

DE **WET** VAN **WET**EN EN GE**WET**EN



Rede EUR
1991
004

MEDISCHE BIBLIOTHEEK EUR



019600 0025 2712

F MR W.B. VAN DER MIJN

199
rec
044

~~Rede 1991: 000~~
Rede Eur 1991: 009

AFSCHEIDSCOLLEGE
PROF MR W.B. VAN DER MIJN

OP 11 SEPTEMBER 1991
ONDER DE TITEL

DE WET VAN WETEN EN GEWETEN

Medische Bibliotheek
E.U.R.

zegen of ramp

In een zo bont gezelschap als hier tegenwoordig - docenten, studenten, dokters, juristen, bestuurders, familie, vrienden en kennissen; sommigen onder u voldoen wel aan drie of meer kwalificaties - wil ik een vraag aan de orde stellen die naar ik aanneem allen zal interesseren, namelijk of gezondheidsrecht, zeg maar het totaalpakket van rechtsregels op het gebied van de gezondheidszorg, een zegen of een ramp voor de gezondheidszorg is geworden. Wellicht hebben sommigen onder u direkt hun antwoord klaar: natuurlijk een zegen, want vroeger had je als patiënt niks te vertellen; natuurlijk een ramp, want je bent als arts tegenwoordig aan alle kanten beknot in je vrijheid. Wie mij kent, kan van mij verwachten dat ik in eerste instantie beide partijen graag gelijk geef en vervolgens snel overga tot het aanbrengen van allerlei nuances, in de hoop en verwachting dat uiteindelijk iedereen tot dezelfde conclusie zal kunnen komen: gezondheidsrecht is een zegen, maar kan gemakkelijk een ramp worden. Het gaat er om het eerste te bereiken en het tweede te voorkomen. De vraag is dan hoe.

kennis en inzicht

Voor goed begrip, gezondheidsrecht dat ik als vakgebied bijna tien jaar aan deze universiteit heb gedoceerd, is meer dan het bestuderen van de rechtsregels en van de rechtsbronnen welke voor de gezondheidszorg relevant zijn. Bij rechtsbronnen valt te denken daarbij aan internationale regelingen, bijvoorbeeld het E.G.-Verdrag waarover zoveel te doen is, aan wettelijke regelingen, aan rechtspraak, aan zelfregulering door organisaties in het veld en aan ongeschreven rechtsbeginselen die ons kunnen helpen bij de oplossing van soms uiterst complexe vraagstukken. Gezondheidsrecht is meer dan kennis van de rechtsregels, het gaat ook om inzicht in de redenen waarom zoveel rechtsregels, vooral in de vorm van wettelijke regelingen, de laatste decennia op het gebied van de gezondheidszorg

tot stand zijn gekomen en in de komende jaren nog tot stand zullen komen. Wetten worden nu eenmaal niet gemaakt ter goedkeuring van wat bestaat, maar om ongewenste toestanden te veranderen of te voorkomen en kennelijk waren en zijn die er op het gebied van de gezondheidszorg. Bovendien gaat het ook om inzicht in de effecten van de regelingen, want wat baat het een wet tot stand te brengen, als die niet effectief is, als alleen goedwillenden zich schikken en kwaadwillenden er gemakkelijk onder uit kunnen, als de wet meer nadelen dan voordelen oplevert. Het gaat met andere woorden om het maatschappelijk nut van een wet (1). Systematische bestudering van motief, inhoud en effect - hoe dikwijls heb ik deze begrippen niet tijdens de colleges genoemd (2) - maakt het vakgebied gezondheidsrecht boeiend, en het is ook boeiend, omdat het vaak gaat om vraagstukken die ons allen bezig houden.

Ik wil er in dit verband op wijzen dat tegenwoordig een vast voorgeschreven stappenplan bestaat bij het denken over wetgeving (3): eerst nagaan welk probleem nu precies speelt, de zogenaamde maatschappelijke analyse, dan beoordelen of wetgeving noodzakelijk is om dat probleem op te lossen, dan helder formuleren wat met de wet werkelijk wordt beoogd, voorts duidelijk aangeven welk gedrag nu precies van de burgers wordt verwacht, de effecten en neveneffecten moeten zo goed mogelijk worden ingeschat, de kosten voor de overheid en de lasten voor de burgers moeten worden geraamd en pas als dat alles op tafel ligt, mag de beslissing worden genomen om tot wetgeving over te gaan. Alleen al het voorlezen van de verschillende stappen in dit proces is vermoeiend, en dan moet het echte handwerk, het maken van de wet, nog gaan gebeuren en moeten regering en parlement en vele adviesorganen zich er nog over uitspreken. Begrijpelijk dat tussen de kreet "er is een probleem, er moet een wet komen" en de verschijning van de wet als eindprodukt in het Staatsblad bijna een hele carrière kan liggen, zoals in mijn geval met de Wet BIG. De ingewijde weet genoeg (4). Omdat het tot stand brengen van wetten zo lang kan duren, dient soms de voorkeur te worden gegeven aan zelfregulering door organisaties in het veld, mits ook deze vorm van regulering vol-

doet aan eisen van openheid, inspraak en zorgvuldige afweging van belangen (5). Het begrip zelfregulering moet u vasthouden, omdat ik in het verdere betoog op dat begrip terug kom.

groeïende omvang vakgebied

Langs deze wijze van besluitvorming zijn in de afgelopen twintig jaar talrijke wetten op het gebied van de gezondheidszorg tot stand gekomen. Daarmee is ook het vakgebied gezondheidsrecht in omvang en betekenis toegenomen. Aanvankelijk bestond het gezondheidsrecht voor een groot gedeelte uit toepassing van algemeen, voor iedere burger geldend recht op gebeurtenissen en situaties in de gezondheidszorg. Een arts die een kunstfout maakt, is naar burgerlijk recht aansprakelijk voor de daardoor ontstane schade en kan volgens het strafrecht ook nog een fikse boete krijgen. Rechtspraak, jurisprudentie is daarbij essentieel. Tegenwoordig echter is gezondheidsrecht grotendeels een pakket van specifiek op de gezondheidszorg gerichte regelingen. Bij de vraag of gezondheidsrecht een ramp of een zegen is geworden, heb ik zowel wetgeving als rechtspraak op het oog. Denkbaar zou immers zijn een zegenrijke wet die door de rechter rampzalig wordt toegepast of andersom, een knevelwet die de rechter met zijn uitspraken nog wat verzacht.

