

Inhoudsopgave

1	Inleiding	11
2	De betekenis van de begrippen care en cure	13
3	Problemen	15
3.1	Problemen in de sector 'mensen met een verstandelijke handicap'	15
3.2	Problemen in de sector 'mensen met een lichamelijke handicap'	19
3.3	Problemen in de sector geestelijke gezondheidszorg	21
3.4	Problemen in de sector verpleging en verzorging	24
3.5	Sector curatief-somatische zorg	26
3.6	Overeenkomstige problemen in alle sectoren	29
4	Oplossingen	34
4.1	Gerealiseerde oplossingen	34
4.2	Gewenste oplossingen en aanbevelingen voor toekomstige beleid	38
	Bijlage	
	Lijst van deelnemers aan de discussiebijeenkomsten	45

1 Inleiding

Gebrek aan samenhang en veel van de andere de onvolkomenheden van de gezondheidszorg en de zorggerelateerde dienstverlening worden toegeschreven aan het stelsel en met name aan 'schotten' tussen verzekeringen of 'compartimenten'. Schotten die afstemming en samenwerking zouden frustreren en goede zorg blokkeren, vooral wanneer meerdere vormen van zorg of dienstverlening tegelijkertijd nodig zijn. Schotten die welhaast onoverkomelijk lijken en een stelselherziening dringend rechtvaardigen.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) de vraag voorgelegd of care en cure moeten differentiëren of integreren om meer samenhang te bewerkstelligen en op grond van welke argumenten.

Om feit en fictie te ontwarren en een goed beeld te krijgen van de effecten van de huidige ordening op de praktijk, voerde de Raad gesprekken in vijf sectoren van de gezondheidszorg: de sector zorg voor mensen met een verstandelijke handicap, de geestelijke gezondheidszorg, de sector zorg voor mensen met lichamelijke handicaps, de curatief-somatische zorg en de sector verpleging en verzorging. Aan die gesprekken namen vertegenwoordigers deel van patiënten- en consumentenorganisaties, aanbieders, zorgverzekeraars en andere organisaties die te maken hebben met zorg- en dienstverlening, zoals gemeenten en woningbouwverenigingen.

De gesprekken werden gevoerd aan de hand van de volgende vragen.

- Welke betekenis hebben de begrippen care en cure in uw dagelijkse praktijk?
- Wat zijn de meeste navrante afstemmingsproblemen in uw sector en waardoor worden die vooral veroorzaakt?
- Op welke wijze gaat u om met die problemen; hoe omzeilt u die of lost u die op? Met andere woorden: wat zijn de succes- en faalfactoren?
- Aan het einde van elke gespreksronde werd de aanwezigen gevraagd naar argumenten voor of tegen integreren of differentiëren van cure en care.

Van de vijf bijeenkomsten is steeds een verslag gemaakt dat aan alle deelnemers is voorgelegd ter toetsing. De antwoorden

op deze vragen hebben een serie heldere uitspraken opgeleverd over knelpunten en oplossingen in de dagelijkse praktijk. Problemen met 'schotten' zijn – aldus de deelnemers – niet alleen te wijten aan 'compartimentering', maar ook aan (andere) wet- en regelgeving, bureaucratie, schaarste, domeindenken, onvoldoende verantwoordelijkheidsgevoel en enkele andere zaken. Suggesties om deze problemen te lijf te gaan, variëren per sector enigszins en zijn te verdelen in feitelijke, gerealiseerde oplossingen en beoogde en gewenste oplossingen.

Dit alles geeft een getrouw beeld van wat leeft in de praktijk en van wat (niet) werkt en is van grote waarde geweest voor het totstandkomen van het advies Care en cure. De inzichten en opvattingen die naar voren werden gebracht, zijn in geabstraheerde vorm terug te vinden in het advies, maar verdienen letterlijk geciteerd te worden. Om die reden is gekozen voor een afzonderlijke achtergrondnotitie bij het advies Care en cure, die geheel gebaseerd is op de discussieverslagen.

De opbouw van deze achtergrondnotitie volgt die van het advies. Dit betekent dat achtereenvolgens de betekenis van care en cure in de praktijk en de (afstemmings)problemen aan de orde komen, geïllustreerd met voorbeelden. Dan volgen de oplossingen die kunnen worden opgevat als een serie aanbevelingen vanuit de praktijk.

2 De betekenis van de begrippen care en cure

De begrippen care en cure zijn bekend, maar hebben heel verschillende betekenissen.¹ De terminologie wekt verwarring, is soms wel en soms niet gekoppeld aan compartimenten en is niet relevant voor de praktijk van de zorg, zeker niet als het erom gaat bepaalde vormen van (zorg)aanbod te onderscheiden.² De meest kenmerkende opmerking over de betekenis van care en cure in de gezondheidszorg is wellicht:

"Ooit dacht ik te weten waarop de beide begrippen sloegen, maar dat inzicht ben ik inmiddels volledig kwijtgeraakt. Wij werken praktisch."

De betekenis van de termen care en cure verschilt per sector, de scheiding ligt in de ggz bijvoorbeeld ergens anders dan in de somatische zorg. Bovendien verschuift de inhoud van de begrippen voortdurend, mede als gevolg van veranderingen in tijd en kennisstand. De invloed van nieuwe medisch-technische mogelijkheden heeft het onderscheid tussen care en cure in termen van zorgaanbod vervaagd. In de somatische zorg (cure) geldt dat er veel chronisch zieken zijn, die blijvende zorg (care) nodig hebben. In de ggz werd de psychiatrische patiënt vroeger gezien als 'patiënt voor het leven' waaraan weinig te genezen viel. Nu wordt gesproken over mensen met een chronische ziekte, met ups en downs en een wisselend beroep op zorg. Dat is geen 'zuivere' care meer. Unaniem is men van opvatting dat de begrippen niet aansluiten bij de realiteit van het voorzieningssysteem, noch bij de vraag van de cliënt of patiënt. De patiënt overkomt 'iets' en heeft 'iets' nodig. Het doet er niet toe of dat care, cure of dienstverlening wordt genoemd. Vanuit de patiënten geldt uitdrukkelijk dat vasthouden aan het onderscheid van care en cure, alleen narigheid met zich meebrengt: de scheiding is kunstmatig en is bedoeld voor het beheersen van kosten, maar niet voor het bewaken van continuïteit en kwaliteit van het totale zorgaanbod. Dat de beide begrippen desondanks nog steeds worden gehanteerd, wordt geweten aan gebrek aan belangstelling voor het zorgperspectief.

Tenslotte worden normatieve zaken genoemd als verklaring voor het hardnekkig onderscheid. Cure lijkt vooral gedefinieerd als:

"Iets met zichtbare instrumenten en lichamelijke aandoeningen, terwijl care niet werkt met instrumenten en meer op het mentale vlak ligt. Cure is verbonden met heroïek en uiterst gecompliceerde ingrepen en – in samenhang daarmee – met de vraag wat dat mag kosten. Hoe instrumenteler de activiteiten, des te hoger de status. Dat moet belemmerd overboord, het doet geen enkel recht aan de ontwikkelingen in de care en belet een gelijksoortige waardering."

Samenvattend: de discussie over care en cure is een politieke, die niet gebaseerd is op de praktijk. De begrippen cure en care zijn kunstmatig gekoppeld aan financieringsvoorwaarden en aan organisatievormen die onderling niet met elkaar overeenkomen. Dat geeft blijk van een 'volstrekt niet-vraaggestuurde zorg'.

"De zorgketen begint en eindigt bij de patiënt; diens behoefte staat centraal. Dat zou althans het uitgangspunt moeten zijn. De begrippen care en cure spelen daarin geen rol. Ze steken de kop op, als er problemen zijn. Bijvoorbeeld wanneer huisartsen institutionele zorg nodig achten. Of wanneer patiënten meerdere verstrekkingen nodig hebben van instellingen in verschillende sectoren. Dan beginnen de gevechten met de instellingen en de regels. De begrippen care en cure markeren in feite de struikelblokken."

De begrippen care en cure worden vooral als 'abracadabra' beschouwd. Het ontbreekt vaak aan inzicht in de achtergronden van de stelselbespreking, zelfs als problemen op de werkvloer daarop direct terug te voeren zijn. De materie is te ingewikkeld voor veel betrokkenen, maar is ook niet relevant. Men weet elkaar vaak wel te vinden als het gaat om het oplossen van die problemen en zoekt ad hoc-antwoorden om zo goed en snel mogelijk door te kunnen gaan met het werk, hetgeen overigens als probleem op zich wordt beschouwd, omdat dit de achterliggende problematiek verhult. Herdefiniëren van de begrippen care en cure is een heilloze weg. De vraag is op welke wijze de discussie over care en cure behulpzaam kan zijn bij het overbruggen van de grote verschillen in de manier waarop problemen worden beschouwd.

"Wanneer je in staat bent de problemen te definiëren als gezamenlijk probleem, dan kom je er altijd uit, ongeacht welk stelsel."

3 Problemen

In de vijf sectoren worden verschillende problemen aangewezen als belangrijke oorzaak van disfunctioneren van de gezondheidszorg en de gerelateerde dienstverlening. Desondanks blijken er veel overeenkomsten, met dien verstande dat iets andere accenten worden gelegd. Voor een helder beeld zijn de problemen hier per sector gepresenteerd. Omdat vooral sprake was van overlap en dus van vergelijkbare problemen in de sectoren mensen met een verstandelijke handicap, mensen met een lichamelijke handicap en in de ggz, respectievelijk in de sectoren verpleging en verzorging en curatief-somatische zorg, zijn die achtereenvolgens besproken. In paragraaf 3.6 zijn de overeenkomstige problemen in alle sectoren opgesomd.

3.1 Problemen in de sector 'mensen met een verstandelijke handicap'

Voorbeelden

Een veel voorkomend probleem ontstaat, wanneer mensen switchen van cure (ZFW) naar care (AWBZ) en weer terug. Opnames komen wekelijks voor, maar ziekenhuizen blijken steeds minder bereid om zorg te verlenen aan mensen met een verstandelijke handicap omdat ze zo 'bewerkelijk' zijn. Ze bieden behandeling op voorwaarde dat sprake is van één op één begeleiding (gedurende 24 uur) vanuit de care. Inhoudelijk is dat geen probleem – het verbetert de kwaliteit van zorg – maar op het vlak van de financiering is er niets geregeld. Sterker nog, begeleiding wordt verwacht van de care-instelling die de patiënt, vanwege diens ziekenhuisopname, tijdelijk uit heeft moeten schrijven. Omgekeerd is vaak extra medische of verpleegkundige zorg nodig na terugkeer in de care (in termen van aanbod), maar die kan niet worden verkregen via het ziekenhuis en kan ook niet worden verrekend.

Van verschillende kanten wordt nadrukkelijk gewezen op de beperkingen van deconcentratie en vermaatschappelijking. De 'normale' curevoorzieningen schieten tekort als het gaat om mensen met een verstandelijke handicap. Die hebben veel meer tijd nodig voor een consult. Grote problemen worden voorzien bij deconcentratie naar kleine locaties, door het toenemend appèl dat dan op de eerste en de tweede lijn zal

worden gedaan. Met andere woorden: "een zo gewoon mogelijk leven in de samenleving" botst met de noodzakelijke zorg.

Veel problemen in de sector houden verband met (gebrek aan) samenwerking. Patiënten worden regelmatig op vrijdag om 17.00 uur ontslagen. De thuiszorg en de familie moeten dan halsoverkop worden ingeschakeld of er moet een (andere) noodoplossing worden gezocht, bijvoorbeeld door particuliere instellingen of vrijwilligersorganisaties op te trommelen. Dat is extra lastig wanneer de benodigde zorg niet 'zuiver' onder care dan wel cure of dienstverlening valt, maar een mix is. Voor mensen met ingrijpende multiële en veelal chronische problematiek, geldt een onverantwoord afschuifstelsel. Daar doen de aanbieders aan mee, maar ook de financiers: 'de ZFW' is te gauw geneigd tot afschuiven op 'de AWBZ'; het verbindingkantoor ziet dat dagelijks gebeuren.

Oorzaken

Het is veel te simpel om te stellen dat de oorzaken van deze problemen allemaal en uitsluitend gevolg zijn van de (budgettaire) scheiding van care en cure. 'Schotten' hebben vele oorzaken, verschijningsvormen en gevolgen. Een zeker zo belangrijke rol spelen:

- deconcentratie, vermaatschappelijking en individualisering;
- de vele nieuwe contacten op de raakvlakken van care en cure;
- aanbod onvoldoende flexibel om vraag te beantwoorden;
- slechte samenwerking en ongestraft weigeren van verantwoordelijkheid;
- onduidelijkheden en belemmeringen in planning en wet- en regelgeving;
- bureaucratie in de besluitvorming en administratieve rompslomp;
- financieringssysteem.

De meeste problemen spelen op het raakvlak van care, cure en dienstverlening en worden goed zichtbaar in de processen van deconcentratie en vermaatschappelijking. Mensen met een verstandelijke handicap hebben zorg nodig, maar zijn geen zieken. Dat neemt niet weg dat ze ernstig ziek kunnen worden, waardoor specialistische kennis en ervaring vereist zijn bij de behandeling. Die zijn voorhanden binnen een geconcentreerde instelling voor verstandelijk gehandicapten, maar vaak niet (voldoende) daarbuiten, juist omdat de ziekte vaak een relatie heeft met de specifieke aard van de handicap. Behandeling in

de somatisch-curatieve sector is dus niet altijd adequaat. Noch qua beschikbare tijd en begeleiding, noch medisch-technisch. Deconcentratie en vermaatschappelijking hebben nog een ander praktisch probleem tot gevolg: begeleiding bieden of zorg verlenen op een veelvoud van plaatsen, is vanuit het oogpunt van de aanbieder zeer inefficiënt. Strikt genomen is het veel efficiënter om iedereen op een grote zaal te leggen met toezicht van een of enkele verzorgenden en allemaal tegelijk te voorzien van boterhammen of georganiseerd plezier. Wonen is een ander voorbeeld; dat zou niet meer moeten behoren tot de taken van de instelling, maar het is de vraag of de benodigde begeleiding overgedragen kan worden, zo ja aan wie, hoe die begeleiding georganiseerd en gefinancierd wordt. Soms is het volstrekt onduidelijk wie verantwoordelijk is voor welke kosten. De woningbouworganisaties bieden diverse vormen van dienstverlening, tezamen met allerlei andere instellingen en vanuit de vraag van de bewoners. Problemen in samenwerking liggen altijd op het financiële vlak, waardoor de betrokkenen gedwongen worden veel tijd te besteden aan overleg over de 'verkeerde dingen'. Het zou zeer helpen wanneer die instellingen op dezelfde financiële basis georganiseerd zijn. Voor de woningen van zelfstandig wonende verstandelijk gehandicapten en in woonzorgvoorzieningen zijn vaak extra voorzieningen nodig, zonder dat duidelijk is wie dat betaalt. Dat vereist veel zoekwerk, veel overleg en veel administratieve handelingen. Een beroep op de WVG-pot die gemakkelijk toegankelijk zou moeten zijn en die in dit geval voor de hand ligt, is vaak geheel buiten beeld. Die problemen worden meestal wel opgelost, maar dat kost veel tijd en is dus oneigenlijk duur.

