomen omdat niet-leden van het Genootschap zich anders aan deze minimum-eisen zouden kunnen onttrekken. Verder is de controlebevoegdheid van het ziekenfonds in de overeenkomst vastgelegd. Ook is aangegeven dat de honoraria gebaseerd zijn op een gemiddelde praktijkbezettingsduur van 30 minuten. Deze behandelingsduur en vooral de tijd die beschikbaar is voor bijbehorende werkzaamheden (administratie, contact met artsen, verplicht

spreekuur, verliestijden etc.) is herhaalde malen een punt van discussie geweest in de onderhandelingsvergaderingen.

In 1962 wordt - zoals afgesproken - een inventarisatie gemaakt van punten in de standaardovereenkomst waarover ontevredenheid bestaat. Deze overeenkomst behoeft wijziging op de volgende punten:

- verhouding tussen plaatselijke overeenkomsten en landelijke afspraken dient geregeld te worden
- het Genootschap acht het noodzakelijk dat bij iedere verrichting door een leerling een bevoegde heilgymnast-masseur aanwezig is (ook in ziekenhuizen). Met de bestaande voorwaarden wordt "zeer de hand gelicht; vooral uit het zuiden zijn ernstige klachten op dit punt"⁴⁷.
- er dient een apart tarief voor behandelingen in een ziekenhuis of erkende inrichting te komen. Dit tarief wordt in 1964 ingevoerd en ligt in tussen het tarief voor behandeling in de praktijk van de heilgymnast-masseur (het zogenaamde in-tarief) en het tarief voor behandeling bij de patiënt thuis (het uit-tarief). Het is bedoeld om het tijdverlies bij een bezoek aan een inrichting of ziekenhuis door een zelfstandig gevestigd heilgymnast-masseur te compenseren.⁴⁸
- warmtetherapie (indien noodzakelijk bij een andere behandeling) mag niet extra gehonoreerd worden, aldus de ziekenfondsen.

Het Genootschap maakt er bezwaar tegen dat infrarood wordt beschouwd als inleidende warmte en niet wordt betaald. Deze behandeling wordt regelmatig gegeven en wordt ook door officiële instanties toegestaan.

Tarief voor fysiotherapeutische applicaties

Direct na het afkondigen van het Fysiotherapeutenbesluit in 1965 stuurt het Genootschap een brief aan de onderhandelingsvergadering waarin een uitgebreide lijst van fysiotherapeutische applicaties wordt overlegd. Een opsomming die "als uitgangspunt kan dienen voor de komende tariefsbepalingen. Zowel de kosten van de apparatuur, extra voorzieningen ten aanzien van de praktijkkrumte en dergelijke, praktijkbezettingstijd, alsmede de mogelijkheid tot het verrichten van nevenwerkzaamheden, zijn factoren die de hoogte van de tarieven zullen die-

nen te beïnvloeden", aldus de brief⁴⁹. Naar aanleiding van de afkondiging van de Beschikking Fysiotherapie en Logopedie Ziekenfondsverzekering uit 1967 wordt de kwestie opnieuw in de onderhandelingscommissie besproken. Weliswaar geeft een aantal ziekenfondsen reeds een onkostenvergoeding aan ziekenhuizen, artsen en fysiotherapeuten voor applicaties als diathermie, electro-stimulatie, galvanisatie en paraffinebehandeling, maar van een landelijke regeling is nog geen sprake.

De 'nieuwe' fysiotherapeuten beschikken over meer kennis en bekwaamheid dan de 'oude' heilgymnast-masseurs. Het Genootschap is van mening dat deze 'meerwaarde' tot uitdrukking gebracht moet worden in het netto-honorarium. Derhalve zou de netto-honorering van de applicaties vijf tot acht procent hoger dienen te liggen dan de honorering van behandelingen door heilgymnast-masseurs. De ziekenfondsorganisaties zijn niet tegen het uitgangspunt om honorering van applicaties te baseren op het netto-honorarium voor heilgymnastiek en massage, maar geven de voorkeur aan een differentiatie van de tarieven voor groepen applicaties. Aan een gemiddeld bedrag voor alle applicaties zit volgens hen het nadeel "dat fysiotherapeuten ertoe zouden kunnen worden verleid alleen de voor hen voordelige applicaties te verstrekken"⁵⁰.

De duur van de behandeling vormt, naast het honorarium, een ander belangrijk discussiepunt. Het Genootschap heeft een overzicht over de benodigde tijd voor applicaties opgesteld. Daarbij heeft het zich expliciet onthouden van een voorstel ten aanzien van de honorering van applicaties; men stelt er namelijk prijs op "dat de tariefstelling tijdens de vergadering wordt bepaald".

De ziekenfondsorganisaties zeggen over gegevens te beschikken "waaruit blijkt dat de door het Genootschap opgegeven praktijkbezettingsduur voor de diverse applicaties aan de zeer hoge kant is". Repliek van het Genootschap is "dat het in den lande voorkomt dat aanmerkelijk kortere behandelzeiten worden aangehouden", maar "dat niet van een verkeerde situatie dient te worden uitgegaan".⁵¹ Volgens de ziekenfondsorganisaties bestaat er niet zozeer een verschil van mening over de behandelzeit op zich, als wel over de behandelzeit met inbegrip van de

in- en uitgeleide van de patiënt. Over deze zogenaamde praktijkbezettingsduur is men het niet eens.⁵²

Op 23 juni 1968 komen de ziekenfondsorganisaties met een tegenvoorstel in de onderhandelingscommissie. Daarin wordt een honoreringsvoorstel gedaan voor een aantal applicaties dat in de Beschikking van 1 december 1969 toegestaan wordt aan fysiotherapeuten:

galvanisatie

elektro-oefentherapie

hoogfrequentie wisselstroom

thermotherapie

} het zogenaamde kleine pakket

Voor alle vier de groepen wordt uitgegaan van een praktijkbezettingsduur van 20 minuten.

Het Genootschap vindt een dermate korte bezettingsduur volkomen in strijd met de praktijk. Eventueel kan dit voor de eerste twee groepen nog wel als gemiddelde behandelingsduur gehanteerd worden, maar voor de derde groep zal een gemiddelde van 35 minuten nodig zijn; voor de vierde groep dient men met een gemiddelde van 45 minuten te rekenen. Mochten tijdens bepaalde behandelingen nevenwerkzaamheden mogelijk zijn, dan zou daarvoor eventueel een aantal minuten afgegetrokken kunnen worden.

Na rijp beraad komen de partijen overeen om voor de honorariumberekeningen uit te gaan van een gemiddelde praktijkbezettingsduur van 25 minuten voor alle vier groepen en een aantal behandelingen van maximaal 5000 per groep per jaar.

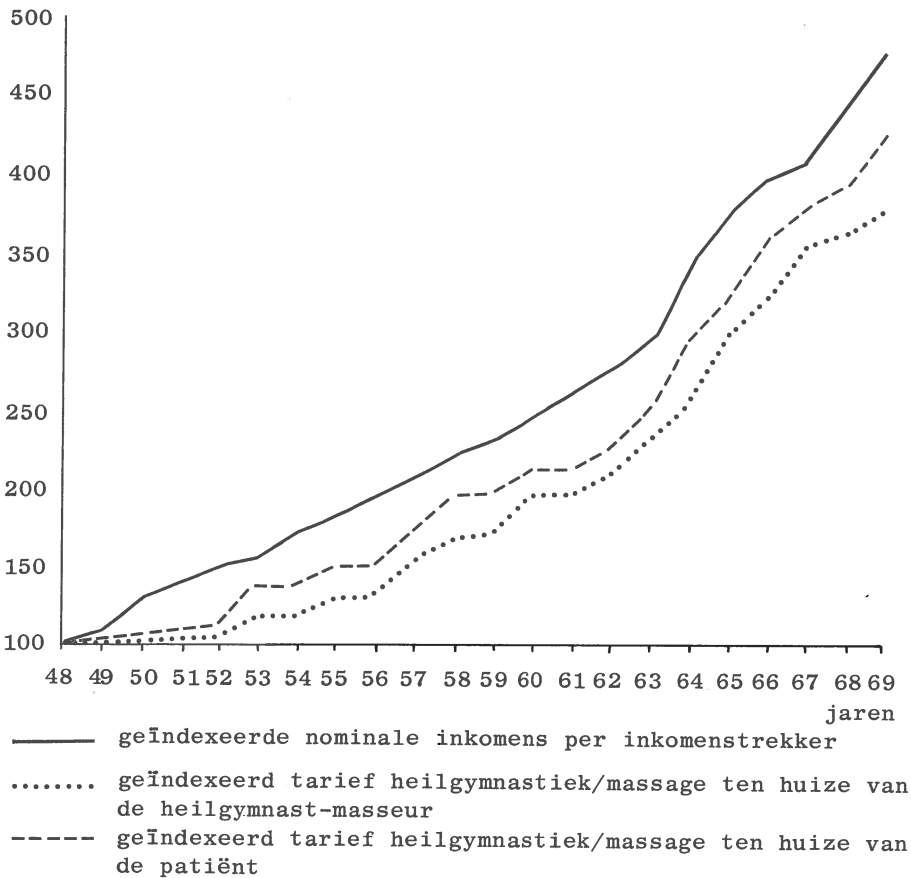
De extra kosten voor het verlenen van fysische therapie in engere zin vormen verder een discussiepunt.

De fysiotherapeut die met de ziekenfondsen een overeenkomst wil sluiten, zal dienen te beschikken over alle voor de ziekenfondsverstrekkingen benodigde apparatuur. De prijzen van de apparatuur verschillen onderling sterk; er bestaat tevens verschil in toepassingsmogelijkheden tussen goedkope en dure apparatuur. Afschrijving op economische of technische levensduur en de hoogte van het rentepercentage voor investeringen zijn kwesties waarover de partijen nog overeenstemming moeten bereiken. Deze aspecten worden in een zogenaamde 'kleine commissie' verder uitgewerkt.⁵³

Aldus komt het eerste landelijke tarief voor fysiotherapeutische applicaties in 1968 tot stand.

Overzien we de in dit hoofdstuk besproken tariefontwikkeling dan rijst de vraag of de tariefstijgingen voor heilgymnastiek en massage afwijken van de landelijke inkomensontwikkeling in de jaren zestig en zeventig. Om hierop een antwoord te kunnen geven relateren we de geïndexeerde nominale inkomens per inkomensstrekker aan de geïndexeerde tarieven voor heilgymnastiek en massage.

Grafiek 1: Vergelijking van de stijging van nominale inkomens met de stijging van de tarieven voor heilgymnastiek en massage tot 1970 (1948 = 100)



Uit grafiek 1 op de vorige bladzijde blijkt dat de stijging van de tarieven niet veel afwijkt van de stijging van de nominale inkomens. Geconcludeerd kan worden dat de stijging van de tarieven in de jaren zestig grotendeels in de pas loopt met de algemene inkomensverbetering die zich in die jaren heeft voorgedaan.

3. Kostenstijging, een kwestie van volume en/of prijsstijging

Dit hoofdstuk vangen we aan met het aanduiden van wrevels en knelpunten die de boventoon voeren in de onderhandelingen tussen de beroepsgroep en de ziekenfondsen. De kostenstijging in de fysiotherapeutische hulpverlening in de jaren zeventig vormen de bottle-neck.

Deze kostenstijging wordt in de volgende paragrafen uiteen gelegd in een volume- en een prijscomponent. Ontwikkelingen in de volumecomponent worden zichtbaar door een aantal onderzoeken naar vraag en aanbod van fysiotherapeutische hulpverlening te bespreken. De ontwikkelingen in de prijscomponent worden gekenmerkt door de pogingen om tot een nieuwe honoreringsstructuur te komen. In de nieuwe structuur waarover men in 1979 uiteindelijk overeenstemming bereikt wordt uitgegaan van de arbeidsinbreng in plaats van de praktijkbezettingsduur.

3.1. Wrevels en knelpunten

Het grootste knelpunt na 1968 vormen de fysiotherapeutische applicaties, die sindsdien door zelfstandig gevestigde fysiotherapeuten mogen worden verstrekt voor rekening van het ziekenfonds. De ziekenfondsorganisaties zijn er geenszins van overtuigd dat alle applicaties door fysiotherapeuten verstrekt moeten worden. Regelmatig voorkomende behandelingen - het zogenaamde 'kleine pakket' - kunnen door de fysiotherapeut gegeven worden, maar in uitzonderingsgevallen moet naar een ziekenhuis verwezen worden. Het is ten enenmale onjuist om het honoreringssysteem op uitzonderingen te baseren. Bovendien vinden de ziekenfondsorganisaties bij ingewikkelde handelingen de risico's te groot. In een ziekenhuis beschikt men over al-

lerlei faciliteiten waardoor een goede hulpverlening gewaarborgd is.⁵⁴

Het Genootschap is het daar geheel niet mee eens. Men noemt het onzin dat in een ziekenhuis met dezelfde apparaten en middelen, betere fysiotherapeutische behandelingen gegeven worden dan bij een zelfstandige fysiotherapeut. Echt moeilijke gevallen krijgt de zelfstandig werkende fysiotherapeut niet eens, die worden regelrecht naar een ziekenhuis gestuurd. Daarenboven heeft het Genootschap er in de onderhandelingscommissie telkens weer op gewezen dat in grote inrichtingen dikwijls met stagiaires en leerlingen wordt gewerkt, hetgeen de kwaliteit van het werk zeker niet ten goede komt. Het gaat niet aan om de fysiotherapeut wettelijk bevoegd te verklaren tot het geven van fysiotherapeutische behandelingen en vervolgens deze behandelingen niet te honoreren.

In september 1970 stelt het Genootschap in een brief aan de onderhandelingscommissie het ontbreken van een tarief voor ultraviolet-, infrarood-, en ultrageluidtherapie aan de orde.

De ziekenfondsorganisaties hebben geen bezwaar tegen het opstellen van een tarief voor ultraviolet- en ultrageluidtherapie mits daarbij voldaan is aan de inrichtingseisen uit 1970. Men bereikt overeenstemming over de noodzakelijke apparatuur en de behandeltijden. Het verschil in kosten van apparaten moet op uitdrukkelijke wens van de ziekenfondsorganisaties in het tarief tot uitdrukking komen.

Wat betreft de infraroodbehandeling moet het Genootschap bakzeil halen. Een aparte vergoeding voor een infraroodbehandeling is in het verleden herhaalde malen tijdens de onderhandelingen ter tafel gebracht. Een aantal ziekenfondsen vergoedt deze behandeling zonder problemen als een aparte behandeling. De ziekenfondsorganisaties zijn daar steeds fel op tegen geweest met het argument dat een infraroodbehandeling een 'inleidende warmtebehandeling' is die in het tarief voor heilgymnastiek-massage is begrepen. Een gelijkstelling van infrarood met andere applicaties vinden de ziekenfondsorganisaties dan ook onaanvaardbaar. Bovendien is de praktijkbezettingsduur van deze behandeling korter. Na enige discussie wil het Genootschap de onderhandelingen over een tarief voor infrarood staken en "zich intern beraden over de waarde van deze therapie

en over de vraag of deze behandeling apart dient te worden gehonoreerd"⁵⁵.

Problemen ontstaan ook over de eisen die men in 1970 - in het Besluit Inrichtingseisen Fysiotherapie - heeft gesteld aan alle instellingen waar fysieke therapie bedreven wordt. Een vrijgevestigde fysiotherapeut dient over de vereiste apparatuur voor de applicaties (het kleine pakket) te beschikken, ook al geeft hij niet alle toegestane applicaties.

Het Genootschap protesteert tegen deze verplichte investering; het is voor een alleen werkende fysiotherapeut nauwelijks mogelijk om met deze apparatuur kostendekkend te werken. Veel fysiotherapeuten hebben prachtige apparaten aangeschaft waarvoor ze nauwelijks emploti hebben. Vooral in groeipraktijken is sprake van een permanente onderbezetting van apparatuur.⁵⁶

Een ander struikelblok vormen de gecombineerde verrichtingen. De ziekenfondsorganisaties voeren aan dat de behandeltijd in sommige praktijken soms aanmerkelijk lager ligt dan overeengekomen is en dat tijdens de behandeltijd voor applicaties 'nevenwerkzaamheden' worden verricht.

Dit gebeurt uit pure noodzaak, aldus het verweer van het Genootschap. Het verstrekken van applicaties brengt hoge investeringen met zich mee. Om toch nog enigszins rendabel te kunnen werken met deze apparaten is het verrichten van nevenwerkzaamheden geboden. Veel fysiotherapeuten stellen "dat er wel iets van de behandeltijd afgeknabbeld moet worden teneinde aan een menswaardig inkomen te geraken"⁵⁷. Bovendien komt men er, onder druk van een toenemend aantal patiënten en een tekort aan fysiotherapeuten, weleens toe om wat korter behandelen. Het Genootschap pleit daarom voor een 'combinatietarief'. Hierdoor zou een te lage honorering (alleen het tarief heilgymnastiek-massage) of een te hoge honorering (afzonderlijke honorering van behandelingen die in combinatie kunnen worden uitgevoerd) voorkomen kunnen worden.

De ziekenfondsorganisaties menen dat een definitieve regeling niet kan worden getroffen alvorens de uitkomsten van de proefregeling met applicaties bekend is. Verder menen de organisaties dat de middeling die nu geldt ten aanzien van de prak-

tijkbezettingsduur bij applicaties, fundamenteel moet worden geëlimineerd. Er wordt in bepaalde delen van Nederland ongelimiteerd gecombineerd.⁵⁸

Een ander knelpunt vormen de 'Voorschriften en Richtlijnen voor de beoordeling van aanvragen' voor behandelingen. De uitbreiding van de bevoegdheden van fysiotherapeuten in 1965 noodzaakt tot aanpassing en herziening van deze Voorschriften. In 1969 komt het Genootschap met een gespreksnota "als uitgangspunt bij de discussie met de medische adviseurs van de ziekenfondsorganisaties"⁵⁹. Daarin wordt gesteld dat "er een zekere mate van onbehagen merkbaar is, zowel aan de kant van de ziekenfondsen als aan de zijde van het Genootschap".

Het onbehagen van het Genootschap heeft betrekking op de verouderde 'Voorschriften en Richtlijnen. Deze "lijken vooral het karakter van voorschriften te hebben. (...) Bij lezing kan men zich niet aan de indruk onttrekken, dat het geheel is opgesteld door een persoon (of een groep personen) die primair de beperking van de toewijzing van de verstrekkingen voor ogen heeft staan".⁶⁰

Het ongenoegen bij (de medisch adviseurs van) de ziekenfondsorganisaties komt voort uit "het te langdurig behandelen van bepaalde patiënten, de te korte tijdsduur per behandeling en de 'snelle' stijging van de post uitwendige geneeswijzen". Om een meer effectieve controle te kunnen uitoefenen willen ze dat voortaan op de declaratie de naam van de behandelende fysiotherapeut wordt vermeld.

Het Genootschap ziet hierin een vorm van wantrouwen. "Daar waar een goede verstandhouding bestaat tussen heilgymnast-masseur en het ziekenfonds kan deze goede relatie teniet worden gedaan, wanneer een declaratie op naam geëist wordt." Bovendien acht het Genootschap het onredelijk dat een declaratie op naam wel kan worden verlangd van de vrijgevestigde heilgymnast-masseur, terwijl dit niet wordt geëist van "de ziekenhuizen waar de feitelijke misstanden bestaan"⁶¹.

Een laatste knelpunt vormt de afstandsvergoeding. Destijds is gesteld dat het vervoer in het tarief is begrepen. Een af-

spraak die later (januari 1963) wat is versoepeld door te stellen "dat een eventuele vergoeding in de periferie zou kunnen worden gegeven"⁶². Gebleken is dat sommige ziekenfondsen zonder meer een afstandsvergoeding geven, terwijl andere dit consequent weigeren. Het Genootschap pleit dan ook voor een landelijke regeling.

De ziekenfondsorganisaties voelen daar niets voor. Overweegt men een landelijke regeling dan zal deze kwestie binnen de gehele honoreringsstructuur bezien dienen te worden. Na veelvuldig beraad wordt besloten een circulaire toe te zenden aan de ziekenfondsen waarin de gemaakte afspraken nog eens uiteen worden gezet.

De in het voorgaande besproken knelpunten en wrevels komen voornamelijk voort uit het feit dat eind 1968 een honorering voor fysiotherapeutische applicaties tot stand is gekomen.

De onderhandelingspartners komen in 1970 overeen een evaluatiecommissie in te stellen die als opdracht krijgt de tariefafspraken voor de vier groepen applicaties te evalueren ten aanzien van:

de frequentie van de combinatiebehandelingen
de wenselijkheid van de combinatiebehandelingen
het totaalbedrag uitgegeven aan fysiotherapie.

De evaluatiecommissie komt tot de conclusie dat, indien de evaluatie beperkt wordt tot fysiotherapeutische applicaties, slechts niet representatieve gegevens voorhanden zijn.⁶³ Gegevens van inrichtingen die al langer met de vier applicatievormen werken, zijn zeker niet representatief voor de gehele beroepsgroep. Bovendien meent de commissie dat een herwaardering van de tarieven voor fysiotherapeutische applicaties niet goed mogelijk is zonder de tarieven voor massage en oefentherapie erbij te betrekken.

De evaluatiecommissie komt tot de slotsom dat het nuttig zou zijn een eenvoudige structurenquête in te stellen. Een enquête die inzicht zal kunnen verschaffen in de praktijkomvang van de fysiotherapeut en de soort verrichtingen, inclusief heilgymnastiek en massage.

Het Genootschap neemt deze suggestie over en geeft opdracht tot uitvoeren van een enquête; de resultaten ervan worden neergelegd in het 'Rapport Smal' (zie paragraaf 3.2).

3.2. Kostenstijging van fysiotherapeutische hulpverlening

In de jaren zeventig vormt de kostenstijging van de fysiotherapeutische hulpverlening het centrale thema in de onderhandelingen tussen het Genootschap en de ziekenfondsorganisaties. Een discussie die vooral gaat over de oorzaken van de sterke toename van de kosten. Twee oorzaken kunnen worden aangevoerd: een stijging van de tarieven (prijscomponent) of een toeneming van de omvang van de hulpverlening (volumecomponent). Beide componenten kunnen ook in combinatie geleid hebben tot kostenverhoging. Beide ontwikkelingen worden nader bezien om inzicht te krijgen in de oorzaken van deze kostenstijging.

3.2.1. Toename van de omvang van fysiotherapeutische hulp: volumecomponent

Indicaties voor veranderingen in de omvang van de fysiotherapeutische hulpverlening zijn te vinden in een drietal onderzoeken, namelijk: het rapport Smal waarin de arbeidsmarktsituatie voor fysiotherapeuten wordt onderzocht, twee enquêtes over de beroepsuitoefening van fysiotherapeuten en een onderzoek naar de ontwikkeling van de fysiotherapeutische zorg.

arbeidsmarkt bijna verzadigd

Het 'Rapport Smal' is een eerste poging om de arbeidsmarkt voor fysiotherapeuten in kaart te brengen.⁶⁴ Het is gebaseerd op een enquête die in 1971 is gehouden. In deze enquête zijn gegevens verkregen van 2899 fysiotherapeuten. Geschat wordt dat er in 1971 omstreeks 5390 bevoegde fysiotherapeuten zijn. In het 'rapport Smal' worden de vraag naar en het aanbod van fysiotherapeuten met elkaar in verband gebracht en worden verwachtingen voor de toekomstige ontwikkeling geëxtrapoleerd.

Het arbeidsaanbod van fysiotherapie wordt in het rapport verkregen door na te gaan in welke mate de fysiotherapeut in het arbeidsproces is ingeschakeld. Daartoe worden jaareenheden (= arbeid die een fysiotherapeut gedurende een jaar verricht bij een werkweek van 40 uur) en deelnemingspercentages (= mate waarin de fysiotherapeut is ingeschakeld in het arbeidsproces) berekend.

Deze berekeningen tonen aan dat in 1971 de fysiotherapeuten te zamen 2762 jaareenheden aanbieden.⁶⁵ Het deelnemingspercentage is berekend over alle fysiotherapeuten, ook degenen die niet werkzaam zijn. Er wordt een deelnemingspercentage vastgesteld van 52.5 (fysiotherapeuten van 65 jaar en ouder zijn niet meegerekend). Dit betekent dat alle fysiotherapeuten te zamen - full-timers, part-timers en niet-werkzamen - gemiddeld voor iets meer dan 50% werkzaam zijn. Met andere woorden 47,5% van het arbeidspotentieel wordt niet benut.

De vraag naar fysiotherapie wordt geschat door uit te gaan van de omvang van de arbeid die wordt verricht door fysiotherapeuten, stagiaires en hulpkrachten in praktijken en instellingen (= effectuering van de bestaande vraag).

De aldus vastgestelde vraag in 1971 wordt beschouwd "als een gedeeltelijk effectuering van de bestaande vraag, een vraag die zo groot is (...) dat tijdelijk tot aanstelling van buitenlandse fysiotherapeuten en vooral onbevoegden moest worden overgegaan", aldus de conclusie uit het rapport Smal.

Welk aandeel de voor eigen rekening werkende fysiotherapeut heeft in deze geëffectueerde vraag, toont onderstaande tabel.

Tabel 4: Aandeel van arbeid in loondienst en voor eigen rekening werkende fysiotherapeuten (bron: Smal 1971)

	fysiotherapeuten in loondienst	fysiotherapeuten voor eigen rekening werkend
eigen praktijk	1%	99%
praktijk van collega	31%	69%
bij patiënt aan huis	7%	93%
ziekenhuis	78%	22%
verpleegtehuis	45%	55%

In het rapport worden ten slotte verschillende prognoses opgesteld voor de ontwikkeling van toekomstige (= na 1971) vraag

en aanbod. Bij elk van deze prognoses wordt uitgegaan van bepaalde veronderstellingen (over opleidingscapaciteit, het in de pas blijven lopen van de stijging van vraag en aanbod etc.). Conclusie is dat het omslagpunt waar het aanbod de vraag gaat overtreffen, ongeveer tussen 1980 en 1984 zal liggen.

Hoewel er wel enige kanttekeningen te plaatsen zijn bij de schattingen van een aantal grootheden en de problematiek niet altijd even systematisch uitgewerkt is, geeft het rapport wel een beeld van de arbeidsmarkt voor fysiotherapeuten in 1971.

Twee enquêtes naar beroepsuitoefening door fysiotherapeuten

Een enquête naar de beroepsuitoefening van fysiotherapeuten wordt, eveneens in 1971, ingesteld door het Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Met het oog op het te voeren beleid inzake opleiding en beroepsuitoefening acht het Staatstoezicht het "noodzakelijk een duidelijk inzicht te verkrijgen in de huidige stand van zaken"⁶⁶. In 1971 wordt daarom een enquête verstuurd aan alle fysiotherapeuten en heilgymnast-masseurs (5294). In 1975 is opnieuw in nagenoeg dezelfde vorm een enquête gehouden onder deze beroepsbeoefenaren (6883).