gunstige en ongunstige effecten

Laat ons nu bezien wat met regelgeving en rechtspraak op het gebied van de gezondheidszorg in gunstige zin en in ongunstige zin is bereikt, anders gezegd, welke positieve en negatieve effecten de verschillende wetten hebben opgeroepen. Hierbij passen wel weer enkele kanttekeningen. Ten eerste, het is in het algemeen moeilijk vast te stellen wat precies de effecten van een wet zijn geweest. Als een bepaald gewenst effect is bereikt, is lang niet zeker of dit door deze wet is veroorzaakt of door andere factoren, bijvoorbeeld een onverwachte crisissituatie of een veranderd economisch beeld of wellicht een etisch reveil. Het kan ook zijn dat artsen door de schaarsteproblematiek waarmee zij worden geconfronteerd, zelf de noodzaak van kostenbewust handelen hebben ontdekt of dat, wat

ook een gunstige factor kan zijn, in ziekenhuizen bij het management meer economen, juristen en niet te vergeten BMG-ers (6) worden betrokken met een natuurlijke of aangeleerde neiging tot effectief en ordelijk werken. Het kan best zijn dat een gunstig resultaat is bereikt ondanks de wet of dat juist door de wet een niet beoogd ongunstig resultaat is bewerkstelligd. Bij de beoordeling van de werking van wetten moet ook gekeken worden naar de morele gevolgen; hebben zij aanleiding gegeven tot onrechtvaardige verhoudingen, hebben zij geleid tot onjuist of onetisch gedrag? Grote voorzichtigheid bij de beoordeling van effecten blijft geboden, nog daargelaten dat wat de één als een positief resultaat beoordeelt, een ander wellicht juist betreurt.

Een tweede kanttekening bij de beoordeling van wetten is dat een onderscheid moet worden gemaakt tussen de wet zoals die luidt, en de toepassing van de wet in het concrete geval. Ik heb hierbij het oog op de bestuurlijke organen, niet op de rechter, want over hem sprak ik al eerder. Wetten kunnen heel stringent of heel soepel worden toegepast. Een bekend chinees spreekwoord luidt: bij het maken van wetten is strengheid vereist, bij het toepassen mildheid. Een goede wet die al te streng wordt toegepast kan het in de waardering van de justiciabelen afleggen tegen een slechte wet die soepel wordt gehanteerd. Daarom kan men zonder een gedegen rechtssociologisch onderzoek eigenlijk geen verantwoord oordeel over de werking van wetten uitspreken. Nochtans durf ik het aan om, zij het met voorzichtig geformuleerde veronderstellingen, een oordeel te geven over de werking van de regelgeving en van de rechtspraak op het gebied van de gezondheidszorg gedurende de laatste twee decennia.

sleutelbegrippen

Vier sleutelbegrippen hebben bij de regelgeving op het gebied van de gezondheidszorg centraal gestaan: doelmatigheid, kwaliteit, kostenbeheersing en rechtspositie van de patiënt. Dit waren en zijn de centrale doelstellingen van de wetgever. Daarvoor zijn vele wetten tot stand gebracht en zijn nog vele

andere in voorbereiding. Hebben zij nu een ideale toestand geschapen, waarin met zo gering mogelijke kosten de beste zorg wordt verleend welke de patiënt maar kan verlangen en waarbij ook de hulpverlener zich nog gelukkig voelt? De vraag zo stellen is haar beantwoorden. Natuurlijk niet, daarvoor bestaan op dit moment teveel spanningen in de gezondheidszorg. Aan de kant van de hulpvragers, de patiënten, wordt geklaagd over te lange wachtlijsten, over gebrek aan opnamemogelijkheden in onder meer inrichtingen voor geestelijk gehandicapten, over gebrek aan menselijke warmte bij sommige hulpverleners. Aan de kant van hulpverleners wordt geklaagd over te grote werkdruk, over onvoldoende mogelijkheden om aan iedere patiënt werkelijk het allerbeste te geven, over de kans mede daardoor op het maken van fouten, over de veeleisendheid van sommige patiënten. Een andere klacht van de hulpverleners is tenslotte dat door de omvangrijke overheidsregulering de overheadkosten steeds groter worden, waardoor er minder geld overblijft voor de directe patiëntenzorg. Het lijstje van grieven, wensen en verlangens zou ieder van u, afhankelijk van de situatie waarin hij of zij verkeert, gemakkelijk kunnen uitbreiden. Maar is dat alles de schuld van de wetgever?

groepen van wetten

Met de vier genoemde sleutelbegrippen verdeel ik de wetten welke rechtstreeks betrekking hebben op de zorgverlening (7), in vier groepen, te weten structuurwetgeving, financieringswetgeving, kwaliteitswetgeving en patiëntenwetgeving. Zij houden natuurlijk wel nauw verband met elkaar en het wel-slagen van de ene groep wetten wordt mede bepaald door de ruimte welke de andere groep biedt. Om een voorbeeld te geven, een kwaliteitswet welke aan instellingen en beroepsbeoefenaren allerlei verplichtingen oplegt die geld kosten, kan bezwaarlijk tot een goede uitvoering komen, als de financieringswetgeving de koorden van de beurs daarvoor dicht houdt.

structuurwetgeving

De wetten binnen de groep structuurwetgeving beogen een doelmatig stelsel van zorgactiviteiten te bereiken door in beginsel elke nieuwe activiteit te binden aan een voorafgaand groter plan waarbinnen de activiteit moet passen, en vervolgens aan een vergunning van overheidswege en aan een erkenning door de ziektekostenverzekeraars. Voor ziekenhuizen en andere instellingen is dit geregeld in de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (1971), voor activiteiten in de extramurale sector en de basisgezondheidszorg in de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (1982). Deze laatste wet heeft nauwelijks gewerkt, behalve voor de vestiging van huisartsen, en wordt binnenkort weer ingetrokken om redenen die ik dadelijk zal noemen. De Wet Ziekenhuisvoorzieningen daarentegen blijft bestaan en deze wet heeft er ongetwijfeld toe bijgedragen dat inderdaad grotere doelmatigheid is bereikt. De vroeger bestaande wildgroei van instellingen, de neiging kostbare apparatuur in huis te halen, ook al was er onvoldoende emplooi voor, de neiging ook om naar een zekere luxe te streven, daaraan is terecht een einde gekomen. De wet heeft bevorderd dat vooraf kritischer wordt gekeken naar nut en noodzaak van voorgenomen activiteiten. Zonder deze wet zou dat niet zijn bereikt, ook al zijn andere stelsels denkbaar, waarbij misschien hetzelfde resultaat zou zijn bereikt, maar daarvoor is eveneens regelgeving vereist. In dezelfde zin zou ik het effect van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg voor wat betreft het vestigingsbeleid van huisartsen positief willen beoordelen. Doordat de rechter bij diverse uitspraken (8) te kennen had gegeven dat de vestigingsregelingen van beroepsorganisaties niet van toepassing zijn op niet-leden, was een wettelijke regeling noodzakelijk om de gewenste instroom van huisartsen te kunnen beperken. Aan de andere kant zijn ook negatieve effecten van deze structuurwetgeving te melden. Een stelsel van planning, vergunning en erkenning roept lange procedures in het leven en dat werkt verlamdend op de besluitvorming. Ook de mogelijkheden van innovatie, van iets nieuws aanpakken, worden door een dergelijk stelsel verkleind. Deze nadelen worden groter, indien zoals is geschied, zeer gedetailleerde uitvoeringsmaatregelen worden