Vergoeding in cure is vanzelfsprekend, vergoeding in care niet. Vervoer naar een ziekenhuis is bijvoorbeeld nooit een probleem, vervoer in het kader van vermaatschappelijking van de zorg, vrijwel altijd. Bijzonder lastig is ook dat sommige instellingen veel hogere vergoedingen krijgen dan andere voor een vergelijkbaar aanbod. Dat kan grote – en soms oneigenlijke – gevolgen hebben voor plaatsing dan wel behandeling/begeleiding. Ernstig manco van de AWBZ is dat het wettelijk onmogelijk is om uit te wijken naar alternatief aanbod, bijvoorbeeld van particuliere, niet erkende, maar zeer goed bekend-staande instellingen. Tegelijkertijd geldt dat 'men teveel op de eigen potten blijft zitten'.

"Financiële schotten worden te vaak als excuus gebruikt om mensen niet te helpen. De kwaliteit van leven moet voorop staan; de wijze waarop het aanbod gerealiseerd wordt, zou een afgeleide moeten zijn".

De bureaucratie drijft alle partijen tot wanhoop. Naar schatting gaat ruim 30% van de beschikbare tijd op aan bureaucratische handelingen in plaats van aan de zorg. Het vaststellen van zorgarrangementen kost zeer veel tijd en administratieve actie en zelfs veel voorkomende, bekende handelingen van enkele minuten, moeten uitputtend schriftelijk verantwoord worden. Die tijd kan beter besteed worden.

De tendens om steeds strakker te indiceren, versterkt de bureaucratie. Daar komt bij dat er een heel regiment indicatiecommissies is; de sector heeft al te maken met zes stuks. Het is nodig om indicaties te stellen, maar de strakke regelgeving werkt averechts; de aanbieders zouden veel meer verantwoordelijkheid moeten krijgen.

Het persoonsgebonden budget (pgb), bejubeld in kringen van 'beleid', is een onoverzienbaar woud van veel te gecompliceerde regels voor de cliënten. Bovendien kunnen die vaak de benodigde hulp niet krijgen vanwege de krappe arbeidsmarkt. Dan is er nog het probleem van controle op de kwaliteit van de uitvoering. De mensen die (min of meer) zelfstandig wonen, maar hulp nodig hebben in welke vorm ook, zijn extra kwetsbaar. Ze kunnen geen gebruik (meer) maken van hetgeen een residentiële setting allemaal te bieden heeft, krijgen te maken met talloze regelingen en loketten, weten de weg niet en krijgen dus onvoldoende toegang tot de middelen, de diensten, de care of de cure waaraan ze behoefte hebben en waarop ze recht hebben. Ook van ouders wordt vaak vernomen hoeveel moeite zij hebben met de bureaucratie in het algemeen en met de WVG in het bijzonder:

"Ze moeten én veel tijd hebben, én veel geduld, én een hoge opleiding – een combinatie die weinig voorkomt – om zelfs de meest noodzakelijke gelden weg te slepen voor de poorten van de hel."

Kortom: de voorkomende problemen zijn niet of niet per se het gevolg van de scheiding tussen care en cure. Dat blijkt in alle sectoren het geval.

3.2 Problemen in de sector 'mensen met een lichamelijke handicap'

Voorbeelden

Mensen met een lichamelijke handicap hebben slechts zelden één enkele vraag en dus moet ondersteuning geboden worden op meerdere terreinen. De lastige klussen zijn die waarbij de mensen onder meerdere vormen van wet- en regelgeving vallen en in meerdere compartimenten tegelijk.

Ter illustratie: een 16-jarig meisje zit met een AWBZ-indicatie in een woonvoorziening; krijgt een behandeling in het kader van de Ziekenfondswet, doet een opleiding en is bezig met arbeidsintegratie via de Wet (re)integratie van arbeidsgehandicapten (REA). Omdat Heliomare een samenhangend geheel van voorzieningen biedt – revalidatiecentrum, onderwijsvoorziening, instituut voor arbeidsintegratie en scholing, woontrainingscentrum, kindertehuis, activiteitencentra en fitness- en sportruimten –, is dat betrekkelijk eenvoudig op te lossen binnen de instelling. Dat geldt tot op zekere hoogte ook voor een aanbod van buiten de instelling, omdat die de financieel-administratieve problemen opvangt. Er is echter veel reden tot zorg over de mensen die op zichzelf zijn aangewezen, temeer daar de huisarts niet in een positie verkeert dat hij of zij de patiënt op dit punt kan steunen.

Er is ook veel zorg over mensen die veel – en wisselende – vormen van zorg en dienstverlening nodig hebben, en zorg over hun directe omgeving. In de sector wemelt het van dergelijke patiënten. Een voorbeeld van een jongen met een ernstige vorm van spierdystrofie die thuis verpleegd wordt door de ouders. Die brengen zware emotionele offers om hun zoon zijn laatste jaren zo goed mogelijk te verzorgen. Ze zijn genooddaakt geweest hun baan op te geven en brengen dus ook nog eens zware financiële offers, terwijl de zeer zorgintensieve behandeling van hun zoon in een instellingsbed veel duurder zou zijn. Om te voorkomen dat de ouders bezwijken, neemt het revalidatiecentrum de jongen van tijd tot tijd op. Ook daar staat geen vergoeding tegenover.

De ernstigste problemen ontstaan bij het organiseren van ondersteuning na een opname en in de overgangsfasen, wanneer sprake is van meerdere verstrekkingen. Mensen die na hun verblijf in Heliomare naar huis kunnen, maar daar moeten oefenen en wennen, kunnen de benodigde thuiszorg krijgen. Op voorwaarde dat Heliomare die betaalt, anders gaat het niet

door. Dat geldt zelfs voor patiënten van buiten de regio. Bemoeienis van meerdere ministeries, is een knelpunt.

Een ander dagelijks terugkerend probleem vloeit voort uit het aanbieden van meerdere activiteiten tegelijkertijd (met name bij een aanbod vanuit verschillende sectoren en van diverse instellingen). Meerdere verstrekkingen brengen bovendien een stapeling van eigen bijdragen met zich mee: mensen betalen voor de thuiszorg, voor het verpleeghuis en eventueel zelfs voor specialistische hulp in het ziekenhuis. Als de instelling geen invloed kan uitoefenen, zoals op de gemeente, zijn onnodig lange klinische opnames het gevolg vanwege niet op tijd opleveren van geschikte woningen. Mensen met hersenstoornissen hebben enorme problemen met het vinden van woonruimte en (vervolg)onderwijs; voor zelfstandigwonenden is het vinden van dagactiviteiten heel moeilijk. Het is moeilijk om werk te vinden, ook in sociale werkplaatsen. Zelfs sporten is een groot probleem, althans bij reguliere sportclubs.

Oorzaken

Knelpunten hebben te maken met het huidige stelsel, maar met name met:

- langs elkaar heen werken van ministeries;
- de (on)toegankelijkheid van instellingen;
- het ontbreken van verbindingen in de zorg waardoor de cliënt een integraal pakket krijgt;
- financiële voorwaarden, met name bij meerdere verstrekkingen;
- schaarste en status (imago);
- bureaucratie;
- kwetsbare positie van cliënten.

Mensen met een lichamelijke handicap zijn aangewezen op zorg- en dienstverlening uit meerdere sectoren van zorg en (maatschappelijke) dienstverlening. Dit betekent dat in ieder geval de ministeries VROM (voor wonen), Sociale Zaken (voor arbeid en arbeidsintegratie), OC&W (voor opleiding en cultuurdeelname) en VWS (vanwege behandeling en begeleiding) betrokken zijn. Omdat altijd sprake is van overlappende aspecten in de cliëntvraag, schuiven deze ministeries de verantwoordelijkheden op elkaar af. Dit speelt op het nationale niveau, werkt door in het lokale niveau en heeft directe gevolgen voor het persoonlijke functioneren van de cliënt en diens omgeving.

Schaarste is een andere oorzaak van problemen: er is méér geld nodig voor de zorg, maar het geld zou ook beter moeten worden verdeeld. Door schaarste in termen van tekorten op de arbeidsmarkt komt de kwaliteit in het geding en vervolgens ook de kwantiteit. Tekort aan personeel heeft te maken met lage financiële beloning, maar ook met het imago van het beroep, met het zware appèl dat op professionals wordt gedaan en met burn-out. Hier is al jaren voor gewaarschuwd, maar de politiek heeft daar geen consequenties aan verbonden. Dubbele of meervoudige financiering (van verschillende verstrekkingen tegelijkertijd) levert grote problemen op: wanneer iemand vanuit de revalidatie alvast regelmatig naar huis gaat om te wennen, met hulp van de thuiszorg, is dat prachtig uit oogpunt van zorg, maar is financieel strafbaar. Dat heeft als gevolg dat de cliënt – in verzekeringstechnisch opzicht – beter af is in een grote residentiële instelling, maar het bevordert de afhankelijkheid van die instelling en beperkt de keuzevrijheid.

Dit alles heeft ernstige gevolgen voor de toch al kwetsbare positie van patiënten die de handen vol hebben aan hun situatie en voor wie het (bijna) onmogelijk is om zich een weg te banen door het labyrint van regels en voorzieningen. In de praktijk blijkt bovendien een vorm van willekeur te spelen, bijvoorbeeld gebaseerd op 'sympathie': het is vaak wel mogelijk om allerlei soorten hulp en ondersteuning te bieden aan het (jonge) kind. Maar als het kind ouder wordt, volwassen en bejaard, dan zijn allerlei indicaties nodig 'en daar gaat het mis'.

3.3 Problemen in de sector geestelijke gezondheidszorg

Voorbeelden

Net als in de andere sectoren, ontstaan de meeste problemen in 'kniksituaties', wanneer patiënten meer soorten hulp nodig hebben en vooral op momenten dat die acuut georganiseerd moet worden. Het volgende voorbeeld spreekt voor zich. Hoewel het als incident gepresenteerd lijkt te worden, is het een exemplarisch en kenmerkend probleem in de sector. Een psychogeriatrische patiënt die thuis woont, wordt bij achteruitgang aangemeld bij het riagg. Die schrijft anti-psychotica voor, maar die helpen niet erg. De situatie verslechtert, de persoon in kwestie kan niet meer voor zichzelf zorgen en een aanmelding voor dagtherapie volgt. Daarvoor is een wachtlijst, dus er gebeurt niets. Als een valpartij

plaatsvindt, is een acute opname nodig en 'sjouwt' de huisarts een hele nacht om een ziekenhuisbed te regelen en een rit met de ambulance (ook zo'n schrikbarende kostenpost). Dat lukt niet. Er zou een rampzalige situatie zijn ontstaan als de dochter niet ingesprongen zou zijn. Uiteindelijk kon een beroep worden gedaan op de intensieve thuiszorg in Zoetermeer, die snel ingeschakeld kon worden, dwars door alles heen, op een terminale indicatie.

Ander voorbeeld: een oude dame wordt door de huisarts aangemeld bij de ggz met de vraag om onderzoek en diagnostiek van een combinatie van een dementieel beeld, een mogelijke depressie en een slechte lichamelijke conditie. Na ambulante screening waarbij een internist/cardioloog en een verpleeghuisarts betrokken zijn, blijkt opname in het APZ noodzakelijk. Na zes weken is de diagnose dementie vastgesteld en is een verpleeghuis geïndiceerd. De wachttijd is drie maanden; de ggz-indicatie is vervallen. Mevrouw kan tijdelijk naar huis, maar de echtgenoot blijkt niet meer in staat haar op te vangen.

En een derde casus: een jonge man wordt opgenomen in een algemeen ziekenhuis met een trauma. Na ontslag wordt duidelijk dat hij niet-aangeboren hersenletsel heeft, lichamelijke handicaps en cognitieve stoornissen. Na verwijzing naar een revalidatie-instelling blijkt dat hij ook depressief is en gedragsstoornissen heeft. De geconsulteerde psychiater indiceert psychiatrische behandeling. Na verloop van tijd is duidelijk dat de patiënt niet meer naar huis kan, een aangepaste woonvorm nodig heeft vanwege zijn hersenletsel, en verzorging en ambulante psychiatrische behandeling.

Alle aanwezigen kennen dergelijke voorbeelden van mensen die maandenlang 'rondtobben' en weten niet precies waaraan dat te wijten is, maar men weet heel zeker dat dit soort problemen in de toekomst vanwege de vergrijzing snel zal toenemen en dat alleen al om die reden veranderingen noodzakelijk zijn.

Essentiële probleemveroorzakers zijn:

- wet- en regelgeving en de relatie met maatschappelijke ontwikkelingen;
- bureaucratie en indicatiestelling bij kortdurende zorg;
- gebrek aan flexibiliteit van zorgaanbieders;
- schaarste met alle gevolgen van dien voor het personeel en de kwaliteit van zorg.

