

Deze twee door hem niet genoemde krachten zouden in den gedachtengang van coll. TEENSTRA eveneens van beteekenis moeten zijn. Geheel anders is het met de adduceerende krachten. Deze werken vrijwel voortdurend, zij het ook wisselend in sterkte. De zeer groote gevolgen van deze krachten worden verklaard door het continue karakter ervan.

Onjuist is de meening van den heer TEENSTRA, wanneer hij uit de buiging van de spalk meent te mogen aannemen, dat eraan den medialen kant een drukspanning heeft geheerscht. Wanneer men een stok buigt door de uiteinden naar elkaar toe te brengen, ontstaat in de binnenbocht een druk, in de buitenbocht een trekspanning, beide in lengterichting. Geheel anders ontstond de buiging in ons geval. Hier bestond een trekspanning, zoowel in de binnen- als in de buitenbocht. Want alles wat zich lateraal van het draaipunt bevond, stond aan trekspanning bloot. Ook de binnenkant van de spalk was sterk in lengte toegenomen. De buiging ontstond (anders dan bij het voorbeeld van den stok), doordat bij de ontstaande adductie de spalk tegen het caput femoris werd gedrukt; door den tegendruk van dit beenstuk ontstond de kromming. Deze druk werkt echter slechts op een gedeelte van de spalk en, wat van het hoogste gewicht is: deze druk stond loodrecht op de trekspanning. In mijn betoog ware slechts van belang een druk in de lengterichting, die de trekspanning zou afwisselen. Druk, loodrecht op de lengterichting, geeft een geheel ander probleem, dat ik uit mijn vraagstelling zorgvuldig geweerd heb als niet ter zake doende, doch waarvoor ik coll. TEENSTRA naar de werken van ROUX moge verwijzen.

Tenslotte over het woord „groei”. Het werkt verwarrend als men daaronder geheel verschillende begrippen samenvat. In het geval van het beentransplantaat sprak ik van lengtevermeerdering om een verwarring met de spontane, physiologische lengtetoeneming te voorkomen. Diktegroei, door toeneming in de richting der weke deelen, is niet te vergelijken met de lengtetoeneming van een spang, welke aan beide uiteinden in been levend vastzit. Immers hier kan de lengtevermeerdering niet door appositie, zooals bij de diktetoeneming, doch slechts door interstitieele beenvermeerdering ontstaan. Het door coll. TEENSTRA aangehaalde „ingroeien” van een transplantaat heeft in het geheel niets met een eigenlijken groei te maken. Het beteekent geen toeneming in lengte, dikte, volume, doch het wil zeggen, dat er een levende verbinding is ontstaan tusschen transplantaat en zijn nieuwe, beenige bed, hetzij doordat het transplantaat in zijn geheel, hetzij ten deele, is blijven leven, hetzij dat het is vervangen door nieuw, levend been uit de aangrenzende weefsels.

Groningen, 20 Januari 1941

I. BOEREMA

DE TOEKOMST VAN DE GEMEENTELIJKE GENEESKUNDIGE ARMEN- VERZORGING

De commissie inzake de gemeenteartsen meent ten onrechte, dat ziekenfondsen en armenpractijk principieel verschillen. Behalve bij de doktersfondsen (geen ziekenfondsen in engeren zin) ontbreekt bij de ziekenfondsen tusschen arts en patiënt een regeling bij voorbaat. Er is alleen een regeling tusschen arts en *fonds*, dat ten behoeve van den toekomstigen patiënt allerlei bedongen heeft. En in de armenpractijk een overeenkomstige regeling tusschen arts en *gemeente*. In beide verhoudingen arts-patiënt is dus een buitenstaander ingeschakeld. Hoe tallooze ziekenfondspatiënten betalen trouwens de premie niet zelf (dienstboden, groepen arbeiders, pupillen, enz.).

De begrippen paupers, gedeeltelijk armen en tijdelijk armen gaan vloeiend in elkaar over. *De gemeentelijke geneeskundige armenverzorging, zoowel in de steden als ten plattelande, heeft de grondslagen van de armenwet al lang verlaten en zich ontwikkeld tot een sociaal verzorgingsinstituut* (zie ook het proefschrift van SMIT).