getroffen en bovendien de wetten niet alleen stringent, maar ook met een neiging tot ambtelijke bureaucratie worden uitgevoerd. Voor- en nadelen van de structuurwetgeving tegen elkaar afwegend, neig ik toch naar de conclusie dat deze wetgeving in de tijd waarin zij tot stand kwam en de jaren nadien gunstig heeft gewerkt in het licht van de doelstelling van de overheid: de doelmatigheid van de gezondheidszorg te bevorderen. Het feit dat thans voorkeur wordt gegeven aan minder overheidsregulering en meer marktwerking, waarvan de positieve en negatieve effecten nog maar moeten worden afgewacht, doet aan deze conclusie niet af.

financieringswetgeving

De tweede groep, de financieringswetgeving, is de laatste tien jaren gebruikt om de kosten van de gezondheidszorg beter in de hand te houden. Voor degenen die de getallen niet paraat hebben, zij opgemerkt dat de kosten van de gezondheidszorg in 1958 1,4 miljard gulden bedroegen en in 1983, dus 25 jaar later, 35 miljard, precies 25 keer zoveel. Natuurlijk zijn voor deze explosieve stijging plausibele redenen aan te voeren: de loonontwikkeling in verband met het feit dat ruim twee derde van de kosten van de gezondheidszorg betrekking heeft op personeelskosten, de inzet van steeds meer en beter opgeleide mensen, de uitbreiding van de zorg met nieuwe behandelingsmethoden en niet in de laatste plaats de vergrijzing, waardoor aan een groter wordende groep oudere mensen intensievere zorg moest worden geboden, hetgeen overigens mede de kwaliteit van hun leven in hoge mate gunstig heeft beïnvloed.

Toch ontstond al in de zeventiger jaren, vooral toen na de oliecrisis in 1973 minister-president Den Uyl het volk voorhield dat de goede tijden van weleer nooit meer zouden terugkeren, de behoefte en de noodzaak de kostenstijging om te buigen. Daarvoor werd de Wet Tarieven Gezondheidszorg (1980) in het leven geroepen dat de mogelijkheid bood de tarieven voor de verschillende verrichtingen en diensten alsmede budgetten voor instellingen en norminkomens voor beroepsbeoefenaren vast te stellen. Deze wet heeft overigens vanaf het eerste moment

van voorbereiding voortdurend veel verzet bij de aanbieders van zorg oproepen.

Het lijkt geen twijfel dat deze wet er mede tot heeft geleid dat er inderdaad een zekere ombuiging van de kostenlijn heeft plaatsgevonden. In absolute zin zijn de kosten blijven stijgen tot rond de 47 miljard in 1990, maar zonder de wet zouden de kosten zeker 10 miljard gulden hoger zijn geweest. Er is dus flink bezuinigd en als dat het doel was van de wet, is dit gelukt. Bovendien heeft de wet nog een ander gunstig gevolg gehad, namelijk dat het met name de ziekenhuizen heeft gedwongen tot meer efficiëntie dan voorheen werd getoond. Dat is trouwens een eis welke gesteld mag worden aan allen die in de gezondheidszorg werkzaam zijn, dat met grote doelmatigheid en doeltreffendheid wordt gewerkt om te voorkomen dat anders nee moet worden verkocht aan hen die zorg behoeven (9).

Er is echter niet alleen reden voor een positief oordeel. Het feit dat momenteel zeer vele ziekenhuizen in de rode cijfers zitten, sommige al jaren en dus hun laatste reserves moeten aanspreken, het feit dat er lange wachtlijsten zijn voor vaak urgente operaties, het feit dat er nog steeds onvoldoende plaats is in verpleeghuizen en zwakzinnigeninrichtingen, waardoor thuiszorg langer duurt dan verantwoord is, al deze feiten stemmen tot grote bezorgdheid. Het is op zichzelf goed dat in de gezondheidszorg met haar vele autonome processen en gebrek-kige onderlinge afstemming van activiteiten de teugels stevig worden vastgehouden, of de overheid dat doet of de ziektekostenverzekeraars of de hulpverleners zelf. Het is echter niet goed als de teugels zo strak worden aangetrokken dat uiteindelijk niet wordt bereikt wat de wetgever bij artikel 22 van de Grondwet (10) zelf als doelstelling voor de overheid heeft aangegeven: het bevorderen dat iedere burger een naar plaats bereikbare, een betaalbare en een kwalitatief verantwoorde zorg kan krijgen.

Niettemin is het een keiharde realiteit dat aan het maken van keuzen in de gezondheidszorg niet valt te ontkomen. Het begrip ziekte heeft zo'n enorme uitbreiding ondergaan en de mogelijkheden om hulp te bieden zijn eveneens zozeer uitgebreid en

gevarieerd geworden dat niet alles kan wat kan. Ik bedoel dat niet elke vorm en mate van zorg ook financieel haalbaar is. Er zullen keuzen moeten worden gemaakt

- op landelijk niveau: welke voorzieningen worden opgenomen in het basisverzekeringspakket?;
- op instellings-niveau: welke activiteiten binnen ons ziekenhuis stoten we af?;
- op micro-niveau: wie van mijn patiënten krijgt een pacemaker en wie niet?