Wet- en regelgeving zijn uiterst belemmerend voor het vinden van oplossingen binnen de AWBZ en het kost zeer veel tijd om uitwegen te vinden. Het is niet zozeer het verzekeringsstelsel als zodanig dat de grote problemen veroorzaakt, maar vooral de organisatorische uitwerking. In de eerste lijn loopt de indeling care-cure absoluut niet parallel aan AWBZ-ZFW. Dat wil niet zeggen dat de sector beter af zou zijn door uit de AWBZ te raken: recente ervaringen in de somatisch zorg hebben immers laten zien dat overheveling van bepaalde ziekenhuisgerelateerde zorg naar de Ziekenfondswet tot een 'puinhoop' leidde, met name omdat de particuliere ziektekostenverzekeraars niet betaalden omdat dit aanbod niet in een zorgpakket zat.

Verschillen in eigen bijdrage kunnen ertoe leiden dat patiënten binnen de ZFW worden getrokken om te voorkomen dat ze die bijdrage moeten betalen. De ZFW heeft te weinig stimulansen voor het ziekenhuis; de financiering is nog niet afgestemd op een andere gang van personen door het systeem. Op deze manier zijn verschuivingen tussen compartimenten een bedreiging voor de rechtszekerheid van particulier verzekerden.

Het ingezette proces van 'ambulantisering' naar reguliere woonvoorzieningen met ondersteuning en zorg van het APZ is niet goed mogelijk in de AWBZ. Eventueel wel in geval van 'zelfstandig' wonen binnen het APZ (op het terrein), maar dat zou een omgekeerde weg zijn: behandelen en wonen worden immers zoveel mogelijk gescheiden aangeboden en steeds vaker volgt een mix van woonbegeleiding, RIBW, dienstverlening, behandeling, dagactiviteiten et cetera. Zo'n mix is organisatorisch en financieel lastig te realiseren en dat staat haaks op het overheidsbeleid.³

In de praktijk van de 'normale' huisvesting blijkt bovendien dat een aanzienlijk aantal mensen geen (gespecialiseerde) thuiszorg of andere begeleiding krijgt. Een groot probleem vormen (psychiatrische) patiënten die na verloop van tijd geen behandeling en medicatie meer willen. Doorgaans veroorzaken die na verloop van tijd overlast, worden uitgezet en worden opgevangen door de maatschappelijke opvang. Daardoor krijgt de slechtst gefinancierde voorziening met het minst gediplomeerde personeel en de meeste vrijwilligers de moeilijkste 'gevallen' en recidiveren cliënten vaak onnodig. De woningbouwcorporaties zijn van mening dat de bij- of nazorg van (andere) zorginstellingen ernstig tekort schiet. Het is

duidelijk dat daarin volstrekt onvoldoende wordt geïnvesteerd en dat ook dit vloeit met vermaatschappelijking van de zorg (care, cure, residentieel of ambulant).

De bureaucratie behoort ook hier tot veroorzaker van grote problemen. De bureaucratie van het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO) (tenminste zes weken wachten op een indicatie; een puur ambtelijke procedure) wordt als voorbeeld genomen.⁴ Bij langdurige opnames is een onafhankelijk oordeel niet ongewenst, maar bij de acute, kortdurende, snel veranderende en meervoudige aanspraken en in geval van terminale zorg is de bemoeienis van het RIO zeer belemmerend. Dan moeten beslissingen kunnen worden genomen op het productieniveau, op voorwaarde dat daar een aantal fundamentele zaken veranderen, waaronder de bereidheid tot assimilatie, alleen al binnen de ggz.

3.4 Problemen in de sector verpleging en verzorging

Voorbeelden

Mensen zijn vaak moeilijk te plaatsen in instellingen in de sector verpleging en verzorging, vooral als ze meervoudige problemen hebben en/of dementie. De mensen die op de wachtlijsten staan, zijn allemaal even urgent; er is eigenlijk geen keus meer te maken, dus volgt een keuze op enigszins discutabele gronden, bijvoorbeeld omdat het netwerk 'knapt'. Patiënten met zeer dure medicijnen worden geweerd uit het verpleeghuis omdat ze binnen korte tijd het genesmiddelenbudget voor een heel jaar opslokken. Het is vaak ook heel lastig om mensen vanuit een verpleeghuis in een ziekenhuis geplaatst te krijgen. Poortartsen krijgen soms domweg instructies om bepaalde problematiek te weigeren, en met hen moet dan worden onderhandeld. Het inkrimpen van de verpleegdagen in ziekenhuizen brengt na ontslag een enorme taakverzwaring met zich mee voor de huisarts, de thuiszorg en de mantelzorg. De ziekenhuiszorg wordt doorgeschoven, maar de middelen schuiven niet mee. Sterker nog, één van de redenen voor doorschuiven naar de care is juist omdat de tarieven lager zijn, waar het laagst betaalde personeel werkt en waar de moeilijkste en meest arbeidsintensieve gevallen zich ophopen.

Een derde voorbeeld betreft een hospice. Dat is geen erkende instelling in Nederland, maar voorziet in een enorme behoefte.

Het hospice krijgt dagelijks nieuwe terminale patiënten 'aangeboden', onder meer door de ziekenhuizen. De bedprijs kost de helft van een ziekenhuisbed, maar wanneer dure apparatuur nodig is, is die alleen te betalen door keer op keer speciale constructies te maken, bijvoorbeeld door thuiszorggelden in te zetten of te zorgen voor een verpleeghuisindicatie. Iedere keer moet de 'trucendoos' open, omdat de financiële grenzen tussen care en cure worden overschreden.

Oorzaken

Oorzaken van problemen worden toegeschreven aan:

- financiële schotten en verschillende tarieven voor vergelijkbare diensten;
- gebrek aan middelen;
- gebrek aan gezamenlijke verantwoordelijkheid van de hulpverlening;
- 'pikorde' en status care-cure;
- indicatiestelling;
- bureaucratie;
- wet- en regelgeving gebaseerd op argwaan.

Financiële schotten en verschillen in budgettering zijn hierboven al besproken. Gebrek aan middelen, wachtlijsten en tekort aan goed en gemotiveerd en gehonoreerd personeel, is aangestipt. Verder is veel gesproken over waarden en normen. Er zal geen zorgketen totstandkomen zolang de cure zozeer wordt overgewaardeerd ten opzichte van de care; integratie of differentiatie doet nauwelijks ter zake. Ook bij de verzekeraars geldt dat cure beter 'verkoopt': de concurrentie ontlokt hen beloften als 'elk jaar cervixuitstrijkje bekostigen' of 'regelmatige cholesterolcontroles' houden. Tegen the state of the art in.

Vrijwel unaniem werd erkend dat elke stap buiten het (eigen) domein en het eigen domeindenken tot problemen leidt. De 'pikorde' is een van de grote faalfactoren in de zorg. Pikorde speelt op instellingsniveau, maar ook op niveau van personen en beroepsgroepen en is verbonden aan status, opleiding en 'gebektheid', die meestal wordt gereflecteerd wordt in inkomensverschillen. Van groot belang zijn de collectieve waarden die binnen een instelling heersen, die kunnen de dominantie van de normen van een bepaalde groep doorbreken. Er zijn grote verschillen in attitude tussen instellingen met een vergelijkbaar aanbod.

Een grote belemmering vormen de indicatiestelling, de bureaucratie daar omheen en de trage besluitvorming. Van bijna alle kanten wordt om die reden gehoopt dat de RIO opgeheven wordt. In dat geval is het zeer gewenst dat de wijkverpleegkundige oude stijl terugkomt, die zelfstandig beslissingen kan nemen over in te zetten hulp. Nadrukkelijk ook voor meervoudige hulpverlening (anders ontstaat een nieuwe onwerkbaar structuur). Wanneer sprake is van langduriger hulp en/of waanneer bepaalde kostengrenzen worden overschreden, zou toetsing kunnen plaatsvinden. Eventueel steekproefsgewijs, maar bij voorkeur zo snel mogelijk, in de periode van de geboden hulp. Dat helpt willekeurig te voorkomen en is in het belang van de kwaliteit van zorg. Maar een indicatiestelling voor iedere (!) handeling komt voort uit gebrek aan vertrouwen en leidt tot grote inefficiëntie, bureaucratie en uitgaven die veel beter besteed hadden kunnen worden aan de zorg zelf. Nu zijn extra drempels opgeworpen voor het verlenen van hulp. De indicatiestructuur heeft mede daardoor bijzonder ondermijnend gewerkt voor de lokale samenwerkingsverbanden die bijvoorbeeld in een gezondheidscentrum zijn opgezet. De voordelen daarvan (korte lijnen, snelle besluitvorming) is verpulverd door de RIO-indicatie.

Tot slot worden problemen in de sector Verpleging en Verzorging ook geweten aan het zich onvoldoende profileren van de sector zelf; veel ziekenhuizen weten nauwelijks wat een verpleeghuis te bieden heeft en hen kan niet eenzijdig verweten worden dat de verpleeghuizen soms stelselmatig overgeslagen worden door beslissers.

3.5 Sector curatief-somatische zorg

Voorbeelden

In de regio Gouda wordt geëxperimenteerd met transmurale zorg. Zorgaanbieders hebben zich verbonden in een Stichting Transmuraal Netwerk die een brugfunctie vervult, onder meer tussen ziekenhuis, verpleeghuizen en thuiszorg. Doel is ketenzorg te bieden en te voorkomen dat ziekenhuispatiënten te lang moeten wachten op een verpleeghuisbed en op revalidatie en toch dure ziekenhuisbedden bezetten. Het ziekenhuis koopt bedden op verschillende afdelingen in het verpleeghuis en het geld volgt de patiënt. Er blijken echter allerlei praktische problemen bij het uitvoeren van de transmurale zorg. Een patiënt in een 'brugbed' is namelijk in

eerste instantie een ziekenhuispatiënt. De ziekenhuistarieven wijken af van die van de verpleeghuizen. Wanneer de ziekenhuispatiënt een rolstoel of ander hulpmiddel nodig heeft, moet een beroep gedaan worden op de WVG. Als dezelfde patiënt eenmaal formeel in het verpleeghuis is, is sprake van een regulier bed en neemt de eigen bijdrage fors toe. Bovendien moet het verpleeghuis de hulpmiddelen overnemen, met alle administratieve rompslomp van dien. Een bijkomend probleem is dat de besluitvorming zoveel tijd kost dat de patiënt soms al thuis is voordat de hulpmiddelen er zijn, en dan ontstaat er weer een nieuwe (financieel-administratieve) situatie. Dat laatste is ondervangen door rechtstreeks af te spreken dat de rolstoel wordt geleverd vóórdát de patiënt formeel in het verpleeghuis komt. Die loopt dan het minste risico, dat kost het minste en werkt het snelst, maar het is een kunstgreep. Het transmuraal netwerk lijkt succesvol te worden, vooral dankzij goede onderlinge samenwerking. Er zou sprake kunnen zijn van ongewenste effecten: in geval van de brugbedden is er bijvoorbeeld het gevaar dat het ziekenhuis voorrang in het verpleeghuis regelt voor de eigen patiënten, ten koste van de mensen die niet via het ziekenhuis komen en op andere wachtlijsten staan.

Verschillen in financiering geven ook andere problemen. Verpleeghuizen hebben een vast jaarbudget voor geneesmiddelen. Als sprake is van zeer dure behandelingen, bijvoorbeeld met cytostatica, kan dat betekenen dat de medicijnen van die ene persoon vrijwel het hele budget opslokken. De vaste verpleegprijs van het verpleeghuis is in zo'n geval dus een contra-indicatie voor opname, ook al is de persoon in kwestie beter af in een verpleeghuis, is de totale zorg daar goedkoper en is de verkeerde bedbezetting in het ziekenhuis opgelost met het verhuizen van de patiënt naar het verpleeghuis.

Oorzaken van de problemen worden toegeschreven aan:

- verschillen in budgettering;
- betrokkenheid van teveel uiteenlopende instanties;
- trage besluitvorming.

Maar ook aan:

- dominantie van de positie van het ziekenhuis;
- ondergeschikte invloed van patiënten en huisartsen;
- bureaucratie;
- domeindenken, cultuur- en statusverschillen;
- verschillende CAO's, waardoor personeel moeilijk uit te wisselen is ondanks vergelijkbare taken;

- ontbreken van structurele maatregelen, teveel ad hoc-beleid en inconsequent beleid.

De vele verschillende financieringsstromen en de vele activiteiten die allemaal afzonderlijk verantwoord moeten worden, vormen een enorm obstakel voor het gezamenlijk aanbieden van passende zorg. Het per sector gescheiden voorbereiden en invoeren van een nieuw systeem van bekostiging, kan niet als bevorderend worden aangemerkt voor de beleidsmatig gewenste samenwerking binnen cure/care in het kader van de ketenzorg. Wensen om een transmuraal centrum op te zetten, worden geblokkeerd door wet- en regelgeving.

"Strikt genomen zouden we veertien verschillende accountantsverklaringen moeten afgeven, maar dat doen we niet; we gooien alles in één pot. We zijn goed geworden in sjoemelen, misschien is dat een succesfactor te noemen. We doen samen snel en efficiënt zaken, maar krijgen pas achteraf betaald. Dat is niet alleen een risico, het geeft ook een enorme hoeveelheid werk en een enorme bureaucratie, want je moet alles registreren, maar dat blijft, hoe je het ook aanpakt."

In beide bovenbeschreven voorbeelden is sprake van dominantie van het ziekenhuis in empirische zin; veranderingen zijn vanuit het ziekenhuis gestart en lijken daar ook te eindigen. De aanbieders in het Transmuraal Netwerk erkennen dat het ziekenhuis dominant is, maar schrijven dat toe aan de centrale plaats van het ziekenhuis in de zorg(keten). Als een ziekenhuis niet meedoet bij het ontwikkelen van transmurale activiteiten, heeft dat verstrekkende gevolgen. Van de kant van de patiënten wordt echter opgemerkt dat het ziekenhuis een té centrale rol speelt.

"Het lijkt erop alsof deze nieuwe vormen van samenwerking en afstemming alleen gelden als de patiënt eerst bij het ziekenhuis langs is geweest."