De medewerking aan beide enquêtes is groot, zo wordt geconstateerd. In 1971 sturen 4543 beroepsbeoefenaren de enquête ingevuld terug (86%); in 1975 retourneren 5060 beroepsbeoefenaren het enquêteformulier (74%).

Uit deze enquêtegegevens komt het volgende beeld naar voren (tussen haakjes zijn de resultaten van de enquête uit 1971 aangegeven).

Het percentage fysiotherapeuten - waaronder in de enquêtes ook heilgymnast-masseurs worden begrepen - dat een eigen praktijk bezit bedraagt 37% (37%). Niet in eigen praktijk werkt 43% (39%), terwijl 19% (24%) opgeeft geen werkzaamheden als fysiotherapeut te verrichten. Hierbij dient te worden opgemerkt dat het verschijnsel 'werken op percentagebasis' in de enquête van 1971 niet voorkomt en verdisconteerd is onder het begrip 'eigen rekening'.

Het blijkt dat meer dan de helft van de afgestudeerden uit vrouwen bestaat, te weten 58% (61%). Van de afgestudeerden oe-

fent 76% (70%) van de vrouwen en 88% (86%) van de mannen ook daadwerkelijk het beroep uit. Het gemiddeld aantal werkzame fysiotherapeuten per 10.000 inwoners bedraagt 4 (3) met een minimum van 2 (2) voor Drenthe en een maximum van 6 (5) voor Utrecht.

De plaats waar de fysiotherapeut zijn beroep uitoefent is: in de eerste plaats in de eigen of gehuurde praktijkruimte in de tweede plaats de praktijkruimte van een collega ten slotte het algemeen ziekenhuis.

Van de werkzame fysiotherapeuten geeft 50% (47%) aan een teveel aan patiënten te hebben. Om dit teveel te verwerken kiest men in 1975 voor de volgende procedures:

op een wachtlijst plaatsen, zeggen 1223 fysiotherapeuten naar collega's verwijzen, menen 1165 fysiotherapeuten langer dan acht à negen uur werken, kiezen 984 fysiotherapeuten.

In 1971 ligt deze rangorde wat anders, namelijk eerst alternatief twee, vervolgens alternatief drie en als minst aantrekkelijk alternatief één.

In het rapport wordt er verder op gewezen dat het aantal buitenlandse fysiotherapeuten dat in Nederland wordt toegelaten tot het uitoefenen van het beroep, nog steeds toeneemt. Dit "niet onaanzienlijke aantal dient bij de beoordeling van de totale arbeidscapaciteit nog toegevoegd te worden".

De gegevens uit de enquêtes leveren een belangrijke bijdrage aan een rapport van de Gezondheidsraad over de behoefte aan fysiotherapeuten.

Gezondheidsraad: onvoldoende gegevens

In 1971 bestaat er in Nederland geen verschil van mening over het tekort aan fysiotherapeuten, aldus de staatssecretaris. "Echter de omvang van dit tekort is niet bekend en er bestaat ook geen eenstemmigheid over de vraag wanneer dit tekort zal zijn ingelopen. Ook is onbekend welke factoren het aanbod van en de behoefte aan fysiotherapeuten beïnvloeden." De staatssecretaris verzoekt de Gezondheidsraad dan ook "een studie te willen maken van de kwantitatieve invloed van de ontwikkeling van de fysiotherapeutische zorg op de behoefte aan fysiotherapeuten in de eerstkomende 10 à 15 jaar".⁶⁷

De commissie die wordt ingesteld stuit al dadelijk op het niet voorhanden zijn van (betrouwbaar) cijfermateriaal.⁶⁸ Derhalve geeft de commissie in overweging "een periodieke registratie van alle werkers in deze sector van de gezondheidszorg verplicht te stellen"⁶⁹.

Teneinde toch met cijfers te komen heeft de commissie zelf een onderzoek verricht onder twaalf regionale ziekenfondsen. Aan deze ziekenfondsen is onder meer gevraagd naar het aantal verzekerden, het aantal vrijgevestigde fysiotherapeuten, het aantal fysiotherapeuten in ziekenhuizen en inrichtingen en de eventuele wachttijd.

Het geschatte aantal werkende fysiotherapeuten bedraagt 5500 in 1975 (waaronder minstens 500 heilgymnast-masseurs). Een gedeelte hiervan werkt part-time. Bovendien zijn er tussen de 100 en 200 fysiotherapeuten met een buitenlands diploma werkzaam. Rekening moet verder worden gehouden met fysiotherapie-assistenten en stagiaires die eveneens een bijdrage leveren aan de uitoefening van de fysiotherapie.⁷⁰

"Verantwoorde conclusies kunnen als gevolg van deze gebrekkige gegevens niet worden getrokken. Gesteld kan slechts worden dat voor een overschot aan fysiotherapeuten ten tijde van genoemde onderzoeken geen aanwijzing bestaat."

De dichtheid van de fysiotherapeuten loopt uiteen van 2,2 tot 6,1 per 10.000 inwoners. De helft van het aantal werkzame fysiotherapeuten zegt een teveel aan patiënten te hebben. Uit de enquêtes in 1971 en 1975 is echter gebleken dat men niet altijd geneigd is dit teveel aan patiënten naar collega's door te sturen; een houding die vooral de voor eigen rekening werkenden (zo'n 42%) innemen. De wachttijden lopen uiteen van nul tot zes weken.

Aan de hand van gegevens van de Ziekenfondsraad komt de commissie tot de slotsom dat de consumptie van fysiotherapie per wettelijk verzekerde over de afgelopen tien jaar met circa 10% per jaar is gestegen. Over de behoefte-ontwikkeling aan fysiotherapie kan de commissie weinig meer zeggen, dan dat deze zeer variabel is en voor een belangrijk deel afhankelijk van het voorschrijvingspatroon van de artsen.

De conclusie van de commissie is dat uit de beschikbare gege-

vens het totaal aantal manuren per jaar (waarvan een niet onbelangrijk deel vrouwen) niet is af te leiden. Naar de mening van de commissie zal een geleidelijke toeneming in de behoefte aan fysiotherapeutische behandeling optreden in de eerstkomende jaren. Hier zal echter in kunnen worden voorzien door het groter aantal afgestudeerden. Dit aantal zal naar de verwachting van de commissie "zelfs zo groot zijn dat wellicht binnen afzienbare tijd rekening moet worden gehouden met een overschot aan fysiotherapeuten".

Uit de bovengenoemde onderzoeken wordt duidelijk dat in de jaren zeventig summiere en weinig systematische gegevens voorhanden zijn. De beschikbare gegevens wijzen uit dat in het begin van de jaren zeventig de vraag naar fysiotherapeutische hulp het aanbod overtreft (rapport Smal). Deze situatie lijkt aan het einde van de jaren zeventig te zijn opgeheven; althans voor zover dat uit het rapport van de commissie van de Gezondheidsraad is af te leiden.

Een andere bron waarmee we de gegevens uit de voorgaande studies kunnen vergelijken vormt het Financieel Overzicht van de Gezondheidszorg uit 1981.⁷¹ In dit overzicht worden schattingen gegeven van het aantal fysiotherapeuten in de extramurale gezondheidszorg.

Tabel 5: Aantal fysiotherapeuten in de extramurale gezondheidszorg

jaar	aantal	verandering in % ten opzichte van het voorgaand jaar
1975	3000	
1976	3400	13,3
1977	3900	14,7
1978	4400	12,8
1979	5000	14,6
1980	5500	10,0

De schattingen uit tabel 5 geven aan dat het aantal fysiotherapeuten in de extramurale gezondheidszorg van 1975-1980 met

ruim 10% per jaar gestegen is.

De conclusie uit deze indicatieve gegevens is dat de kostenstijging voor de fysiotherapie - tenminste voor een deel - moet worden toegeschreven aan een toename van de omvang van de fysiotherapeutische hulpverlening.

Of deze kostenstijging vooral is veroorzaakt door een toenevende vraag naar fysiotherapie dan wel - grotendeels - door een toename van het aantal fysiotherapeuten is op basis van de beschikbare gegevens niet te zeggen.

We komen er aan het einde van dit hoofdstuk op terug.

3.2.2. Stijging van de tarieven voor fysiotherapeutische hulp: de prijscomponent

In 1968 is het eerste landelijke tarief voor fysiotherapeutische applicaties tot stand gekomen. Het zijn de zogenaamde combinatiebehandelingen - behandelingen waar zowel massage- of oefentherapie & applicaties worden toegepast - die in de jaren zeventig het struikelblok vormen. Het 'in elkaar schuiven' van behandelingen, hetgeen de mogelijkheid opent tot een dubbele honorering, vormt de aanleiding tot ernstige strubbelingen in de onderhandelingen over de tarieven.

Een 'budgettair neutraal' honoreringsvoorstel van het Genootschap

In september 1972 brengt het Genootschap een rapport uit: 'Honorering Fysiotherapie'.⁷² Het rapport bevat "een aantal denkbeelden welke binnen het Genootschap leven en welke als zodanig uitgangspunten dienen te zijn voor een adequate honorering". In de jaarlijkse aanpassingen van de tarieven zijn maatschappelijke ontwikkelingen en ontwikkelingen binnen het beroep slechts ten dele verwerkt. Dit heeft geleid tot een achterstand. De beroepsgroep wenst nu een extra verhoging van het netto-honorarium om het gat dat is ontstaan te dichten. Het huidige honoreringssysteem is onredelijk: "degenen die onder de gegeven omstandigheden de door hun aangegane verplichtingen - met name ten aanzien van de praktijkbezettingsduur - nakomen, dienen buitengewoon hoge ethische en morele maatstaven te hanteren". De enige mogelijkheid tot compensatie is

vermeerdering van het aantal verrichtingen. Een mogelijkheid "die - bij de huidige verhouding tussen vraag en aanbod - door zeer vele fysiotherapeuten wordt aangegrepen".

Het Genootschap wenst in de toekomst dan ook een opzet waaraan de idee ten grondslag ligt dat "ongeacht de bezigheden van de fysiotherapeut - of dit nu massage, electrotherapie, oefentherapie of administratie is - hij met dit werk zijn brutohonorarium zal moeten verdienen, waarbij de verschillen in honorering tussen de diverse activiteiten als niet ter zake doende moeten worden beoordeeld".



Interferentie-apparaat

De eis dat de fysiotherapeut het gehele 'kleine pakket' moet kunnen geven, wenst het Genootschap wel te handhaven "doch dit houdt tevens in, dat bij de honorering met de consequenties van deze verplichting rekening gehouden moet worden".

Voorstel van het Genootschap is om bij de opbouw van het honorarium uit te gaan van vier componenten:

- a. het (netto) honorariumdeel dient gerelateerd te worden aan de eindrang van een eerste fysiotherapeut in dienst bij ziekeninrichtingen.
- b. het onkostendeel moet toereikend zijn om de inrichting voor fysiotherapie te onderhouden en in stand te houden.
- c. de jaarlijkse arbeidsinbreng dient overeen te komen met die van de rang in het dienstverband. Dit impliceert het terugbrengen van 2100 werkuren naar 1900 werkuren per jaar.
- d. op basis van deze gegevens is op eenvoudige wijze de uurvergoeding uit te rekenen. ⁷³ Het bruto honorarium wordt verkregen door bij het netto honorarium de onkosten op te tellen. We krijgen dan de volgende berekening:

$$\frac{\text{bruto-honorarium per jaar}}{\text{arbeidsinbreng per jaar}} = \text{honorarium per uur}$$

Op overeenkomstige wijze kan men het bedrag voor een willekeurige andere tijdseenheid uitrekenen. De soort arbeid beïnvloedt de hoogte van het honorarium niet.

Voor het berekenen van de tijd die voor honorering in aanmerking komt, is onderscheid gemaakt tussen:

- de tijd die nodig is voor het verstrekken van de therapie.⁷⁴
- de begeleidingstijd van de patiënt en de tijd die nodig is voor administratie.
- de begeleidingstijd die nodig is om de patiënt te bereiken.

Uitgaande van de becijferingen in het rapport 'Honorering Fysiotherapie' en van een aanvullend rapport 'Tariefstelling Fysiotherapie' kan het tarief per minuut bepaald worden:⁷⁵

$$\frac{\text{uurloon}}{60 \text{ minuten}} = \text{prijs per minuut}$$

Vermenigvuldigt men deze prijs per minuut met het aantal minuten dat voor een bepaalde behandeling is overeengekomen, dan verkrijgt men het tarief voor deze behandeling. De op deze wijze berekende tarieven zijn gebaseerd op de arbeidsinbreng en niet op de praktijkbezettingsduur.

In de onderhandelingscommissie licht het Genootschap toe dat de voorgestelde tijden het resultaat zijn "van enige enquêtering bij te goeder naam en faam bekend staande fysiotherapeuten" in diverse soorten praktijken (eenmans-, meermans-, zie-

kenhuispraktijken). De verkregen tijden zijn in de praktijk gecheckt "zodat op deze wijze de feitelijkheid zo dicht mogelijk wordt benaderd".⁷⁶

De ziekenfondsorganisaties achten het tijdens de honoreringsbesprekingen van 1974 onmogelijk om over de voorstellen uit beide rapporten van het Genootschap te beslissen, daar de consequenties ervan niet zijn te overzien. Men vreest een sterke kostenstijging wanneer deze voorstellen worden gerealiseerd. De kosten voor uitwendige geneeswijzen (die voor circa 80% bestaan uit fysiotherapie) zijn de laatste jaren toch al zeer sterk toegenomen. Tegen deze achtergrond is "matiging en bescheidenheid bij de honorariumonderhandelingen dringend gewenst". Van het inhalen van een achterstand - waarover in het rapport van het Genootschap gesproken wordt - kan al helemaal geen sprake zijn. De partijen zouden er goed aan doen "zich niet te ontveinzen dat de uitvoering van het rapport op sterke weerstand zal stuiten bij de perifere ziekenfondsen (...). Wellicht zullen de partijen dientengevolge moeten uitzien naar een geheel ander systeem, dan dat van honorering per verrichting", aldus de ziekenfondsorganisaties.⁷⁷

Het Genootschap is teleurgesteld; het wordt voor de onderhandelingsdelegatie van het Genootschap steeds moeilijker om het beleid in de achterban te verdedigen. De sterke kostenstijging, waar de ziekenfondsorganisaties beducht voor zijn, zal volgens de beroepsgroep uitblijven. De applicaties zijn in de voorstellen uitgesplitst en hierdoor zijn de tijden belangrijk terug gebracht. Dat er in het rapport sprake zou zijn van een uitbreiding van de verstrekking fysiotherapie - een verwijt van de ziekenfondsorganisaties - wijst het Genootschap van de hand; er is slechts sprake van een nadere specificering van de applicaties.

Nu uit de onderhandelingen blijkt dat een nieuwe honoreringsstructuur er in 1974 (nog) niet zal komen, zullen er voor dat jaar andere honoreringsafspraken gemaakt moeten worden. De tot dan toe gehanteerde aanpassingsmethode - gebaseerd op indices die door het CBS berekend worden - kan niet langer worden gehanteerd. Bij de goedkeuring van de honoreringsovereenkomst

voor het jaar 1973 heeft de Ziekenfondsraad zich uitgesproken tegen continuering van deze aanpassingsmethode.⁷⁸

De ziekenfondsorganisaties stellen voor om het nettohonorarium aan de salariëring van ambtenaren aan te passen (de zogenoemde BBRA-schalen). De gemiddelde trend van de BBRA-schalen 48 tot en met 53 is een aanvaardbaar vergelijkingsobject. Een extra aanpassing van het honorarium in 1974 - met een beroep op de te lage tarieven in het verleden - achten de ziekenfondsorganisaties niet aanvaardbaar. Bovendien zal de Commissie Overeenkomsten van de Ziekenfondsraad daar zeker niet mee akkoord gaan.

Hoewel het Genootschap in zijn voorstel het maximum van schaal 57 als uitgangspunt heeft genomen, daar dit schaalbedrag vergelijkbaar zou zijn met het netto-honorarium uit 1973, wordt uiteindelijk toch overeengekomen om het gemiddelde van de maxima van de BBRA-schalen 48 tot en met 52 te hanteren.

Deze wijziging brengt met zich dat men geen prognose opstelt, maar het netto-honorarium achteraf aanpast aan de ontwikkelingen door een nabetaling te doen.

Honoreringsovereenkomst: op een oor na gevild

Inmiddels worden de onderhandelingen over een nieuwe honoreringsstructuur voortgezet. De ziekenfondsorganisaties wensen op zo kort mogelijk termijn de bestaande twijfels over de nieuwe opzet nader te toetsen aan landelijke praktijkgegevens. In opdracht van de ziekenfondsorganisaties wordt in 1974 een overzicht opgesteld over de omvang van de solopraktijken van fysiotherapeuten per provincie (uitgezonderd de provincie Utrecht en de stad Amsterdam, waarover geen gegevens beschikbaar zijn).⁷⁹

De gegevens hebben betrekking op het tweede kwartaal van 1973; deze cijfers zijn herleid tot jaarcijfers. Op basis van deze voorlopige gegevens kan worden "geconstateerd dat het aantal uren menigmaal uitzonderlijk hoog is". Voordat een conclusie getrokken kan worden, dient onderzocht of er factoren zijn die tot een vertekening van het beeld hebben geleid. Zo blijkt bijvoorbeeld dat niet altijd exact bekend is of er al dan niet sprake is van een solopraktijk, ondanks het feit dat fysiothe-

rapeuten melding horen te doen van de aanwezigheid van mede werkers in hun praktijk. Er is ook niet na te gaan hoeveel verrichtingen betrekking hebben op gecombineerde behandelingen.⁸⁰

Het jaar 1975 staat in het teken van de onderhandelingen over de nieuwe honoreringsstructuur. De rapporten van het Genootschap over de honorering en tariefstelling uit 1972 en 1973 vormen daarbij het uitgangspunt.

Eind 1975 is er - na veelvuldig onderhandelen over diverse voorstellen en tegenvoorstellen - in principe overeenstemming bereikt over het netto-honorarium en de kosten. Alleen over de behandeltime voor oefen therapie/massage is men het nog niet eens. De ziekenfondsorganisaties willen de behandeltime terug brengen van 23 naar 20 minuten.

In oktober 1975 wordt de honoreringsproblematiek in de algemene vergadering van het Genootschap besproken. De vergadering geeft in een motie de onderhandelingsdelegatie van het Genootschap het fiat om akkoord te gaan met de bereikte resultaten, met uitzondering van de verminderde behandeltime voor oefen therapie en massage.

Deze duidelijke uitspraak van de achterban wordt door de onderhandelingsdelegatie van het Genootschap aan de ziekenfondsorganisaties meegedeeld. Tevens wordt in de brief gemeld: "De stemming in de achterban is er één van ontevreden zijn met de bereikte resultaten (...). De onderhandelingsdelegatie heeft vele van haar gerechtvaardigde verlangens niet of slechts ten dele gehonoreerd gezien. Er staan de delegatieleden dan ook beslist geen bloemen te wachten".⁸¹

De ziekenfondsorganisaties zijn bereid akkoord te gaan mits het Genootschap de begeleidingstijd vermindert; een voorstel dat neerkomt op zo'n 2% inkomensvermindering (uitgaande van de normpraktijk).

Het Genootschap reageert zeer teleurgesteld. Tijdens de onderhandelingen is al het nodige prijs gegeven waardoor de verwachte inkomensverbetering tot ongeveer 15% beperkt zal blijven. De eis van de ziekenfondsorganisaties zal voor het Genootschap de bestaande problemen bij de achterban zeker vergroten. Om de rust in de gelederen te bewaren geeft het Ge-

nootschap de ziekenfondsorganisaties ter overweging om alsnog akkoord te gaan met de voorstellen.

De situatie spitst zich toe op een keuze tussen het terugbrengen van de begeleidingstijd voor massage-oefentherapie òf een conflict. De ziekenfondsorganisaties pleiten voor onderling overleg. Wanneer men toegeeft niet tot een overeenstemming te kunnen komen treedt artikel 49 van de Ziekenfondswet in werking. Dit artikel scheidt de mogelijkheid voor de minister om in te grijpen. Het betekent dat beide partijen de schaakstukken uit handen geven en tevens dat een niet onaanzienlijke vertraging optreedt bij het tot stand brengen van een overeenkomst.

Na lang beraadslagen en herhaalde schorsingen van de vergaderingen verklaren de ziekenfondsorganisaties zich akkoord, mits de indirecte begeleidingstijd (administratie, contact met artsen, spreekuur en dergelijke) wordt teruggebracht.

Dit voorstel heeft niet alleen repercussies voor massage- en oefentherapie, maar tevens voor elke andere behandeling. De onderhandelingsdelegatie van het Genootschap kan hier niet zonder meer mee instemmen.

Intussen heeft de minister van Economische Zaken op 4 december 1975 een Prijzenbeschikking afgekondigd die in beginsel ook van toepassing is op de overeenkomsten tussen ziekenfondsen en fysiotherapeuten.⁸² Dit zet de reeds overeengekomen vergoedingen voor het kostenpakket weer op losse schroeven. Nagegaan zal moeten worden of de prijzenbeschikking op de bijna gesloten overeenkomst van toepassing is.

Het Genootschap meent dat de kostenmaatregel niet op fysiotherapeuten van toepassing kan zijn; sinds 1972 wordt immers gewerkt aan een herstructurering die kostenbesparend is. De minister wordt daarom gevraagd om 'het groene licht te geven' voor het aangaan van de overeenkomst waarover tussen de partijen al overeenstemming is bereikt.⁸³

Onrust is inmiddels ook ontstaan naar aanleiding van een onderzoek van de accountantsdienst naar de hoge declaraties van een fysiotherapeut.⁸⁴ Mede naar aanleiding van deze kwestie hebben de Samenwerkende Ziekenfondsen in de provincie Noord-

Brabant bezwaren aangetekend tegen goedkeuring van de overeenkomst, wanneer deze aan de Ziekenfondsraad wordt voorgelegd. De verwachte verhogingen van de kosten, die variëren van 25% tot 40%, acht men onaanvaardbaar. Deze situatie is een novum; tot nu toe is het gebruik geweest dat regelingen die landelijk zijn vastgesteld ook landelijk worden uitgevoerd.⁸⁵

Deze kwestie wordt ook door de ziekenfondsorganisatie aangegrepen om het wantrouwen tegen de bedrijfsvoering van fysiotherapeuten kenbaar te maken. De nieuwe honoreringsstructuur zal wantoestanden op dit gebied nog in de hand werken.

In 1976 wisselen de voorstellen en tegenvoorstellen van beide partijen elkaar af en opnieuw lijkt overeenstemming over de nieuwe honoreringsstructuur nabij. Maar weer ontstaat onenigheid; het Genootschap verwijt de ziekenfondsorganisaties aantasting van de reeds geaccepteerde grondslagen van de overeenkomst.⁸⁶

Om alsnog tot een vergelijk te komen stellen de ziekenfondsorganisaties voor om een degressief tarief te hanteren voor de zogenaamde meermanspraktijken en een reductie van de tijden per verrichting. Dit laatste menen de ziekenfondsorganisaties "nadrukkelijk te mogen kwalificeren als technische aanpassingen, welke de honoreringsstructuur als zodanig geen geweld aandoen."⁸⁷

Dit voorstel is voor het Genootschap onaanvaardbaar en in de onderhandelingscommissie van 26 oktober 1976 wordt uiteindelijk vastgesteld "dat, na een onderhandelingscyclus van vier jaren, partijen niet tot elkaar zijn gekomen, ondanks het aanvankelijk geboden uitzicht".

Volgens het gewoonterecht zullen de partijen op basis van een gentlemen's agreement het contract op de oude voet voortzetten gedurende een half jaar, waarna formeel een contractloze periode zal aanvangen. Voorts zal de staatssecretaris om bemiddeling verzocht moeten worden. Deze zal op zijn beurt overgaan tot instelling van een commissie, zoals artikel 49 van de Ziekenfondswet aangeeft - een situatie waarvoor men eind 1975 ook al vreesde - tenzij in een of andere vorm de gesprekken tussen de partijen gaande blijven.

In maart 1977 ontvangt het Genootschap een brief waarin de ziekenfondsorganisaties hun bezwaren nog eens op een rijtje zetten.⁸⁸

De brief besluit met de mededeling dat: "Aan de onderhandelaars is opgedragen (...) het overleg met het Genootschap te heropenen en zo mogelijk te komen tot een nieuwe overeenstemming".

Het Genootschap is van "opvatting dat zij reeds meer dan voldoende aan de wensen van de ziekenfondsen tegemoet is gekomen (...) en verklaart tevens dat zij niet bereid is dit spel, zo het al een spel is, verder mee te spelen. Binnen de eigen kring zal worden beraden wat te dien aanzien te doen staat". Wel wil het Genootschap "als gesprekspartner blijven fungeren, zoals dit in het verleden immer was, zij het dat zij door uitspraken van de ledenvergadering gebonden is".⁸⁹

Hoewel de partijen gedurende bijna een jaar niet met elkaar onderhandelen, is er formeel geen reden om de staatssecretaris om bemiddeling te verzoeken.

Nieuwe honoreringsstructuur

De impasse in de onderhandelingen wordt op bestuurlijk niveau doorbroken. De voorzitter van het Genootschap heeft "op een dag de telefoon genomen" en contact gezocht met de voorzitter van de ziekenfondsorganisaties "aangezien er ontsteltenis is ontstaan over het feit dat nog geen overeenkomst tot stand is gekomen".⁹⁰

De partijen slagen erin om principe-afspraken te maken over de punten die op de laatste vergadering het struikelblok vormden: controle op declaraties door ziekenfondsen en de 'oude jaren' 1976 en 1977 waarin geen afspraken zijn gemaakt over trendmatige aanpassingen.

In 1978 wordt uiteindelijk overeenstemming bereikt over de nieuwe honoreringsstructuur.⁹¹ Deze structuur is gebaseerd op de gemiddelde arbeidsinbreng in plaats van op de gemiddelde praktijkbezettingsduur. In dit honoreringssysteem wordt massage-oefentherapie hoger gehonoreerd; de arbeidsinbreng is relatief hoog in vergelijking tot de applicaties.

Nieuw is de vergoeding voor vaste begeleidingstijd, dat wil zeggen de tijd die nodig is om de patiënt in en uit de prak-

tijk te begeleiden.