Daarvoor zijn geen rechtvaardige criteria te vinden en de commissie-Dunning die daarover advies moet uitbrengen, staat voor een even moeilijke taak als vijf jaren geleden de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Niet omdat ik toevallig voorzitter ben geweest van de werkgroep die criteria voor het maken van keuzen heeft opgesteld (11) en die door de Raad zijn overgenomen, maar nog steeds ben ik van mening dat, als keuzen moeten worden gemaakt, vooral moet worden gelet op:

- a. de grootte van de groep patiënten die met een voorziening zijn gebaat;
- b. de mate van succes met een voorziening;
- c. hoe zuinig is een voorziening vergeleken bij andere met eenzelfde effectiviteit;
- d. kan zoveel mogelijk ieder die de voorziening nodig heeft, worden geholpen.

Ook met deze criteria blijft kiezen moeilijk, in wezen onrechtvaardig en onbarmhartig. Vandaar een dringend beroep op alle zorgverleners om door doelmatig en doeltreffend handelen er voor te zorgen dat er geld genoeg beschikbaar komt om aan werkelijke behoeften aan zorg tegemoet te kunnen komen.

Kwaliteitswetgeving

Wetgeving specifiek gericht op de kwaliteit van de zorgverlening is in ons land op dit moment tamelijk beperkt. Voor instellingen zijn op het stuk van kwaliteit erkenningseisen gesteld krachtens de Ziekenfondswet, terwijl ook krachtens de Wet Ziekenhuisvoorzieningen eisen kunnen worden gesteld. Inmiddels is de voorbereiding ter hand genomen van een specifieke

ke Wet op de kwaliteit van door instellingen verleende zorg als sluitstuk op een stelsel van kwaliteitsbevordering door middel van zelfregulering (12). Op de betekenis van dat stelsel kom ik later terug.

De kwaliteit van geneesmiddelen wordt in ons land door middel van wetgeving goed bewaakt, in tegenstelling tot de kwaliteit van medische hulpmiddelen, waarvoor wel wetgeving bestaat, maar deze is nauwelijks operationeel (13).

De kwaliteit van de beroepsbeoefenaren is sinds lang object van wettelijke regelingen, maar deze zijn voornamelijk beperkt tot een regeling van de opleiding en de toelating tot de uitoefening van een medisch, paramedisch of verpleegkundig beroep. De wetten zeggen dus wel hoe je arts, tandarts, logopedist of verpleegkundige kan worden, en voorts dat je een beschermde titel hebt en al dan niet met uitsluiting van anderen het beroep mag uitoefenen, maar hoe je dat beroep moet uitoefenen, wordt in de wetgeving zelf niet geregeld. Nu is dat natuurlijk ook erg moeilijk precies te omschrijven, daarvoor biedt de uitoefening van het vak teveel variatie. Dat is de reden dat de aandacht zich dan vooral gaat richten op de randvoorwaarden voor een kwalitatief goede beroepsuitoefening. Te denken valt hierbij aan een verplichting tot het volgen van nascholing, tot het deelnemen aan toetsing, tot het bijhouden van een goed dossier, tot het regelen van een behoorlijke waarneming en dergelijke zaken. In de komende Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, de Wet BIG (14), komen deze zaken dan ook aan de orde. Daarnaast bestaat voor een aantal beroepen zogenaamd tuchtrecht, waarbij onder andere op klachte van de patiënt het handelen van bijvoorbeeld de arts kan worden getoetst op zorgvuldigheid en bekwaamheid en waarbij bij gegrondheid van de klacht een tuchtmaatregel kan worden opgelegd. Dat gebeurt steeds meer, een ernstig teken. Het onderwerp kwaliteit is op dit moment een zogenaamd hot item. Na afronding van dit gedeelte van mijn betoog over de effectiviteit van groepen van wetgeving - ik ben nu aan de derde van de vier groepen bezig - zal ik op dit onderwerp terug komen en dan eindelijk een toelichting geven op de titel

van dit afscheidscollege: de wet van weten en geweten.

Wat de effectiviteit van de kwaliteitswetgeving betreft, heeft onderzoek uitgewezen dat het met de naleving van de erkenningseisen krachtens de Ziekenfondswet nog maar sober gesteld is (15), maar te verwachten is dat in het kader van het nieuwe stelsel en in het licht van de rol welke op dit punt aan zelfordening wordt toegedacht, de bevordering van de kwaliteit binnen instellingsverband steeds meer inhoud zal krijgen. Ik wil er nog op wijzen dat het begrip kwaliteit ruim dient te worden uitgelegd en zowel deskundigheid als bejegening en organisatie betreft.

Met de effectiviteit van wat ik de beroepenwetgeving (16) noem, is het vreemd gesteld. Als men als doel van deze wetgeving ziet dat de georganiseerde gezondheidszorg werkt met goed opgeleide beroepsbeoefenaren, dan is dit doel bereikt. Als men als doel ziet dat alleen erkende deskundigen geneeskunst uitoefenen - en tenslotte was inderdaad het oogmerk van Thorbecke, de auteur van de nog steeds geldende wet van 1865, de toen welig tierende kwakzalverij de kop in te drukken - dan moet worden geconstateerd dat in de huidige tijd op grote schaal onbevoegd geneeskunst wordt uitgeoefend. Daarin zit ongetwijfeld ook een deel kwakzalverij, maar ook een deel wat we alternatief noemen, dat niet wordt gedoceerd in de reguliere opleidingen aan universiteiten, maar kennelijk wel voorziet in behoeften bij patiënten. Het zijn trouwens allang niet meer uitsluitend onbevoegden die alternatieve geneeswijzen toepassen, in toenemende mate zijn het bevoegde artsen, tandartsen, fysiotherapeuten enzovoort. De komende Wet BIG lost het vraagstuk van de onbevoegde uitoefening op door nog maar enkele handelingen voor te behouden aan daarvoor bij de wet aangewezen categorieën van deskundigen. Voor het overige is het gebied van de gezondheidszorg een voor ieder vrij gebied geworden, als men zich maar niet tooit met een titel die gereserveerd is voor erkende deskundigen en zich onthoudt van ernstige schade toebrengen aan een patiënt. Ik voor mij ben van mening dat, gegeven de bestaande discrepantie tussen wet en praktijk, sprake is van een verantwoorde stap van de wetgever,

mits voorts wordt geregeld dat alleen erkende deskundigen zullen worden gehonoreerd in het kader van de ziektekostenverzekeringen. Anders is het hek van de dam. Wie alternatieve hulp wil, moet terecht bij een alternatief werkende, maar overigens bij of krachtens de wet erkende beroepsbeoefenaar of anders de hulp zelf betalen, hoe hard dit ook klinkt. Dit is ook ter bescherming van de patiënt zelf, omdat artsen en enkele andere groepen beroepsbeoefenaren voor hun handelen en mis handelen ter verantwoording kunnen worden geroepen in het kader van het medisch tuchtrecht. Dat heeft getoond een goed onderscheid te kunnen maken tussen alternatief handelen en slecht handelen.