Zij benadrukken dat de rol van de huisarts onvoldoende uit de verf komt in dit transmurale initiatief, mede vanwege gebrek aan tijd en financiële compensatie voor deelname aan allerlei overleg. Dat huisartsen geen heldere plaats hebben, wordt gezien als 'groot knelpunt', zowel uit oogpunt van continuïteit van (keten)zorg, casemanagement en regie, als uit oogpunt van de belangen(behartiging) van de patiënt en vanwege de kennis van zaken van de huisarts.

Uit diverse voorbeelden blijkt hoezeer de sector lijdt onder het uitblijven van heldere structurele maatregelen, respectievelijk onder allerlei ad hoc-maatregelen, zelfs als die enige tijd 'lucht' geven. Dat de AWBZ-geldkraan op dit moment open is, is een gelukkige omstandigheid, maar geen structurele zaak. De bestrijding van de wachtlijsten genereert nieuwe mogelijkheden, maar het is de vraag in hoeverre daar continuïteit mee wordt bereikt. Bovendien wordt onvoldoende gekeken naar de consequenties van de (ad hoc-)maatregelen voor het omringende veld. Het gevaar dat er nieuwe verschuivingsproblemen – waaronder nieuwe verkeerde bedden – ontstaan, is niet denkbeeldig.

Tot slot is gewezen op inconsequenties van het overheidsbeleid en met name op de op handen zijnde wijziging in de bekostiging en financiering van ziekenhuizen. Het streven is om de bekostiging van ziekenhuis en medische specialist vanaf 2003 te baseren op zogenoemde Diagnose behandel combinaties. De overheid blijkt zich te concentreren op activiteiten die zich binnen het ziekenhuis afspelen en houdt geen rekening met transmuraal geleverde zorg, terwijl in de Zorgnota 2001 beschreven is dat het traditionele onderscheid in de cure tussen intra- en extramuraal verdwijnt en het accent steeds meer op transmurale zorg komt te liggen. Het per sector gescheiden voorbereiden en invoeren van een nieuw systeem van bekostiging is dus niet bevorderlijk voor de gewenste samenwerking binnen care/cure in het kader van de ketenzorg.

3.6 Overeenkomstige problemen in alle sectoren

In feite lopen alle partijen in alle sectoren tegen vergelijkbare problemen aan. Afhankelijk van de sector waarin men werkzaam is en van de 'partij' waartoe men behoort, worden iets andere accenten gelegd en verschillen de verklaringen enigszins. Dat blijkt uit bovenstaande paragrafen, maar in alle sectoren zijn het vooral de gecompliceerde situaties waarin cliënt of patiënt adequate en meervoudige hulp moet hebben, die grote problemen opleveren. Als hulp acuut georganiseerd moet worden, is men gedwongen te 'sjoemelen, te rotzooien en deals te sluiten', maar zelfs dat lukt lang niet altijd.

Verzekeringstechnische en financiële schotten

In alle sectoren worden problemen genoemd, die men wijt aan de scheiding van AWBZ en ZFW, vaak in samenhang met aanpalende problemen van financieel-technische aard. Zoals het hanteren van verschillende tarieven en budgetteringssystemen voor dezelfde diensten in verschillende sectoren; frustrerende financiële voorwaarden en CTG-richtlijnen, met name bij meerdere verstrekkingen; en verschillende CAO's voor gelijk gekwalificeerd personeel dat vergelijkbaar werk doet. Overdracht van budgetten tussen compartimenten is niet toegestaan, tenzij sprake is van een experimenteerstatus. De financiële schotten zorgen voor veel 'last' en het overbruggen ervan kost veel tijd en doorzettingsvermogen, maar is door niemand onmogelijk of onoverkomelijk genoemd. Althans niet als het gaat om het realiseren van een aanbod aan mensen die onder een instellingsregime verblijven. Grote zorg is uitgesproken over de mogelijkheden van patiënten of cliënten die op eigen kracht moeten zien te zorgen voor een passend aanbod.

Veel van de genoemde problemen hebben echter te maken met heel andere schotten dan financiële. De belangrijkste oorzaken, genoemd in alle sectoren, zijn de volgende.

Ontbreken van gezamenlijke verantwoordelijkheid

In alle sectoren is gewezen op het onvoldoende nemen van gezamenlijke verantwoordelijkheid om het aanbod af te stemmen op de vraag. Het aanbod is niet flexibel en de toegankelijkheid van instellingen schiet tekort. Onverantwoorde 'bedrijfspolitik' heeft bijvoorbeeld tot gevolg dat het heel moeilijk is om een plek te vinden voor 'bewerkelijke' mensen, maar het weigeren om verantwoordelijkheid te nemen, blijft ongestraft. Het ontbreken van verbindingen in de zorg waardoor de cliënt een integraal pakket van zorg en dienstverlening zou moeten kunnen krijgen, is eveneens een gevolg van het feit dat de 'eigen instelling eerst' komt en pas daarna de zorgvraag. De vele nieuwe contacten op het grensvlak tussen care, cure en dienstverlening, maken die situatie er niet beter op. De 'stammenstrijd in het gebouw aan de Oudlaan' wordt exemplarisch en problematisch genoemd: integratie zal bijzonder lastig zijn als er op dat niveau niets verandert.

Cultuur, domein, status en imago

Herhaaldelijk is gewezen op de statusverschillen tussen (hightech) cure en care en de wijze waarop die tot uitdrukking komt in budgetten; in belangstelling, motivatie en beloning van

personeel; in cultuur en in de positie van instellingen. Onevenredige status van de cure ten opzichte van de care doet geen recht aan (maatschappelijke) ontwikkelingen en aan het feit dat care en cure steeds moeilijker te scheiden zijn. Toch wordt de care-sector sinds jaar en dag financieel onderbedeeld en is de status van beroepsbeoefenaren in de care lager dan in de cure.

De status van de cure en de 'pikorde' waardoor bepaalde specialismen nog steeds bepalend zijn voor de gehele gezondheidszorg, is niet meer van deze tijd en staat haaks op de belangen van de patiënt.

Invloed van patiënten en hun belangenbehartigers

Dat patiënten nauwelijks zeggenschap en sturingsmogelijkheden hebben, is ook een gevolg van (lage) status genoemd. Het is in verband gebracht met het ontbreken van voldoende vraaggestuurd aanbod en is onder meer verklaard door de ingewikkelde wet- en regelgeving, waardoor patiënten slechts zelden in staat zijn zelfstandig alle mogelijkheden te overzien, hun vraag te (doen) honoreren en hun eigen belangen te behartigen. De positie van patiënten in instellingen met een integraal aanbod is in dit opzicht beter, maar vergroot hun afhankelijkheid en beperkt de keuzemogelijkheden. De huisarts is niet in een positie de patiënt op dit punt volledig te informeren en te ondersteunen. Daarbij komt dat deze zelf vaak in een afhankelijke positie verkeert als hij of zij iemand 'onder dak' moet krijgen en contacten moet organiseren met andere hulpverleners.

Schaarste

Gebrek aan middelen is regelmatig naar voren gebracht. Als algemeen probleem waardoor minder zorg gegeven kan worden dan gewenst en noodzakelijk (wachtlijsten), maar ook in verband met afkalvend imago waardoor het steeds moeilijker is om aan gekwalificeerd en betrokken nieuw personeel te komen, met alle gevolgen van dien voor het huidige personeel (burn-out) en de kwaliteit van zorg. Schaarste is ook in verband gebracht met attitude: tekorten leiden tot het 'scherper' afperken van de eigen verantwoordelijkheid, versterkt het domeindenken en het 'op de centen zitten'.

Problemen eerste lijn

De gevolgen van niet afgestemde budgetsystemen komen ten laste van de eerste lijn en worden daar op afgewenteld. Terwijl tegelijkertijd grote zorg uitgesproken wordt over de

overbelasting van de eerste lijn en over het tekort aan huisartsen in het bijzonder. Dit wordt ook genoemd in verband met vermaatschappelijking van de intramurale zorg en de vergrijzing van de bevolking. De sector waarschuwt hier al jaren voor en verwijt de overheid slecht beleid.

Bureaucratie en administratieve belasting

Bureaucratie en administratieve rompslomp vanwege de gecompliceerde financieringssystematiek, maar vooral vanwege de (veelheid van) indicatiestellingen, de betrokkenheid van teveel uiteenlopende instanties bij de besluitvorming en de vertraging die dat oplevert, worden ervaren als bron van hevige frustratie. De dwang tot gedetailleerde verantwoording, zelfs van de eenvoudigste routinehandelingen en het niet kunnen besteden van die tijd aan de patiënt, is een doorn in het oog van alle betrokkenen in het veld.

Overheid

De politieke besluitvorming volgt de praktijkontwikkeling niet, of op veel te grote afstand. Bovendien neemt de overheid maatregelen die uitvoering van het (eigen) beleid belemmeren. In alle sectoren is gewezen op zaken in de wet- en regelgeving die onduidelijkheid veroorzaken en planning en samenwerking belemmeringen. De landelijke overheid wordt teveel ad hoc-beleid verwezen en het hanteren van lapmiddelen, waardoor structurele verandering uitblijft. Het is uitermate lastig dat de betrokken ministeries onvoldoende afstemmen en naar elkaar verwijzen wanneer sprake is van overlappende verantwoordelijkheden. Men reageert te traag op maatschappelijke ontwikkelingen, ook als die mede gepropageerd worden door de overheid (de gevolgen van deconcentratie, vermaatschappelijking en individualisering en de inspanningen en kosten die dat met zich meebrengt, zijn slecht getaxeerd). Het beleid is niet voldoende consequent en consistent: maatregelen blijken in de praktijk vaak zodanig uit te pakken dat ze haaks staan op het beoogde doel. Dat de verantwoordingsplicht in de thuiszorg tot in het absurde is doorgevoerd, wordt des te meer beschouwd als pijnlijk en wordt verklaard uit 'argwaan' van de overheid.

Wat betreft de lokale overheden is herhaaldelijk gewezen op de grote verschillen in uitvoering tussen gemeenten, hetgeen een overlappend aanbod bemoeilijkt. De onmacht van het ambtelijk apparaat en de bezwaren tegen de indicatiestelling

door het RIO zijn in elke bijeenkomst ruimschoots aan de orde gebracht.

4 Oplossingen

Een omstandige opsomming van problemen, zoals in paragraaf 3, geeft een goed beeld van de knelpunten, maar een te pessimistisch beeld. Er gaat namelijk ook veel goed, vooral wanneer de betrokkenen uit de verschillende disciplines bereid zijn om samen te werken. Persoonlijke inzet, gebaseerd op een diep verankerde belangstelling voor de patiënt of cliënt en zijn welzijn, is een enorme drijfveer om zaken voor elkaar te krijgen, indien nodig dwars door de regelgeving heen. Als dat lukt, blijkt dat zeer inspirerend. Vaak gaat het om het vinden van oplossingen voor individuele problemen, in feite het principe van de vraaggestuurde zorg, maar vaak ook proberen betrokkenen uit de sfeer van ad hoc-noodverbanden te komen door afspraken te maken over een meer structurele werkwijze. Daarbij zijn steeds vaker instellingen en personen betrokken die niet tot de traditionele care of cure behoren, zoals leveranciers van hulpmiddelen, woningbouworganisaties (dienstverleners). Ook de samenwerking met deze nieuwe partners die vaak op een andere wijze tegen bepaalde problemen aankijken, blijkt bijzonder stimulerend te kunnen zijn.

De vijf discussiebijeenkomsten hebben duidelijk gemaakt dat – met goede wil – bijna altijd oplossingen te vinden zijn voor de meeste problemen, zij het dat dit vaak lange adem vraagt en zeer goede contacten. Die oplossingen zijn niet altijd conform de regels. Soms is het een kwestie van het vinden van de mazen, soms zijn ze strikt genomen, niet legaal. De woorden 'ritselen', 'rommelen' en 'sjoemelen' zijn veelvuldig gevallen. Analyse van de discussies maakt dan ook duidelijk dat er twee soorten oplossingen zijn: de gekozen en gerealiseerde oplossingen en de gewenste. Die komen hier achtereenvolgens aan de orde. De gewenste oplossingen zijn te lezen als aanbevelingen voor toekomstig beleid van het veld (paragraaf 5).

4.1 Gerealiseerde oplossingen

Met het doel 'ketenzorg' te kunnen bieden en afspraken waar te kunnen maken over continuïteit van zorg zijn transsectorale werkverbanden ontstaan, bijvoorbeeld van zorginstellingen en woningbouwcorporaties. In Zoetermeer is een samenwerkingsverband opgezet van alle betrokkenen bij de

eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg en zorggerelateerde dienstverlening in de regio. In Gouda wordt een transmuraal netwerk ontwikkeld. Knelpunten care en cure hebben vaak betrekking op knelpunten binnen de AWBZ en tussen AWBZ en ZFW. De overheid speelt hier steeds vaker op in door bijvoorbeeld extra budget en CTG circulaire over andere Multifunctionele centra van psychiatrie en gehandicaptenzorg voor kinderen met dubbele problematiek. Op deze wijze wordt het schot opgeheven. Als straks sprake is van integrale aanpak – bijvoorbeeld in de sector Verpleging en Verzorging – kunnen verpleeg- en verzorgingshuizen ook thuiszorg leveren; nu wordt dat vaak al ontwikkeld via hun extramurale budgetten.

Woningbouworganisaties hebben een taakstellend budget en dus de (prestatie)verplichting om te zorgen voor huisvesting van een bepaalde hoeveelheid mensen, ook van zwakkere groepen, waaronder bewoners van zorginstellingen. Dat gebeurt dan ook, uiteraard in samenspraak met derden, zoals die zorginstellingen. Vermaatschappelijking van de zorg betekent dus dat economisch zwakke groepen toestromen. Deze huurders kunnen gemiddeld f 350,- huur per maand verwonen. De huur van normale woningen bedraagt gemiddeld f 600,-. Dat is dus een veel te hoog bedrag, zelfs met aftrek van huursubsidie. Dat probleem wordt bijvoorbeeld opgelost door de woningen zodanig aan te passen dat ze geschikt te maken zijn voor bewoning door meer personen. Om wachttijden en verstoppingen aan de achterdeur te voorkomen, schieten de woningbouworganisaties de verbouwkosten voor. "Wie dan uiteindelijk moet betalen, zien we later wel."