In de nieuwe structuur is uitgegaan van schaal 89 BBRA (plus een toeslag voor sociale verzekeringen).⁹²

Tevens is overeenstemming bereikt over een nieuwe modelovereenkomst. In deze overeenkomst krijgen de ziekenfondsorganisaties verdergaande controlemogelijkheden met betrekking tot declaraties en praktijkvoering van fysiotherapeuten.

Ook is een geheel nieuw kostenbudget opgesteld. Een punt van discussie blijft het kostenbudget voor meermanspraktijken. De kosten in meermanspraktijken zullen - volgens de ziekenfondsorganisaties - niet evenredig toenemen met een toename van het aantal fysiotherapeuten in een praktijk. Besloten wordt om daar later op terug te komen.

Over het effect van de invoering van de nieuwe honoreringsstructuur verschillen de partijen van mening. De ziekenfondsorganisaties vrezen een kostenstijging tussen 20% en 30%.

Het Genootschap beschouwt de nieuwe honoreringsstructuur als een rechtttrekken van het verschil in honorering tussen massage-oefentherapie - waarvan het tarief in het verleden veel te laag is geweest - en fysiotherapeutische applicaties die weliswaar ruim gehonoreerd werden, maar dat als compensatie opgevat wordt voor het te lage tarief voor massage-oefentherapie. Het Genootschap verwacht met de nieuwe honoreringsstructuur excessen te kunnen tegen gaan.

De staatssecretaris van Volksgezondheid - Veder-Smit - kan de nieuwe honoreringsstructuur wel onderschrijven. "Ik zie hierin een eerste stap op de weg naar een betere beheersbaarheid van de ontwikkeling van de fysiotherapeutische hulp, waarvan de kosten de laatste jaren zeer aanzienlijk gestegen zijn".⁹³

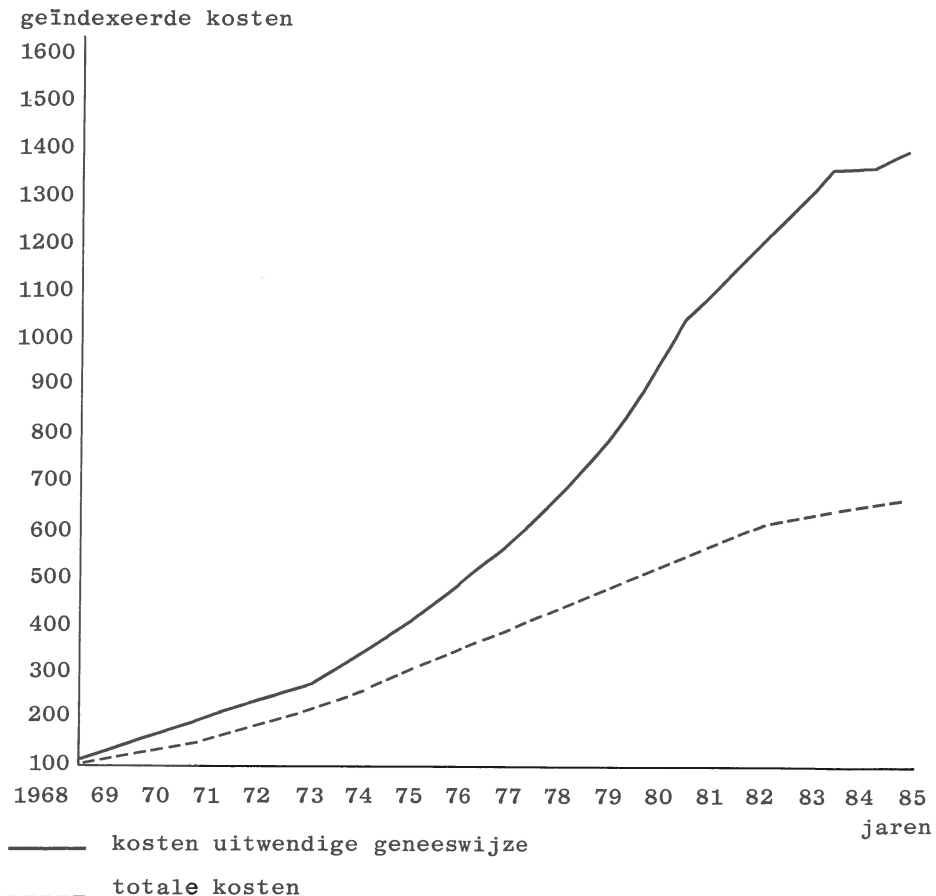
De nieuwe honoreringsstructuur wordt op 1 oktober 1979 ingevoerd.

3.3. Kostenstijging: een kwestie van volumestijging

In de periode die ligt tussen het tot stand komen van een tarief voor applicaties - 1968 - en de nieuwe honoreringsstructuur - 1979 - hebben de discussies over de kostenstijging in de fysiotherapeutische hulpverlening centraal gestaan. Dit roept de vraag op of de kosten voor fysiotherapeutische hulp-

verlening inderdaad veel sterker zijn toegenomen dan de totale kosten in de gezondheidszorg. Om deze vraag te kunnen beantwoorden vergelijken wij de kostenstijging voor fysiotherapeutische hulp met de kostenstijging in de totale uitgaven van de ziekenfondsen. Wij doen dit met behulp van geïndexeerde kostencijfers. Wij kiezen daarbij 1968 als basisjaar om twee redenen. Ten eerste omdat wij in het voorgaande hebben geconstateerd dat de kostenstijging in de jaren zestig gelijke tred

Grafiek 2: Vergelijking van de stijging van de geïndexeerde totale uitgaven van de ziekenfondsen met de stijging van de geïndexeerde uitgaven voor uitwendige geneeswijzen* over de periode 1968-1985⁹⁴



* Uitwendige geneeswijzen cq. paramedische hulp en logopedie

heeft gehouden met een algemene kostenstijging (vergelijk grafiek 1 pagina 211). Ten tweede omdat in 1968 een landelijk tarief voor fysiotherapeutische applicaties tot stand gekomen is.

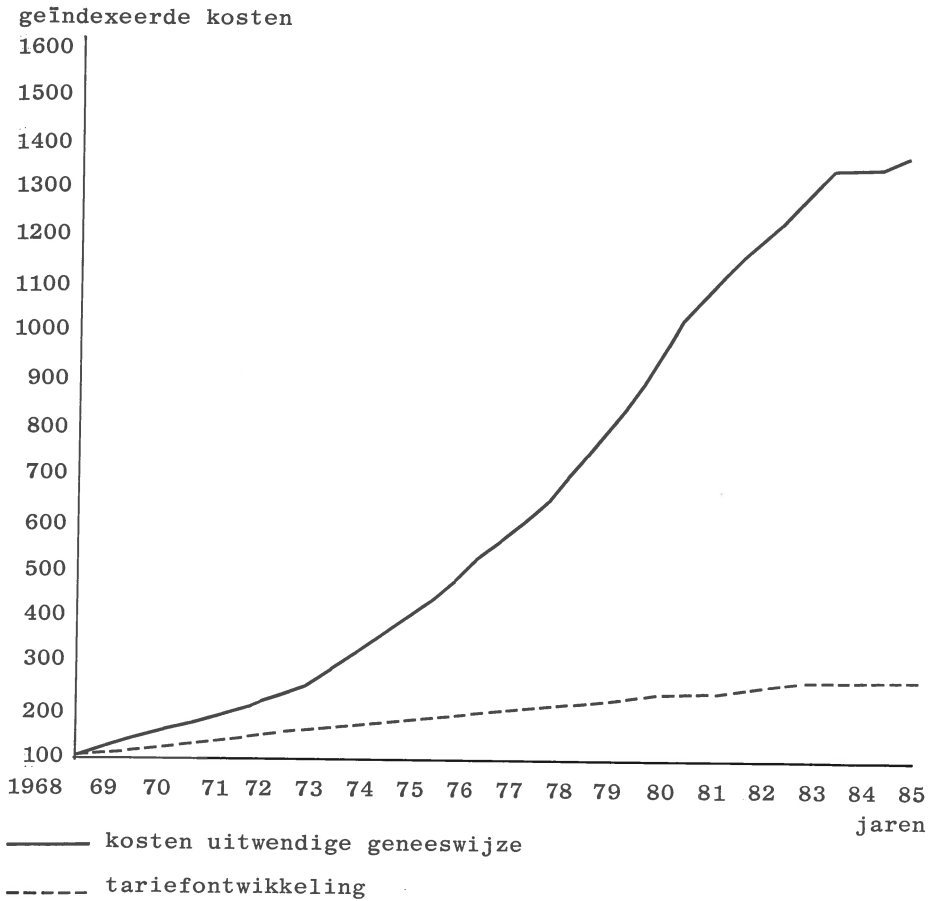
Grafiek 2 laat zien dat de kosten voor uitwendige geneeswijzen aanmerkelijk sterker zijn gestegen dan de totale ziekenfonds-uitgaven sinds 1968. De toename van beide kostenposten loopt tot het midden van de jaren zeventig vrij synchroon. Daarna stijgen de kosten van uitwendige geneeswijzen zeer sterk ten opzichte van de totale kosten.

Alhoewel de kostenpost voor fysiotherapeutische hulp binnen de totale uitgaven van de ziekenfondsen relatief klein is, is de stijging van deze kostenpost zodanig dat kostenbeperkende maatregelen nodig geacht worden. In het begin van de jaren tachtig worden maatregelen getroffen om de kostenstijging in de fysiotherapeutische hulpverlening af te remmen. In 1980 wordt de omvang van de fysiotherapeutische applicaties aan banden gelegd door invoering van de zogeheten 'beperkende maatregelen'; in 1982 krijgen de ziekenfondsen de mogelijkheid tot ontheffing van het afsluiten van nieuwe contracten met fysiotherapeuten. Maatregelen die in het begin van de jaren tachtig worden getroffen ter beperking van de kostenstijging komen in het volgende hoofdstuk ter sprake.

We kunnen concluderen dat de stijging van de kosten voor uitwendige geneeswijze - die voor ruim 90% bestaan uit kosten voor fysiotherapeutische hulp - aan het einde van de jaren zeventig excessief geweest is. Daarbij dient te worden opgemerkt dat tot 1975 wordt gesproken over 'uitwendige geneeswijzen' in de jaarverslagen van de Ziekenfondsraad; na 1975 hanteert men voor deze kosten de term 'paramedische hulp (en logopedie)'.

De ontwikkeling in de kosten van fysiotherapeutische hulpverlening hebben we in het voorgaande uiteengelegd in een volume- en een prijscomponent. Om na te gaan of de kostenstijging voor uitwendige geneeswijze nu - voornamelijk - is toe te schrijven aan een stijging van de prijs (= tarieven) dan wel aan een toename van het volume (= omvang van de hulpverlening) vergelijken we de geïndexeerde kosten voor uitwendige geneeswijze met de geïndexeerde tarieven.⁹⁵

Grafiek 3: Vergelijking van de stijging van de geïndexeerde uitgaven van de ziekenfondsen met de stijging van het geïndexeerde tarief voor fysiotherapeutische hulpverlening* over de periode 1968-1985 (1968 = 100)

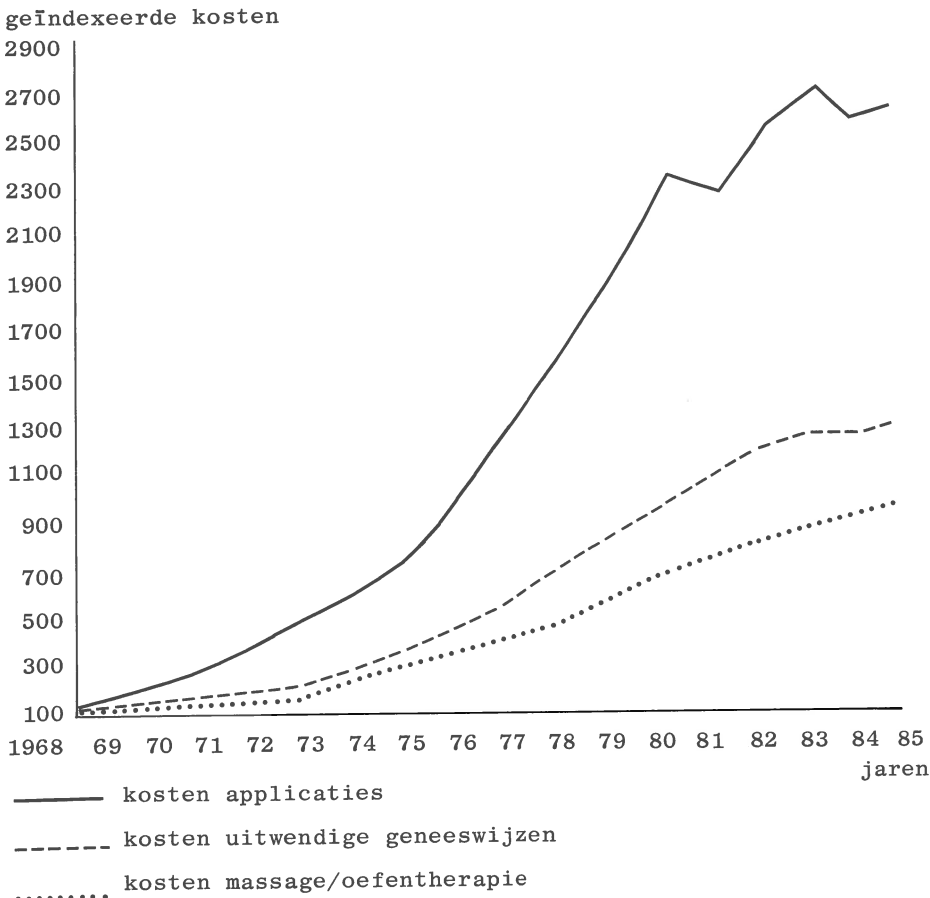


* heilgymnastiek/massage cq. massage/oefentherapie plus fysiotherapeutische applicaties

Grafiek 3 vertoont een relatief stabiel beeld ten aanzien van de tariefontwikkeling in de jaren na 1968. Daaruit kunnen we afleiden dat de oorzaak van de sterke toename voor de kosten van uitwendige geneeswijze niet zozeer gezocht moet worden in de prijsstijging maar in de volumestijging.

Uit het voorgaande is gebleken dat er in de jaren zeventig geen landelijk representatieve gegevens voorhanden zijn over het aantal fysiotherapeuten dat het beroep daadwerkelijk uitoefent en over het aantal uren dat de werkzame fysiotherapeut aan beroepsarbeid besteedt. Vanwege deze summiere en weinig systematische gegevens zijn geen duidelijke conclusies te

Grafiek 4: Vergelijking van de stijging van de geïndexeerde kosten per ziekenfondsverzekerde voor uitwendige geneeswijzen* met de stijging van de geïndexeerde kosten voor massage-oefentherapie** en applicaties over de periode 1968-1985 (1968 = 100)⁹⁶



* uitwendige geneeswijzen cq. paramedische hulp en logopedie
 ** heilgymnastiek/massage cq. massage/oefentherapie

trekken over eventuele uitbreiding van het aantal werkzame fysiotherapeuten.

Wel is mogelijk om aan de hand van overzichten van kostencijfers die de Ziekenfondsraad jaarlijks publiceert, na te gaan of de volumestijging nu vooral is veroorzaakt door een toename van massage-oefentherapie, dan wel door toename van applicaties.

Uit grafiek 4 wordt duidelijk dat de kostenstijging in de post uitwendige geneeswijze wordt veroorzaakt door een sterke toename van de applicaties.

De maatregelen in de jaren tachtig ter beperking van de kostenstijging die de 'knikken' in de kostenlijn veroorzaken - komen in het volgende hoofdstuk ter sprake.

4. Fysiotherapeutische hulp beknot

De belangstelling die de overheid aan het einde van de jaren zeventig aan de dag legt voor de beroepsgroep fysiotherapie, is ingegeven door de sterke groei van de uitgaven voor fysiotherapie. Bedroeg het aandeel van de kosten voor fysiotherapie in 1975 ruim 10% van de totale kosten in de extramurale gezondheidszorg; in 1979 is dit percentage tot bijna 15 gestegen (vergelijk grafiek 2 uit de vorige paragraaf). Deze stijging is groter dan in enige andere sector van de gezondheidszorg, zo blijkt uit het Financieel Overzicht Gezondheidszorg van 1982.⁹⁷

Overheidsmaatregelen om deze kostenstijging aan banden te leggen blijven dan ook niet uit.

4.1. Maatregelen ter maximering van gecombineerde behandelingen

Eén van de mogelijkheden om de kosten voor fysiotherapeutische hulp te beperken is het invoeren van een eigen bijdrage. De Ziekenfondsraad wordt op 18 september 1978 om advies gevraagd over deze kwestie.

Tijdens de Kamerdebatten in oktober 1978 over "Bestek '81" wordt door het CDA-lid Lubbers een motie ingediend waarin wordt gesteld dat een eigen-bijdrage-regeling "niet functioneel past in de gezondheidszorg" en vanuit het gezichtspunt van inkomenspolitiek "niet aanvaardbaar is". De motie wordt aangenomen.⁹⁸

Dit leidt ertoe dat op 24 oktober een hernieuwde adviesaanvraag bij de Ziekenfondsraad wordt ingediend. Naast het gevraagde advies over een eigen-bijdrage, wordt tevens om "een

kritische overweging van het bestaande verstrekkingenpakket" verzocht.⁹⁹

In het advies dat de Ziekenfondsraad in september 1979 uitbrengt, wordt beperking van applicaties voorgesteld. Naast massage-oefentherapie mag slechts één applicatie per behandeling worden toegepast (voor rekening van het ziekenfonds) tijdens de eerste serie behandelingen. Bij vervolgséries mag géén applicatie worden toegepast, tenzij er drie maanden zijn verstreken. Bestaat een behandelserie uitsluitend uit applicaties dan mag slechts één applicatie worden toegepast.¹⁰⁰

Beperking van applicaties overeenkomstig het advies zal de kwaliteit van de zorg niet nadelig beïnvloeden, volgens de Raad. Het effect van een meervoudige combinatie staat niet vast. Bovendien meent de Raad dat bij een langdurige fysiotherapeutische behandeling mag worden aangenomen dat applicaties veel minder effect zullen hebben.

Daarnaast zou de medische noodzaak van fysiotherapeutische handelingen beter gecontroleerd moeten worden, meent de Raad. Dit zou kunnen door het aanvraagstelsel voor fysiotherapeutische hulp te verbeteren.¹⁰¹

In een brief aan de Tweede Kamer in oktober 1979 - de zogenoemde kostenbrief - onderschrijft de Staatssecretaris voor Volksgezondheid (Veder-Smit) het advies van de Ziekenfondsraad. Ze wil de voorgestelde maatregelen ter beperking van applicaties op 1 januari 1980 invoeren.¹⁰²

Het Genootschap protesteert daar heftig tegen en stelt in een brief voor om een aantal maatregelen te treffen die "buiten de sfeer van de wettelijke ziektekostenverzekeringen liggen" en die eveneens de kosten zouden kunnen drukken.¹⁰³

De Staatssecretaris "acht het van belang over een aantal van deze voorstellen het overleg voort te zetten", maar meent dat deze geen vervanging kunnen vormen voor de voorstellen tot ombuiging van de kosten (met zo'n 59 miljoen gulden).¹⁰⁴ Het gevolg is dat het advies van de Ziekenfondsraad (na een kleine wijziging) toch - zij het met enige vertraging - op 1 april 1980 opgevolgd wordt.¹⁰⁵

In maart 1980 spreekt de Vaste Kamercommissie voor de Volksge-

zondheid zich over deze kwestie uit. De uitspraak in het advies van de Ziekenfondsraad, dat applicaties slechts een marginaal effect zouden hebben bij patiënten, acht men onvoldoende wetenschappelijk onderbouwd.

Verder komt als bezwaar naar voren dat vooral chronisch zieken en bejaarden door deze maatregel worden getroffen; zij zullen na een serie van twaalf gecombineerde behandelingen, verdere kosten voor applicaties zelf moeten betalen.

Laatstgenoemd bezwaar leidt tot een wijziging van de maatregel met ingang van 1 juni 1980 (de zogenaamde hardheidsclausule).¹⁰⁶ De wijziging houdt in dat bij aangetoonde medische noodzaak afgeweken kan worden van het maximum van twaalf te vergoeden applicaties. Deze medische noodzaak is aanwezig wanneer 'zonder uitbreiding van het aantal gecombineerde behandelingen met zekerheid valt te verwachten dat een wachttijd van 90 dagen onaanvaardbare nadelige gevolgen zal hebben'.¹⁰⁷

Direct na invoering van de maatregelen wordt door fysiotherapeuten nog herhaaldelijk beroep aangetekend tegen beslissingen van het ziekenfonds om geen machtiging te verlenen. Eind 1984 is de situatie gestabiliseerd en wordt slechts in enkele gevallen een beslissing van de ziekenfondsraad betwist.¹⁰⁸

De maatregelen zullen als de 'beperkende maatregelen' de geschiedenis ingaan. Ze luiden het tijdperk van kostenbeperking in de fysiotherapeutische zorg in.

4.1.2. Evaluatie van de beperkende maatregelen

Het eerdergenoemde overleg in de Vaste Kamercommissie voor de Volksgezondheid over de beperkende maatregelen is tevens de aanleiding tot het indienen van de 'motie Van Rooyen' in de Tweede Kamer in maart 1980.¹⁰⁹ In deze motie wordt de regering gevraagd de beperkende maatregelen te evalueren. Als streefdatum voor deze evaluatie wordt 1 november 1980 genoemd. Tevens wordt om een wetenschappelijke studie naar het effect van applicaties bij fysiotherapie verzocht.

Evaluatie van de maatregel

De evaluatie van de beperkende maatregelen wordt uitgevoerd

door een werkgroep die is samengesteld uit vertegenwoordigers van de beroepsgroep fysiotherapeuten, de beroepsgroep artsen en de ziekenfondsen.

De werkgroep blijkt grote moeilijkheden te hebben met het verkrijgen van de benodigde gegevens; het evaluatierapport wordt dan ook pas in mei 1982 uitgebracht.¹¹⁰

Uit het rapport blijkt dat zowel het aantal massage-oefentherapieën als het aantal applicaties per verzekerde in 1980 is gedaald. Maar de vraag in hoeverre de daling van het aantal applicaties verklaard kan worden uit de beperkende maatregelen dan wel uit de invoering van de nieuwe honoreringsstructuur uit 1979, kan met beschikbare gegevens niet beantwoord worden. Uit de becijfering van de werkgroep blijkt dat de kostenbeperking ten gevolge van de consumptiedaling wordt geraamd op circa 60 miljoen gulden. "Daarnaast moet echter worden geconstateerd dat door de nieuwe tarieven, ondanks de nieuwe tariefstructuur en de mogelijke verschuiving in het gebruik de kosten met 54 miljoen gulden extra zijn gestegen, waardoor de beperking ten gevolge van de volumedaling praktisch teniet wordt gedaan".

Tevens wordt verwezen naar ander onderzoek dat is gedaan naar de gevolgen van invoering van deze maatregelen.¹¹¹

Studie naar het effect van applicaties

De wetenschappelijke studie waar in de motie Van Rooyen om wordt verzocht, wordt wel toegezegd; het onderzoek is echter nooit tot stand gekomen.

Hoewel al in oktober 1980 overleg tussen de betrokken partijen heeft plaatsgevonden, heeft de Ziekenfondsraad een onderzoeksvoorstel ter subsidiëring afgewezen. Een dergelijk onderzoek zou, volgens de Raad, geen beleidsrelevante informatie opleveren. Bovendien zouden de hiervoor benodigde financiële middelen niet in verhouding staan tot het belang van een dergelijk onderzoek.¹¹²

4.2. Beperking van het aantal praktizerende beroepsbeoefena- ren

Een andere mogelijkheid om kostenombuiging in de fysiotherapie

te realiseren is beperking van de groei van het aantal werkzame fysiotherapeuten.

De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) die in 1982 in het Staatsblad wordt afgekondigd biedt daartoe mogelijkheden.¹¹³ Kort na de afkondiging stelt Staatssecretaris Van der Reyden dan ook dat "de fysiotherapeuten met spoed onder de WVG gebracht dienen te worden".

Het overleg tussen het Departement van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) en de beroepsgroep fysiotherapie over deze kwestie verloopt moeizaam. De afbakening van de praktijkomvang en de uiteenlopende settings waarbinnen fysiotherapeuten werkzaam zijn, leveren problemen op. Begin 1984 wordt het overleg opgeschort en vervolgens op de lange baan geschoven, hetgeen waarschijnlijk verband houdt met de vooringenomen intrekking van de WVG.

Er wordt een andere - kortere - weg ingeslagen om de groei van het aantal fysiotherapeutische hulpverleners aan banden te leggen.



Hoofdkantoor van het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie

Begin 1981 is de ziekenfondswet (artikel 47) gewijzigd.¹¹⁴ De-

ze wijziging maakt het mogelijk ziekenfondsen te ontheffen van de verplichting om overeenkomsten af te sluiten met hulpverleners - waaronder fysiotherapeuten - na de Centrale Raad voor de Volksgezondheid hierover geraadpleegd te hebben.

Op 16 juni 1981 wordt door de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne (VOMIL) de Centrale Raad om advies gevraagd over het voornemen om ziekenfondsen die daarom vragen te ontheffen van de verplichting overeenkomsten te sluiten met fysiotherapeuten die zich willen gaan vestigen.

Ter motivering wordt de toename van het aantal werkzame fysiotherapeuten genoemd. Deze toename is er de oorzaak van dat de kosten voor fysiotherapeutische hulp sterk gestegen zijn. Op dat moment laat het zich aanzien dat het aantal fysiotherapeuten de komende jaren nog een sterke groei ondergaan.¹¹⁵

Nog voor de Raad zich met deze kwestie heeft bezig gehouden, ontvangt deze een tweede brief waarin de Staatssecretaris verzoekt om "bij de behandeling van eerdergenoemde adviesaanvraag de grootst mogelijke spoed te betrachten". Dit in verband met het feit dat inmiddels al meer dan twintig ziekenfondsen hebben verzocht om ontheffing van de verplichting overeenkomsten te sluiten met zich vestigende fysiotherapeuten. De betreffende ziekenfondsen hebben besloten geen overeenkomsten aan te gaan met zich vestigende fysiotherapeuten, hangende de beslissing op het verzoek.¹¹⁶

Uit een brief van de Verenigde Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) aan de Centrale Raad blijkt dat het gemiddeld aantal inwoners per fysiotherapeut van 1:3500 - een norm die genoemd wordt in de 'Schets voor de Eerstelijnsgezondheidszorg' (1979) - ten tijde van de adviesaanvraag inmiddels achterhaald is.¹¹⁷

Wil men de status-quo handhaven dan zal de norm van 1:3500 aangepast moeten worden; handhaving ervan zou immers kunnen leiden tot het opzeggen van contracten met fysiotherapeuten. Wil men politiek geloofwaardig overkomen dan zal de norm zodanig 'bijgesteld' moeten worden dat de status quo gehandhaafd wordt en dat het merendeel van de ziekenfondsen ontheffing (van het sluiten van nieuwe contracten met fysiotherapeuten) verleend kan worden.