patiëntenwetgeving

Ik kom thans tot de laatste, niet de minst belangrijke groep van wetten, namelijk die betrekking hebben op de rechtspositie van de patiënt. Het is nog maar een magere groep, maar als alle regeringsvoornemens op dit onderdeel doorgaan, mogen we binnen enkele jaren een gedegen pakket van wettelijke maatregelen inzake de rechten van de patiënt tegemoet zien. Daartoe is, ik zeg het onomwonden, alle reden. De relatie tussen hulpverlener en hulpvrager, laat ik gemakshalve spreken over de relatie tussen arts en patiënt, is tot voor kort vooral geregeld geweest door de regels en de opvattingen binnen de medische beroepsgroep. Deze regels, onder andere neergelegd in het bekende blauwe boekje gedragsregels voor artsen, hebben ongetwijfeld gunstig gewerkt en er is geen enkele reden om te veronderstellen dat daarbij vooral is gestreefd naar een zo sterk mogelijke positie voor de arts. Integendeel, uit nage-noeg elke gedragsregel spreekt de boodschap het belang van de patiënt boven alles te stellen en bijvoorbeeld niet het belang van de gulden. Niettemin dient begrip te worden opgebracht voor het verlangen in brede kring en niet alleen van patiënten, om de rechten en plichten van artsen en patiënten duidelijker te formuleren en te formaliseren. De rechter in ons land is de wetgever al voorgedaan en heeft de laatste tien jaren talrijke uitspraken gedaan omtrent welke verwachtingen

de patiënt in redelijkheid mag hebben, indien hij zich onder medische behandeling stelt. De wetgever is gevolgd door in mei 1990 een voorstel van Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (GBO) bij de Tweede Kamer in te dienen. Daarin zijn als belangrijkste verplichtingen voor de hulpverlener genoemd: het verstrekken van informatie over aard en nut van onderzoek en behandeling, over alternatieve methoden, over de risico's en de verwachtingen, voorts het verlenen van inzage in de medische gegevens, het verlenen van goede zorg en het bewaren van geheimhouding. Geen nieuws onder de zon, maar een positief effect van de wet zal zijn dat hulpverleners en hulpvragers duidelijker voor ogen staat waartoe zij gehouden zijn en wat zij mogen verwachten. Een negatief effect zou kunnen optreden, indien patiënten zich onredelijk opstellen en meer eisen aan bijvoorbeeld informatie en inzage stellen dan hun belang rechtvaardigt, of anderzijds, indien een arts zich kribbig of zonder menselijk medeleven opstelt, zodra een patiënt het woord recht maar in de mond neemt. We zullen moeten beseffen dat de relatie tussen arts en patiënt, ondanks ondersteunende wetgeving, een asymmetrische relatie is, zoals Klinkert dat in zijn boekje "Macht van artsen" typeert: de patiënt is ziek, de arts gezond, de patiënt is leek, de arts expert, de patiënt moet bij ziekte wel naar de dokter. Deze asymmetrie zal altijd wel zo blijven en doet zich ook voor in de relatie tussen advocaat en cliënt, tussen docent en student en in feite ook tussen de spreker en zijn auditorium dat maar lijdzaam moet afwachten wat de spreker te zeggen heeft. Terugkerend naar de gezondheidszorg wil ik opmerken dat een ongelijke positie niet betekent een ongelijkwaardige positie en hulpverleners is niet het verlenen van een gunst, maar het honoreren van een recht. Spinoza moge dan wel gezegd hebben dat ieder zoveel recht heeft als hij macht heeft, maar dat proberen we nu juist door patiëntenwetgeving te veranderen.

balans

Het wordt tijd voor het opmaken van de balans. De op stapel staande nieuwe wetgeving voor de regeling van beroepen en voor

de rechtspositie van de patiënt is om vele genoemde redenen nodig gebleken. Hoewel niet met zekerheid kan worden voorspeld welke effecten deze nieuwe wetgeving zal oproepen, heb ik er alle vertrouwen in dat de positieve effecten de overhand zullen hebben. Ik bedoel hiermee dat wat de beroepenwetgeving betreft, duidelijker dan thans geregeld zal zijn wat elk beroep mag en niet mag, terwijl voorts binne grenzen ruimte wordt gegeven aan de kennelijke behoefte van patiënten ook gebruik te maken van alternatieve geneeswijzen. Wat de patiëntenwetgeving betreft, zal ook hier de grotere duidelijkheid omtrent de rechten en plichten van partijen de hulpverlening te goede komen.

Een louter positief oordeel kon niet worden uitgesproken over de structuur- en de financieringswetgeving. Hoezeer ook erkend moet worden dat zij heeft bijgedragen tot een grotere doelmatigheid en een betere kostenbeheersing, deze wetgeving heeft toch ook vele nadelige effecten opgeroepen. Ik heb echter al de vraag opgeworpen of deze niet meer het gevolg zijn geweest van de stringente en betuttelende toepassing van de wetten dan van de wetten zelf. Want tot deze conclusie wil ik wel komen: gezondheidsrecht is een zegen, als daarmee wordt bereikt de totstandkoming van evenwichtige, rechtvaardige verhoudingen in de gezondheidszorg; gezondheidsrecht wordt een ramp als de gezondheidszorg zo verstarrend en bureaucratisch wordt gereguleerd dat noch hulpverlener noch hulpvrager krijgt wat hem toekomt.