Woningbouworganisaties zijn maatschappelijke ondernemers. Dat betekent dat hun winst mede wordt ingezet ten behoeve van de meest kwetsbare huurders. Het is van groot belang gebleken dat de sector een financieel vangnet heeft, juist ook omdat de woningbouw nog steeds gebonden is aan allerlei wet- en regelgeving (je mag niet zomaar bouwen of anders bouwen, ook niet als je de verplichting opgelegd wordt om woonruimte aan te bieden aan mensen met handicaps en speciale behoeften).

Zoetermeer (ggz, Robert Fleury Stichting) heeft een 'zorghart', waarin alle partijen participeren en een aantal bijzondere projecten, zoals ggz-crisisinterventie en niet-aangeboren hersenletsel. Vooral dit tweede project heeft te maken met alle

sectoren in de gezondheidszorg en met een woonvorm die gefinancierd wordt door drie sectoren tezamen. Afspraken en verantwoordelijkheden zijn vastgelegd in een convenant. Het zorgkantoor heeft een wezenlijke rol gespeeld door te proberen alle belemmeringen te omzeilen. Uit de bevindingen is inmiddels gebleken hoe belangrijk het is dat de zorg veel beter georganiseerd is. De reden dat alle huisartsen participeren in het Zoetermeer-verband heeft direct te maken met wat het hen oplevert.

"Je moet met elkaar in de eerste plaats naar de mensen kijken, naar wat ze nodig hebben. Dan bepaal je de zorgvraag in overleg, vervolgens organiseer je de benodigde zorg en houd je toezicht op de kwaliteit. Grootschalig organiseren en kleinschalig uitvoeren, dat is de essentie. Het succes zit in een klein netwerk met aanspreekbare personen die zich verantwoordelijk voelen en die verantwoordelijkheid nemen. Die elkaar en elkaars werkwijze respecteren."

Directe, korte lijnen en duidelijke afspraken zijn van direct belang voor de patiënt en diens omgeving. De mantelzorgers blijken bereid om zich extra in te zetten als bekend is waar ze aan toe zijn.

In Gouda is een transmuraal netwerk in opmars. Knelpunten bleken overkomelijk, vooral dankzij de atmosfeer in de regio. Er is een gezamenlijke context gecreëerd die uiteindelijk vergaande verandering met zich mee zal kunnen brengen. Het schottenprobleem is een gepasseerd stadium in de lichte en open alliantie die de zorgaanbieders zijn aangegaan. Er zijn afspraken gemaakt over een lumpsum en over harmonisering van het inkomen van medisch specialisten van het ziekenhuis, in overleg met verzekeraars. Dit maakt het gemakkelijker om de beoogde samenwerking tot stand te brengen. Het inkomen als zodanig is geen 'issue' meer, wél het bieden van optimale zorg, inclusief het verplaatsen van de zorg door specialisten onderling, in samenwerking met huisartsen, op (gezamenlijke) patiëntenbesprekingen, referentieavonden en dergelijke. Het productiedenken is daardoor op nieuwe wijze ingezet, er is meer oog voor andere sectoren en disciplines. Het beddengebruik wordt doelmatiger en de gemiddelde verpleegduur neemt af. Vroeger was bijvoorbeeld een cytostaticabehandeling thuis onbespreekbaar, nu is behandeling thuis mogelijk. Voorwaarde is vooral de gezamenlijke bereidheid en verantwoordelijkheid en een andere wijze van financiering (meer globaal, geen 'stukgoed').

Bovendien blijkt deze nieuwe, open werkwijze een remedie tegen burn-out.

In de Robert Fleury Stichting is een oplossing gevonden voor het overplaatsen van chronisch somatische patiënten naar een verpleeghuis. Formeel is dat alleen mogelijk voor een psychogeriatrische patiënt. Samenwerking in de regio heeft echter geleid tot het opzetten van een speciale unit voor mensen met een gestabiliseerd psychiatrisch beeld. De verpleeghuiszorg wordt versterkt op basis van een indicatie geronto-psychiatrie en het APZ levert psychiatrisch consult. Omdat verpleeghuizen ook binnen de AWBZ vallen, werd deze constructie toch mogelijk, uitdrukkelijk voor mensen met gestabiliseerde psychiatrische en lichte psychogeriatrische problematiek. Op termijn is dat niet houdbaar, er zullen steeds meer mensen komen met ernstiger beelden, die verpleeghuiszorg nodig hebben. Dat betekent dat steeds opnieuw zal moeten worden bepaald waar de patiënt het beste af is.

In de ggz zijn care en cure overigens niet gescheiden – dat moet vooral zo blijven. Alles zit in de AWBZ en de schotten die er zijn, zitten vooral tussen lijnen en 'branches' en berusten veel meer op financiële dan op zorginhoudelijke gronden. Care wordt steeds meer van de sociaal-maatschappelijke kant bekeken, maar de relatie met cure blijft bestaan, omwille van behandeldoelen en in geval van terugval. De mfe's zijn vergaande voorbeelden van geïntegreerde (keten)zorg.

Tegen het besluiten tot niet geheel reglementaire oplossingen worden twee samenhangende bezwaren ingebracht. In de eerste plaats moeten keer op keer ad hoc-oplossingen worden gevonden en lukt het een volgende keer lang niet altijd om dezelfde weg te bewandelen (elke casus staat op zichzelf). Ten tweede verhult het vinden van incidentele oplossingen het feit dat sprake is van structurele problemen. Daarmee slinkt de kans op structurele aanpak. In alle sectoren is gewezen op de noodzaak dit beter te regelen. Dat is niet alleen een zaak van de overheid:

"We moeten heel goed doordrongen zijn van het feit dat de schotten vooral 'in onze hoofden' zitten. De zorg is – ook bouwkundig – gesegmenteerd voor groepen die steeds meer op elkaar zijn gaan lijken. Dat moet worden opgelost door anders te gaan denken en door tot nieuwe gezamenlijke visies te komen. Onderlinge strijd betekent dat we zaken van bovenaf opgelegd krijgen. Maatschappelijk gezien is

een keuze nodig; we moeten niet in stand willen houden wat niet meer werkt. Het is absurd dat oude gebouwen worden gerenoveerd omdat ze nog boekwaarde hebben. We moeten beginnen op de plaats waar de mensen zitten, in principe thuis. Daar moeten we bekijken wat ze nodig hebben, hoe en waar. Van daaruit wordt het aanbod (opnieuw en) geïntegreerd opgebouwd, met de daarbij behorende voorwaarden."

4.2 Gewenste oplossingen en aanbevelingen voor toekomstige beleid

Uitgangspunt van de discussie over care en cure zou niet moeten zijn 'integreren of differentiëren', maar de vraag, de behoefte van de patiënt en de kwaliteit van zorg- en dienstverlening. De zorgvraag moet centraal staan. Het zorgperspectief sluit veel meer aan bij de praktijk en bij het 'overstappen' van de cliënt van de ene naar de andere sector of voorziening, één van de bottlenecks. Dat betekent ook dat de discussie over care en cure alleen gevoerd kan worden in het licht van de continuïteit van zorg, en dus van de hele keten. Stelselherziening ten behoeve van vraaggestuurde organisatie van de zorg is noodzaak, maar ook een andere denkwijze en een andere regie van het aanbod zijn vereisten. Er zullen altijd weer nieuwe breukvlakken en grenzen ontstaan, bijvoorbeeld rond dienstverlening en wonen. Samengevat:

"De cliënt heeft behoefte aan integrale zorg. Die zorgvraag moet centraal staan; de stelselherziening dient vorm te krijgen op basis van die vraag. Je ontkomt niet helemaal aan schotten, maar die zouden heel laag moeten zijn, want het neerhalen van die schotten kost iedere keer enorm veel tijd en energie."

Vanwege de overlappende opmerkingen in de verschillende sectoren, worden de aanbevelingen hier geclusterd in de thema's financiering; verwachtingen ten aanzien van de aanbieders; sturing en regie; wet- en regelgeving. Ze zijn te beschouwen als een serie aanbevelingen van het veld.

Financiering

- Los van de discussie over verdeling van middelen, moet duidelijk zijn dat er ook méér geld nodig is voor de zorg. Er is schaarste, maar de patiënt wil graag (eerder) behandeld worden. Bovendien is sprake van een vergrijzende bevolking met steeds complexer chronische pathologie. Er is een ernstig probleem van de krappe arbeidsmarkt. Dat dwingt tot het vinden van nieuwe oplossingen en leidt tot de discussie in hoeverre het

ziekenhuis zich bijvoorbeeld zal moeten beperken tot hightech-ingrepen. Groot gevaar is dat de afzonderlijke instellingen vooral de schadelast zullen willen beperken en de eigen belangen laten prevaleren. Vraagsturing, efficiëntie en doelmatigheid zullen dan niet meer de doorslag geven.

- Extra aandacht is nodig voor de gevaren van de marktwerking, waardoor opnieuw onverzekerbare risico's dreigen te ontstaan, dan wel risico's die slechts tegen zeer hoge kosten gedekt kunnen worden en die tegelijkertijd in de 'afknijphoek' terecht komen. Ook de preventie zou wel eens ernstig geschaad kunnen worden. En het gevaar van 'voortrekken' van groepen patiënten, bijvoorbeeld van degenen die een dienstverband hebben. In de discussie over de basisverzekering heeft de commissie Dunning, mede om die reden, voorgesteld om een beperkte vorm van AWBZ over te houden. Zo'n AWBZ in beperkte vorm en integratie van care en cure zou een breed zorgcircuit tot gevolg hebben met vele mogelijkheden, zonder geschuif tussen compartimenten.
- Vraaggestuurd werken is in de huidige regelgeving onmogelijk. Vraaggestuurde financiering is een voorwaarde voor vraaggestuurd werken. Dat betekent: de zorgvraag financieren, niet de instellingen.
- Het systeem dient ingrijpend te worden vereenvoudigd en de risico's moeten worden ondergebracht in één verzekering. Alles is te verzekeren als je de risico's maar goed verdeelt. Het is dus niet interessant om je te richten op de vraag wie, wat verzekert. Een eenvoudige basisverzekering en regionaal georganiseerde regie worden bepleit. De AWBZ is niet heilig; functionele aanspraken handhaven en wellicht het scenario hanteren van een basisverzekering met een zeer beperkte care voor de echt onverzekerbare risico's, zou een oplossing kunnen zijn. Op voorwaarde dat de cliënt centraal staat. Als dat goed gebeurt, is daarmee ook de doelmatigheid gediend. Het geld moet met de patiënt mee.
- In de eerste lijn is er de vrees dat de huishoudelijk hulp, die nu onderdeel is van de AWBZ, dan buiten het 'pakket' zal vallen. Dat zou rampzalig zijn voor al die mensen die nu nog zelfstandig thuis kunnen wonen dankzij die hulp. Van de kraamzorg (scheiden van zorg en huishoudelijke taken) is al bekend dat dit absoluut niet werkt.
- Speciale aandacht is nodig voor preventie en rehabilitatie.
- De AWBZ was ooit toegankelijk voor allen. De problemen zijn ontstaan bij de invoering van de

eigenbijdrage-regeling en niet door de afperking van de budgetten voor cure respectievelijk care. Stapeling van eigen bijdragen in geval van meerdere verstrekkingen; verschillen in bijdragen voor vergelijkbaar aanbod en (daardoor) geforceerd binnen de ZFW trekken van patiënten moet van de baan.

- Afstemming van budgetsystemen van instellingen zijn een voorwaarde; de verschillende bedprijzen leveren teveel belemmeringen op.
- Het weigeren van bepaalde problematiek door ziektekostenverzekeraars moet onmogelijk worden. Een acceptatieplicht moet onderdeel zijn van een systeem dat uitgaat van de patiënt.
- Bij het zorgaanbod zijn vele gemeentelijke instellingen betrokken; zoals GGD, Maatschappelijk Werk, RIO's, et cetera. Die zullen anders georganiseerd moeten worden en onder één financieel regime moeten vallen. Zoniet dan ontstaan daar weer (nieuwe) schotten. De cesuur ligt dan bij de dienstverlening en daarover kan de gemeente zich eventueel ontfemen. Op voorwaarde dat die dienstverlening wordt vastgelegd in goed omschreven producten.
- De woningbouworganisaties benadrukken dat problemen in de samenwerking altijd op het financiële vlak liggen, waardoor de betrokkenen gedwongen worden veel tijd te besteden aan overleg over de 'verkeerde dingen'. Het zou zeer helpen wanneer die instellingen op dezelfde financiële basis georganiseerd zijn.
- De discussie over care en cure is niet los te maken van het financieringssysteem. Daarom moeten de budgetten worden overgeheveld naar de instellingen die samen moeten zorgen voor een goed aanbod. Uiteraard binnen het kader van een raamovereenkomst en een vorm van prestatienormering. Als er dan opnieuw schotten zijn, zal blijken dat die het gevolg zijn van slechte samenwerking van instellingen. Die zijn gemakkelijker aan te wijzen en daardoor wellicht ook beter te beïnvloeden.