In december 1981 brengt de Centrale Raad het gevraagde advies

uit. 'Zorgvuldigheidsoverwegingen' hebben de Raad ertoe gebracht de norm 1:3000 te hanteren. Gesteld wordt dat "het beleid voorshands gericht dient te zijn op een bevriezing van de status-quo, in die zin dat uitbreiding van het aantal werkzame fysiotherapeuten (inclusief medewerkers) zal moeten worden vermeden zolang de norm (= één fysiotherapeut op 3000 inwoners) overschreden is".

Dat de kritiek van de beroepsgroep zich richt op deze normstelling zal geen bevreesing wekken, gezien de nadruk die in het advies van de Centrale Raad wordt gelegd op de doelstelling om de status-quo te handhaven.

De beroepsgroep stelt een verantwoord niveau van fysiotherapeutische dienstverlening voorop. De beoordeling of een ziekenfonds al dan niet in aanmerking kan komen voor een ontheffing dient te zijn gebaseerd op overleg tussen ziekenfondsen, huisartsen en fysiotherapeuten. De ontheffing baseren op een algemene objectieve norm wordt 'onaanvaardbaar' genoemd.¹¹⁸

Een ander bezwaar is de rol van de ziekenfondsen met betrekking tot de beperking van de vestigingsmogelijkheid voor fysiotherapeuten. Het is niet juist dat "de behoeftebepaling aan fysiotherapie in handen van de geldgever wordt gegeven". Tevens wordt de vraag gesteld of het nodig is een stringent toelatingsbeleid te voeren nu uit voorlopige cijfers van de Ziekenfondsraad blijkt dat de volumegroei met ingang van 1980 een scherpe daling vertoont, "naar alle waarschijnlijkheid een gevolg van de - eerder besproken - beperkende maatregelen".

Ondanks de protesten van het Genootschap wordt het gewraakte Ontheffingsbesluit in februari 1982 van kracht.¹¹⁹ Het ontheft de ziekenfondsen van de verplichting om overeenkomsten met fysiotherapeuten af te sluiten wanneer de norm (= één fysiotherapeut op 3000 inwoners) overschreden is.

In de praktijk betekent dit dat vrijwel alle ziekenfondsen worden ontheven van de zogenoemde contracteerverplichting.

De afkondiging van het Ontheffingsbesluit vormt de aanleiding tot een tweetal geschilpunten tussen de ziekenfondsen en de beroepsgroep fysiotherapie, namelijk: de praktijkomvang en de wachtlijsten.

4.2.1. Praktijkomvang

Dat de overheid het ernstig meent met de handhaving van de status-quo blijkt wel uit het feit dat zij de VNZ en de beroepsgroep van fysiotherapeuten heeft verzocht "om de bestaande modelovereenkomst dusdanig te wijzigen dat het per fysiotherapeutenpraktijk ingeschreven aantal medewerkers dat geen eigen overeenkomst met een ziekenfonds heeft gesloten, alsmede het aantal stagiaires, niet zonder meer kan toenemen".¹²⁰

Ook in het advies van de Centrale Raad uit 1981 wordt met nadruk gewezen op "het belang van een op korte termijn te treffen regeling van de vastlegging van het aantal in praktijken werkzame, doch niet zelf ingeschreven medewerker-fysiotherapeuten. Verkapte uitbreiding van het aantal medewerkers dient na verlening van ontheffing niet meer mogelijk te zijn".¹²¹

Om deze gewenste situatie in de praktijk te bereiken, neemt de VNZ het initiatief tot overleg met de beroepsgroep fysiotherapie. Het gaat met name om handhaving van de status-quo van diegenen die meewerken in de praktijk van een fysiotherapeut, de zogenoemde praktijkmedewerkers.

De ziekenfondsen zijn niet alleen geïnteresseerd in het aantal praktijkmedewerkers, maar tevens in het aantal uren dat ze werkzaam zijn. Deze informatie stelt de ziekenfondsen in staat om toe te zien op handhaving van de status-quo bij vertrek van een medewerker.

Opgave van het aantal uren van praktijkmedewerkers is in het verleden niet altijd nauwkeurig geschied en dient alsnog precies vastgesteld te worden.¹²²

De ziekenfondsen streven naar aanpassing van de modelovereenkomst. In deze nieuwe overeenkomst zou moeten worden opgenomen dat goedkeuring van het ziekenfonds nodig is bij het aantrekken van nieuwe praktijkmedewerkers.

Het Genootschap stelt daar tegenover dat "beperking van de praktijkomvang 'zorgvuldig' dient te geschieden." Het gaat om een verantwoord niveau van fysiotherapeutische hulpverlening. Een discussie hierover hoort dan ook thuis binnen het wettelijk kader van de WVG.¹²³

Pas eind 1983 wordt een akkoord bereikt en in april 1984 treedt een nieuwe modelovereenkomst in werking. In deze modelovereenkomst krijgen de ziekenfondsen invloed op het aantal praktijkmedewerkers en op het aantal uren dat deze voor het ziekenfonds werkzaam zijn. Voor uitbreiding van het aantal praktijkmedewerkers en het aantal uren dat ze werken, is goedkeuring van het ziekenfonds vereist.

4.2.2. Wachtlijsten

In een circulaire adviseert de VNZ de ziekenfondsen om wachtlijsten aan te leggen van fysiotherapeuten die in aanmerking willen komen voor een overeenkomst met een ziekenfonds. Komt een plaats vrij dan komt degene die bovenaan de wachtlijst staat in aanmerking voor een overeenkomst met het ziekenfonds.¹²⁴

Het Genootschap wijst hantering van deze lijsten af. "De invulling van vacatures zal dienen te geschieden door middel van advertenties en open sollicitaties."¹²⁵

De ziekenfondsen hebben echter belang bij het instellen van wachtlijsten, zo stelt de VNZ in een schrijven aan de ziekenfondsen.¹²⁶ Hantering van wachtlijsten kan bijdragen tot matiging van al te hoge goodwill-bedragen. Overname van de goodwill zal tot hogere investeringen voor de fysiotherapeut leiden die "uiteindelijk de investering via declaraties zal willen terug verdienen". Door hantering van een wachtlijst wordt prijsopdrijving voorkomen. Er is namelijk maar één persoon gerechtigd de praktijk over te nemen, hetgeen concurrentie tussen vragers uitsluit. De VNZ pleit tevens voor het aanleggen van wachtlijsten voor fysiotherapeuten die geen zelfstandige praktijk ambiëren.

Ten aanzien van de zogeheten meermanspraktijken wil de VNZ een enkele uitzonderingen maken op de regel dat degene die bovenaan de wachtlijst staat het eerst in aanmerking komt.

Ook tegen deze voornemens wordt protest aangetekend door het Genootschap.¹²⁷ Er wordt geen rekening gehouden met de belangen van fysiotherapeuten die werkzaam zijn in meermanspraktijken. De uitzonderingen zijn willekeurig en leiden tot rechtsongelijkheid. Het gevaar bestaat dat een praktijk 'ge-

ruisloos' wordt gesplitst omdat de VNZ heeft voorgesteld om contracten te sluiten met praktijkmedewerkers voor het aantal uren dat ze in een praktijk werkzaam zijn. Bovendien bestaat de vrees dat rechtstreeks wordt ingegrepen in de onderhandelingen bij praktijkovername.

De beroepsgroep wijst er tevens op dat het advies van de VNZ aan de ziekenfondsen prematuur is. Het loopt vooruit op een advies van de Ziekenfondsraad en men begeeft zich op een terrein waar regulerend optreden gebaseerd dient te zijn op de WVG.

De partijen staan lijnrecht tegenover elkaar en de kwestie wordt voor de rechter uitgevochten.

In september 1982 dient een kort geding voor de Arrondissementsrechtbank te Utrecht. Het hanteren van wachtlijsten voor fysiotherapeuten die een praktijk willen opzetten of overnemen door ziekenfondsen wordt aangevochten.¹²⁸ De rechter meent echter dat het hanteren van een wachtlijst één van de methoden is om tot een verdeling van de beschikbare mogelijkheden te komen; het voordeel is dat prijsopdrijving wordt tegengegaan. Dit overwegende komt de rechter tot de conclusie dat het hanteren van wachtlijsten niet als onzorgvuldig bestuur aangemerkt kan worden.¹²⁹

Het hanteren van wachtlijsten voor praktijkmedewerkers wordt eveneens aan de rechter voorgelegd. Bij deze kwestie behalen de fysiotherapeuten meer succes.

In juni 1982 bepaalt het Amsterdams Gerechtshof dat het belang van de praktijkhouder om zo spoedig mogelijk een medewerker in dienst te nemen, groter is dan het belang van het ziekenfonds om het beleid omtrent selectie van praktijkmedewerkers te handhaven.¹³⁰

De wachtlijstproblematiek komt ook in de Tweede Kamer ter sprake. Op 10 februari - nog voor de gerechtelijke uitspraken - wordt in de Tweede Kamer een motie aangenomen, waarin de regering wordt gevraagd om te bewerkstelligen dat de ziekenfondsen afzien van de hantering van wachtlijsten en in het vervolg uitgaan van het sollicitatiesysteem.¹³¹

4.3. Problematiek rond praktijkhouders en praktijkmedewerkers

In de jaren zeventig wordt het werken op notabasis populair. Het is een samenwerkingsvorm waarbij een praktijkeigenaar een contract afsluit met fysiotherapeuten die in de praktijk van de eigenaar werken en die per nota het hun verschuldigd honorarium declareren; het zogeheten notabasis-contract. De praktijkeigenaar declareert op zijn beurt de behandelingen van de ziekenfondspatiënten bij het ziekenfonds. Deze samenwerkingsvorm is aanvankelijk bedoeld als een meer voorlopig werkverband. Het biedt de praktijkhouder de mogelijkheid om afhankelijk van het patiëntenaanbod de werkzaamheden uit te breiden of in te krimpen. De praktijkmedewerker kan ervaring opdoen.

De beperkende maatregelen van april en juni 1980 en het ontheffingsbesluit voor ziekenfondsen - dat wij hiervoor besproken hebben - betekenen een ernstige verslechtering van de positie van de praktijkmedewerkers op notabasis. Bovendien is er in de jaren tachtig een grote toestroom van afgestudeerde fysiotherapeuten, hetgeen de marktpositie van de praktijkmedewerkers nog verder verzwakt. Dat een en ander consequenties heeft voor de hoogte van de honorering van de praktijkmedewerkers behoeft geen betoog.

Problemen rond de rechtspositie van de praktijkmedewerkers - het notabasis-contract kan simpelweg worden opgezegd - leiden tot instelling van een Geschillencommissie Praktijkhouders-Praktijkmedewerkers.¹³² Wordt de praktijkmedewerker in het gelijk gesteld dan kan deze een overeenkomst aangaan met het ziekenfonds voor het aantal uren dat hij in de praktijk van de praktijkhouder werkzaam was.

Tot begin van de jaren tachtig beschouwt de Bedrijfsvereniging voor de Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke Belangen (BVG) de praktijkmedewerkers op notabasis als zelfstandige beroepsbeoefenaren en derhalve niet premieplichtig in de zin van de sociale verzekeringswetgeving.

Op 30 augustus 1984 laat de BVG in een brief aan de beroepsgroep fysiotherapie weten dat haar interpretatiebeleid ten aanzien van betaling van sociale premies voor fysiotherapeuten is veranderd. Bij samenwerking op notabasis zal door de BVG

worden vastgesteld of er sprake is van een al dan niet fictief dienstverband. Tevens wordt de beroepsgroep meegedeeld dat de BVG besloten heeft om de invordering van - eventuele - verschuldigde premies voor medewerkers op notabasis te beperken tot de periode vanaf 1 januari 1984.¹³³

Binnen de fysiotherapiepraktijken leidt deze kwestie tot grote onzekerheid en tot rechtszaken over al dan niet fictieve dienstverbanden en premiebetaling.¹³⁴ Het tijdelijk karakter van het notabasis-contract is reeds grotendeels verloren gegaan en blijkt in deze situatie niet langer houdbaar. Men wordt gedwongen om voor òfwel een zelfstandige (samenwerkings)vorm te kiezen òfwel voor een loondienstsituatie.



Protesterende fysiotherapeuten op de Dam in Amsterdam

De aankondiging van een massale navorderingsactie van sociale premies door de BVG in de dagbladen van 4 december 1985 vormt de aanleiding tot het stellen van vragen aan de verantwoordelijke Staatssecretaris.¹³⁵ De vraag is in welke mate de overheid bereid is actief in te grijpen en partij te kiezen; een problematiek die mede is ontstaan door invoering van de beperkende maatregelen en het ontheffingsbesluit.

De overheid wenst echter de verantwoordelijkheid voor deze kwestie niet op zich te nemen, zo blijkt uit een brief van de Staatssecretaris Dees van juni 1988.¹³⁶ De regering heeft geen bevoegdheden om in te grijpen. Bovendien zou door aanpassing van het ontheffingsbesluit - waar de fysiotherapeuten om heb-

ben verzocht - de overeenkomst tussen praktijkhouders en ziekenfondsen opengebrouwen worden. De Ziekenfondswet biedt geen wettelijke grondslag voor een dergelijke ingreep. De Staatssecretaris ziet de aanpassing van de modelovereenkomst als de aangewezen weg om deze kwestie op te lossen.

In november 1987 laat de beroepsgroep weten dat ze samenwerking-op-notabasis niet langer wil zien als een deugdelijke vorm van praktijkorganisatie.¹³⁷

Op 16 november 1988 geeft de Centrale Raad van Beroep uitsluitel op de haar voorgelegde vragen, in hoeverre een maatschap (waarbij de modelmaatschap-overeenkomst van de beroepsgroep is gehanteerd) kan worden beschouwd als zelfstandige beroepsuitoefening. De Raad geeft een soort Salomons-oordeel. Een maatschap is geen voldoende reden om te stellen dat er sprake is van zelfstandige beroepsuitoefening, maar er is volgens de Raad geen sprake meer van een fictief dienstverband "vanaf het tijdstip waarop zij geacht kunnen worden een praktijkinbreng te hebben gehad".¹³⁸

Voor de beroepsgroep betekent dit eens te meer dat meer duidelijkheid moet worden geschapen over de samenwerkingsvormen in de fysiotherapiepraktijken.

5. Inkomen van fysiotherapeuten aan banden gelegd

Het streven van de overheid aan het einde van de jaren zeventig naar kostenbeheersing in de gezondheidszorg komt ook tot uiting in de grotere invloed die de overheid wenst uit te oefenen op het inkomensniveau van fysiotherapeuten.

De prijzenwet geeft de overheid tot 1981 de mogelijkheid om een prijs- en tarievenbeleid te voeren. Een gerechtelijke uitspraak ontnemt de overheid in 1981 dit wettelijk instrument. Om toch greep te kunnen houden op prijzen en tarieven wordt een tijdelijke maatregel getroffen: de Tijdelijke Wet Normering inkomen vrije beroepsbeoefenaren (TWN)¹³⁹. Met dit wettelijk instrument kan de regering invloed uitoefenen op het inkomensniveau van vrije beroepsbeoefenaren.

In het 'Aanwijzingbesluit vrije beroepsbeoefenaren' van maart 1982 wordt de TWN van toepassing verklaard op fysiotherapeuten.

Het inkomensniveau dient in twee componenten uiteen gelegd te worden, namelijk: het norminkomen en de tarieven.

In het voorgaande is beschreven hoe het norminkomen tot stand is gebracht tijdens de onderhandelingen voor de eerste landelijke tarieven in de jaren vijftig. Beschreven zijn ook de veranderingen in de wijze waarop het norminkomen in de loop der tijd wordt bepaald. Het norminkomen - zo is uit het voorgaande gebleken - vormt de basis voor de vaststelling van de tarieven.

Onderhandelingen in de jaren tachtig over het norminkomen van de fysiotherapeuten en de vaststelling van de daarop gebaseerde tarieven voor fysiotherapeutische hulp, worden in de volgende paragrafen besproken.

5.1. Onderhandelingen over het norminkomen

Overleg over de vaststelling van het norminkomen tussen de overheid en de beroepsgroep fysiotherapie vangt eind 1982 aan. De beroepsgroep komt goed beslagen ten ijs; als basis voor de besprekingen legt ze een rapport over functiewaardering van vrijgevestigde fysiotherapeuten op tafel.¹⁴⁰ In dit rapport wordt aan de hand van een aantal aspecten een waardering gegeven van de zwaarte van een zevental functies, aangevuld met de daarbij behorende BBRA-schaal. Het onderstaande staatje geeft daarvan een overzicht.

Overzicht van de waardering van zeven functies en de bijbehorende BBRA-schaal

	Punten	BBRA tot 1-1-'85	BBRA na 1-1-'85
1. Hoofd afdeling fysiotherapie	192	130	11
2. Vrijgevestigde fysiotherapeut met praktijkmedewerkers	188	130	11
3. Vrijgevestigde fysiotherapeut (solist)	168	114	10
4. Subhoofd fysiotherapie	164	103	9
5. Fysiotherapeut op notabasis	148	103	9
6. Eerste fysiotherapeut	134/144*	89	8
7. Fysiotherapeut in dienstverband	126	89	8

* Een eerste fysiotherapeut met toezicht scoort 134 punten, zonder toezicht 144.

Het te bepalen norminkomen wordt in het rapport in drie onderdelen uiteengelegd: een salarisbestanddeel, bijzondere permanente omstandigheden en sociale lasten & pensioenvoorziening. Wat betreft de bepaling van het salarisbestanddeel dient een vergelijking te worden gemaakt tussen de functies van fysiotherapeuten in vergelijkbaar geachte overheidsfuncties. Voor de selectie van deze ambtelijke vergelijkingsfuncties worden in het rapport drie criteria genoemd: gelijkwaardig opleidingsniveau, werkzaam op hetzelfde vakgebied, inhoud der taken

zoveel mogelijk van gelijke aard.

5.1.1. Vaststelling van het functieniveau

Overheid en beroepsgroep worden het tijdens het eerste overleg eens over het streven naar één norminkomen. Dit impliceert dat de verschillende functies (praktijkhouder met of zonder medewerkers, medewerker op notabasis) een gewogen bijdrage dienen te leveren ter vaststelling van dit norminkomen. Tevens wordt een technische werkgroep ingesteld die de 'vertaling' van functies in salarisschalen nader zal uitwerken.

De beroepsgroep is echter ontevreden over het resultaat van de technische werkgroep en wenst heropening van het technisch overleg. De verschillen in functie-eisen tussen de Vrijgevestigde Fysiotherapeut en de Fysiotherapeut in Interne Dienst zijn volgens de beroepsgroep onvoldoende tot uitdrukking gebracht.

In een overleg dat in maart 1983 plaats vindt blijkt dat de overheid slechts ten dele aan de wensen van de beroepsgroep tegemoet wenst te komen waar het de waardering van de functie-eisen betreft.¹⁴¹ Andere punten die door de beroepsgroep worden aangevoerd als: opwaardering voor onregelmatige werktijden en risicobeloning in verband met investeringen, worden door de overheid terzijde geschoven. "Een verschil van tien punten (136-146) is voor de overheid de absolute grens."¹⁴²

De uitkomsten van dit technisch overleg stemmen weinig hoopvol. Niet alleen de verschillen in waardering van functies vormen een geschilpunt, maar ook de vertaling van functies in honoreringsschalen.

De overheid stelt zich op het standpunt dat de fysiotherapeut interne dienst (= normfunctie) thuishoort in schaal 89 BBRA. Het verschil tussen de vrijgevestigde fysiotherapeut en de fysiotherapeut interne dienst is te gering om een overstap naar schaal 103 BBRA te rechtvaardigen, zoals de beroepsgroep wenst.

Dat de overheid geen strikte functievergelijking nastreeft, blijkt uit het overleg van mei 1983. Hier wordt namens de overheid gesteld dat "bij de bepaling van het norminkomen tevens overwegingen een rol kunnen spelen die samenhangen met de

positie op de arbeidsmarkt en de financieel-economische positie van de deelsector. In 1981 waren er 7000 fysiotherapeuten werkzaam en 8000 in opleiding. Volksgezondheid wordt geconfronteerd met zware ombuigingstaakstellingen. Een en ander impliceert een potentieel verlagend effect op het norminkomen".¹⁴³

De beroepsgroep houdt vast aan een strikte functievergelijking. Zij wensen een puntentoekenning al naar gelang bepaalde kenmerken in een functie aanwezig zijn en naar de mate waarin ze aanwezig zijn. Deze punten dienen vervolgens vertaald te worden naar bijbehorend schaalniveau. Een berekening die schaal 103 BBRA als uitkomst heeft.

Het overleg tussen overheid en beroepsgroep staat gedurende een jaar in het teken van deze controverse. Tijdens dit slepend overleg stelt de beroepsgroep - op een kennelijk ondoordacht moment - voor om het gemiddelde functieniveau van de vrijgevestigde fysiotherapeut te verhogen door te wijzen op de zwaardere functie van praktijkhouder die fysiotherapeuten in dienst heeft (waaronder ook medewerkers op notabasis worden verstaan).

Van overheidszijde wordt welwillend gereageerd. Wel stelt men dat de opwaardering van de functie van praktijkhouder gepaard dient te gaan met een bijstelling van het functieniveau van de medewerker op notabasis: "dit is voor de overheid bespreekbaar".¹⁴⁴ Dit is voor de beroepsgroep onbespreekbaar omdat hierdoor de zelfstandigheid van de medewerker op notabasis op de tocht komt te staan.

In maart 1984 besluiten de onderhandelingsdelegaties de ontsane controverse voorlopig te laten rusten en over te gaan naar andere onderdelen van het norminkomen: sociale lasten, pensioenen, compensatie van het risico-element en onregelmatige werktijden.¹⁴⁵

5.1.2. Akkoord over het norminkomen

In september 1984 geeft de overheid een eerste aanzet en stelt de beroepsgroep een totaalpakket voor met als belangrijkste

punten: salariëring van vrijgevestigde fysiotherapeuten conform schaal 89 BBRA, opslag voor onregelmatige werktijden, bij arbeidsduurverkortung die leidt tot herbezetting een tariefsbijstelling en verdiscontering van de VUT-regeling in het tarief.¹⁴⁶

De overheid stelt dat het saldo van 'plussen' en 'minnen' positief zal uitvallen op voorwaarde dat wordt uitgegaan van een functieniveau dat leidt tot schaal 89 BBRA. Blijft de beroepsgroep uitgaan van schaal 103 BBRA dan wordt datgene dat op de andere elementen als 'plus' is voorgesteld weer ingetrokken.

De beroepsgroep wordt met deze 'deal' duidelijk onder druk gezet. Na enig beraad besluit de onderhandelingsdelegatie om op het voorstel in te gaan; ervan uitgaande dat de verschillende elementen van zo'n compromis niet elders weer worden ondergraven.¹⁴⁷

De angst voor ondergraving van dit totaalpakket blijkt niet ongegrond. De VNZ die op 28 november 1984 bij de onderhandelingen betrokken wordt, blijkt niet akkoord te gaan met een aantal punten uit dit totaalpakket.¹⁴⁸

De voorzitter van het overleg - die geen mogelijkheid ziet om met de VNZ tot overeenstemming te geraken - stelt voor het overleg bilateraal voort te zetten. De VNZ zal zich met de uitkomst van dit overleg dienen te verenigen.

Dit overleg leidt in maart 1985 tot overeenstemming tussen de beroepsgroep en de overheid. Het tekort van 25 miljoen op dit overeengekomen pakket maatregelen zal worden gecompenseerd door een halvering van de toeslag op het huisbezoek. De beroepsgroep behoudt zich het recht voor te gelegener tijd hierop terug te komen.¹⁴⁹

Het duurt nog ruim een jaar voordat in de Staatscourant wordt afgekondigd dat er een definitief norminkomen voor fysiotherapeuten is vastgesteld.¹⁵⁰

De reden van deze vertraging is dat de Staatssecretaris van Volksgezondheid het totale pakket aan afspraken eerst wil overwegen. Ook zijn er bij de overheid twijfels over de beheersbaarheid van de kosten.¹⁵¹ Besloten wordt om een aantal probleempunten door te schuiven naar het - komende - overleg

over de tarieven, en zo wordt de weg vrijgemaakt voor een overeenkomst over het norminkomen.

De definitieve regeling van de rol van de overheid bij het inkomensbeleid wordt in mei 1987 van kracht: de Wet Inkomens Vrije Beroepsbeoefenaren (WIVB).¹⁵² De tijdelijke regeling - de TWN - is dan reeds tweemaal verleend.

Daags voor de definitieve regeling (WIVB) in werking treedt, wordt de tijdelijke regeling (TWN) zodanig gewijzigd dat de fysiotherapeuten niet langer onder de werking van de TWN vallen. Dit impliceert dat ze ook niet onder de definitieve regeling gebracht worden.

Men is er om verschillende redenen niet toe overgegaan om de fysiotherapeuten onder de werking van de WIVB te brengen.

Ten eerste is er overeenstemming bereikt over het norminkomen. Daarbij is geen onaanvaardbaar verschil tussen het 'aanvaardbaar' inkomensniveau en het 'feitelijk' inkomensniveau vastgesteld, hetgeen een direct inkomensbeleid (via de WIVB) zou rechtvaardigen.

Ten tweede wordt de Wet Economische Mededinging gewijzigd; de fysiotherapeuten zullen per 1 mei 1987 onder de werking van deze wet gebracht worden.¹⁵³ De Wet Economische Mededinging verschaft de overheid de mogelijkheid om op te treden tegen mededingingsregelingen en economische machtsposities. Zo kan de overheid "voorschriften geven met betrekking tot de prijs van bepaalde goederen of diensten en met betrekking tot de voorwaarden voor levering van bepaalde diensten en de betaling daarvan".¹⁵⁴

Sinds de invoering van de WIVB heeft de overheid dus meer afstand genomen waar het de inkomensvorming van de als vrij beroepsbeoefenaren werkende fysiotherapeuten aangaat. Ten aanzien van de ontwikkeling der tarieven heeft de overheid de mogelijkheid om op basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (artikel 14) aanwijzingen te geven aan het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG). De problematiek rond de tariefonderhandelingen staat in de volgende paragraaf centraal.