Op tal van plaatsen gaat bij voorbeeld de geheele ziekenhuisopneming van fondspatiënten via den GG en GD, die uit gemeenschapsgeld het aan den kostprijs

ontbrekende bijpast. Zoo is er wel een quantitatief verschil tusschen armenpatiënt en ziekenfondslid (in de mate van gemiddelde bijbetaling door de overheid), maar geen kwalitatief verschil. Op verschillende plaatsen is men de crisisregeling weer gaan liquideeren, omdat zij ten gevolge had, dat vele in het fonds geblevenen de hand kwamen ophouden.

Thans de praktische bezwaren van de commissie tegen verzekering van de armenpatiënten in de ziekenfondsen:

1e. *slechte risico's*. Sedert wanneer houdt de Ned. Mij. v. Geneesk. bij de ziekenfondsen rekening met den risicofactor? Ten plattelande bedingt men immers, ook als het risico veel lager is, dezelfde artsenhonoraria. Overgang van het beperkte aantal paupers met verhoogd risico geeft zeker op de totale ziekenfondsbevolking geen risicoverhoging van eenige beteekenis; 2e. *wachttijdmoeilijkheden* kunnen worden ondervangen door doorlopende inschrijving van alle geneeskundige-armenverzorging-behoevenden bij de ziekenfondsen, resp. door betaling van de artsenhulp per „ziektegeval” (event. per „kwartaalbehandelingsgeval”); 3e. *alle minvermogen-den lid van de ziekenfondsen* (zie 4); 4e. *te verwachten invoering van artikel 50 der Ziekte-wet*; 5e. *vrees voor inmenging der gemeenten in de ziekenfondsen* ongegrond; 6e. *de zoo-genaamde „vlottende armenpraktijk”* geeft geen moeilijkheden; 7. *de positie van de armenartsen* kan radicaal worden gewijzigd zonder dat de grondslagen wankel behoeven te worden (zelfs beter worden!).

Hecht de commissie geen waarde aan de vrije artsenkeuze voor deze groepen?

Toekomstige ontwikkeling: de geneeskundige verzorging dient meer dan voorheen overheidszorg te worden, met praevaleren van het sociale en van het nationale doel, de zorg voor de volksgezondheid op den grondslag van verzekeringsplicht. Werkgever en werknemer zullen samen de kosten moeten dragen en samen deel hebben aan het toezicht op de in hoofdzaak territoriale organisatie van het geheel. In de plaatselijke verzekeringsorganen zullen artsen en gemeenten geen rol van eenige beteekenis behoeven te spelen. De rechtspositie van de artsen, en zoo voort, zal afdoende geregeld kunnen worden door een mantelverdrag tusschen de vereenigde territoriale organen en de bevoegde standsorganisaties. Moeilijkheden tusschen standsorganisaties en verzekeringsorganen kunnen door arbitrage worden beslecht (met hooger beroep op rijksinstantie).

Om de gemeentelijke geneeskundige armenverzorging te doen aansluiten bij die der sociale verzekering behoeven de gemeenten slechts een overeenkomst te sluiten met de genoemde standsorganisaties op overeenkomstige grondslagen als de sociale verzekeringsorganen. Dit stelsel bestaat sedert jaar en dag in Duitschland. De voor- en nadeelen van de ontwikkeling in deze richting (zie ook mijn artikel in *Weekblad voor gemeentebelangen* van 13 December 1940) zijn naar het mij wil voorkomen, thans belangrijker dan alles, wat de commissie in haar rapport naar voren gebracht heeft.

Wil de Nederlandsche artsenwereld zich zijn invloed op den gang van zaken op dit terrein niet zien ontglippen, dan zal hij rekening moeten houden met, althans zich voldoende rekenschap moeten geven van, bovenstaande perspectieven. Om een grooter of kleiner gedeelte van het op ziekenfondsgebied in ons land historisch geworden tijdelijk of blijvend te behouden, zal men deugdelijker argumenten moeten aanvoeren, getuigend van volledige beheersching van sociale-verzekerings- en ziekenfondsrecht in binnen- en buitenland, met terzijdestelling van oude vooroordeelen. Daarbij zal men moeten toonen te kunnen samenwerken en opbouwen.

Utrecht, 12 November

W. SCHUURMANS STEKHOVEN

LEUGEN OF WAARHEID?

De eenige, absolute norm voor ons handelen ligt in het goddelijk gebod: Gij zult geen valsch getuigenis geven. Dit geldt voor geloovigen en ongeloovigen; óók voor zieken, die niet om de leugen mogen vragen of erin genieten. Alle andere redenen om waarheid of leugen te spreken, zijn slechts utiliteitsredenen. Leugen is, op zijn best, de waarheid niet aandurven; een kiezen van den weg met den minsten weer-