Verwachtingen ten aanzien van aanbieders

- Iedereen wil op eigen terrein de baas zijn, maar dat werkt niet. Procesgeoriënteerd werken is nodig om functioneel denken of 'hokjesdenken', te doorbreken. "We moeten niet blijven spreken over in welk hokje iets moet en knippen met een schaar, maar afspraken maken en die nakomen." Schelden op het RIO en op de wet- en

- regelgeving is niet de oplossing, het is ook nodig de hand in eigen boezem te steken.
- Optimale zorg in de regio vereist dat "we af moeten van die hokjes". De mogelijkheden moeten voor iedere aanbieder even ruim, of desnoods, even krap zijn. Alleen al het toenemen van technische mogelijkheden zal steeds opnieuw grensoverschrijdingen tot gevolg hebben. Het is zeer de vraag of dat telkens moet worden opgelost met behulp van nieuwe regelgeving. Breukvlakken zullen er altijd zijn, daar moet pragmatisch mee worden omgegaan en de patiënt moet daar zeggenschap in hebben.
 - Er moet consequent samengewerkt worden, waarbij zorginhoudelijke motieven voorop staan en de dynamiek van de verandering een centrale plaats inneemt. Men acht het van groot belang dat er ruimte is om te experimenteren en te ontwikkelen. De nadruk op beheren en beheersen is ontzettend onvruchtbaar, het zwaartepunt zou veel meer moeten liggen op het nemen en afleggen van verantwoording.
 - Het is de gezamenlijke verantwoordelijkheid van de hulpverlening om 'ketenlogistiek' rondom de patiënt te bouwen. Daarvoor is centrale regie nodig (géén centrale sturing), en een nonmurale organisatie.
 - Er zou een zorgplicht, een prestatieverplichting moeten zijn van de aanbieders in de regio. Dat moet een gezamenlijke verantwoordelijkheid zijn.
 - Grote verschillen in klimaat en cultuur tussen instellingen met dezelfde doelen, tonen aan dat erg veel afhangt van de opvattingen en de werkwijze van de leidinggevenden.

Sturing en regie

- Feitelijk zou de patiënt de baas moeten zijn, maar die heeft onvoldoende macht om die positie te bekleden, doorgaans onvoldoende kennis van zaken en onvoldoende steun. De verzekeraars zouden een veel prominenter rol moeten spelen in de procesaansturing en zich minder eenzijdig richten op de controlefunctie.
- Tegelijkertijd zal de cliënt beter toegerust moeten worden om bepaalde keuzen te kunnen maken, al dan niet met behulp van bijvoorbeeld de huisarts. Er moet voldoende keuzemogelijkheid zijn, maar ook een goede regie om te voorkomen dat iemand van het kastje naar de muur wordt gestuurd en/of gaat 'shoppen'. Hij moet de regie over zijn eigen leven houden en dat is al moeilijk genoeg; daarvoor is een goede ondersteuningsstructuur nodig, met een machtspositie.

- Een individuele patiënt kan (nog) geen invloed uitoefenen op het zorgsysteem. Als het gaat om de 'collectieve patiënt' moet rekening gehouden worden met de enorme verschillen in positie en macht van de diverse patiëntenorganisaties en hun lobby. Er mag daardoor geen nieuwe ongelijkheid ontstaan.⁵
- Het pgb zou een goed instrument kunnen zijn, mits de enorme papierwinkel verdwijnt die er nu aan te pas komt en die de toegang tot de zorg juist ernstig bemoeilijkt. Ook de patiëntenorganisaties onderstrepen dat het pgb nog weinig meer is dan een aardige oefening in de richting van vraagsturing. Belemmeringen voor goed gebruik liggen niet alleen in de sfeer van administratieve handelingen. Wanneer mensen kort na elkaar of tegelijkertijd meerdere verstrekkingen nodig hebben, komt er helemaal niets van terecht.
- Volledig overhevelen van verantwoordelijkheden aan de gemeenten zou hen zeer veel extra werk opleveren en enorme stagnatie tot gevolg hebben. Ook de vereiste kennis ontbreekt. De grote verschillen in uitvoering tussen gemeenten, alleen al van de WVG, zouden ongelijkheid bevorderen en de toegankelijkheid van voorzieningen niet verbeteren. Tenzij de landelijke overheid met randvoorwaarden komt, bestaat bovendien het gevaar dat het zorgaanbod afhankelijk zou worden van (partij)politieke voorkeur. Conclusie van een aantal sprekers: liever de problemen AWBZ-ZFW dan een aansturende rol voor de gemeenten.
- De regiovisie-ontwikkeling, ingezet vanuit de provincie, zou meerwaarde kunnen opleveren. Echter: kleinschalig regelen (uitvoeren) is voor het individu essentieel. Bijvoorbeeld met de huisarts in de rol van casemanager, ook al wordt erkend dat die vaak niet in de omstandigheid verkeert om die rol uit te oefenen.
- Provincie is te groot, gemeente is te klein, de regio van het zorgkantoor heeft precies de goede maat. 'Zoetermeer' heeft geleerd dat het van groot belang is dat het zorgkantoor ruimte geeft op voorwaarde van transparantie. Met als aanbeveling: de structuur niet te dicht op de hulpverlening organiseren, die moet zich kunnen concentreren op goede uitvoering door een hecht netwerk.

Wet- en regelgeving; verwachtingen ten aanzien van de overheden

- De werkelijkheid verandert, maar de wet- en regelgeving veranderen niet mee; bovendien ontbreekt het aan goede afstemming tussen betrokken ministeries. Het overheidsbeleid is een soort mammoettanker die bijna niet te besturen is als die eenmaal vaart.
- Geef partijen de ruimte en de tijd; dwing ze niet om halsoverkop gebruik te moeten maken van nieuwe (meestal tijdelijke) regelingen, behoud de plicht tot verantwoording, maar minder in detail. Dat laatste voorkomt dat kostbare zorguren opgaan aan bureaucratiesering.
- Innovatietoeslag introduceren.
- Neem een voorbeeld aan de volkshuisvesting; als je iets nieuws wilt, ga je naar de Stichting Experimenten Volkshuisvesting. Daar wordt het idee gelegitimeerd en dan kan het worden uitgevoerd.
- Het enthousiasme van de hulpverleners moet worden gelegitimeerd, ook in formele zin.
- Het afgeven van flexibele indicaties, liefst door de 'oude wijkverpleegkundige' en/of de huisarts, waarmee iemand kan krijgen wat hij of zij nodig heeft, is verreweg te prefereren, vooral voor acute hulp, snel veranderende behoeften en meerdere verstrekkingen.
- Er moet een einde komen aan de wispelturigheid van het beleid. De zorg wordt al jaren gestimuleerd om ketens te vormen, en nu is fuseren opeens weer taboe. Duidelijke keuzes van de overheid – zeker ook over de marktwerking in de zorg en de mededingingsproblematiek – zijn hard nodig.
- Als vermaatschappelijking en extramuraliseren worden doorgezet, dan moet sprake zijn van een veel grotere investering in de eerste lijn. Die moet bovendien worden versterkt met maatschappelijk werkers en psychologen.
- Nadruk moet komen te liggen op het verantwoorden, maar niet zoals nu, op een veelheid van organisaties met een veelheid aan bureaucratie. Neem, bij een eventuele stelselwijziging, ook de procedures mee en breng op voorhand de administratieve consequenties in kaart, anders worden betrokkenen opnieuw geconfronteerd met een jarenlange tijd- en geldverslindende nasleep van administratieve zaken. En laat de wijze van verantwoording niet per instelling verschillen, want dan komen we nooit af van al die accountantsverklaringen, à raison van bedragen die vergelijkbaar zijn met de verkregen subsidies.

- Het vernieuwde stelsel zal ook rekening moeten houden met de jeugdhulpverlening, met justitie en met onderwijs. Vooral in de sectoren zorg voor mensen met een lichamelijke of verstandelijke handicap en in de ggz, spelen die een belangrijke rol, terwijl sprake is van een andere financieringssystematiek. Hetzelfde geldt voor het functioneren van de WVG en de persoonlijke hulpmiddelen, terwijl die in de praktijk grote relevantie hebben.
- Ook samenhang en overlap van care, cure en wonen moet meer aandacht krijgen.

"De samenleving moet af van het huidige stelsel. Een paar verschuivingen binnen de bestaande pakketten, is niet acceptabel, net zo min als reparatiewetgeving met nóg meer accountantsverklaringen. Dan kan je over tien jaar weer opnieuw beginnen en put je betrokkenen in de zorg uit, met alle gevolgen van dien voor de creativiteit respectievelijk de burn-out van de professionals. Dat kan de zorg zich niet permitteren."

Noten

- ¹ In het advies Care en cure staat een overzicht van de diverse betekenissen van de begrippen.
- ² Voor de duidelijkheid zal in deze achtergrondnotitie zoveel mogelijk onderscheid gemaakt worden tussen care en cure als 'soort aanbod' en als 'soort verzekering'.
- ³ Uit onderzoek van Parnassia is overigens gebleken dat een groot deel van de verblijfspatiënten (80%) op het terrein van het ziekenhuis wil blijven wonen, maar met meer zelfstandigheid. Slechts 20% wil (begeleid) zelfstandig wonen in de stad. Het overbrengen van grote groepen cliënten naar de RIBW is dus niet erg vraaggestuurd. Bovendien is niet duidelijk wat de meerwaarde is van deze overheveling; sterker nog, in veel gevallen is sprake van magere begeleiding, met alle gevaar voor recidive en voor het ontstaan van nieuwe problemen (waaronder de in beschermende woonvormen oprukkende drugshandel en de verslavingsproblematiek).
- ⁴ Men schetst de lokale procedure: huisarts vraagt om thuiszorg en benadert het RIO. Dat stuurt iemand langs die door de patiënt vaak al ten onrechte wordt gezien als de thuiszorghulp. Verwarring is het resultaat. RIO informeert bij de huisarts die – in een betrekkelijk stabiele situatie – uiteraard weinig nieuws te melden heeft. Na circa zes weken volgt dan de indicatie die de huisarts voorstelde. Met andere woorden: met een indicatie door het RIO is vooral het vertragen van de besluitvorming gediend. Plaatselijk onderzoek heeft uitgewezen dat het RIO in slechts zes van de vijftienhonderd verzoeken tot indicatiestelling afweek van het advies. Men vraagt zich af wat de toegevoegde waarde is.
- ⁵ De Hartstichting is bijvoorbeeld sterk en de acties voor hightech-hartoperaties spreken aan bij het grote publiek, maar van de (familie van) verpleeghuispatiënten of van de chronische psychiatrische patiënten hoort niemand wat. Terwijl juist daar heel veel extra zorg nodig is.

Bijlage

Lijst van deelnemers aan de discussie-bijeenkomsten

In totaal werden vijf sectorale bijeenkomsten georganiseerd.

1 Sector mensen met een verstandelijke handicap, 1 september 2000 in 's Heeren Loo-Lozenoord, Amersfoort

Gastheer:

Mr. J. Schraevesande, directeur van 's Heeren Loo-Lozenoord

Aanwezigen:

- Drs. A. Benschop, Kwadrant
- Mr. A.L.K. Blokland, Het Huis
- L.A. van Doorn, Woningstichting
- J.W.P. van Dijk, gemeente Ermelo
- H. Eijsenga, gemeente Harderwijk
- J.P.N. van Gorkum, Sociaal Pedagogische Dienst Veluwe
- Mw. A. de Graaf, Kwadrant
- Mw. drs. J. van der Graaf, inspectie voor de gezondheidszorg
- K. de Haan, 's Heeren Loo-Lozenoord
- Ing. A. van 't Hoff, Woningstichting De Groene Zoom
- Mw. G. Kamer, Zorgkantoor Utrecht
- J. te Loeke, Sociaal Pedagogische Dienst Veluwe
- Mw. R. Oosterhof, Regionaal Patiënten/Consumenten Platform
- Mw. M. Roosien, 's Heeren Loo-Lozenoord
- H.J. Stokvis, Welzijnszorg
- E.H.J. Uitentuis, 's Heeren Loo-Lozenoord
- Mr. A. Westerlaken, 's Heeren Loo-Lozenoord

Namens de RVZ:

- Mw. prof. dr. J.P. Holm
- Mw. drs. L. Horn
- Drs. P.P.T. Jeurissen
- Mr. J.P. Kasdorp
- Mw. drs. A. Schoemaker
- Mw. prof. dr. S.P. Verloove-Vanhorick
- Drs. P. Vos

**2 Sector verpleging en verzorging, 7 september 2000
in VerpleegThuis- en reactiveringscentrum
De Geinsche Hof, Nieuwegein**

Gastheer:

M.C. Dekker, voorzitter Raad van Bestuur

Aanwezigen:

- Mw. A. van Aarnhem, huisarts te Nieuwegein
- R. Coenen, directeur algemene zaken divisie ouderen
Stichting Altrecht
- Mw. M. Frijs, Stichting Zorgspectrum
- J. Geurts, voorzitter Regionale Huisartsen Vereniging
- K. Hazelaar, RIVAS Zorggroep
- W.D.J. Lucas, manager zorgkantoor Utrecht
- R.F. Mouton, directeur de Open Ankh
- Mw. M. Palmén, hoofd behandeling/begeleiding
Verpleeghuis Rosendaal
- F. Penninx, algemeen directeur van VITRAS
- H.B. Pomerantz, lid Raad van Bestuur Zuwe
- Mw. F. Roeleven, manager intake en indicatie van bureau
wachlijstenservice
- L. Roseboom, directie Stichting Rhijnhuysen
- Mw. M. Weerts, directeur Provinciaal Patienten Platform
- K. Weevers, algemeen secretaris van VSVU
- G.A. Wiggers, directeur Algemene Stichting Ouderenzorg
in Zeist
- Mw. H.M. van Xanten, projectleider wonen en zorg
Mitros Wonen
- G. Zandbergen (Mitros Wonen)

Namens de RVZ:

- Prof. dr. T.E.D. van der Grinten
- Mw. drs. L. Horn
- Drs. P.P.T. Jeurissen
- Mr. J.P. Kasdorp
- Mw. mr. G.P.M. Raas
- Mw. drs. A. Schoemaker
- Mw. prof. dr. S.P. Verloove-Vanhorick

**3 Sector curatief-somatische zorg, 8 september 2000
in het Groene Hart Ziekenhuis, Gouda**

Gastheer:

P.H.M. Onland, Raad van Bestuur van het Groene Hart
Ziekenhuis

Aanwezigen:

- R. Bertels, Regionaal Zorgberaad Midden-Holland
- E. van Bockel, Groene Hart Ziekenhuis
- Mw. I. van Driel, PGMH
- Mw. E.C.M.M. Donkers, Stichting Transmuraal Netwerk Midden-Holland
- Mw. M. Fluitsma, Regionaal Indicatie Orgaan
- P. de Husson, Stichting Zorgcentra regio Midden-Holland
- H.G.M. de Jong, Trias Zorgverzekeraar
- J.Th. Kedzierski, Robert Fleury Stichting
- J. Kemper, Groene Hart Ziekenhuis
- H.H. Meppelder, Zorg en Zekerheid
- Mw. J. van Ogtrop, Regionaal Indicatie Orgaan
- F. Schouten, Stichting Gouwestreek
- Mw. E.A. Zuidema, De Vierstroom
- E. Zwart, Groene Hart Ziekenhuis