6. Honorering van fysiotherapeutische verrichtingen in groei beperkt

De Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) geeft de overheid de mogelijkheid om aanwijzingen te geven met betrekking tot de tariefkosten, voor zover deze kosten voortvloeien uit vaststelling van een aanvaardbaar inkomensniveau.¹⁵⁵

Op 5 februari 1982 verschijnt het Besluit in het Staatsblad waarin de fysiotherapeuten onder de werking van de WTG worden gebracht.¹⁵⁶ Bedoeling van de WTG is om - met het oog op de kostenbeheersing - een evenwichtiger stelsel van tarieven te bevorderen.

De wet voorziet in de instelling van een Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG); tarieven dienen door dit orgaan te zijn goedgekeurd of vastgesteld. Voorheen was de Ziekenfondsraad de goedkeurende instantie. Het COTG kan richtlijnen vaststellen ten aanzien van tarieven. Het is ook mogelijk dat deze van de regering aanwijzingen krijgt voor het opstellen van richtlijnen. Onderhandelingen binnen het COTG worden gevoerd tussen de beroepsgroep, de ziektekostenverzekeraars en de particuliere ziekenfondsen.

6.1. Voorstellen voor een nieuwe honoreringsstructuur: het zittingentarief

Bij de invoering van de nieuwe honoreringsstructuur in 1979 zijn de partijen overeengekomen om de nieuwe structuur na 1 januari 1981 te evalueren. In een brief van laat de beroepsgroep in april 1981 aan de VNZ weten dat een dergelijke beoordeling onmogelijk is geworden als gevolg van de beperkende maatregelen van 1 april en 1 juni 1980.¹⁵⁷

De kritiek van de beroepsgroep die wordt verwoord in twee nota's (uit april 1981) geldt een aantal kwesties.¹⁵⁸

Ten eerste komt de beroepsinhoudelijke verantwoordelijkheid van de fysiotherapeut op de tocht te staan; de 1 april maatregel is strijdig met de ondeelbaarheid van beroepsactiviteiten (massage-, oefentherapie, fysieke therapie). In de 1 juni maatregel worden de verantwoordelijkheden van de arts - die schriftelijke verlenging moet geven - en van de fysiotherapeut op een onwerkbaar manier vermengd.

Een tweede kritiekpunt geldt de modelovereenkomst. Het bijhouden van administratie - zoals in de nieuwe overeenkomst uit 1979 is vastgelegd - kost veel tijd en heeft een negatieve invloed op de relatie tussen fysiotherapeuten en ziekenfondsen. Een laatste bezwaar geldt de differentiatie in de tarieven die:

- leidt tot conflictsituaties met ziekenfondsen
- geen prikkel bevat om de consumptie van fysiotherapie te beperken
- problemen oplevert bij het onderbrengen van therapievormen in tariefgroepen
- op een oneigenlijke wijze het inkomen van de fysiotherapeut kan beïnvloeden door verandering van een (hoger beloonde) therapievorm.

Om aan deze problematiek tegemoet te komen stelt de beroepsgroep een nieuwe honoreringsstructuur voor. Er zou een 'totale behandeling fysiotherapie' moeten komen, waarbij de fysiotherapeut vrij is om te bepalen welke therapie hij kiest. Het tarief zou per zitting vastgesteld moeten worden: het zogenaamde zittingentarief. Uitgaande van een volle dagtaak zouden per dag 16 patiënten behandeld kunnen worden (= normatieve werkdag).

Er dient uitgegaan te worden van 24 behandelingen per patiënt-indicatie (in plaats van twaalf behandelingen ingesteld per 1 april 1980). Het kostenpakket dient hierbij gehandhaafd te blijven.

Ook voor de problematiek van de meermanspraktijken wordt een 'oplossing' aangedragen (daarover kon in 1979 geen overeenstemming worden bereikt). Voorgesteld wordt om - uitgaande van 24 behandelingen per patiënt-indicatie - bij de eerste 12 be-

handelingen het honorarium plus 80% van de kosten te vergoeden en in de vervolgserie het honorarium plus 20% van de kosten. Ten slotte - en zeker niet op de laatste plaats - stelt de beroepsgroep voor om bij de nieuwe honoreringsstructuur uit te gaan van schaal 114 BBRA.

Dat de VNZ niet onverdeeld gelukkig is met deze voorstellen laat zich uit de voorgeschiedenis duidelijk begrijpen. De kostenbeheersing die de VNZ met de nieuwe honoreringsstructuur uit 1979 beoogt is niet opgetreden. In de praktijk blijkt er 'een zeer sterke verschuiving' op te treden naar de hoogst gehonoreerde applicaties. Bovendien, zo stelt de VNZ in een brief aan de beroepsgroep, "hebben wij redenen om aan te nemen, dat niet in alle gevallen de gemachtigde en gedeclareerde applicatie ook daadwerkelijk aan de patiënt wordt verstrekt".¹⁵⁹

Ook de vergoeding van de kosten aan eigenaren van meermanspraktijken is door de VNZ in het verleden herhaalde malen ter discussie gesteld. In een schrijven in november 1980 aan de beroepsgroep heeft de VNZ bezwaar aangetekend tegen deze 'bovenmatige vergoeding'.¹⁶⁰ Immers, naarmate het aantal medewerkers toeneemt, dalen de vaste praktijkkosten per medewerker, terwijl de kostenvergoeding (gebaseerd op de éénmanspraktijk) constant blijft.

In een brief (januari 1982) aan de beroepsgroep zet de VNZ haar standpunten ten aanzien van een 'zittingentarief' uiteen.¹⁶¹ Opnieuw wordt gesteld dat ondanks de nieuwe tariefstructuur "de uitgaven op het terrein van de fysiotherapie blijven groeien in een mate die niet uitsluitend kan worden verklaard uit de toename van het aantal hulpverleners". Het onderbouwen van deze uitspraak met cijfermateriaal is moeilijk: "maar een ieder die geen vreemde is in het 'Jeruzalem' van de fysiotherapie en bovendien het oog gericht houdt op de realiteit heeft, ook zonder het vergrootglas van de statistiek, voldoende zicht op de situatie".

De VNZ verklaart zich overigens wel voorstander van een zittingentarief; een tarief dat omschreven wordt als een constructie die het midden houdt tussen een tarief per verrich-

ting en betaling per abonnement. Maar daarmee houdt de instemming ook op. Waar het de invulling van het zittingentarief betreft is men het op vrijwel alle punten met elkaar oneens.

Wat de kostenvergoeding van de meermanspraktijken betreft, stelt de VNZ voor een korting toe te passen (van 8%). Verwezen wordt naar een verlaging van de beloning voor medewerkers op notabasis. Deze beloning lijkt gedaald te zijn van 70% naar 50% (van de vergoeding die de declarerende fysiotherapeut ontvangt van het ziekenfonds). "De toename van het aanbod van fysiotherapeuten is hieraan niet vreemd", aldus de VNZ.

Wat betreft de controle mogelijkheden van het ziekenfonds wordt gesteld dat ook bij een zittingentarief de fysiotherapeut na afloop een specificatie van de verleende hulp aan de ziekenfondsen zou moeten overleggen. Daarnaast zouden er, volgens de VNZ, meer patiënten per dag behandeld kunnen worden, hetgeen een kortere behandel tijd per patiënt betekent.

Bovendien introduceert de VNZ de particuliere ziektekostenverzekeringen. "Aangezien rond 70% van de Nederlandse bevolking ziekenfondsverzekerd is, en ergo rond 30% particulier is verzekerd, is de consequentie dat door het ziekenfonds per jaar ten hoogste 70% van de 4830 (= 3381) zittingen worden vergoed."

Met dit laatste voorstel legt de VNZ de mogelijkheid van fysiotherapeuten om door extra werk (i.c. het behandelen van particuliere patiënten) het inkomen te vergroten, drastisch aan banden. Niet alleen het aantal zittingen van ziekenfondspatiënten wordt hierdoor gemaximeerd, maar bij dit maximum wordt tevens rekening gehouden met het aandeel van de behandeling van particuliere patiënten.

Wanneer we hierbij tevens ingedachten houden dat in 1980 de beperkende maatregelen ten aanzien van fysiotherapeutische applicaties zijn ingevoerd en dat de Centrale Raad een maand eerder een advies heeft uitgebracht om de status-quo ten aanzien van de praktizerende fysiotherapeuten te handhaven (ontheffingsmaatregel voor ziekenfondsen), dan wordt het bezuinigingsnet met deze voorstellen van de VNZ wel erg strak rond de fysiotherapeuten aangetrokken.

Conflict rond de modelovereenkomst

Op 10 juni 1982 deelt de VNZ de beroepsgroep fysiotherapie mee dat zij de ziekenfondsen heeft geadviseerd om de overeenkomsten met de fysiotherapeuten op te zeggen per 1 januari 1983.¹⁶² Als argumenten worden aangevoerd dat "de ontwikkeling van de kosten - in tegenstelling tot de verwachtingen van destijds - met de huidige tariefstructuur onvoldoende in de hand kan worden gehouden". In dit verband worden ook zaken als "oneigenlijk gebruik van fysiotherapeutische hulp" en "gebrek aan afdoende controle mogelijkheden" genoemd.

Verandering van de modelovereenkomst is voor de VNZ ook van belang in het kader van het ontheffingsbesluit voor de ziekenfondsen (vergelijk paragraaf 4.2 van dit deel). Bij het streven naar handhaving van de status-quo ten aanzien van praktijkmedewerkers wordt een meer directe relatie tussen deze medewerkers en de ziekenfondsen wenselijk geacht. Ten aanzien van deze kwestie heeft de VNZ in het verleden reeds gepoogd een nieuwe model-overeenkomst te forceren. Daartoe heeft ze in een circulaire (12 februari 1982) de ziekenfondsen opgeroepen de overeenkomst met de fysiotherapeuten te beëindigen wanneer deze toch hun praktijk met nieuwe praktijkmedewerkers uitbreiden.

De beroepsgroep adviseert - in reactie op de aankondiging tot opzegging van de modelovereenkomst - haar leden zich strikt aan de bestaande overeenkomst te houden. De ziekenfondsen kunnen zich niet beroepen op 'ernstige bezwaren' (Ziekenfondswet, artikel 47 eerste lid) als argument om de overeenkomst op te zeggen, aldus de beroepsgroep.

In een brief aan de VNZ laat de beroepsgroep weten dat "op eenvoudige wijze aan Uw (= VNZ) verlangen tot aanpassing kan worden tegemoet gekomen. Daarvoor behoeft de overeenkomst geenszins te worden opgezegd"¹⁶³.

Een uitspraak van de geschillencommissie Ziekenfondsen-Fysiotherapeuten in december 1982, beslecht dit conflict¹⁶⁴. De ziekenfondsen hebben een te zwaar middel gehanteerd, aangezien het overleg tussen beide partijen nog niet is vastgelopen.

Op grond van deze uitspraak moet de VNZ terugkomen op haar advies aan de ziekenfondsen om de overeenkomsten met fysiothera-

peuten op te zeggen.¹⁶⁵

6.2. Pogingen tot doorbraak in onderhandelingen over een honoreringsstructuur

Een nieuwe poging om een doorbraak te bewerkstelligen wordt in september 1985 door de VNZ ondernomen. Ze verzoekt het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) om de richtlijnen ten aanzien van de tariefopbouw te wijzigen. Op basis van gewijzigde richtlijnen zullen de tarieven dan kunnen worden vastgesteld volgens een nieuw tariefstelsel: het zittingentarief.¹⁶⁶ In de toelichting bij dit verzoek wijst de VNZ erop dat in de periode 1979-1984 de fysiotherapeutische hulp per ziekenfondsverzekerde met 50% is toegenomen (vergelijk ook grafiek 2 hoofdstuk 3 van dit deel). Daar zich sinds het (ontheffingsbesluit) uit 1982 geen substantiële wijzigingen hebben voorgedaan in de tarieven en het aantal verzekerden "kan de kostenstijging derhalve haast niet anders dan worden toegeschreven aan de verhoging van de produktie".

De belangrijkste elementen in het voorstel voor een nieuwe honoreringsstructuur aan het COTG zijn: een tarief per zitting, budgettering van de totale uitgaven voor fysiotherapeutische hulp en een degressief tarief. Bij vaststelling van het tarief wenst de VNZ uit te gaan van schaal 89 BBRA.

Het "degressieve tariefsysteem is in feite niet anders dan een verdeelsleutel voor de verdeling van het totale landelijke budget naar de individuele hulpverlener" volgens de VNZ.

Het degressieve tariefsysteem kent drie trappen:

- tarief voor het normatief aantal zittingen per jaar
- tarief voor 'overwerk' en 'waarneming'
- nominaal tarief, ook wel straftarief genoemd

"bewust is gekozen voor een relatief lage beloning voor deze extra behandelingen, om daarmee het maken van een grote overproduktie (...) te ontmoedigen".

De voorgestelde wijziging van de honoreringsstructuur noodzaakt tevens tot een wijziging van het Besluit Paramedische Hulp Ziekenfondsverzekering uit 1974. Een verzoek tot wijzi-

ging van dit Besluit wordt in november 1985 door het VNZ ingediend bij de Staatssecretaris van WVC. Ruim een half jaar later (juni 1986) verzoekt de Staatssecretaris aan de Ziekenfondsraad advies uit te brengen over deze kwestie.¹⁶⁷

Pogingen tot het vaststellen van nieuwe richtlijnen voor tarieven

Op 3 juni 1987 bereikt de Staatssecretaris van WVC opnieuw een verzoek over dezelfde kwestie. Ditmaal vraagt het COTG om goedkeuring van de richtlijnen voor de budgettering van de tarieven voor fysiotherapeutische hulp (die het COTG in mei 1987 heeft opgesteld).¹⁶⁸

De richtlijnen die het COTG heeft opgesteld zijn geënt op de voorstellen van de VNZ. Daarbij stelt het COTG dat in zijn voorstellen de budgettaire neutraliteit niet als primair uitgangspunt is genomen; de financiële gevolgen die een wijziging met zich mee zal brengen zijn erg moeilijk te overzien. Het COTG neemt ook geen stelling in de controverse tussen ziekenfondsen en fysiotherapeuten over de kwestie welk jaar als budgetbasis genomen moet worden. Deze voorstellen zijn te typeren als een poging om de kool en de geit te sparen. Het COTG wijst erop dat goedkeuring van de opgestelde richtlijnen geenszins zal betekenen dat het zittingentarief als systeem kan worden ingevoerd. Daartoe dienen eerst het Besluit Paramedische Hulp uit 1974 en de modelovereenkomst aangepast te worden. Er wordt dan ook geen datum van invoering voorgesteld.

Uit het antwoord van de Staatssecretaris van het COTG blijkt dat de overheid zich niet in deze kwestie wil mengen. De overheid wil pas een definitief standpunt over de voorgestelde richtlijnen bepalen na bestudering van het advies van de Ziekenfondsraad (over wijziging van het Besluit Paramedische Hulp 1974).¹⁶⁹ De Ziekenfondsraad is gevraagd om bij het uit te brengen advies ook het verzoek van het COTG te betrekken.

6.3. Patstelling in de onderhandelingen over de honoreringsstructuur

Op 1 december 1986 laat de beroepsgroep fysiotherapie aan de

Ziekenfondsraad weten dat haar belangstelling voor het invoeren van een zittingentarief sterk is verminderd. Voor deze tannende belangstelling worden een vijftal argumenten aangevoerd.¹⁷⁰

Ten eerste kan de beroepsgroep wel akkoord gaan met een degressief zittingensysteem, gegeven de mogelijkheid van herverdeling van arbeid. De VNZ wil echter - volgens de beroepsgroep - het huidige produktieniveau terugdringen in plaats van herverdelen over meerdere fysiotherapeuten.

Ten tweede heeft de beroepsgroep slechte ervaringen met de controle-richtlijnen van de ziekenfondsraad. Eenzelfde problematiek wordt gevreesd bij de tijdsontbouding van het zittingensysteem.



Protesterende fysiotherapeuten

Tevens verwacht de beroepsgroep dat "grote problemen zullen ontstaan" wanneer de VNZ blijft vasthouden aan een budgettair neutrale omzetting van het tariefsysteem.

Ook wijst de beroepsgroep erop dat een zittingensysteem niet

ingevoerd kan worden zolang de onderhandelingen over de nieuwe modelovereenkomst nog niet zijn afgerond.

Ten slotte wordt nog aangevoerd dat het advies van de Ziekenfondaad om een eigen bijdrage in te voeren als het zittingentarief in werking zal treden, het enthousiasme van de fysiotherapeuten nog verder heeft bekoeld.

Eind 1988 brengt de Ziekenfondsraad een concept-advies uit over wijziging van het Besluit Paramedische Hulp.¹⁷¹

De Raad wijst erop dat de "herstructurering niet tot gevolg kan hebben dat de fysiotherapeut een ruimere bevoegdheid tot beroepsuitoefening krijgt".

Ten aanzien van de financiële kant refereert de Raad aan het uitblijven van stabilisering van de kosten voor fysiotherapie. Degressie in de honorering dient gecombineerd te worden met een budget-plafond voor de kosten van fysiotherapie.

Aanpassing van de modelovereenkomst is noodzakelijk en dient ten goede te komen aan de toetsbaarheid en de beheersbaarheid van de fysiotherapeutische hulpverlening. De Ziekenfondsraad meent dat het "als ongewenst moet worden beschouwd dat de fysiotherapeut indiceert, behandelt en declareert zonder dat er enige toetsing door verwijzer of ziekenfonds kan plaatsvinden".

De Raad stelt voor om het Besluit uit 1974 zodanig te wijzigen dat geen onderscheid meer wordt gemaakt tussen de verschillende fysiotherapeutische verrichtingen, waarbij de verhouding tot de verwijzend arts ongewijzigd dient te blijven.

In een extra vergadering van de Ziekenfondsraad in oktober 1988 krijgt de beroepsgroep de gelegenheid haar visie te geven op het concept-advies.¹⁷²

Ze stelt dat het nooit de bedoeling is geweest om extra bevoegdheden voor de fysiotherapeuten te creëren. Dit neemt niet weg dat "de inhoud van ieder beroep - dus ook dat van de fysiotherapeut - in ontwikkeling is en kan leiden tot veranderde regelgeving".

Wat betreft de financiële kant, wijst de beroepsgroep op het budgettaire neutrale karakter van haar voorstel. Daarbij gaat de beroepsgroep echter wel uit van een ander jaar, namelijk het jaar voorafgaand aan de invoering van een nieuw tarief

(omsleutel-jaar). Gezien de sterke kostenstijging die heeft plaatsgevonden, maakt het veel verschil welk jaar men kiest als omsleuteljaar.

Productie boven de gestelde norm moet, volgens de beroepsgroep, overgedragen kunnen worden aan andere fysiotherapeuten binnen de praktijk (reeds in dienst of nieuw aan te trekken krachten).

Het voorstel van de VNZ wordt gekenschetst als een ordinaire bezuinigingsmaatregel. "Het leidt tot kostendaling, want de fysiotherapeuten kunnen nog slechts een deel van de productie voor het gewone tarief verrichten."

De gestegen kosten voor fysiotherapeutische hulp zijn, volgens de beroepsgroep, voornamelijk te wijten aan toename van de bevolking en vergrijzing en substitutie van zorg.

Met de wijziging van het Besluit Paramedische Hulp wordt instemming betuigd. Er wordt echter met nadruk op gewezen dat deze wijziging pas in werking kan treden nadat tussen de beroepsgroep en de ziekenfondsen overeenstemming is bereikt over de hoofdzaken van de nieuwe afspraken (in de modelovereenkomst). In deze overeenkomst dient de wilsovereenstemming van de partijen tot uitdrukking te worden gebracht. Hiermee stelt de beroepsgroep de inwerkingtreding van het Besluit afhankelijk van de overeenstemming over de modelovereenkomst.

Om alsnog tot de gewenste verandering van de honoreringsstructuur te komen, heeft de VNZ in juni 1987 bij de Ziekenfondsraad een nieuwe modelovereenkomst ter goedkeuring ingediend.

Het is de vraag of de Ziekenfondsraad - op aanwijzing van de Minister - kan overgaan tot goedkeuring van de modelovereenkomst, ook al is er geen sprake van overeenstemming tussen de beroepsgroep en de VNZ en ook al is de huidige modelovereenkomst niet opgezegd. De VNZ meent dat dit mogelijk is, de beroepsgroep meent van niet.

Hiermee is de patstelling in de tariefonderhandelingen geschetst.

7. Contouren van een nieuwe structuur van de gezondheidszorg

In dit derde deel is het economisch kader van de beroepsgroep fysiotherapie geschetst. Een ontwikkeling waarin onderhandelingen over norminkomen, omvang van het verstrekkingenpakket en het aantal beroepsbeoefenaren de belangrijkste elementen vormen. De jaren zeventig hebben een sterke groei te zien gegeven; een groei die gepaard gaat met een sterke stijging van de kosten. Pogingen tot het afremmen van deze kostenstijging in de jaren tachtig lopen uit op een impasse in de onderhandelingen over tarieven en inkomen.

Kostenstijgingen hebben zich niet alleen voorgedaan op het gebied van de fysiotherapie. In de gehele gezondheidszorgsector nemen de kosten toe; zij het in minder sterke mate dan bij de fysiotherapie.

In de Nota 2000 uit 1986 wordt de problematiek van het gezondheidszorgbeleid tot het jaar 2000 aan de orde gesteld. De daarin geschetste knelpunten vereisen een beleid dat de huidige en toekomstige problemen adequaat kan aanpakken.

Er bestaat een uitgesproken vrees dat de zorg onbetaalbaar wordt of niet meer voor allen bereikbaar zal blijken en enige vorm van rantsoenering onontkoombaar wordt. Het gevaar bestaat dan dat de zwaksten de zwaarste lasten zullen dragen.¹⁷³

Op 25 augustus 1986 wordt een commissie ingesteld - de commissie 'Structuur en financiering van de gezondheidszorg' - die moet adviseren over de inrichting van het toekomstige gezondheidszorgbeleid. Deze commissie wordt verzocht om binnen zes maanden in hoofdlijnen advies uit te brengen.

De commissie - die al snel wordt aangeduid met de naam van haar voorzitter: commissie Dekker - slaagt erin om binnen de

gestelde termijn het gevraagde advies op te stellen getiteld 'Bereidheid tot verandering'.¹⁷⁴

In dit afsluitende hoofdstuk willen we de voorstellen van de commissie Dekker aan de orde stellen; met name wat betreft de consequenties die deze voorstellen kunnen hebben voor de fysiotherapeutische hulpverlening. Daarbij zal ook het in deel I besproken wetsvoorstel BIG ter sprake gebracht worden.

Ingegaan wordt op de voorstellen tot verandering van het gezondheidszorgstelsel met betrekking tot de omvang van het verstrekkingenpakket, de contracten tussen fysiotherapeuten en ziekenfondsen en de toekomstige kwaliteit van de hulpverlening.

7.1. Omvang van het verstrekkingenpakket

Uit de voorgeschiedenis van de professionalisering van de beroepsgroep (deel II van dit boek) is gebleken welk een lange weg de beroepsgroep heeft moeten afleggen om een wettelijke bescherming van de beroepswerkzaamheden te verkrijgen. Vooral de afbakening van het arbeidsterrein, zowel naar 'beneden' (met de gymnastiekleraar) als naar 'boven' (met de artsen) kan als een weg van vallen en opstaan gekenschetst worden. De wettelijke regeling in 1942 en de regeling in het kader van de Wet op de Paramedische Beroepen in 1965 vormen de grondslag voor de wettelijke bescherming van het beroepsterrein. Een terrein dat in 1965 'wettelijk' is uitgebreid met beroepswerkzaamheden op het gebied van de fysische therapie. Deze fysische therapie wordt aanvankelijk voornamelijk in inrichtingen gegeven, vanwege het feit dat deze verrichtingen buiten een inrichting niet door de ziekenfondsen worden vergoed. De beroepsgroep slaagt er echter in om het ziekenfonds-verstrekkingenpakket voor fysische therapie - buiten een inrichting - stapje voor stapje uit te breiden.

Twee recente voorstellen zullen in de komende jaren een uitdaging vormen voor de beroepsgroep: de voorstellen in het wetsontwerp Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg en de plannen van de commissie Dekker.

In het wetsontwerp BIG wordt het systeem van beroepsbescherming verlaten en wordt een systeem van titelbescherming ingevoerd (zie deel I hoofdstuk 2.6 en 3.4). Daarmee komt de zo lang nagestreefde wettelijke bescherming van de beroeps werkzaamheden te vervallen. Een ieder mag fysiotherapeutische handelingen verrichten, mits zij/hij maar niet de titel fysiotherapeut voert.

Wel is in het wetsvoorstel voorgesteld om fysiotherapeutische hulp alleen door het ziekenfonds te laten vergoeden indien een titelgerechtigde hulpverlener wordt ingeschakeld.

De plannen van de commissie Dekker zijn nog 'ingrijpender' op dit punt.

De commissie acht een "ingrijpende herziening van het huidige stelsel van ziektekostenverzekeringen onontkoombaar", en beschouwt deze herziening als de kern van het advies.

Voorgesteld wordt één sterk vereenvoudigd stelsel van financiering voor de gehele zorg. Daartoe zal een basisverzekering in het leven moeten worden geroepen die verplicht gesteld wordt voor iedere ingezetene van Nederland. Deze basisverzekering zal omstreeks 85% van het huidige totaal aan verstrekkingen en voorzieningen in de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening omvatten. De overheid dient de inhoud van het pakket van de basisverzekering bij wet vast te stellen.

Voorzieningen die niet onder het basispakket zullen vallen - de overige 15% - kunnen op de vrije markt geheel, gedeeltematig of niet verzekerd worden. Een voorziening die niet onder het basispakket zal komen te vallen is de extramurale fysiotherapie, althans volgens de voorstellen van de commissie Dekker. Een eerste stap op deze weg is reeds gezet in de nota 'Eerstelijnsgezondheidszorg' uit 1983, waarin de beroepsgroep fysiotherapie niet als kerndiscipline wordt aangemerkt.¹⁷⁵

Deze voorstellen zullen voor de beroepsgroep inhouden dat de klok als het ware teruggezet wordt naar de periode vóór 1946, toen fysieke therapie officieel geen deel uitmaakte van het verstrekkingenpakket van de ziekenfondsen.

In het verleden heeft de beroepsgroep getoond een soortgelijke problematiek aan te kunnen.

7.2. Contracten tussen fysiotherapeuten en ziekenfondsen

De kosten van de gezondheidszorg - en in het bijzonder de kosten voor fysiotherapeutische hulp - zijn sterk toegenomen. Dit heeft de onderhandelingen tussen ziekenfondsen en fysiotherapeuten in de jaren zeventig, en in nog sterkere mate in de jaren tachtig, onder grote druk gezet.