nieuw stelsel

Inmiddels wordt gewerkt aan een nieuw stelsel, waarbij sprake is van een basisverzekering, zeg volksverzekering voor iedere burger met een pakket dat bijna even groot is als het huidige ziekenfondspakket, en waarbij - en daarom gaat het vooral in mijn betoog - de sleutelbegrippen doelmatigheid, kostenbeheersing en kwaliteit tot hun recht moeten komen door grotere marktwerking. Omdat door ziektekostenverzekeraars niet meer met iedere beroepsbeoefenaar en met elke instelling een overeenkomst behoeft te worden gesloten, zoals tot heden wel het

geval was, kan tussen aanbieders van zorg concurrentie plaatsvinden op het stuk van prijs en kwaliteit. De grondgedachte van het nieuwe stelsel is dat omvang, inhoud, kwaliteit en prijs van de gezondheidszorg primair moet worden bepaald in een tripartite-overleg tussen verzekeraars, verzekerden en aanbieders, met de overheid als kaderscheppende, stimulerende en waar nodig corrigerende instantie. De structuurwetgeving kan daarbij grotendeels verdwijnen. Hoewel deze grondgedachte velen aanspreekt, kan niemand met zekerheid voorspellen hoe dit stelsel zal uitpakken en het aantal optimisten lijkt kleiner dan het aantal pessimisten. Ik zelf denk wel eens: zie Rusland, meer markt, minder eten, zie dadelijk ons land, meer markt, minder zorg. Marktwerking, sponsoring van ziekenhuisactiviteiten door het bedrijfsleven (17), de komst van privé-klinieken (18), dit alles kan gunstig uitpakken wat de kosten van de gezondheidszorg betreft, maar kan ook gemakkelijk leiden tot een elitaire gezondheidszorg, waar groepen van patiënten geen deel aan hebben. Engeland en de Verenigde Staten zijn beslist geen voorbeelden ter navolging. Daarom zal ook in dit stelsel de wetgever toch heel actief moeten blijven om de toegankelijkheid tot en de kwaliteit van de zorg te waarborgen. Er is dan ook heel wat wetgeving in voorbereiding: een nieuwe zorgverzekeringwet, een nieuwe wet voor de kwaliteit van door instellingen te verlenen zorg, de Wet ziekenhuisvoorzieningen moet worden aangepast evenals de Wet tarieven gezondheidszorg, en tenslotte zijn er nog de wetsvoorstellen BIG en GBO.

Jammer alleen dat het voorbereiden en tot stand brengen van wetten dikwijls, in elk geval op het gebied van de gezondheidszorg, zo lang duurt en naar mijn mening onnodig soms onnodig lang duurt. Wie van u kan het mij kwalijk nemen dat ik mij in woord en geschrift vaak erg kritisch heb uitgelaten over de rol van de wetgever en over zijn onmacht om met voortvarendheid actuele problemen aan te pakken. Juist omdat wetgeving in veel gevallen noodzakelijk is om, zoals al eerder werd opgemerkt, voor alle burgers een betaalbare, bereikbare en kwalitatief verantwoorde zorg te verkrijgen, zal de aan-

dacht zal zich moeten richten op versnelling van het wetgegingsproces. Bewindslieden moeten in hun eigen produkten geloven en flink druk op de ketel houden. Wetten moeten niet tot stand komen door de waan van de dag, maar zij behoeven ook geen eeuwigheidswaarde te hebben. Beter een wet drie keer aangepast dan nimmer tot stand gebracht.

intermezzo

Bij wijze van intermezzo wil ik voor mijzelf de vraag stellen en u daarvan deelgenoot maken of ik altijd zo kritisch ten opzichte van de wetgeving ben geweest. Dat is zeker niet het geval. Vanuit mijn opvoeding en levensovertuiging heb ik jarenlang de neiging gehad dogmatisch te denken en zonder meer vertrouwen te stellen in wat hoger gezag, kerk of overheid, had bepaald. Mijn functie van jurist bij de KNMG, mijn latere functie van hoogleraar aan deze universiteit, maar wellicht ook vele ander factoren, hebben mijn denken toch langzamerhand veranderd. Thans doe ik graag een beroep op ieders eigen verantwoordelijkheid, op ieders plicht zelf alle factoren te wegen welke relevant zijn voor zijn beslissing of handelen. Vele malen hebben artsen mij advies gevraagd hoe te handelen in complexe, vaak etisch geladen vraagstukken en telkens is het mij duidelijk geweest dat de arts zelf zal moeten beslissen en dat ik hem hoogstens kan helpen alle relevante factoren boven tafel te krijgen. Welnu, in deze zin zie ik ook de rol van de wetgever, stimulerend tot verantwoord gedrag en slechts dan gebiedend of verbiedend, als bescherming van algemene belangen of bijzondere belangen van derden dat vereist. Anders gezegd, wetgeving niet als panacee voor alle aspecten van de gezondheidszorg, maar meer als ultimum remedium. Wie trouwens alles door wetten wil bepalen, zal kwade neigingen veeleer prikkelen dan verbeteren, zei Spinoza en deze keer geef ik hem gelijk.

wie stelt de dokter de wet?

In het voorgaande heb ik de bouwstenen aangedragen die ik

nodig heb voor onderbouwing van de titel van dit college: de wet van weten en geweten. Dit is de wet welke dient te gelden voor de beroepsuitoefening van artsen, tandartsen, paramedische en verpleegkundige beroepsbeoefenaren, al zal ik mij in het vervolg vooral richten op de arts, in dit geval als prototype voor alle andere groepen van beroepsbeoefenaren. Degenen onder u die het voorafgaande symposium hebben bijgewoond, zullen zich nog herinneren dat daarbij mijn oratie werd gememoreerd welke de titel had: wie stelt de dokter de wet? (19). Mijn antwoord toen was dat het handelen van de arts gedeeltelijk door wetgeving, gedeeltelijk door de rechten van de patiënt en grotendeels door de beroepsnormen wordt bepaald, maar dat binnen die grenzen een grote mate van vrijheid van medisch handelen moet worden aanvaard. Ik bepleitte dat toen, niet alleen omdat de patiënt hoogst individueel is en een op zijn persoon gerichte benadering behoeft, maar omdat ook de arts hoogst individueel is en er nu eenmaal geen kookboek-geneeskunde bestaat. Daarom maande ik tot terughoudendheid met wetgeving ten aanzien van het medisch beroep.

Interessant vond ik het onlangs bij Barbara Tuchman in haar boek "De waanzinnige 14de eeuw" te lezen dat in de middeleeuwen artsen werden bewonderd, terwijl rechtsgeleerden in het algemeen werden gehaat en gewantrouwd. Het hoge aanzien van de artsen, al zegt de schrijfster dat hun geneesmethoden soms dicht in de buurt van de brouwsels van heksen kwamen, kwam onder meer tot uiting in het feit dat de toen bestaande wetten tegen de weelde - ook toen wist de wetgever van wanten - artsen extra luxe toestonden en ook hun echtgenoten mochten meer aan kleding besteden dan andere vrouwen. Deze lankmoedigheid van de wetgever tegenover artsen bepleit ik natuurlijk niet.