Namens de RVZ:

- Prof. dr. T.E.D. van der Grinten
- Mw. drs. L. Horn
- Drs. P.P.T. Jeurissen
- Mr. J.P. Kasdorp
- Mw. mr. G.P.M. Raas
- Mw. drs. A. Schoemaker
- Mw. prof. dr. S.P. Verloove-Vanhorick

4 Sector zorg voor mensen met een lichamelijke handicap, 15 september 2000 in Heliomare, Wijk aan Zee

Gastheer:

C.M.G. Raaijmakers, algemeen directeur

Aanwezigen::

- Mw. J. Beekhuizen-v.d. Reijden, lid van de Cliëntenraad Heliomare
- T. Brouwer, manager Wonen WTC Heliomare/CIC VOLIM
- R. van Calcar, accountmanager van het Zilveren Kruis
- W. Duffels, accountmanager van de Univé Zorgverzekeringen, afdeling ZIV/ZI
- A. van Dijk, directeur Nieuw Unicum
- Mw. L. De Jongh, locatiemanager van het Verpleeghuis Heemswijk
- J. van den Heuvel, algemeen directeur Rode Kruis Ziekenhuis

- Mw. M.C. Eckhardt-van de Anke, directeur a.i. van de Stichting Thuiszorg IJmond
- F.A.M. Le Fèvre, Manager van het Revalidatiecentrum Heliomare
- Mw. C. Keesen, projectmedewerker meerjarenafspraken zorg van Kennemer Patiënten Platform
- Mw. J. van Lelyveld, directeur Kennemer Patiënten Platform
- M. van Lochem, teamleider stadszaken Gemeente Beverwijk
- R. Lustermaans, sectormanager kind/jeugd van de Hartekamp/WDD Groep
- J.T. Nieman, paramedisch adviseur van Zilveren Kruis Achmea, afdeling Zorgbeleid en contractering
- R. Peters, huisarts
- C. van der Wal, manager behandel- en stafdienst van Hartekamp/WDD Groep
- R. Zondervan, revalidatiearts van het Revalidatiecentrum Heliomare

Namens de RVZ:

- Mw. drs. L. Horn
- Drs. P.P.T. Jeurissen
- Mr. J.P. Kasdorp
- Mw. mr. G.P.M. Raas
- Mw. drs. A. Schoemaker
- Mw. prof. dr. S.P. Verloove-Vanhorick
- Drs. P. Vos

5 Sector geestelijke gezondheidszorg, 21 september 2000 in de Robert-Fleury Stichting, Leidschendam

Gastvrouw:

Mw. A.M.A. Meijs, psychiater, Raad van Bestuur

Aanwezigen:

- N. van As, psychiater, locatiepsychiater Robert-Fleury Stichting in Zoetermeer
- Mw. S. Böger, locatiemanager Robert-Fleury Stichting in Zoetermeer
- Drs. W.C.M. Derks, directeur ZorgRing
- Drs. H.A. van der Hoeven, directeur St. Gezondheidscentra in Zoetermeer
- G.F.A. Kalsbeek, huisarts
- Drs. J. Th. Kedzierski, Raad van Bestuur Robert-Fleury Stichting

- Drs. A.G.R. Klein, Zorgkantoor Haaglanden
- G. Pater, Zorgkantoor Haaglanden
- Mw. drs. A.M. Onrust, RIBW Fonteyenburg
- Drs. A. de Vries, directeur Nieuw Berkendael

Namens de RVZ:

- Mw. prof. dr. J.P. Holm
- Mw. drs. L. Horn
- Drs. P.P.T. Jeurissen
- Mw. mr. G.P.M. Raas
- Mw. drs. A. Schoemaker
- Mw. prof. dr. S.P. Verloove-Vanhorick

Ordeningen in de Nederlandse gezondheidszorg

Drs. P.P.T. Jeurissen
Drs. K. Putters

Inhoudsopgave

Samenvatting	55
1 Inleiding	65
1.1 Achtergrond	65
1.2 Vraagstelling	65
1.3 Aanpak en methodiek van onderzoek	65
1.4 Opzet achtergrondstudie; leeswijzer	66
2 Referentiekader	67
2.1 Definitie ordening	67
2.2 Een kader van ordeningen	67
2.3 Wat wordt geordend?	70
2.4 Hoe wordt geordend?	70
2.5 Waar wordt geordend?	71
3 Ordening in de Nederlandse gezondheidszorg; de periodes nader bezien	72
3.1 De vooroorlogse periode: particulier initiatief centraal	72
3.2 Periode 1945 – 1960: wederopbouw en centralisatie	76
3.3 Periode 1960 – 1974: van liberalisatie naar aanbodregulering	79
3.4 Periode 1974 – 1987: reguleren en dereguleren	90
3.5 Periode 1987 – 2000: nieuwe ordeningen?	96
3.6 Samenvatting	114
4 Conclusies en lessen van de ordeningsdiscussie: de geschiedenis herhaalt zich, maar steeds anders	116
4.1 De belangrijkste ordeningsbeginselen sinds de Tweede Wereldoorlog	116
4.2 Afwezigheid care en cure in de formele ordeningsstructuur	117
4.3 Ontwikkelingen in ordeningen	118
4.4 Bestuursstructuur en cultuur: centrale positie maatschappelijk middenveld	118
4.5 Financiering: rol verzekeringen neemt toe	119
4.6 Organisatie en uitvoering: kostenbeheersing wordt steeds belangrijker	120
4.7 Organisatie en uitvoering: centralisatie en decentralisatie	120
4.8 Organisatie en uitvoering: ordening naar plaats	121

4.9	Organisatie en uitvoering: van vorm naar inhoud	122
4.10	Perspectieven op ordening: voorbij de rationele actor?	122
	Bijlage	
	Literatuur	123

Samenvatting

1. Inleiding

Deze samenvatting beantwoordt in kort bestek de vraag welke ordeningsprincipes gangbaar zijn voor het aansturen van de gezondheidszorg en hoe deze vorm hebben gekregen. Tevens wordt ingegaan op de rol die care en cure hierbinnen hebben vervuld. De paragrafen 2 tot en met 6 geven een samenvatting van de historische schetsen die gemaakt zijn over de ordening van de voor- en naoorlogse gezondheidszorg. De belangrijkste lessen en conclusies die hieruit kunnen worden getrokken, komen in paragraaf 7 aan de orde.

2. Ordening in de vooroorlogse periode: particulier initiatief centraal

Gezondheidszorg, of wat daarvoor doorging, is lange tijd vrijwel uitsluitend een zaak geweest van het particulier initiatief. Binnen het particuliere initiatief (vooral religieuzen, beroepsgroepen en werkgevers) komen voorzieningen tot ontwikkeling voor individuele behoeftes aan zorg. Niet alleen gaat het hierbij om intramurale voorzieningen, maar ook om ziekenfondsen en kruisverenigingen. Nadelige gevolgen van urbanisatie en industrialisatie, zoals vervuild drinkwater, ziektes en epidemieën, zijn voor de overheid aanleiding om zich met de volksgezondheid te gaan bemoeien. Dit leidt tot de totstandkoming van de openbare gezondheidszorg. Tegelijkertijd ontwikkelt de overheid haar toezichhoudende rol ten aanzien van de particuliere voorzieningen.

Onder druk van een slechte toestand van de volksgezondheid besluit de overheid, na de Eerste Wereldoorlog, om ook ten aanzien van de zorgvoorzieningen een meer actieve rol te gaan spelen. Zij begint met subsidieverleningen aan delen van het particulier initiatief. Een uitvoerende rol ziet ze voor zichzelf niet weggelegd. Het particulier initiatief moet wel de centrale richtlijnen van de overheid volgen. Hierdoor ontstaat een belangrijk ankerpunt namelijk een centrale voorwaardenstellende overheid en een particuliere uitvoering en organisatie van de zorg.

Het particuliere initiatief kan steeds meer groeien. Tegelijkertijd evenwel neemt ook de verdeeldheid zowel intern

als met de overheid toe. Hierdoor blijkt het niet mogelijk om de financiering van de gezondheidszorg goed te regelen. Het zijn de Duitsers die dit, met het Ziekenfondsbesluit in 1941 uiteindelijk wel doen. Dit is een verplichte verzekering waarmee werknemers recht krijgen op zorg in natura. Hierdoor ontstaat een ander belangrijk ankerpunt: de ordening tussen verplichte en vrijwillige verzekeringen.

Samenvatting periode voor 1940

Hoe wordt geordend?

Via het private initiatief
Via overheidssubsidiëring en richtlijnen
Levensbeschouwelijk
Via stelsel van toezicht op kwaliteit

Waar wordt geordend?

Lokaal en nationaal, via organisaties in het private initiatief

3. Ordening in de periode 1945 - 1960: wederopbouw en centralisatie

In de naoorlogse periode wordt in de eerste plaats gewerkt aan de wederopbouw. De organisatie en de uitvoering van de zorg krijgen veel aandacht. Met het oog hierop wordt een Centrale Commissie voor de Volksgezondheid ingesteld. Deze coördineert alle zaken rond het zorgstelsel in de eerste naoorlogse jaren. De macro-economische situatie leidt ertoe dat de overheid zich sterk bemoeit met de prijs en het volume van de gezondheidszorg. Op deze terreinen is er een sterk centralistische wetgeving met een belangrijke rol voor het ministerie van Economische Zaken.

In de tweede plaats is er na verloop van tijd weer volop aandacht voor het bestuur. Oorspronkelijk is het idee om een districtsgebonden organisatie van de zorg met overheidsdiensten in te stellen. Deze plannen van de commissie Van Rhijn worden echter niet verwezenlijkt door felle protesten van het particulier initiatief. In 1956 wordt vervolgens de relatie tussen overheid en maatschappelijk middenveld wettelijk verankerd in de nieuwe Gezondheidswet. Er wordt een Centrale Raad voor de Volksgezondheid ingesteld die moet fungeren als een overlegplatform tussen overheid en maatschappelijk

middenveld. Beide partijen leveren ieder de helft van het aantal afgevaardigden. Hiernaast worden er Provinciale Raden ingesteld die de uitvoering van de gezondheidszorg moeten bevorderen.

In de derde plaats neemt het intramurale karakter van de zorg sterk toe. Het aantal bedden stijgt van 36.000 in 1945 tot 58.000 in 1960. Tevens groeit het aantal specialisten, door de koppeling van specialistenplaatsen aan bedden, sterk. Vanaf 1950 begint het aantal specialisten dan ook veel sterker te stijgen dan het aantal huisartsen. Hiernaast zijn er snelle ontwikkelingen in de intramurale diagnostische voorzieningen, onder meer op het terrein van de radiodiagnostiek en de laboratoria. De traditioneel sterke gerichtheid van de ziekenhuizen op verpleging en verzorging maakt plaats voor een gerichtheid op de medisch-specialistische zorg.

Samenvatting periode 1945 - 1960

Hoe wordt geordend?

Nadruk op ordening naar plaats
Sterke groei intramurale sector en specialistische zorg
Centralisatie
Prijzen en volume
Overlegplatform tussen overheid en particulier initiatief

Waar wordt geordend?

Begin van regionale georganiseerde taken
Oprichting Provinciale Raden voor de volksgezondheid

4. Ordening in de periode 1960 - 1974: van liberalisatie naar aanbodregulering

In de jaren zestig is in de gezondheidszorg nadrukkelijk gekozen voor het primaat van het maatschappelijk middenveld. In die tijd kende het maatschappelijk middenveld nog een sterk verzuilde ordening. De uitvoering van het beleid was reeds grotendeels in handen van het particuliere initiatief maar deze krijgt nu ook meer inspraak in beleidsmatige zaken. Zo wordt de regulering van de prijzen en de intramurale capaciteit gedecentraliseerd en treedt de rijksoverheid terug uit de ziekenhuiscommissie. Ook werden de premieadviezen door de SER afgeschaft. In de tweede plaats bestaat er veel aandacht voor de ordening van de financiering. De ZFW en de

AWBZ komen respectievelijk in 1966 en 1968 tot stand. Hiermee is de financiering van het maatschappelijk middenveld gegarandeerd. Bovendien wordt het belang van de verzekeringsgedachte door de introductie van de AWBZ verder uitgebreid. Naast deze volksverzekering blijft een duaal stelsel bestaan van ziekenfondsen en particuliere verzekeringen. De balans tussen de verschillende publieke en private verzekeringsvormen wordt nauwlettend in de gaten gehouden. De loongrens van de ZFW is daarom telkenmale van groot belang in de uitwerking van de verschillende ordeningen op verzekeringsgebied.

In de derde plaats is er veel aandacht voor de intramurale voorzieningen. Veel van het nieuwe beleid richt zich in eerste instantie alleen op de intramurale sector. Deze intramurale sector groeit snel. De oorzaken hiervan moeten worden gezocht in het verouderde gebouwenbestand, de medisch-technologische ontwikkelingen, het tekort aan 'long-stay' voorzieningen, de voorspelde bevolkingsgroei en de concurrentie tussen de zuilen. De groei wordt echter ook sterk gefaciliteerd door de gehanteerde bekostigingssystematiek. In lijn hiermee versterkt ook de positie van de intramuraal werkende specialisten.

In de tweede helft van de jaren zestig begint men te beseffen dat het accent op de bovenstaande beginselen tot problemen leidt. Er wordt onvoldoende sturing gegeven aan de gezondheidszorg en ook de kosten stijgen snel. Als reactie hierop wordt het planningsinstrument geïntroduceerd in de gezondheidszorg. Er komt echter geen langetermijnziekenhuisplan tot stand en de nieuwe WZV verwordt meer en meer tot een reguleringsinstrument van de centrale overheid. In het begin van de jaren zeventig wordt ook een aanvang gemaakt met een beleid van kostenbeheersing. In eerste instantie heeft dit een hoog ad hoc-karakter met een bouwstop (1971) en een personeelsstop (1973). Steeds meer ontstaat een oriëntatie op het aanbod.