Twee onderwerpen hebben in dit verband centraal gestaan:

- het afsluiten van nieuwe contracten tussen ziekenfondsen en fysiotherapeuten
- de onderhandelingen over het norminkomen en de tarieven voor fysiotherapeutische hulp

In het huidige stelsel zijn de ziekenfondsen verplicht om met iedere gekwalificeerde hulpverlener of instelling een overeenkomst aan te gaan. Uit het voorgaande is gebleken dat de ziekenfondsen van deze verplichting zijn ontheven wanneer de norm van 1:3000 (= één fysiotherapeut op 3000 inwoners) in een gebied wordt overschreden (vergelijk hoofdstuk 4 van dit deel). Deze norm is zodanig gekozen dat in het midden van de jaren tachtig nagenoeg alle ziekenfondsen zijn ontheven van de verplichting om nieuwe contracten met fysiotherapeuten af te sluiten (als het om uitbreiding van de status quo gaat).

De voorstellen van de commissie Dekker zijn erop gericht om de contracteverplichting van de ziektekostenverzekeraars voor alle gekwalificeerde hulpverleners op te heffen en in plaats daarvan het marktmechanisme in de gezondheidszorg te introduceren. Daartoe wil men onderlinge concurrentie tussen de zorgverleners (onder andere fysiotherapeuten) en tussen de ziektekostenverzekeraars 'aanwakkeren'. Handhaving van de contracteverplichting zou de invoering van het marktmechanisme ernstig ondermijnen.

De concurrentie tussen de aanbieders van zorg in casu de fysiotherapeuten wil de commissie stimuleren. In tegenstelling met de huidige situatie zal aan de 'gegarandeerde bekostiging' van de verleende hulp een einde komen. Bij het afsluiten van overeenkomsten met verzekeraars zullen de hulpverleners in een concurrentiepositie ten opzichte van elkaar komen te staan. In deze concurrentiestrijd zullen zij die kwalitatief goede zorg

leveren tegen een redelijke prijs, in aanmerking komen voor een contract met de ziektekostenverzekeraars, volgens de commissie.

Concurrentie dient ook gestimuleerd te worden tussen de ziektekostenverzekeraars onderling. Een nieuwe manier van premieheffing kan daartoe aanknopingspunten bieden. De premieheffing voor de ziektekostenverzekering dient in de ogen van de commissie een combinatie te zijn van een premie naar draagkracht plus een nominaal deel. De omvang van het nominale deel moet zodanig zijn dat concurrentie tussen ziektekostenverzekeraars zal leiden tot verlaging van de nominale premie. De verzekeraars zullen als het ware moeten dingen om de gunsten van de cliënten.

Concurrentie tussen verzekeraars is mogelijk door het aanbieden van een goede kwaliteit van zorg tegen een aantrekkelijke premie. Om dit te kunnen aanbieden zullen de verzekeraars gespitst moeten zijn op het afsluiten van 'doelmatige' contracten met zorgverleners, aldus de commissie Dekker.

De onderlinge concurrentie, tussen zowel de ziektekostenverzekeraars als de zorgverleners, zal, volgens de verwachtingen van de commissie Dekker, op den duur tot vermindering van de kosten leiden. Het is een effectief middel om de voortgaande spiraal van kostenstijging en premieverhoging te doorbreken. "Degene die de zorg levert of het verzekeringspakket aanbiedt, moet belang hebben bij de kwaliteit van z'n produkt op straffe van verlies van z'n positie".

Wanneer de voorstellen van de commissie Dekker worden doorgevoerd zal de beroepsgroep fysiotherapie opnieuw met de ziektekostenverzekeraars moeten onderhandelen over de omvang en de prijs van de verstrekking fysiotherapie. Daarbij zal het wegvallen van de 'gegarandeerde' 70% ziekenfondsverzekerden een ongewisse situatie vormen. Het is de vraag welk deel van de Nederlandse bevolking zich vrijwillig zal verzekeren tegen de kosten van fysiotherapie, wanneer deze verstrekking niet meer in het basispakket zal zijn opgenomen. De commissie gaat ervan uit dat nagenoeg iedereen zich aanvullend zal verzekeren; het valt echter te betwijfelen of deze gedachtengang juist is. In deze onderhandelingen krijgen de spelers een andere posi-

tie, maar het spel om de knikkers zal onverminderd doorgaan. Of de gewijzigde positie ten gunste van de beroepsgroep uitvalt, zal de toekomst uitwijzen.

7.3. Toekomstige kwaliteit van de hulpverlening

In de voorstellen van de commissie Dekker wordt ook de kwaliteit van zorg aan de orde gesteld. Het betreft voorstellen over de verdeling van de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit tussen 'het veld' en de overheid. De commissie is van oordeel dat de kwaliteit van zorg "eerst en vooral door aanbieders van zorg naar beroepsnormen dient te worden bewaakt." De rol van de overheid zal - vooralsnog - beperkt dienen te blijven tot het stimuleren en ondersteunen van activiteiten op dit gebied. Daar waar het marktmechanisme onvoldoende kwaliteitsbevorderend werkt, zal de overheid de verantwoordelijkheid op zich moeten nemen.

Bij de voorstellen tot verandering van het stelsel van gezondheidszorg - zoals die zijn gedaan in het wetvoorstel BIG en door de commissie Dekker - kan de kwaliteit van de zorg in het gedrang komen. Introductie van het marktmechanisme, waarbij de concurrentie tussen aanbieders van zorg en verzekeraars wordt aangemoedigd, kan leiden tot 'de minste zorg tegen de laagste prijs'.

In de omschrijving van het begrip kwaliteit door de commissie Dekker, nemen financieel-economische aspecten een belangrijke plaats in. Het begrip kwaliteit wordt omschreven als "het door aanbieders (instellingen, zorgverleners) op zinvolle, doelmatige en inhoudelijk verantwoorde wijze omgaan met de ter beschikking staande middelen." De kwaliteit van zorg dient in het nieuwe stelsel gehandhaafd en waar mogelijk verhoogd te worden. Uitgaande van de financiële omstandigheden is verhoging van de kwaliteit alleen mogelijk als "ongewenste, onnodige, ondoelmatige of onvoldoende op patiënt toegesneden zorg wordt vermeden".¹⁷⁶

Kwaliteit kan op een aantal onderdelen van de zorg betrekking hebben. In dit verband zullen we vooral aandacht besteden aan de kwaliteit van het medisch handelen.

De commissie meent dat op dit gebied een wettelijke regeling geboden is. Een kwaliteitswet zou de voorwaarden moeten regelen waaraan de zorg moet voldoen. De commissie stelt voor om het - in het eerste deel van dit boek omschreven - wetsvoorstel BIG een plaats te geven binnen een nieuwe wet op de kwaliteit van de zorg. Integratie van de BIG in de nieuwe wet zou ook op een later tijdstip kunnen plaatsvinden.

Kijken we naar de voorstellen in het wetsontwerp BIG op dit terrein, dan moeten we constateren dat deze voorstellen evenmin duidelijke garanties bieden.

In het voorgestelde stelsel van titelbescherming mag een ieder zich met medische - en paramedische - handelingen bezig houden (met uitzondering van de voorbehouden handelingen), mits zij/hij zich niet met een wettelijke beschermde titel tooit. Deze regeling bergt een aantal bezwaren in zich met betrekking tot de kwaliteit van de zorg.

Voert men een stelsel door dat een ieder (met enig voorbehoud) de vrijheid laat om medische handelingen te verrichten, dan bestaat de mogelijkheid dat een - groot - aantal 'niet titelgerechtigde hulpverleners' deze hulp gaat aanbieden. Op paramedisch in casu fysiotherapeutisch gebied zal dit gevaar zich in sterkere mate kunnen manifesteren omdat:

- de werkzaamheden van paramedici deels uit 'aanverwante handelingen' bestaan waarop het systeem van titelbescherming niet van toepassing is
- voor het uitvoeren van paramedische werkzaamheden over het algemeen minder investering aan kennis en financiële middelen nodig is

Men denke bijvoorbeeld aan het beroep sportmasseur; in het wetsvoorstel BIG zijn noch deze titel noch deze beroeps werkzaamheden wettelijk beschermd.

Wanneer we tevens bedenken dat het aantal werkloze fysiotherapeuten in de jaren tachtig sterk is toegenomen en dat pogingen in het werk gesteld zijn om uitbreiding van het aantal werkzame fysiotherapeuten tegen te gaan door de ontheffingsmaatregel voor ziekenfondsen af te kondigen, dan zal deze 'vrijheid' mogelijk wel de door de commissie gewenste concurrentie tussen fysiotherapeuten in de hand werken. Het blijft vooralsnog een open vraag of deze ontwikkelingen eveneens een positieve uit-

werking op de kwaliteit zullen hebben.

De omlijning van het deskundigheidsterrein, die in de plaats komt van de bescherming van het beroepsterrein, is hier (naast titelbescherming) van doorslaggevend belang. Deze omlijning moet duidelijkheid verschaffen over de vraag of een hulpverlener al dan niet deskundig mag worden geacht op een bepaald terrein. Weet men welke titels wettelijk beschermd zijn en kent men de omlijning van het deskundigheidsgebied dan kan men in principe de 'deskundige' herkennen.

Bij beide aspecten moeten echter vraagtekens geplaatst worden. Het is zeer de vraag of het publiek weet welke titels wettelijk beschermd gaan worden in het wetsontwerp BIG, om nog maar te zwijgen van beroepen die in het kader van het wetsontwerp BIG een soort 'kwaliteitsgarantie' krijgen in de vorm van een wettelijk geregelde opleiding. Het is al evenmin waarschijnlijk te achten dat het publiek voldoende kennis heeft van de omlijning van het deskundigheidsgebied van de betreffende beroepsbeoefenaren.

De garanties die de commissie Dekker wil invoeren op het gebied van kwalitatief goede hulpverlening bij het afsluiten van contracten tussen hulpverleners en ziektekostenverzekeraars zijn zo mogelijk nog problematischer. De voorgestelde kwaliteitswet zal volgens de commissie gekoppeld moeten worden aan de voorgestelde verzekeringwet. Daarin opgenomen zal moeten worden dat verzekeraars geen contracten zullen mogen afsluiten met instellingen of hulpverleners "waarvan de verzekeraar weet of behoort te weten dat zij niet aan de normen voldoen".

Deze ondoorzichtige kwestie wordt er niet duidelijker op wanneer we de voorstellen van de commissie Dekker ten aanzien van de substitutie van zorg erbij betrekken.

De commissie beoogt een stelsel van zorg "waarin aanbod op maat kan worden geleverd." Nodig is daartoe een krachtig substitutiebeleid. Substitutie is in de ogen van de commissie niet alleen het verschuiven van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg, maar ook "het kiezen voor een veelzijdig aanbod in doelmatige vorm en op maat." Een dergelijk substitutiebeleid kan een bijdrage leveren aan de oplossing van zowel de zorginhoudelijke als de financiële problematiek.

Het onderscheid tussen wel en niet deskundige hulpverleners wordt door deze - door de commissie gewenste - verschuiving van zorg nog moeilijker. Zorg die bijvoorbeeld gewoonlijk in het ziekenhuis wordt gegeven, zal in sommige gevallen verschoven worden naar thuiszorg. De vraag welke hulpverlener in zo'n geval als 'deskundig' moet worden aangemerkt zal nadere beantwoording behoeven.

De voorstellen in het wetsontwerp BIG en van de commissie Dekker vormen een eerste stap op de weg naar een nieuwe structuur van de gezondheidszorg. De consequenties die deze voorstellen kunnen hebben voor de beroepen in de individuele gezondheidszorg zijn in dit hoofdstuk in grote lijnen aangeduid. Met deze blik op de toekomstige gezondheidszorgstructuur besluiten we dit boek.

De inzichten in de maatschappelijke achtergronden van de hedendaagse gezondheidszorg hebben een geschiedenis, zelfs een langere dan in dit boek besproken kon worden.

Noten deel I

1. Klinkert, J.J., Verloskundigen en artsen; verleden en heden van enkele professionele beroepen in de gezondheidszorg. Stafleu, Alphen aan de Rijn/Brussel, 1980
2. Instructie voor de vroedvrouwen in het Koninkrijk der Nederlanden
3. Festen, H., 125 Jaar Geneeskunst en Maatschappij; Ter gelegenheid van het 125-jarig bestaan der Maatschappij. KNMG, Utrecht, 1974, pag. 39
4. Klinkert, J.J., Verloskundigen en artsen, pag. 32
5. Klinkert, J.J., Verloskundigen en artsen, pag. 35
6. Wet betreffende de gecombineerde uitoefening van eenige takken der geneeskunst. Staatsblad 10, maart 1838
7. Heemstra, S. van, De Ontwerpen der Geneeskundige Wetten; Ter aanbieding aan de Tweede kamer. Utrecht, 1862
8. Ali Cohen, L., Statistisch Geneeskundig Jaarboek. Jaargangen 1847-1853. In: J.J. Klinkert, Verloskundigen en artsen, pag. 43
9. Cannegieter, D., Honderdvijftig jaar Gezondheidswet. Van Gorcum, Assen, 1954
10. Delprat, C.C., Gedenkboek van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. NMG, Utrecht, 1924, pag. 29-31
11. Cannegieter, D., Honderdvijftig jaar Gezondheidswet, pag. 50
12. Idem, pag. 54
13. Idem, pag. 55
14. Cannegieter, D., Honderdvijftig jaar Gezondheidswet, pag. 53
15. Delprat, C.C., Gedenkboek van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, pag. 40

Noten deel I

16. Festen, H., 125 jaar Geneeskunst en Maatschappij, pag. 130
17. Suerman, B.F., De Geneeskundige Wetsontwerpen. Utrecht, 1857
18. Festen, H., 125 jaar Geneeskunst en Maatschappij, pag. 132
19. Cannegieter, D., Honderdvijftig jaar Gezondheidswet, pag. 75
20. Festen, H., 125 jaar Geneeskunst en Maatschappij, pag. 139
21. Een opleiding in de praktijk blijft tot de mogelijkheden behoren en wordt pas veel later opgeheven.
De 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 bevoegdheden van tandartsen en vroedvrouwen geregeld.
22. Muntendam, P., Het monopolie van de arts. In: Medisch Contact 33, 1978, pag. 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 gestraft met een geldboete van ten hoogste duizend gulden.
Hij die, toegelaten tot de uitoefening van een beroep waartoe de wet ene toelating vordert, buiten noodzaak in de uitoefening van dat beroep de grenzen zijner bevoegdheid overschrijdt, wordt gestraft met een geldboete van ten hoogste vijfhonderd gulden.
24. Festen, H., 125 Jaar Geneeskunst en Maatschappij, pag. 144
25. Festen, H., Honderd jaar wetten betreffende de uitoefening der geneeskunst. In: Medisch Contact, 1965, pag. 428
26. Delprat, C.C., Gedenkboek van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, 1924
27. Wet van 4 augustus 1938. Staatsblad 801
28. Hoge Raad 24 mei 1886, W. 5304. Zie ook arresten 28 december 1869, W. 3178 en 20 november 1911, W. 9240 C.V

Noten deel I

29. Hoge Raad 24 juni 1912, W. 9359, C.V
30. 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
31. Hoge Raad 15 november 1937, N.J. 1938, 346
32. Hoge Raad 3 april 1951 A.B. 1951, 701, N.J. 1951, 463
33. 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.
34. Advies van de Centrale Gezondheidsraad (de latere Centrale Raad voor de Volksgezondheid). 23 december 1916
35. 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.
36. Rapport van de staatscommissie Pikelharing benoemd bij K.B. 31 juli 1917, pag. 35
37. Rapport van de staatscommissie Van Houten benoemd bij K.B., 31 juli 1917. In deze staatscommissie hebben de eerder genoemde drie H's zitting; Mr. S. van Houten in de functie van voorzitter.
38. 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:
vergiften en bedwelmende middelen voor te schrijven, de verloskunde uit te oefenen, inentingen te doen, heelkundige operatiën te verrichten, syphilis, gonorrhoeë of zachten sjanker te behandelen.
39. Kortenhoeven, D., Interview met Prof.Dr. P. Muntendam. In: De eerste lijn, april 1982
40. Juffermans, P., Staat en gezondheidszorg in Nederland. Sun, Nijmegen, 1982
41. De Nederlandse Werkgroep voor Paranormale Genezers is in 1948 opgericht en heeft later een naamsverandering ondergaan; de groep heet nu Nederlandse Werkgroep voor Praktiserende Genezers.
42. Als aan de arts voorbehouden gebieden noemt de Federatie: verloskunde, chirurgie, vaccinatie en het behandelen van bepaalde ziekten onder toezicht van de arts alsmede het

Noten deel I

voorschrijven van alleen op recept verkrijgbare medicijnen.

43. Hoge Raad, arrest 17 april 1951, N.J. 464
44. De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid brengt in een brief verslag uit aan de Voorzitter van de Tweede Kamer. 19 juli 1961
45. 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.
46. Deze voorbehouden gebieden zijn: tandheelkunst, verloskunst, chirurgische ingrepen, injecties of puncties, gevoelloos makende middelen, hypnose, sera of vaccins, ioniserende stralen, behandeling van besmettelijke ziekten en handelingen die bij Algemene Maatregel van Bestuur worden uitgezonderd, indien dit in het belang van de volksgezondheid is.
47. De artikelen 18a, 18b en 19 in de proeve van wetswijziging geven aan wat onder strafbare onbevoegde uitoefening van de geneeskunst dient te worden verstaan.
48. De NMG mag sinds het 100-jarig bestaan in maart 1949 het predicaat Koninklijk voeren; de NMG wordt voortaan KNMG genoemd.
49. Installatierede uitgesproken door Dr. A.J.H. Bartels, staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid op 9 december 1965
50. De commissie Peters is ingesteld bij beschikking van de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid van 11 augustus 1965 no. 404172, Staatscourant 157, 1965
51. Naast de voorzitter Mr. J. Peters, 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.

52. Beschikking van de staatssecretaris van 11 augustus 1965
53. Installatierede van de staatssecretaris van 11 augustus 1965
54. a. Haas, J.G., Het probleem van de onbevoegde genezers.
In: Tijdschrift voor Parapsychologie 5 en 6, 1960
- b. Vall, M. van de, 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 12, no. 1
55. 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 54^b).
56. Handelingen die volgens de commissie 'merkelijk 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 evengenoemde wet
 2. een verloskundige handeling verricht
 3. een handeling verricht waartoe de tandarts ingevolge de Wet van 24 juni 1876, bevoegd is
 4. een heelkundige ingreep verricht
 5. een injectie geeft of een punctie verricht
 6. enig gevoelloosheid 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 aange-
wezen handeling verricht
57. Rapport van de Staatscommissie medische Beroepsuit-
oefening. Verslagen en Rapporten van het Ministerie van

Noten deel I

Volksgezondheid en Milieuhygiëne, nr. 15, 1973

58. 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 punctie
 5. het aanwenden van enig gevoelloosmakend middel
59. Registratie is verplicht gesteld in de Gezondheidswet.
60. Wijziging van de Medische Tuchtwet, Staatsblad 394, 15 juni 1972
61. Wet van den 2den Mei 1921, tot wettelijke bescherming van het diploma voor ziekenverpleging. Staatsblad 702, Memorie van Toelichting.
62. 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.
63. Wet van 13 juni 1963 houdende wettelijke voorschriften inzake ziekenverzorger en ziekenverzorgsters. Staatsblad 289
64. 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
65. Wetswijziging van 4 augustus 1938, Staatsblad 801.
66. Basisbesluit voor de Paramedische Bedrijven, 6 mei 1942, Staatscourant 87, 6 mei 1942
67. Eerste Uitvoeringsbesluit, Staatscourant 148, 31 augustus 1942
68. Beschikking van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Staatscourant 223, 12 november 1958
69. Mijn, W.B. van der, Wetgeving en medische beroepsuitoefening, pre-advies uitgebracht voor de Algemene Vergadering van de Vereniging voor Gezondheidsrecht, april 1971
70. Wetsontwerp op de Paramedische Beroepen 1959, Zittingsjaar 1959, Kamerstukken 5590, Memorie van Toelichting, pag. 7

71. 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, heilgymnast-masseurs, radiologisch laboranten, orthoptisten en orthopaedische instrumentmakers. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1959, Kamerstukken 5590, Memorie van Toelichting, pag. 7 en 8
72. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1959-1960, Kamerstukken 5590, Voorlopig Verslag, pag. 3 en 4
73. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1962-1963, Kamerstukken 5590, 13 november 1962, Van Gelder (CHU) pag. 3147
74. Artikel 1 van de Wet op de Paramedische Beroepen.
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".
75. Aan een drietal problemen is reeds afzonderlijk aandacht besteed, te weten:
 - de regeling van de specialismen
 - de toelating van houders van buitenlandse diploma's
 - 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 I hoofdstuk 2.3).
76. De Centrale Raad heeft een overeenkomstig advies uitgebracht. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1961-1962 Kamerstukken 5590. Memorie van Antwoord 2 mei 1962, pag. 2
77. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1959, Ka-

Noten deel I

- merstukken 5590, Memorie van Toelichting pag. 9
78. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1959-1960, Kamerstukken 5590, Voorlopig Verslag pag. 3
 79. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1961-1962, Kamerstukken 5590, Nota van wijziging, 2 mei 1962
 80. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1961-1962, Kamerstukken 5590, Memorie van Antwoord 2, mei 1962, pag. 4
 81. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1962-1963, Kamerstukken 5590, 13 november 1963, minister Veldkamp pag. 3179
 82. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1962-1963, Kamerstukken 5590, 13 november 1962, Geertsema (VVD) pag. 3166
 83. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1962-1963, Kamerstukken 5590, 13 november 1962, Van Gelder (CHU) pag. 3147
 84. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1961-1962, Kamerstukken 5590, Memorie van Antwoord, 2 mei 1962, pag. 6
 85. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1959-1960, Kamerstukken 5590, Voorlopig Verslag pag. 2
 86. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1961-1962, Kamerstukken 5590, Memorie van Antwoord, 2 mei 1962, pag. 6
 87. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1962-1963, Kamerstukken 5590, 13 november 1962, minister Veldkamp pag. 3181
 88. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1962-1963, Kamerstukken 5590, 13 november 1962, De Vreeze (KVP) pag. 3170
 89. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1959, Kamerstukken 5590, Memorie van Toelichting pag. 10
 90. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1962-1963, Kamerstukken 5590, 13 november 1962, De Vreeze (KVP) pag. 3167
 91. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1962-1963, Kamerstukken 5590, 13 november 1962, Veerman (ARP)

Noten deel I

- pag. 3171 en 3172
92. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1962-1963, Kamerstukken 5590, 13 november 1962, Minister Veldkamp pag. 3178
 93. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1959, Kamerstukken 5590, Memorie van Toelichting p.10
 94. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1961-1962, Kamerstukken 5590, Memorie van Antwoord, 2 mei 1962 pag. 4
 95. Geleidelijkheid wordt door de minister benadrukt. Beoefening van bepaalde werkzaamheden zal eerst dan binnen de sfeer van de wet vallen indien daarvoor een Algemene Maatregel van Bestuur is afgekondigd.
 96. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1961-1962, Kamerstukken 5590, Memorie van Antwoord, 2 mei 1962 pag. 8
 97. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1959-1960, Kamerstukken 5590, Voorlopig Verslag pag. 6
 98. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1961-1962, Kamerstukken 5590, Memorie van Antwoord 2, mei 1962 pag. 8
 99. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1962-1963, Kamerstukken 5590, 13 november 1962, Minister Veldkamp pag. 3179
 100. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1962-1963, Kamerstukken 5590, 13 november 1962, Van Gelder (CHU) pag. 3174
 101. Zo'n dubbele regeling ligt voor de beroepsgroep heilgymnastiek-massage niet zo voor de hand omdat handelskennis en kredietwaardigheid - belangrijke aspecten bij de vestigingswet - hier niet zo relevant zijn.
 102. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1961-1962, Kamerstukken 5590, Memorie van Antwoord, 2 mei 1962 pag. 7
 103. Zie noot 71 van dit eerste deel.
 104. Voor het beroep ziekenverpleger/ster geldt al sinds 1921 een afzonderlijke wettelijke regeling (zie noot 62 van dit eerste deel)

Noten deel I

105. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1962-1963, Kamerstukken 5590, 13 november 1962, De Vreeze (KVP) pag. 3169
106. Handelingen der Staten-Generaal I, zittingsjaar 1962-1963, Kamerstukken 5590, 19 maart 1963, De Vos van Steenwijk (VVD) pag. 3265
107. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1961-1962, Kamerstukken 5590, Memorie van Antwoord, 2 mei 1962 pag. 3
108. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1961-1962, Kamerstukken 5590, Memorie van Antwoord, 2 mei 1962 pag. 3. Als voorbeeld haalt de minister de fysiotherapie aan waar in zogenaamde instituten met hoogtezoon en andere apparaten gewerkt wordt en waar fysicotherapeutische methoden worden toegepast zonder voldoende deskundige medewerking c.q. leiding. Ook op het gebied van het versterkken van kunstledematen en op het gebied van de voetverzorging treedt beunhazerij op, terwijl voor heilgymnast-masseurs de verhouding tot de arts geregeld dient te worden.
109. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1962-1963, Kamerstukken 5590, 13 november 1962, Suurhoff (PvdA) pag. 3173
110. Handelingen der Staten-Generaal I, zittingsjaar 1962-1963, Querido (PvdA), Kamerstukken 5590, 19 maart 1963, pag. 3264
111. De KNMG bezit al sedert 1903 een interne tuchtrechtspraak 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 functioneert het interne tucht recht naast een wettelijk geregeld tucht recht.
112. Er is ten tijde van de behandeling van de Wet op de Paramedische Beroepen een commissie die als taak heeft het Medisch Tucht recht te herzien. Deze commissie reageert afwijzend op de haar voorgelegde vraag of een tucht recht-regeling voor de paramedische beroepen ingepast zou moeten worden in het medisch tucht recht. Daarop neemt de mi-

- nister een voorstel tot invoering van een paramedisch tuchtrecht in het wetsvoorstel voor de paramedische beroepen op.
113. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1962-1963, Kamerstukken 5590, 13 november 1962, De Vreeze (KVP) pag. 3169
 114. Deze problematiek is nader uitgewerkt in het rapport van commissie De Vreeze en in het wetsontwerp BIG (hoofdstuk 2.5. van dit eerste deel).
 115. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1962-1963, Kamerstukken 5590, 13 november 1962, Suurhoff (PvdA) pag. 3172-3173
 116. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1962-1963, Kamerstukken 5590, 13 november 1962, Suurhoff (PvdA) pag. 3180
 117. Handelingen der Staten-Generaal I, zittingsjaar 1962-1963, Kamerstukken 5590, 19 maart 1963, Querido (PvdA) pag. 3263-3264
 118. Het Tweede Kamerlid Van Gelder (CHU) overweegt zelfs een amendement in te dienen over dit onderwerp; hij laat het (vooralsnog) bij een voorstel. Handelingen der Staten-Generaal II, zittingsjaar 1962-1963, Kamerstukken 5590, 13 november 1962 Van Gelder (CHU).
 119. De paramedische beroepen die direct na de totstandkoming van de Wet op de Paramedisch Beroepen voor een wettelijke regeling in aanmerking wensen te komen zijn: heilgymnastiek-massage, oefentherapie Mensendieck, logopedie, arbeidstherapie, medisch analist, röntgenlaborant, diëtist, orthopaedisch instrumentmaker, orthoptist.
 120. Advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid uitgebracht in november 1963, Verslagen en Mededelingen betreffende de Volksgezondheid nr.5, 1964 pag. 631
 121. Beschikking van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid van 12 november 1958, nr.15791, Staatscourant 223, 1958
 122. De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Veldkamp in een brief aan de voorzitter van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, 13 mei 1963

Noten deel I

123. Advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid uitgebracht in november 1963, Verslagen en mededelingen betreffende de Volksgezondheid nr. 5
124. Advies van de Centrale Raad 1963, pag. 637
125. Advies van de Centrale Raad 1963, pag. 638
126. Besluit Inrichtingseisen Fysiotherapie, Staatsblad 287, 27 april 1970. Dit Besluit wordt gewijzigd op 6 maart 1973 (Staatsblad 145)
127. Fysiotherapeutenbesluit Staatsblad 540, 6 november 1973. Dit Besluit wordt gewijzigd op 7 juli 1975 (Staatsblad 431)
128. Genoemd naar de voorzitter van de commissie, Mr.Dr. A.A. van Rhijn, oud-staatssecretaris van Sociale Zaken en oudlid van de Raad van State.
129. Fysiotherapeutenbesluit Staatsblad 431, 1 juli 1977. Voortaan is de wet op het voortgezet onderwijs (Staatsblad 1963, 40) van toepassing op het onderwijs aan fysiotherapeuten.