Het is trouwens de vraag of het aanzien van de artsen nog zo hoog is als kennelijk toen, hoewel zij veel meer weten en kunnen. Het falen van de geneeskunde in de strijd tegen leven en dood lijkt meer aandacht te krijgen dan de successen in deze strijd. Er wordt ook meer geklaagd. Nu is het wel zo dat een goede dokter geen nieuws is en als iets verkeerd is de aandacht

krijgt, bestaat al gauw de indruk dat het een alledaags verschijnsel is, terwijl het wellicht sporadisch voorkomt. Het vermelden van een betreurenswaardige gebeurtenis vermeerdert ogenschijnlijk de omvang daarvan tot het tienvoudige, merkte eerdergenoemde Tuchmann al op. Hoe het zij, we hebben te maken met een beroep dat in de schijnwerpers zal blijven staan en overigens is het verschijnsel niet onbekend dat een patiënt geen goed woord over heeft voor de medische stand en wegloopt met zijn eigen dokter.

arts en wet

Wanneer alle wetten welke voor het medische beroep van belang zijn, straks in werking zijn getreden, dan verkeert de arts in de volgende situatie:

- de uitoefening van geneeskunst is, behoudens enkele voorbehouden gebieden als heelkunde, tandheelkunde, verloskunde en injecties, in beginsel voor eenieder vrij, al zal het maatschappelijk kader van onze gezondheidszorg er wel voor zorgen dat erkende deskundigen de plaats behouden die zij nu innemen;
- de contracteerverplichting voor ziekenfondsen zal niet langer bestaan en hoewel vestiging in beginsel vrij is, dient bij de ziektekostenverzekeraars de bereidheid te bestaan tot contracteren met de arts die zich wil vestigen ;
- krachtens de Wet BIG kunnen allerlei kwaliteitseisen worden gesteld, maar alleen indien zelfregulering het op dit punt laat afweten;
- de relatie tussen arts en patiënt wordt in belangrijke mate geregeerd door de bij wet geformuleerde rechten van de patiënt, aangevuld door rechtspraak en door gedragsregels binnen het medische beroep.

Langs deze wegen zal veel geregeld zijn, maar ook veel niet. Hoe precies de arts medisch-technisch en medisch-etisch te werk moet gaan, hoe hij tot zijn beslissingen zal moeten komen, hoe hij de patiënt slecht nieuws zal vertellen, hoe hij dient te handelen bij een conflict van plichten, terecht wordt

hem dat niet voorgeschreven. Hij zal zich moeten laten leiden door de wet van weten en geweten.

Wat mag men in redelijkheid verlangen dat de arts weet? In de eerste plaats dat hij op de hoogte is van de stand van de medische wetenschap op zijn gebied, de geneesmiddelenvoorziening daaronder begrepen. In de tweede plaats, dat hij op de hoogte is van de geldende regelgeving voor zijn beroep en van de deskundigheid welke aanverwante beroepen kunnen leveren, opdat hij hen met inspraak betreft bij zijn beslissingen en handelingen. In de derde plaats mag men van de arts verlangen dat hij op de hoogte is van de etische opvattingen welke rond bepaalde medische handelingen in het algemeen bestaan en bij zijn patiënt in het bijzonder. In de vierde plaats dat hij weet wat de patiënt die zich tot hem wendt werkelijk wil en werkelijk nodig heeft, opdat slechts datgene wordt gedaan wat zinvol kan worden geacht. In de vijfde plaats, dat de arts weet welke kosten en inspanningen zijn verbonden aan wat hij zich voorneemt te doen, vergeleken bij de kosten en inspanningen bij andere verrichtingen met een te verwachten gelijk effect. Over al deze punten zal de arts zich moeten kunnen rechtvaardigen, tegenover zijn patiënten, tegenover degenen met wie hij samenwerkt, tegenover de instellingen waarmee hij is verbonden en zo nodig tegenover de rechter.

Tenslotte mag men van de arts verwachten dat hij, als alle kennis en wetenschap hem geen antwoord geven op de vraag hoe in een concrete situatie te handelen, dat hij dan handelt naar eer en geweten. Medisch handelen is tegelijk ook moreel handelen (20). Natuurlijk, het begrip geweten is een vaag begrip en bekend is de uitdrukking "een geweten zo groot als een hooischuur", maar we begrijpen allen dat het gaat om het innerlijk besef van goed en kwaad, de norm waarnaar de mens zijn eigen handelen beoordeelt. Dat is een zo groot goed dat vrijheid van geweten bijvoorbeeld in de abortuswet, de dienstplichtwet en andere wetten uitdrukkelijk is gehonoreerd. Ook de overheid mag de arts niet plaatsen voor beslissingen welke hij naar eer en geweten niet kan nemen. Mij gaat het er om dat een arts zo handelt dat hij tegenover zichzelf zijn handelen

kan rechtvaardigen. Er zijn genoeg gevallen, waarin het geweten de belangrijkste norm zal zijn. Wanneer artsen in moeilijke gevallen mijn juridisch advies hebben gevraagd, heb ik nimmer getracht hun de wet voor te schrijven, maar wel getracht hun geweten te activeren. De arts kan daarbij houvast vinden in enkele rechtsbeginselen, ik noem:

- het autonomiebeginsel: doe nooit iets tegen de wil van de patiënt, tenzij wet of rechter daarvoor toestemming geeft;
- het beschermingsbeginsel: doe alles, maar ook alleen wat het leven van de patiënt beschermt;
- het rechtvaardigheidsbeginsel: geef de patiënt wat hem toekomt, maar veronachtzaam andere belangen niet.

Wat het laatste beginsel betreft, de arts is, ondanks zijn primaire plicht het belang van zijn patiënt te behartigen, soms gerechtigd of zelfs verplicht aan andere belangen voorrang te geven (21).

opleiding

Ik kom thans tot de afronding van mijn betoog. Om te bevorderen dat de arts en iedere andere beroepsbeoefenaar en eigenlijk ook ieder die met de organisatie van de gezondheidszorg heeft te maken, handelt volgens de wet van weten en geweten, kan naar mijn stellige overtuiging in de diverse opleidingen het vak gezondheidsrecht, liefst in samenhang met het vak gezondheidsethiek, niet worden gemist. Artsen, verpleegkundigen, BMG-ers behoeven geen juristen te worden, maar zij dienen te weten welke wettelijke en andere regelingen voor hun werk van belang zijn en hoe zij zo verantwoord mogelijk kunnen handelen.