Noten deel II

1. Kugel, J., Geschiedenis van de gymnastiek. De Vriezeborch, Haarlem, 1972
Duif, A., Het geboeide lichaam bevrijd. z.p., z.j. Gepubliceerd ter gelegenheid van het 75-jarig bestaan van het Genootschap in 1964
Haneveld, G.T., Geschiedenis van de fysiotherapie, Lochum, 1979
2. Noppen, M. van, Van vriendenkring tot collectieve macht. Geschiedenis van de Vereniging van Heilgymnasten in de periode van 1889 tot 1945. Doctoraalscriptie geschiedenis, Utrecht, 1988
3. Leerboek der Heilgymnastiek en Massage. Nederlands Genootschap voor Heilgymnastiek en Massage 1946, pag. 11
4. Koninklijk Besluit van 9 februari 1890 no. 27 Staatsblad no. 88
5. Artikel 2 van de statuten van het Genootschap ter beoefening van de Heilgymnastiek in Nederland
6. Maandschrift gewijd aan de Heilgymnastiek 1891, pag. 22-22
7. Maandschrift gewijd aan de Heilgymnastiek 1891, pag. 2 e.v.
8. Maandschrift 1891 pag. 19
9. De commissie is benoemd op de Algemene Vergadering van 31 augustus 1890 en bestaat uit de volgende werkende leden: C.A. Bader, S.H. Stokvis, Joh. Tuinenburg.
10. Maandschrift 1891 pag. 4
11. Maandschrift 1891 pag. 61 e.v.
12. Maandschrift 1891 pag. 105 e.v.
13. Het arrest van de Hoge Raad wordt op 28 November 1892 uitgesproken.
14. Het proces Soeter Maandschrift 1892 pag. 107 e.v.

Noten deel II

15. In de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst van 1 juni 1865 (Staatsblad 1865 no. 60) is in artikel 1 bepaald dat: Uitoefening der geneeskunst, waaronder de wet het verleen 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.
16. De Wet op de Uitoefening der Geneeskunst artikel 3 bepaalt:
Alleen een geneeskundige mag binnen de grenzen zijner bevoegdheid in het openbaar aankondigen dat hij de geneeskunst uitoefent, of een titel voeren, die hem aan het publiek als geneeskundige aanwijst.
17. Advertenties verschenen onder meer in de Provincialer Groninger Courant op: 25 mei 1891, 4 februari 1892 en 28 april 1892
Inhoud van de advertentie 4 februari 1892:
Massage (Methode Dr. Mezger), behandeling onder geneeskundig toezicht van ruggegraatsverkrommingen, reumatiek, gewrichts- en zenuwlijden.
Talrijke genezingen. H. Soeter, Nieuwe Wet.
Spreekuren dagelijks om 10 uur en 1 uur.
H. Soeter, Heilgymnast en masseur, is dagelijks te spreken zoowel voor H.H. doctoren als patiënten Groningen Nieuwe Weg.
18. Een pikant detail is dat wanneer H. Soeter zich aanmeldt als lid van het Genootschap, hij op de Algemene Vergadering in September 1895 gedebatteerd wordt.
19. Maandschrift 1892 pag. 135 e.v.
20. Maandschrift 1892 pag. 146
21. Maandschrift 1894 pag. 13 e.v., H. Alberts, De massage en hare toepassing voor de beoefenaren der heilgymastiek.
22. Maandschrift 1893 pag. 117, G.H. van Dissel, Over de uitoefening der Massage door Heilgymnasten en het examenprogramma voor de Heilgymnastiek.
23. De commissie benoemd bij besluit van 14 januari 1894 bestaat uit: E. Minkman, C.A. Bader, H. van Kreel, Dr. W. Renssen (adviserend lid).
24. Maandschrift 1894 pag. 97, Bespreking van dit rapport in

de Algemene Vergadering.

25. Maandschrift 1894 pag. 147 e.v.
26. Maandschrift 1895 pag. 223
27. Maandschrift 1897 pag. 71 e.v.
28. Maandschrift 1897 pag. 73
29. Maandschrift 1897 pag. 74
30. De examencommissie bestaat uit: Dr. W. Renssen, Dr. H. Timmer, dr. L.B. Ranneft, plus twee plaatsvervangende leden.
De verdediging is opgenomen in Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1897 no. 18 en in het Maandschrift 1897 pag. 75
31. Bij de 18 geëxamineerden in 1895 en 1896 deden slechts drie kandidaten het examen als toelating voor het Genootschap. Van deze drie werd er nog één afgewezen. Alle anderen waren reeds lid en behoeften het examen dus niet te doen.
32. Maandschrift 1897 pag. 79
33. Maandschrift 1897 pag. 102 e.v., Dr. A.C.P. Paré ingezonden stuk in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1897
34. Maandschrift 1897 pag. 107 e.v., Dr. M. Jagerink en Dr. F.H. Schreve, ingezonden stuk Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde 1897
35. Maandschrift 1897 pag. 110 e.v., E. van Dieren (arts) op een vergadering van de Geneeskundige Kring te Amsterdam op 24 mei 1897
36. Goudsmit, J., Anderhalve eeuw dokteren aan de arts. SUA, Amsterdam, 1978
37. Maandschrift 1897 pag. 142
38. Maandschrift 1898 pag. 90 e.v.
Rapport van de commissie, die naar aanleiding van de motie 'Breda' overgenomen door 'Zutphen' een onderzoek heeft in te stellen naar het onderwerp, behandeld in het voorstel van Rotterdam (examina voor heilgymastiek en massage).
Leden van de commissie zijn:
H. Timmer, M. Jagerink, J.M. Baart de la Faille, P.H. van Eden.

Noten deel II

De nieuwe term 'geneeskundige gymnastiek' stamt uit de kring der artsen.

39. Maandschrift 1898 pag. 91

40. Enkele vragen uit de circulaire:

- Zijn in het gebied van Uwe Afdeeling 'heilgymnasten', die zelfstandig (dat wil zeggen zonder toezicht van een medicus) optreden?
- Zijn er personen, die zich als gediplomeerd heilgymnast of masseur (respectievelijk masseuse) bij het publiek door advertentiën, adreskaarten, naamplaten of op eenige andere wijze bekend maken?
- Zijn U gevallen bekend, dat een medicus, in hoofdzaak door zijn naam te leenen, het werk van een heilgymnast dekt?
- Welke zijn de instituten voor geneeskundige gymnastiek en wie staat of staan aan het hoofd?
- Wie zijn de medici, die zich uitsluitend met orthopaëdie en massage bezighouden?

(Bestemd voor kleine plaatsen en het platteland DK):

- Wordt in uw Afdeeling behoefte gevoeld aan assistentie op het gebied der geneeskundige gymnastiek en massage?
Zoo ja, hoe zoudt gij die wenschen?

41. Medici die als speciaal vak uitsluitend geneeskundige gymnastiek en massage uitoefenen zijn:

Amsterdam : Ter Cock van der Broecke, Kern

Arnhem : Adriani, Paré

's-Gravenhage: La Cave (masseur), Enklaar van Guericke, Milo

Rotterdam : Cornelis, van Dissel, Jagerink

Utrecht : Baart de la Faille

42. Maandschrift 1898 pag. 95 en 97

De commissie besluit eens en vooral te breken met het onjuiste en onhollandse woord "Heilgymnastiek". Termen als heilgymnast, heilgymnastiek behoren zijns inziens in het bijzonder door medici te worden verlaten.

43. Maandschrift 1898 pag. 100

44. Maandschrift 1898 pag. 107

45. De commissie bestaande uit vier leden is niet geheel homo-

geen in zijn oordeel. Twee leden, buitengewone leden van het Genootschap, stellen zich wat genuanceerder op; de andere twee doctoren hebben een harder oordeel.

46. Maandschrift 1898 pag. 154
47. Maandschrift 1898 pag. 108
48. Maandschrift 1898 pag. 87
Voorzitter Dr. A.C.P. Paré in de constituerende vergadering van de Nederlandsche Orthopaedische Vereeniging.
49. Maandschrift 1898 pag. 223 e.v.
50. Maandschrift 1904 pag. 170, In: Vox Medicorum 26 mei 1904, getiteld: "De heilgymnastiek voor heilgymnasten" ondertekend met P.
51. De controverse tussen J.M. Baart de la Faille - orthopaed, mede-opsteller van het rapport van de NMG-commissie (1898), directeur van het Utrechtse Zanderinstituut - en H. van Kreel, één der mede-oprichters, bibliothecaris en penningmeester van het Genootschap.
52. Maandschrift 190 pag. 209 e.v.
53. Maandschrift 1905 pag. 7 e.v.
54. Maandschrift 1905 pag. 150 e.v., artikel van H. van Kreel.
55. Maandschrift 1906 pag. 203 e.v.
56. Maandschrift 1907 pag. 103 e.v., artikel van J. van Essen.
57. Maandschrift 1907 pag. 198 e.v., artikel van F.L. Stumpf.
58. Maandschrift 1907 pag. 213
59. Maandschrift 1908 pag. 6 e.v.
60. De commissie beroepsbelangen bestaat uit de volgende leden:
J. van Essen, Mej. M.W.J. Milatz, J.H. Reys.
Vragen uit circulaire:
 1. Is de reden van Uw bedanken gelegen in de organisatie van ons Genootschap?
Zoo ja, kunt U de reden aangeven? (alleen door oud-leden te beantwoorden).
 2. Zijt Ge tegen het examen door het Genootschap ingesteld?
Zoo ja, om welke reden?
 3. Zijt Ge vóór het aanwenden van pogingen ter verkrijging eener wettelijke erkenning van den heilgymnast-masseur?

Noten deel II

4. Moet het Genootschap naar Uwe meening meer naar buiten arbeiden?

Zoo ja, langs welken weg? (op welken wijze).

5. Voldoen U de vergaderingen, zoals deze thans zijn ingericht?

6. Zijn er naar Uwe meening nog andere behoeften waaraan door het Genootschap kan worden tegemoet gekomen?

Maandschrift 1908 pag. 48

61. Maandschrift 1908 pag. 212 en 213

62. De leden die naar aanleiding van de koersverandering af-treden zijn onder andere H. van Kreeel (voorzitter, examinator, bibliothecaris) J. Eijkman, (secretaris)

Maandschrift 1908 pag. 245, Bericht aan de leden.

63. Maandschrift 1910 pag. 304

64. Maandschrift 1910 pag. 10 e.v.

65. Maandschrift 1936 pag. 114, Voordracht door Dr. J.Th. Terburgh "Een wettelijke regeling voor Heilgymnastiek en Massage noodzakelijk!".

66. Maandschrift 1909 pag. 45 e.v.

67. Maandschrift 1910 pag. 300

68. Maandschrift 1910 pag. 45 en 46

69. Maandschrift 1912 pag. 253 e.v.

70. Maandschrift 1913 pag. 164 e.v.

71. Maandschrift 1914 pag. 47

Uitgenodigd zijn:

Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, Vereeniging voor Ongevallen-geneeskunde, Neurologische Vereeniging, Vereeniging van Ziekenhuisdirecteuren, en enige vertegenwoordigers van de medische pers.

72. Maandschrift 1917 pag. 40 e.v.

73. Maandschrift 1921 pag. 29 e.v.

74. Maandschrift 1921 pag. 36 e.v., Voorzitter Van Essen in zijn openingsrede van de Algemene Vergadering.

75. Maandschrift 1921 pag. 158

76. Maandschrift 1921 pag. 57 en 158

77. Maandschrift 1921 pag. 158 e.v., Commissieleden zijn Ch. Bles, A. van der Minne, J. van Assen, P.H. van Eden, H.J. Lycklama à Nijeholt, J.K.A. Wertheim-Salomons.

78. Maandschrift 1921 pag. 160 e.v.
79. Maandschrift 1925 pag. 179
80. Rapport van de commissie der NMG, uitgebracht in april 1927 (meerderheids- en minderheidsrapport) De commissie wordt op 2 januari 1926 ingesteld en bestaat uit de volgende commissieleden (opstellers meerderheidsrapport) Th. Beyerman, C.T. van Valkenburg, J.W.P. Fransen, G.H. van Dissel, M.W. Murk Jansen en D. Snoeck Henkemans (opsteller van het minderheidsrapport).
81. Maandschrift 1928 pag. 126
82. Maandschrift 1929 congres nummer pag. 5
83. Maandschrift 1930 pag. 210 e.v.
84. Maandschrift 1932 pag. 41 e.v.
85. Maandschrift 1936 pag. 116
86. Maandschrift 1934 pag. 193
87. Rapport der Orthopaedische Vereeniging uit 1934.
Dit rapport is voor deze studie ter beschikking gesteld door de huidige secretaris van de Vereeniging.
88. Maandschrift 1934 pag. 190 e.v.
89. Brochure: Een wettelijke regeling voor heilgymnastiek en massage noodzakelijk! Dr. J.Th. Terburgh. Oud-Hoofdinspecteur der Volksgezondheid, april 1936.
90. Vijfenzestig jaren sociale verzekering in Nederland 1901-1966. Uitgave van de Sociale Verzekeringsbank ter gelegenheid van het 65-jarig jubileum.
91. Dit in tegenstelling tot de ziektewet uit 1929 waar het verstrekken van hulp niet is opgedragen aan verzekeringsorganen; deze mogen slechts een controlerende functie uitoefenen.
92. 50 jaren sociale verzekering 1901-1951.
Uitgave van de Rijksverzekeringsbank ter gelegenheid van het 50-jarig jubileum.
93. Maandschrift 1906 pag. 169 e.v.
94. Maandschrift 1908 pag. 118 en 119
95. Maandschrift 1909 pag. 40 e.v.
96. Maandschrift 1909 pag. 195 e.v. Rapport opgesteld door de volgende commissieleden J.A. van den Broecke, W.F.J. Milatz, J.G. Milo.

Noten deel II

97. Maandschrift 1927 pag. 180 e.v.
98. Maandschrift 1900 pag. 43 e.v.
99. Maandschrift 1930 pag. 216 e.v.
100. Maandschrift 1901 pag. 81 e.v.
101. Maandschrift 1905 pag. 7
102. Maandschrift 1912 pag. 235 e.v. Handelingen van het Eerst Nederlandsche Congres voor Heilgymnastiek.
103. Maandschrift 1933 pag. 58 e.v.
Meer dan de helft van de Genootschapsleden heeft wel het diploma heilgymnastiek en massage, maar heeft geen praktijkervarin en geen werk.
104. Maandschrift 1933 pag. 78.
105. Maandschrift 1912 pag. 235 e.v.
106. Maandschrift 1921 pag. 240 e.v. Rapport der commissie to onderzoek van grieven en wenschen betreffende het Genootscha 1921. Leden van de commissie W.P. Nuyten (voorzitter), W Goeting (secretaris), T. van Vliet.
107. Maandschrift 1927 pag. 15 e.v.
108. Maandschrift 1928 pag. 41 Jaarverslag Kring 1.
109. Maandschrift 1933 pag. 124 e.v.
110. Maandschrift 1937 pag. 235 e.v.
111. Maandschrift 1937 pag. 262 e.v.

Noten deel III

1. Beschikking van 25 oktober 1941, Staatscourant, 27 oktober 1941, no.209
2. In een rondschriften van 16 februari, IV Afd. no.1767 van de Commissaris belast met het toezicht op de ziekenfondsorganisaties, aan de algemene ziekenfondsen, wordt toegevoegd dat verplicht verzekerden recht hebben op verstrekking van ademhalingsgymnastiek, als onderdeel van heilgymnastiek
3. Besluit Bezettingsmaatregelen (E 93)
4. Beschikking Heilgymnastiek en Massage Verplicht-Verzekerden, Staatscourant van 4 februari 1948 no.24
5. Rondschriften van 11 juli 1950, Med. Afd. no.7825. Voorchriften en richtlijnen voor de beoordeling van aanvragen voor heilgymnastiek, massage en fysische therapie
6. Koninklijk Besluit van 21 december 1951, Staatsblad 600
7. Rapport Commissie Fysische Therapie, ingesteld door de Ziekenfondsraad in 1953, uitgebracht in 1960
8. Het toepassen van mechanische en fysische behandelingsmethoden moet volgens de commissie fysische therapie de volgende inhoud krijgen:
heilgymnastiek, massage, gymnastiek volgens Mensendieck en volgens Bewegingsleer César, ademhalingsgymnastiek, oefen-therapie voor prothesepatiënten, behandeling met syncardontoeistel en met toestellen, wier werking op hetzelfde principe berust, medicamenteuse volbaden, oefenbaden en andere hydrotherapeutische behandelingsmethoden, volgens nadere door de Ziekenfondsraad te stellen regelen, paraffinebehandeling, fangobehandeling, modderbehandeling, behandeling met lokale warmte door lichtboog, behandeling met lichtkast, schouderstoof en kniestoof, rontoforese,

Noten deel III

diathermie-, korte golf- en ultra-korte-golfbehandeling, faradisatie, galvanisatie en behandeling met aanzwelstroom, finsenbestraling, ultra-violet-bestraling, spraaklessen, lessen in liplezen, behandeling met ultra-sonore golven (naar het oordeel van een minderheid der commissie).

9. Oefentherapie voor prothesepatiënten wordt uitsluitend verleend in een ziekenhuis of inrichting. Lichttherapie, ultrageluidtherapie en thermotherapie worden, indien een inrichting of ziekenhuis voor de desbetreffende behandeling niet beschikbaar is, mede verleend ten huize van de hulpverlener, dan wel ten huize van de patiënt (op voorschrift van de arts).
10. L. Rondel, 75 jaar examens voor heilgymnastiek en massage, Tijdschrift voor Heilgymnastiek, Massage en Physiotherapie, 1965
11. Brief van de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid R.J.H. Kruisinga aan de Ziekenfondsraad, 26 juli 1968
12. Advies van de Ziekenfondsraad inzake wijziging van de Beschikking Fysiotherapie en Logopedie Ziekenfondsverzekering 1973, no.32
13. Een wettelijke regeling van de ziektekosten, het Ziekenfondsbesluit, wordt in 1941 uitgevoerd. Het toezicht op de ziekenfondsen wordt van staatswege uitgeoefend door de Commissaris belast met het toezicht op de ziekenfondsen. Dit toezicht wordt vervangen door de in 1947 ingestelde Ziekenfondsraad.
14. Jaarverslag van de Commissaris belast met het toezicht op de ziekenfondsen, 1944/1945.
15. Het gemiddelde tarief voor diathermie is f 0,68 (per maandkaart f 4,-) en voor hoogtezoon f 0,55 (per maandkaart f 4,30). De wijze en de hoogte van honorering aan inrichtingen voor fysieke therapie vertoont onderling grote verschillen.
Jaarverslag van de Commissaris belast met het toezicht op de ziekenfondsen, 1943.
16. Jaarverslag van de Commissaris belast met het toezicht op

de ziekenfondsen, 1948, pag. 81 e.v.

17. Vóór de Tweede Wereldoorlog bestaat er een aantal overkoepelende ziekenfondsorganisaties. De vier belangrijkste zijn:

- de Federatie Verenigde Maatschappij Ziekenfondsen (VMZ), dit zijn de voormalige ziekenfondsen van de NMG
- de Centrale Bond van (Onderling beheerde) Ziekenfondsen eerst CBZ, later CBOZ, dit zijn uit de arbeiders- en vakbeweging voortgekomen, onderling beheerde ziekenfondsen
- de Bond van RK Ziekenfondsen in Nederland nauw gelieerd aan de Katholieke Arbeiders Beweging
- de Nederlandse Bond van Ziekenfondsen, dit zijn de zogenaamde directiefondsen

Bron: P. Juffermans (red.) Overheidsbeleid en ziekenfondsen 1945-1977, SUN, Nijmegen, 1977.

Na de Tweede Wereldoorlog vinden de verschillende ziekenfondsorganisaties een overlegstructuur in het Centraal Overleg van Ziekenfondsorganisaties. Dit overleg is later overgegaan in het Gemeenschappelijk Overleg van Ziekenfondsorganisaties. In 1976 besluiten de toenmalige ziekenfondsorganisaties (de Federatie van door Verzekerden en Medewerkers bestuurde Ziekenfondsen, de Nederlandse Unie van Ziekenfondsen, de Organisatie van Algemene Ziekenfondsen en de Stichting Autonome Ziekenfondsen) zich te fuseren tot de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen.

18. Enquête honorering Ziekenfondsen door het accountantskantoor F.N. Doornbosch, uitgebracht aan het Nederlands Genootschap voor Heilgymnastiek, Massage en Physiothechniek op 16 mei 1955.
19. Van de 1070 verzonden vragenlijsten worden er 726 (= 68%) ingevuld teruggestuurd.
20. Rapport betreffende enquête ten behoeve van de onderhandelingen met de Ziekenfondsorganisaties inzake herziening honorariumregeling van het accountantskantoor F.N. Doornbosch, uitgebracht aan de Leden van het Hoofdbestuur en van de Commissie voor Sociale Belangen van het Nederlands Genootschap voor Heilgymnastiek, Massage en Physiothechniek

Noten deel III

op 2 juni 1956.

21. Een aantal van tenminste 100 waarnemingen werd gewenst geacht in verband met de belangrijke type-variantie die mag worden verondersteld als gevolg van:
22. Oorzaak: het niet administratief kunnen vaststellen van de aantallen verrichte behandelingen. In enkele gevallen was geen volledig kasboek/giroboek bijgehouden.
23. De post verwervingskosten bestaat hoofdzakelijk uit vaste kosten, te weten: huur, afschrijving inventaris, gas, water, verlichting en verwarming, schoonhouden, onderhoud, loon assistenten en waarnemers, honorarium boekhouders, sociale lasten, omzetbelasting, telefoon, porti en regels drukwerk, advertenties, afschrijving vervoermiddel, kosten vervoermiddel en reiskosten, boekwerken, abonnementen studieateriaal, contributies, lidmaatschappen, vergaderingen, congresrepresentatie, apotheek, drogist, premie verzekeringen en diversen.
24. Het bestanddeel aan ziekenfondsbehandelingen bedraagt van alle in de enquête opgenomen praktijken gemiddeld 72,2%; het totaal verplicht plus vrijwillig verzekerden bedroeg in 1954 gemiddeld 75,3% van de bevolking (publikatie van het Centraal Bureau voor de Statistiek).
25. De verhouding tussen verwervingskosten in de praktijken met veel en weinig ziekenfondspatiënten is overigens moeilijk vast te stellen, omdat het aantal enquêteformulieren van praktijken met overwegend particuliere patiënten zeer gering is; de praktijken zijn praktisch alle gemengd.
26. Rapport van het accountantskantoor F.N. Doornbosch, betreffende: Calculatie gewenst geachte honoraria. Uitgebracht aan het Nederlands Genootschap voor Heilgymnastiek, Massage en Physiothechniek op 1 november 1956.
27. Bezoldigingsbesluit van 20 maart 1956, regelende de bezoldiging van Burgerlijke Rijksambtenaren, zoals deze werden gewijzigd met ingang van 1 juli 1955
28. Notulen onderhandelingsvergadering 8 juli 1959
29. Hoofdbestuursvergadering van het Nederlands Genootschap voor Heilgymnastiek, Massage en Physiothechniek op 13 april 1957 te Amsterdam.

30. Idem, 2 maart 1957
31. Dit minimum bedroeg na de oorlog f 2,50 en is in 1953 verhoogd tot f 3,-.
Zelfstandig gevestigde heilgymnast-masseurs vallen onder de Wet op de Paramedische Bedrijven uit 1942. In het bedrijfsleven geldt de afspraak geen prijzen te verhogen voordat de Minister van Economische Zaken er zijn goedkeuring aan heeft gegeven. Deze bevoegdheid heeft de Minister op grond van de Hamsterwet uit 1939 en het Prijsvormingsbesluit uit 1941.
32. Hoofdbestuursvergadering van het Nederlands Genootschap voor Heilgymnastiek, Massage en Physiothechniek op 30 maart 1957, reactie van Van Seters.
33. Idem reactie Rondel.
34. Aan de onderhandelingsdelegatie van het Genootschap nemen deel: P.L. Bannenberg, W. van Seters, A. Spruit, E.A. Oranen, L. Rondel, J. Cornelisse, P.W. Blok, N. Klaren en Mühring.
35. Notulen van de Onderhandelingsvergadering van februari 1957.
36. Notulen van de Onderhandelingsvergadering van 15 mei 1957.
37. Het stijgingspercentage voor de kosten van levensonderhoud sedert december 1956 zoals dat geldt voor de reeks B (= inkomens van f 7.000,- - f 12.000,-) bedraagt 8,41%.
38. De stijging over de laatste twee jaar - gebaseerd op de loonindices van het CBS - bedraagt voor deze groep 17,4% (voor de groepen 1 en 3 respectievelijk 14,6% en 16,2%).
39. Notulen van de onderhandelingsvergadering, 31 juli 1963.
40. Nota van het accountantskantoor F.N. Doornbosch te 's-Gravenhage van 10 augustus 1959.
41. Gewijzigde nota van 14 september 1959.
42. De heer J.P. van der Reyden werkte aanvankelijk voor de ziekenfondsen, later is hij een eigen adviesbureau begonnen en werkte hij onder meer in opdracht van het Genootschap. Op 25 juni 1962 wordt rapport uitgebracht over de kostenenquête aan het Hoofdbestuur van het Genootschap.
43. De twee criteria voor representativiteit zijn:
- wijze waarop het beroep wordt uitgeoefend

Noten deel III

- aantal verrichtingen

44. Het in de enquête gevonden gemiddelde kostencijfer (exclusief vervoerskosten en werkzaamheden van onbetaalde krachten) bedraagt f 2.521,- (in de honoreringsovereenkomst voor 1960 is uitgegaan van een bedrag van f 2.431,94). Het kostenbedrag is gebaseerd op een praktijk van gemiddeld 4284 behandelingen per jaar, waarvan ± 70% voor rekening van het ziekenfonds komt.
45. Brief van de Ziekenfondsraad, afdeling secr. no.6551 d.d. 19 september 1962. De commissie suggereert bij kostenberekeningen uit te gaan van 13 praktijken met 3000 tot 4000 behandelingen. De beide onderhandelingspartners achten 17 praktijken met 3050 tot 4350 behandelingen echter een juistere benadering, hetgeen ze derhalve ook als basis voor de berekening van het kostenbedrag voor 1965 hantieren. De berekening van de kosten is weergegeven in een brief d.d. 30 november 1964 aan de voorzitter van de Ziekenfondsraad.
46. Zie ook rapport van de Commissie Fysische Therapie van de Ziekenfondsraad. Artikel 4 van de standaardovereenkomst ziekenfonds-heilgymnast-masseur: De heilgymnast-masseur dient over een praktijkruimte te beschikken die ook naar het oordeel van het ziekenfonds geschikt is voor de uitoefening van het beroep, en die verder aan een aantal gestelde voorwaarden voldoet.
47. Notulen van de onderhandelingsvergadering van 6 november 1961.
48. De limiet is, op verzoek van de ziekenfondsorganisaties, 900 behandelingen per jaar (voor de gehele praktijk van de vrijgevestigde heilgymnast-masseur); wordt deze grens overschreden, dan zal voor alle behandelingen het intarief gelden. Met deze limiet wil men de eis van het incidentele karakter van deze behandelingen en het daaraan inherente tijdverlies benadrukken. Op aandringen van het Genootschap wordt in 1969 ook een minimumgrens van 75 behandelingen gesteld. Beneden deze grens geldt het uit-tarief.
49. Brief van het Nederlands Genootschap voor Heilgymnastiek,

Noten deel III

Massage en Physiothechniek aan de voorzitter van de Onderhandelingscommissie van de ziekenfondsorganisaties, 10 november 1965.

50. Verslag van de onderhandelingsvergadering, 21 november 1967
51. Verslag van de onderhandelingsvergadering, 26 januari 1968
52. De term behandelingsduur slaat op de tijd die nodig is om een patiënt te behandelen; met de term praktijkbezettingsduur wordt zowel de behandeling als de in- en uitgeleide van de patiënt bedoeld.
53. Het tarief voor fysiotherapeutische applicaties is afgeleid van het netto-honorarium voor heilgymnastiek en massage uit 1968. Dit wordt vermeerderd met een toeslag van 6%. Het aldus verkregen netto-honorarium voor applicaties, vermeerderd met de praktijkkosten voor 1968, levert het bruto-honorarium op. Het tarief per behandeling verkrijgt men door het bruto-honorarium te delen door het aantal overeengekomen behandelingen van 5000 per jaar.
Voor het verlenen van fysische therapie in engere zin worden extra praktijkkosten gemaakt.
54. Verslag van de Onderhandelingsvergadering, 5 november 1970
55. Verslag van de Onderhandelingsvergadering, 17 november 1970
56. Een vrijgevestigde fysiotherapeut die over de vereiste apparaten voor de vier groepen applicaties beschikt (het kleine pakket) moet tenminste (4x5000=) 20.000 behandelingen met deze apparaten verrichten om kostendekkend te werken.
57. Verslagen van de Evaluatiecommissie Fysiotherapie van 9 december 1970
58. Vergadering van de Onderhandelingscommissie, 15 december 1969 en bespreking van een brief van het Genootschap in de onderhandelingscommissie, 15 mei 1970
59. Gespreksnota van het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, Amersfoort, november 1969
60. Bedoeld wordt met voorschriften 'Algemene voorschriften en richtlijnen voor de beoordeling van aanvragen voor heilgymnastiek, massage, oefentherapie en andere vormen van

Noten deel III

fysische therapie'. Circulaire Med. Afd. no.5585, d.d. 14 augustus 1964, bijlage 1.

61. Verslag van de Onderhandelingscommissie, 1969
62. Vergoeding kan worden gegeven indien de praktijk van de heilgymnast-masseur tenminste 10 kilometer van het huis van de patiënt verwijderd is. De eerste 6000 kilometers zijn echter in het kostenpakket begrepen.
63. Verslag van de Evaluatiecommissie Fysiotherapie, 9 december 1970
64. J.C.A. Smal. Verslag van een onderzoek naar de arbeidsmarkt voor fysiotherapeuten, Amsterdam, 1972
65. Het deelnemingspercentage wordt berekend uit de gegevens van de respondenten over de week van 26 september tot en met 2 oktober.
66. Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid, Beroepsuitoefening Fysiotherapeuten 1971, Leidschendam, 1972 en Beroepsuitoefening Fysiotherapeuten 1975, Leidschendam, 1977
67. Brief van de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid aan de Voorzitter van de Gezondheidsraad, 13 april 1971
68. Behoefte aan fysiotherapeuten, Advies van een commissie van de Gezondheidsraad, uitgebracht aan Minister en Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, VAR-reeks Leidschendam, 1977.
69. Zie in dit verband artikel 42 van de Gezondheidswet en het daarop gebaseerde Uitvoeringsbesluit van 14 juli 1959.
70. Tevens moet men ook rekening houden met zo'n 800 gediplomeerde oefentherapeuten (César en Mensendieck).
71. Financieel overzicht van de Gezondheidszorg, Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, september 1981.
72. Rapport Honorering Fysiotherapie van het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, samengesteld door de onderhandelingsdelegatie bestaande uit G.M. Haars, W. Berrens, A.J.H. van Broekhoven, T.H. Drewes, H.A.C. Spit, J.E. Muring; Amersfoort, september 1972.
73. Men komt uit op een honorarium per uur van f 31,31.
74. Voorgesteld worden de volgende behandel tijden:

Noten deel III

- | | |
|----------------------------------------------------------|------------|
| a. oefentherapie/massage | 23 minuten |
| b. electrostimulatie | 15 minuten |
| c. ultrageluid | 10 minuten |
| d. electrotherapie (galvano, laag- en
middenfrequent) | 8 minuten |
| e. hoogfrequenttherapie | 6 minuten |
| f. pakkingen | 10 minuten |
| g. 1. tractie, glissonse lis | 4 minuten |
| 2. tractie, electrisch gestuurd | 8 minuten |
| h. lichttherapie | 5 minuten |
75. Het rapport tariefstelling fysiotherapie bevat de uitwerking van een wenselijke tariefstelling die in het Rapport Honorering fysiotherapie is genoemd; onderhandelingsdelegatie van het Genootschap, Amersfoort, 8 mei 1973.
76. Verslag van de onderhandelingscommissie, 29 augustus 1973
77. Verslag van de onderhandelingscommissie, 20 november 1973
78. Bedoeld zijn de gelijktrekking van de beloning voor vrouwelijke werknemers, optrekking van het minimumloon, aanpassing van de jeugdlonen en dergelijke.
79. Het overzicht is opgesteld door de Vereniging tot instandhouding van een Gemeenschappelijk Bureau van Ziekenfondsorganisaties. Opsteller: E.J. van Kooten Niekerk, 14 november 1974.
80. Toelichting op de cijfers door E.J. van Kooten Niekerk. Verslag van de onderhandelingsvergadering, 24 oktober 1974.
81. Brief aan het Gemeenschappelijk Overleg van Ziekenfondsorganisaties namens de onderhandelingsdelegaties van het Genootschap G.M. Haars, 19 november 1975.
82. Brief van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne no.66173 d.d. 9 februari 1976.
83. Brief van het Genootschap aan de Minister van Economische Zaken van 9 februari 1976.
84. Rapport van de accountantsdienst van de Ziekenfondsraad betreffende onderzoek declaraties van een fysiotherapeut, Amstelveen, 6 februari 1975.
85. Verslag van de onderhandelingsvergadering, 30 juni 1976.
86. In het voorstel van het Gezamenlijk Overleg Ziekenfonds-

Noten deel III

- organisaties van 28 juli 1976 worden volgens het Genootschap de grondslagen van de overeenkomst aangetast.
87. Brief van het Gemeenschappelijk Overleg van Ziekenfondsorganisaties aan het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, De Bilt, 22 oktober 1976.
 88. Brief van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen aan het Bestuur van het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, De Bilt, 2 maart 1977.
 89. Onderhandelingsvergadering 2 maart 1977, G.M. Haars, vertegenwoordiger van het Genootschap voor Fysiotherapie.
 90. Verslag van het contact tussen J. van Katwijk (voorzitter van het Genootschap) en H.J. Anbeek (voorzitter van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen) in de onderhandelingsvergadering van 24 mei 1978 door J. van Katwijk.
 91. Brief van VNZ en het Genootschap aan de Ziekenfondsraad, waarin de Ziekenfondsraad op de hoogte wordt gebracht van de bereikte overeenstemming over een nieuwe honoreringsstructuur en een nieuwe overeenkomst, 29 januari 1979.
 92. In het rapport van het Genootschap uit 1972 is uitgegaan van de eindrang 'eerste fysiotherapeut in dienst bij ziekeninrichtingen'.
 93. Brief van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne no.22730 van 14 augustus 1979 aan de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen.
 94. Totale kosten van ziekenfonds

jaar	totaal (x1000)	index	uitwend.ge- neesw. (x1000)	index
1968	2.254.702	100	44.382	100
1969	2.601.558	115.4	56.220	126.7
1970	3.072.024	136.2	67.912	153.0
1971	3.724.355	165.2	85.775	193.3
1972	4.486.575	199.0	107.738	242.8
1973	5.160.101	228.9	130.644	294.4
1974	6.080.378	269.7	161.644	364.2
1975	7.248.824	321.5	205.101	462.1
1976	8.201.123	363.7	246.617	55.7

Noten deel III

1977	9.149.433	405.8	303.249	683.3
1978	10.123.924	449.0	345.810	779.2
1979	11.006.834	488.2	435.233	980.7
1980	11.969.161	530.9	519.195	1.169.8
1981	13.017.172	577.3	548.849	1.236.6
1982	14.150.996	627.6	610.661	1.375.9
1983	14.409.441	639.1	649.487	1.463.4
1984	14.622.755	648.5	655.653	1.477.3
1985	15.059.911	667.9	673.252	1.516.9

95. Tot 1975 wordt in de jaarverslagen van de Ziekenfondsraad gesproken over 'uitwendige geneeswijzen'. Vanaf het Jaarverslag 1975 wordt gesproken van 'paramedische hulp (en logopedie)'.

96. Kosten per ziekenfondsverzekerde

jaar	totaal	%*	uitw.	%*	heilig.	%*	appl.	%*
1968	253,61		5,00		3,96		1,04	
1969	292,30	15	6,32	26	4,53	14	1,79	72
1970	340,88	17	7,54	19	5,23	15	2,31	29
1971	404,70	19	9,32	24	6,29	20	3,03	31
1972	486,72	20	11,69	25	7,30	16	4,38	45
1973	555,02	14	14,06	20	8,76	20	5,30	21
1974	650,76	17	17,30	23	10,62	21	6,68	26
1975	763,45	17	21,54	25	13,02	23	8,52	28
1976	857,02	12	25,67	19	14,93	15	10,75	26
1977	949,25	11	31	22	18,20	22	13,10	22
1978	1051,59	11	35,70	14	20,16	11	15,54	19
1979	1142,10	9	44,86	26	24,82	23	20,04	29
1980	1239,34	9	53,32	19	28,79	16	24,53	22
1981	1342,61	8	55,99	5	31,97	11	24,01	-2
1982	1469,40	9	62,58	12	35,85	12	26,73	11
1983	1.503,43	2	66,59	6	38,30	7	28,30	6%
1984	1.523,37	1	66,75	nihil	40,04	5	26,71	-6%
1985	1.559,80	2	68,12	2	40,97	2	27,15	2%

* Stijging ten opzichte van voorafgaande jaren.

Noten deel III

(De optelling heilgymnastiek + applicaties = uitwendige geneeswijzen is soms niet geheel correct vanwege afrondingsverschillen)

97. FOGM 1982: Tweede Kamer, 1981-1982, 17 100, hoofdstuk XVII, nr.14, pag. 58
98. Motie van lid Lubbers c.s. Tweede Kamer, vergaderjaar 1978-1979, 15 081, nr.16
99. Advies inzake mogelijke ombuigingen in het verstrekkingspakket van de Ziekenfondswet en de AWBZ, bijlage I, Uitgave Ziekenfondsraad, 1979, nr.111
100. Advies van een commissie van de Ziekenfondsraad onder voorzitterschap van J.F. Rang inzake mogelijke ombuigingen in het verstrekkingspakket Ziekenfondswet, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten van 27 september 1979
101. Advies inzake mogelijke ombuigingen in het verstrekkingspakket van de Ziekenfondswet en de AWBZ, Ziekenfondsraad, 1979, nr.111
102. Tweede Kamer, vergaderjaar 1979-1980, 15 540, nr.24
103. Brief van het Genootschap aan Staatssecretaris Veder-Smit, 6 december 1979
104. Brief van Staatssecretaris Veder-Smit, aan het Genootschap, 29 januari 1980
105. Een nadere toevoeging betreft het aantal gecombineerde behandelingen. Heeft men voor eenzelfde aandoening het maximum aantal van 12 gecombineerde behandelingen ondergaan, dan kan pas opnieuw een machtiging voor een gecombineerde kuur worden afgegeven voor een behandeling van dezelfde aandoening - als tenminste 90 dagen zijn verstreken. Voor een andere aandoening geldt deze verplichte pauze niet.
106. Staatscourant 107, 6 juni 1980. De wijziging treedt met terugwerkende kracht in werking.
107. Jaarverslag van de Ziekenfondsraad, 1980, pag. 44
108. Constatering van de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur in een notitie aan de Tweede kamer van 9 november 1984. Tweede Kamer, 1984-1985, 18 735, nr.1-2.
109. Tweede Kamer der Staten-Generaal zitting 1979-1980,

Noten deel III

- kamerstukken 15540 nr.27 Motie van het lid Van Rooyen c.s., voorgesteld 27 maart 1980.
110. Eerdere tussentijdse evaluaties waren aangeboden op 27 november 1980 en op 26 februari en 22 oktober 1981. Naam van de eindrapportage: 'Vierde rapportage inzake evaluatie beperkende maatregelen ten aanzien van fysiotherapeutische applicaties'.
 111. Geurts J., Doorslaer, E. van, Supplier-induced transformation of demand evidence on dutch physiotherapists. *Social Science and Medicine* 11, 1987.
Curfs, E.Ch., Effecten van overheidsmaatregelen ten aanzien van de fysiotherapie, scriptie Maastricht, RU Limburg, 1985
Kerkhoff, A.H.M., Hagestein, M.P., 't Mannetje, Sturen met de geldkraan: Over het effect van enkele beperkende maatregelen in de fysiotherapie. *Medisch Contact* 38, 1983 no.7
 112. Vermeld in notitie: Tweede kamer, 1984-1985, 18 735, nr.1-2
 - 113 Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, Staatsblad 5632, 8 september 1982
 114. Artikel 47 van de Ziekenfondswet is gewijzigd op basis van artikel 49, onderdeel van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) (Staatsblad 1980, 646, 19 december 1980)
 115. Brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne aan de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, d.d. 16 juni 1981
 116. Brief van Staatssecretaris van VOMIL aan de Centrale Raad, d.d. 6 november 1981
 117. Brief van VNZ aan de Centrale Raad, d.d. 23 november 1981. NOBEL 82/10 (7182/19)
 118. Brief van het NGF, d.d. 3 december 1981, aan de Centrale Raad naar aanleiding van het verschijnen van het concept spoedadvies van de Centrale Raad. NOBEL 82/11
 119. Besluit Ontheffing Overeenkomsten Ziekenfondswet van 3 februari 1982. Staatscourant van 8 februari 1982, nr.26
 120. Mededeling van de Minister van VOMIL in adviesaanvraag.
 121. Citaat ontleend aan brief van de VNZ aan de NVVF en NGF,

Noten deel III

d.d. 4 januari 1982, VNZ, F681

122. Circulaire van VNZ, nr.82-090, d.d. 6 juli 1982. LVVF 82/0288
123. Brief van NVVF en LVVF aan VNZ, d.d. 5 april 1982. VNZ, F700
124. Circulaire nr.82-022 van de VNZ, d.d. 12 februari 1982
125. Brief van LVVF en NGF aan de VNZ, d.d. 5 april 1982. VNZ, F700
126. Circulaire nr.82-090 van de VVZ, d.d. 6 juli 1982. LVVF-82/0288
127. Brief van de NVVF en LVVF/NGF aan de VNZ. Bron: LVVF, 82/0323
128. Op 23 mei 1982 hadden twee fysiotherapeuten een praktijk overgenomen van een fysiotherapeut in Breukelen. Op een verzoek aan twee ziekenfondsen om een medewerkersovereenkomst te sluiten met genoemde fysiotherapeuten werd door beiden negatief beslist, aangezien de beide fysiotherapeuten niet voorkwamen op de door hen gehanteerde wachtlijsten (zie uitspraak in kort geding nr.339/1982, Arrondissementsrechtbank te Utrecht).
129. Uitspraak in kort geding nr.339/1982, Arrondissementsrechtbank te Utrecht, 28 september 1982
130. Arrest van het Gerechtshof te Amsterdam, Vierde Kamer, van 2 juni 1983. Rolnummer 262/83 SKG. (Eerder was de vordering van de praktijkhouder afgewezen door de President van de Arrondissementsrechtbank te Amsterdam op 3 maart 1983. Rolnummer: KG 83/200)
131. Tweede Kamer, vergaderjaar 1982-1983, 17 600, hoofdstuk XVI, nr.107
132. Circulaire nr.82-022 van de VNZ, d.d. 12 februari 1982. LVVF 82/0104
133. Fysiovisie, december 1983, nr.12, pag. 11
134. Fysiovisie, december 1983, nr.12, pag. 23 en 24
135. Volkskrant, woensdag 4 december 1985 en Aanhangsel Handelingen der Tweede Kamer 1985-1986, nr.546.
136. Handelingen der Tweede Kamer, 1987-1988, 20 200, hoofdstuk XVI, nr.186
137. Gezamenlijk standpunt van de besturen van de verenigingen

Noten deel III

- van vrijgevestigde fysiotherapeuten inzake aanpassing van de praktijkorganisatie aan het gewijzigd optreden van de BVG, november 1987 (VVF, 07510955/D/H)
138. Centrale Raad van Beroep, 16 november 1988, Premie, 1987/126 en 165 (gevoegd)
Centrale Raad van Beroep, 16 november 1988, Premie, 1987/23 en 24 + 105 (gevoegd)
Centrale Raad van Beroep, 16 november 1988, Premie, 1988/21
Centrale Raad van Beroep, 16 november 1988, Premie, 1987/58
Centrale Raad van Beroep, 16 november 1988, Premie, 1987/104
139. Staatsblad 1981, nr.423, 21 juli 1981
140. Rapport Onderzoek Functiezwaarte van de Vrijgevestigde Fysiotherapeut, opgesteld door het Raadgevend Bureau Zuidema BV, aangeboden aan de Commissie Functiewaardering LVVF/NVVF in maart 1981
141. Archief VVF, 7.1.6.1 (LVVF, 34307). Brief van overheid aan beroepsorganisaties
142. Archief VVF, 7.1.6.1 (LVVF, 311201/314104). Verslag van extra technisch overleg op 11 maart 1983
143. Archief VVF, 7.1.6.1 (LVVF 343307). Verslag van overleg dat op 3 mei 1983 plaatsvindt tussen de overheid en de beroepsgroep.
144. Opgemerkt namens de overheid tijdens overleg op 24 oktober 1983. Archief VVF 7.1.6.1 (LVVF, 343307)
145. Verslag van vergadering welke plaatsvindt op 27 maart 1984. Archief VVF 7.1.6.1, 6 april 1984
146. De overheid komt hier tegemoet aan het standpunt van de beroepsgroep dat het niet terecht is om bij de tariefstelling uit te gaan van een volledige bezetting gedurende 30 jaar. Met name wordt gewezen op het niet komen opdagen van patiënten en het niet betalen door patiënten (zie verslag van overleg op 24 april 1984, archief VVF 7.1.6.1)
147. Overleg tussen overheid en beroepsgroep op 12 september 1984, Archief VVF 7.1.6.1

Noten deel III

148. Conceptverslag van dit overleg (d.d. 10 december 1984).
Archief VVF 7.1.6.1
149. Archief VVF 7.1.6.1 (LVVF 85/0100). Concept-tekst afsprakenlijst overheid-fysiotherapeuten, 29 maart 1985
150. Staatscourant 144, 1986, pag. 8
151. Archief VVF 7.1.6.1 (LVVF 86/0251/)
152. Staatsblad 186, 1987
153. Wet Economische Mededinging, Staatsblad 413, 1958
154. Zie artikel 24 van de Wet economische mededinging (gewijzigd krachtens artikel 11, WIVB).
155. Staatsblad 1980, 646, 19 december 1980
156. Besluit werkingssfeer Wet Tarieven Gezondheidszorg.
Staatsblad 25, artikel 1
157. Brief van LVVF aan de VNZ, 22 april 1981
158. Regelingen inzake fysiotherapeutische hulp aan ziekenfondsverzekerden; een benadering van de oplossing van de huidige problematiek, H.J.M. Mes, april 1981. 'Nota honorering fysiotherapeuten', LVVF, april 1981.
159. Brief van VNZ aan LVVF, 5 mei 1981
160. Brief van 3 november 1980 van VNZ, Ziekenfondsraad F606
161. Brief van VNZ aan de NGF en de NVVF, 15 januari 1982.
VNZ, F683
162. Brief van de VNZ aan het NGF en de NVVF, 10 juni 1982.
VNZ, F714
163. Brief van NGF aan VNZ, 23 juni 1982
164. Zie LVVF, 83/0001
165. Zie brief van de VNZ aan de NGF en de NVVF, 18 februari 1983. LVVF, 83/0036
166. Bijlage 1b bij COTG 87-38-f1
167. Brief van VNZ aan de Staatssecretaris, 18 november 1985,
Bijlage 1 bij C.Vst. Brief van de Staatssecretaris aan de Ziekenfondsraad, 3 juni 1986, Bijlage 2 bi COTG 87-38-f1
168. Brief van COTG aan de Staatssecretaris van WVC, 3 juni 1987, zie Bijlage 3 bij C.Vst. 169/50
169. Brief van de Staatssecretaris van WVC aan het COTG, 2 juli 1987, Bijlage 4 bij C.Vst. 169/50
170. Brief van NVVF/LVVF aan de Ziekenfondsraad, 1 december 1986, GOBF 86/32

Noten deel III

171. Ontwerp-advies van de Commissie Verstrekkingen, C.Vst. 169/50
172. VVF, 7.3.4 (88/0670)
173. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Verandering verzekerd, Nota vervolg-kabinetsstandpunt; Commissie Dekker, Ministerie van WVC, 's-Gravenhage, 1988, pag. 7
174. Bereidheid tot verandering, Advies van de Commissie Structuur en Financiering van de Gezondheidszorg. Ministerie van WVC 's-Gravenhage, 1987
175. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Nota Eerstelijnsgezondheidszorg. Ministerie van WVC, 's-Gravenhage, 1983
176. Bereidheid tot verandering, pag. 79

Verantwoording van de geraadpleegde bronnen

Dit boek over het 100-jarig bestaan van de beroepsgroep fysiotherapie is grotendeels gebaseerd op bronnenonderzoek. De volgende bronnen zijn hiervoor geraadpleegd:

- Het Maandschrift van het Genootschap vanaf de oprichting in 1891 en diverse correspondentiestukken van bestuursleden van de beroepsvereniging; archief van het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, Amersfoort.
- Jaarverslagen, rapporten, nota's, brieven e.d.; archief van de Ziekenfondsraad, Amstelveen.
- Notulen van de onderhandelingsvergaderingen tussen de ziekenfondsorganisaties en de beroepsgroep fysiotherapie en brieven, nota's, rapporten, enquêtes en andere publikaties van de ziekenfondsen over de beroepsgroep; archief van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, Zeist.
- Rapporten, verslagen, nota's, brieven, enquêtes en andere publikaties van de overheid met betrekking tot de paramedische en medische beroepsgroepen; centraal oud-archief van het Ministerie van Volksgezondheid, Leidschendam.
- Brieven, rapporten, nota's, enquêtes, notities en dergelijke publikaties van de artsorganisaties (Koninklijke) Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV); archief van de KNMG, Utrecht en het secretariaat van de NOV, Nijmegen.
- Handelingen der Staten-Generaal; Universiteits-Bibliotheek, Utrecht.

Verantwoording van de illustraties

- De afbeelding op pagina 8 is beschikbaar gesteld door de Archiefdienst van de Gemeente Rotterdam.
- De afbeeldingen op de pagina's 14, 23, 27 en 35 zijn beschikbaar gesteld door het Historisch-topografische Atlas van het Gemeente-archief van Amsterdam.
- De afbeelding op pagina 58 is gemaakt door W.G.W. Boerma.
- De afbeeldingen op pagina 73 en 88 zijn beschikbaar gesteld door Uniboek BV te Houten en Laméris Instrumenten BV te Utrecht.
- De afbeelding op pagina 181 is ter beschikking gesteld door het opinieblad van de Ziekenfondsen: Inzet.
- De afbeeldingen op de pagina's 112, 123, 139, 166, 198, 234, 243, 250 en 266 zijn beschikbaar gesteld door het Centraal Bureau van het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie te Amersfoort.