In het begin van mijn betoog heb ik gezegd dat gezondheidsrecht meer is dan kennis van de regelingen, het gaat ook om de motieven en de effecten. Ik wil daaraan nog een andere dimensie toevoegen. Zoals het recht in het algemeen ten doel heeft rechtvaardige en vreedzame verhoudingen in de samenleving te bevorderen, zo heeft het gezondheidsrecht ten doel te komen tot rechtvaardige, eerlijke verhoudingen in de gezond-

heidszorg. Dit betekent dat wie het vak gezondheidsrecht in zijn opleiding of bij zijn nascholing mee krijgt, haast vanzelf wordt geraakt door de behoefte alle relevante belangen in ogenschouw te nemen. Ik herhaal hier wat ik vaak heb gezegd: het besluitvormingsproces waarin alles zorgvuldig wordt overwogen, is belangrijker dan het uiteindelijke besluit, al moet ook dat natuurlijk de toets der kritiek kunnen doorstaan.

afscheid

Dames en Heren, ik heb veel van uw geduld gevraagd. Een Turks spreekwoord zegt: geduld is de sleutel tot het paradijs, maar een ander bekend spreekwoord luidt: geduld, te vaak getergd, wordt razernij. Laat ik dat voorkomen door mijn betoog nu vlot af te ronden.

Afscheid nemen op een moment waarop dat naar het oordeel van de omgeving nog niet echt nodig is, lijkt vreemd, maar is bij mij ingegeven door de sterke behoefte tijd te krijgen voor andere zaken dan waarover ik u vanmiddag heb onderhouden, waarbij ik met name denk aan kunstgeschiedenis. Ik heb mij inmiddels op aanraden van mijn vrouw die mij graag meer thuis ziet, als student laten inschrijven. Graag had ik vandaag de relatie tussen kunst en geneeskunst aan de hand van dia's willen presenteren, maar het gegeven dat aan het einde van deze maand vanuit deze universiteit een groot wereldcongres aan dit thema wordt gewijd (MedArt'91), heeft mij bescheiden van dit plan doen afzien.

Laat ik u in elk geval verzekeren dat mijn vertrek gepaard gaat met gevoelens van grote erkentelijkheid tegenover deze universiteit die mij de kans heeft geboden het vak gezondheidsrecht op onderdelen tot verdere ontwikkeling te brengen, gevoelens van grote vriendschap tegenover alle docenten van de studierichting BMG en gevoelens van grote verwachtingen tegenover de studenten die hun bijdrage zullen moeten leveren aan de totstandkoming van een gezondheidszorg welke aan eenieder geeft wat hem toekomt. En dan is gezondheidsrecht weer een zegen.

Noten

1. In deze zin ook de Minister van Justitie in zijn op 4 maart j.l. aan de Tweede Kamer aangeboden beleidsnota "Zicht op wetgeving"
2. Meestal wordt de eigen formule 3WHD gebruikt welke de volgende vragen omvat: waarom is een regeling gewenst, wat zou de regeling dienen te regelen, wie is het meest aangewezen om de regeling tot stand te brengen, hoe dient de regeling te luiden, en dan, wordt door de regeling het probleem opgelost of ontstaan door de regeling wellicht nieuwe problemen?
3. Aanwijzingen inzake terughoudendheid met regelgeving, Nederlandse Staatscourant 1984,232. Zie ook het themanummer Wetgeven en evalueren, Justitiële Verkenningen,17e jrg.nr.5, juni 1991.
4. In mijn artikel Grenzen aan regelgeving door de overheid in de gezondheidszorg, in Grenzen aan de zorg, zorgen aan de grens, Samson H.D.Tjeenk Willink 1990, heb ik het voorstel van Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) genoemd als een voorbeeld van een zeer langdurig wetgevingsproces, al meer dan 25 jaar.
5. J.M.Polak, een van de sprekers tijdens het voorafgaande aan dit afscheidscollege gehouden symposium "Stelt de dokter de overheid de wet?" heeft Aanwijzingen voor zelfregulering gepubliceerd in Bestuur en norm, Kluwer Deventer 1987. Zie ook M.van Driel, Zelfregulering als alternatief van wetgeving, SEW 7 (1990) juli.
6. In de opleiding van de studierichting Beleid en Management Gezondheidszorg (BMG) behoren gezondheidsrecht en gezondheidszorgeconomie tot de kernvakken welke door alle studenten worden gevolgd.
7. Buiten beschouwing blijven bijvoorbeeld de wettelijke regelingen inzake preventie, hygiëne en medisch-etische vraagstukken.
8. o.a. Hof Den Haag 27 mei 1982, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1983/4 en Rechtbank Haarlem 29 december 1984, TVGR 1984/34
9. W.B.van der Mijn, Wie verkoopt nee aan de patiënt? Een nee-verkoopbeleid volgens beginselen van ethiek en recht, Medisch Contact 1986, pag.176-178.
10. Artikel 22, lid 1 van de Grondwet luidt sinds 1983: De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid. Aan dit artikel pleegt de uitleg te worden gegeven welke in de tekst van deze voordracht is gegeven.
11. Advies Grenzen aan de zorg van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, waarin onder meer het rapport van de etische werkgroep is opgenomen, Zoetermeer 1985
12. WVC-Nota Kwaliteit van zorg van 28 mei 1991, Tweede Kamer vergaderjaar 1990-1991, 22113
13. Aldus L.M.C.Faro in haar dissertatie De kwaliteit van implantaten in juridisch perspectief, VUGA Den Haag 1990
14. Het voorstel van Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg is op 16 mei 1986 bij de Tweede kamer ingediend onder nummer 19522. Op 21 augustus 1990 is door de Kamer het eindverslag ingediend. Het wachten is nu op verdere behandeling.
15. Onderzoek naar invulling van erkenningsseisen Ziekenfondswet/AWBZ, Capaciteitsgroep gezondheidsrecht RUL 1985
16. W.B.van der Mijn, Beroepenwetgeving in de gezondheidszorg, derde druk, Kluwer Deventer 1989
17. Zie o.a. wout Dekker, Sponsoring en fondsenwerving in de gezondheidszorg, Monitor nr.7-8/91 en Consumentengids 1991/8, blz.483
18. Advies Nationale Raad voor de Volksgezondheid inzake privé-klinieken, Zoetermeer 1991
19. Een exemplaar van deze bij Kluwer Deventer uitgegeven oratie is uitsluitend nog bij de auteur om niet verkrijgbaar.
20. J.J.M.van Delden, Het nalaten van medische behandelingen bij meerderjarige wilsonbekwame mensen, Gezondheidsraad Den Haag 1991.
21. W.B.van der Mijn, Rechtvaardigheid; een kwestie van ieder het zijne geven, TVGR 1990/2, blz.121-128