Samenvatting periode 1960 - 1974

Hoe wordt geordend?

Decentralisering prijzen en volume, inspraak particulier initiatief

Nadruk op ordening naar plaats

Voortgaande intramuralisering

Totstandkoming ZFW en AWBZ voor respectievelijk verzekerbare en onverzekerbare risico's

Balans tussen publieke en private verzekeringen blijft belangrijk

Introductie planningsdenken

Introductie kostenbeheersing

Waar wordt geordend?

Provincies krijgen rol bij de planning van het aanbod

5. Ordening in de periode 1974 - 1986: reguleren en dereguleren

Het bestuur krijgt een meer centralistisch karakter. Dit leidt tot verstatelijking van het particulier initiatief. Door middel van een stelsel van samenhangende wetgeving (WTG, WVG en een volksverzekering) probeert de overheid haar greep op de gezondheidszorg te versterken, ten koste van het particulier initiatief. Planning is nodig, mede met het oog op de noodzakelijke kostenbeheersing. Ondanks het accent op kostenbeheersing komen WVG en volksverzekering evenwel niet van de grond.

De structuurnota uit 1974 is een poging een totaalbeleid voor de zorgsector te formuleren en te introduceren. Dit lukt nog het best voor de organisatie en de uitvoering van de zorg. Naast de cure wordt hierin ook de care centraal gesteld. De ordening van de gezondheidszorg moet in echelons en regio's plaatsvinden, met een gelijktijdige versterking van de eerstelijnszorg. Tevens wordt uit oogpunt van kwaliteit en kostenbeheersing gestreefd naar schaalvergroting van de intramurale sector. Tussen 1974 en 1990 daalt het aantal algemene ziekenhuizen van 204 naar 128. Oorzaken zijn het overheidsbeleid (beddenreductie), de vier promillenorm voor ziekenhuizen en het bouwplafond. In 1982 wordt de budgettering voor de intramurale voorzieningen gerealiseerd, nadat in 1977 al het eerste Financieel Overzicht Zorg (FOZ)

was gepresenteerd. Het FOZ zal steeds meer in belang toenemen.

De ordening van de financiering van de zorg is door het uitblijven van een brede volksverzekering lange tijd nauwelijks veranderd. In 1986 wordt echter de zogenoemde kleine stelselwijziging doorgevoerd. Dit gebeurt omdat de toegankelijkheid van de bejaardenverzekering, het vrijwillige ziekenfonds en de particuliere verzekeringen in het geding komen. De eerste twee worden opgeheven en bij de particuliere verzekering wordt wetgeving ontwikkeld die de toegang voor kwetsbare groepen zoals hoge risico's moet garanderen (WTZ).

Samenvatting periode 1974 - 1986

Hoe wordt geordend?

Eerst reguleren, daarna dereguleren

Echelonnering

Naast cure ook care centraal stellen

Verstatelijking particulier initiatief

Schaalvergroting

Kostenbeheersing

FOZ

Kleine stelselwijziging (toegang kwetsbare groepen)

Waar wordt geordend?

Regionalisatie en decentralisatie

6. Ordening periode 1987 - 2000: naar nieuwe ordeningen?

Aan het begin van deze periode is gebleken dat de haalbaarheid van een top-down sturingssysteem twijfelachtig is. De overheid verandert van koers en streeft naar deregulering, decentralisatie en naar meer eigen verantwoordelijkheid voor burgers. Zowel maatschappelijk als politiek wordt veel verwacht van marktwerking. In de gezondheidszorg onder 'Dekker' ontstaat vervolgens de compartimentering. In het tweede en derde compartiment worden vormen van (gereguleerde) concurrentie ingevoerd. Dit gaat gepaard met functionele decentralisatie. In het eerste compartiment blijft de aanbodregulering grotendeels in stand.

De uitvoering van de zorg blijft grotendeels in handen van het particulier initiatief. In toenemende mate wordt echter duidelijk dat dit maatschappelijk middenveld van karakter verandert. Meer en meer is er sprake van specifieke belangenbehartiging. Het accent van de verzuilde gezondheidszorg, gericht op medeverantwoordelijkheid en het algemene belang, is aan het verdwijnen. De belangentegenstellingen tussen overheid en veld komen hierdoor duidelijk naar voren, met als gevolg dat het dualisme toeneemt.

De aandacht voor planning en regulering wordt ingeruild voor een focus op beheersing. Er ontstaat steeds meer aandacht voor kostenbeheersing. De zorgnota ontwikkelt zich tot een echt budgettair kader dat ook naar meso- en microniveau wordt vertaald. Naast de budgettering moet marktwerking eveneens leiden tot beheersing van de kosten. Voor zover dit niet lukt, zoals bijvoorbeeld bij de extramurale geneesmiddelenverstrekking, maakt de overheid gebruik van regelgeving.

De manier waarop men naar de zorg zelf kijkt, is ook aan het veranderen. Onder invloed van de ideeën van de commissie Biesheuvel wordt nu gesproken van een continuüm van zorg waarin de zorg als proces centraal staat. Op dit continuüm wordt een onderscheid gemaakt in generalistische zorg, specialistische zorg en transmurale zorg. Groot belang wordt gehecht aan afstemming en samenwerking tussen de verschillende zorgprocessen. Het belang van transmurale zorg wordt zodoende onderkend. De overheid probeert deze ontwikkeling te faciliteren door deregulering en het stimuleren van experimenten. De oude ordeningen naar plaats, echelon maar ook compartiment raken hierdoor wat meer op de achtergrond.

Samenvatting periode 1987 - 2000

Hoe wordt geordend?

Compartimentering (1^e compartiment: aanbodregulering; 2^e compartiment: gereguleerde concurrentie; 3^e compartiment: (vrije) markt)
Meerjarenafspraken
Kostenbeheersing
Zelfordening door ketenvorming en diseasemanagement
Gereguleerde marktwerking
Brancheorganisaties en maatschappelijk ondernemerschap
Zorgcontinuüm

Waar wordt geordend?

Functionele en territoriale decentralisatie

7. Samenvattende conclusie

Door de jaren heen hebben verschillende accenten de ordeningen in de gezondheidszorg gekleurd. Na de oorlog wordt, in het kader van de wederopbouw allereerst gekozen voor een strak geleid systeem. In de jaren zestig ontstaat er meer financiële ruimte en krijgt het particuliere initiatief meer inspraak. Decentralisatie staat hoog in het vaandel. Aansluitend verschuift de aandacht naar planning en territoriale decentralisatie in combinatie met functionele centralisatie. Sinds Dekker is er vervolgens weer meer aandacht voor decentralisatie en marktwerking. Er lijkt op het terrein van de besturing sprake te zijn van een golfbeweging. Deze duur voort tot in de huidige tijd.

Ook op het terrein van de budgetpolitiek is er sprake van een golfbeweging. Na de Tweede Wereldoorlog werd in eerste instantie gekozen voor een strakke beheersing van prijzen en volumes. Vervolgens is dit beheersingskader in de jaren zestig tot het begin van de jaren zeventig losgelaten. Snel stijgende kosten waren het gevolg. De hierdoor ontstane situatie noopte de overheid vervolgens wederom tot strakke kostenbeheersing. Dit moest gebeuren door planning te combineren met budgettering. Naast het beheersen van de kosten leidde de budgettering eveneens tot substitutievrijheid van middelen.

In de uitvoering van de zorg heeft de sterke gerichtheid op intramuralisering van direct na de Tweede Wereldoorlog geleidelijk plaats gemaakt voor een visie op samenhang en continuïteit tussen de intramuraal verleende zorg en de zorg in de thuissituatie. Deze ontwikkeling krijgt in zekere zin haar bekroning door het streven naar een zorgcontinuüm, onder meer door het bevorderen van ketenzorg en het tot ontwikkeling komen van transmurale initiatieven.

De vraag, 'hoe' en 'waar' in de afgelopen jaren werd geordend, is met het voorgaande al gedeeltelijk beantwoord. In grote lijnen heeft zich een ontwikkeling afgetekend van een min of meer strakke sturing van de ontwikkeling van afzonderlijke onderdelen van de 'zorgmachinerie' naar een meer globale en samenhangende sturing, met een accent op zelfordening, door partijen en binnen territoriale eenheden, vooral de regio's. Dit proces is overigens wel gepaard gegaan met een steeds verdergaande regeldichtheid waardoor men nog redelijk ver van een optimum lijkt verwijderd.

Samenvattend rijst de vraag: ontstaan er in de gezondheidszorg nieuwe ordeningen? Dit lijkt niet het geval. Wel worden de bouwstenen van de ordeningen anders vormgegeven. Opvallend is voorts dat de overheid veelal vast lijkt te houden aan het oude beproefde beleidsinstrumentarium. De buitenwereld stelt echter andere eisen aan het beleidssysteem. Maatschappelijk middenveld en cliënten stellen zich fundamenteel anders op dan twintig jaar geleden terwijl de belangrijke beleidvoornemens van de overheid nog steeds grotendeels op oude implementatiestrategieën berusten. Intussen verandert ook de wijze waarop vorm wordt gegeven aan de zorgverlening fundamenteel maar meer door zelfordening van onderop dan door sturing van bovenaf.

In de beschrijving van de ordeningsdiscussie treden een aantal opvallende markeringen op de voorgrond. Deze staan in box 1 en zijn verder uitgewerkt in hoofdstuk 4.

Box 1 Markeringen binnen de ordeningen

- care en cure ontbreken in formele ordeningsstructuur
- particulier initiatief blijft belangrijk in ordeningsstructuur
- verzekeringsfinanciering neemt toe
- kostenbeheersing is hoeksteen geworden
- centralisatie en decentralisatie wisselen elkaar af
- ordening naar plaats is in de praktijk van groot belang
- van vorm naar inhoud
- van top-down ordening naar zelfordening

5 Inleiding

5.1 Achtergrond

Deze achtergrondstudie bevat een inventarisatie van de verschillende ordeningsprincipes en hun rol in de Nederlandse gezondheidszorg, over ruwweg de laatste zestig jaar. Ze wijst op de succes- en faalfactoren en op de constante krachten die de ordening van het stelsel bepalen. De achtergrondstudie besteedt binnen de gangbare ordeningsprincipes speciaal aandacht aan het onderscheid tussen care en cure.

Dit eerste hoofdstuk is als volgt opgebouwd. Paragraaf 1.2 bevat kort de vraagstelling voor deze achtergrondstudie, paragraaf 1.3 de gebruikte methodiek. Vervolgens geeft paragraaf 1.4 de opzet van de achtergrondstudie weer. Deze paragraaf bevat tevens een leeswijzer.

5.2 Vraagstelling

De centrale vraag in deze achtergrondstudie is om de belangrijkste ordeningsprincipes die door de jaren heen in de Nederlandse gezondheidszorg gangbaar zijn geweest, te inventariseren. Wat zijn in de naoorlogse periode de gangbare principes geweest om de besturing, financiering en organisatie van de Nederlandse gezondheidszorg te ordenen? De beantwoording van deze vraag gebeurt door een (historische) beschrijving van de principes die ten grondslag liggen aan de ordening van de gezondheidszorg en van de doelstellingen en overwegingen die hierbij van belang waren. Hierbij worden eveneens de knelpunten die in de loop van de tijd bij de verschillende ordeningsprincipes zijn opgetreden, beschreven.

1.3 Aanpak en methodiek van onderzoek

Relevante literatuur op het gebied van de ordening van de gezondheidszorg vormt de basis voor deze achtergrondstudie. Op basis van de beschikbare informatie is een referentiekader opgesteld waarin de breedte van het onderwerp duidelijk tot uiting komt. Hoofdstuk 2 bevat een presentatie van dit referentiekader. Aan de hand van het kader bespreekt de studie vervolgens voor een aantal aansluitende naoorlogse

tijdperiodes de op dat moment relevante ordeningsprincipes. Deze historische schetsen vormen de basis van de conclusies.

1.4 Opzet achtergrondstudie; leeswijzer

Voor de inventarisatie van ordening in de gezondheidszorg is een veelheid van data gebruikt welke verwerkt zijn tot vier historische schetsen die elk één periode van de naoorlogse gezondheidszorg behandelen: 1945 - 1960, 1960 - 1974, 1974 - 1987 en 1987 - 2000.

Deze achtergrondstudie bestaat uit de volgende delen. Hoofdstuk nul is de samenvatting van de ordening in de vier genoemde perioden. Voor een snelle oriëntatie kan men volstaan met dit hoofdstuk. Hoofdstuk 2 bevat het referentiekader voor deze studie. Hoofdstuk 3 beschrijft de ordening extensief per tijdperiode. Hoofdstuk 4 ten slotte bevat conclusies en trekt lessen uit de ordeningsdiscussie.

6 Referentiekader

6.1 Definitie ordening

Bij een inventarisatie van ordeningen in de Nederlandse gezondheidszorg is het natuurlijk van belang na te gaan wat onder de begrippen 'ordening' en 'ordenen' moet worden verstaan. Iets ordenen heeft betrekking op de wijze waarop gerangschikt wordt, op de regelmatige plaatsing of schikking van iets binnen een geheel. Ordenen maakt derhalve een wezenlijk onderdeel uit van het menselijk handelen. In de context van deze achtergrondstudie is dit echter een te brede definitie en moet ordening beperkter worden opgevat. In de 'van Dale' luidt een van de definities van ordenen: "het volgens zekere beginselen naar behoren inrichten." Hieruit blijkt dat sturing een belangrijk element is in het ordenen. Aangezien de ordeningen in de gezondheidszorg ook tot doel hebben om de sturing te faciliteren, is dit een goede werkdefinitie voor deze inventarisatie. Onder ordening in de gezondheidszorg wordt aldus in deze achtergrondstudie verstaan: "het volgens zekere beginselen naar behoren inrichten van de Nederlandse gezondheidszorg".

6.2 Een kader van ordeningen

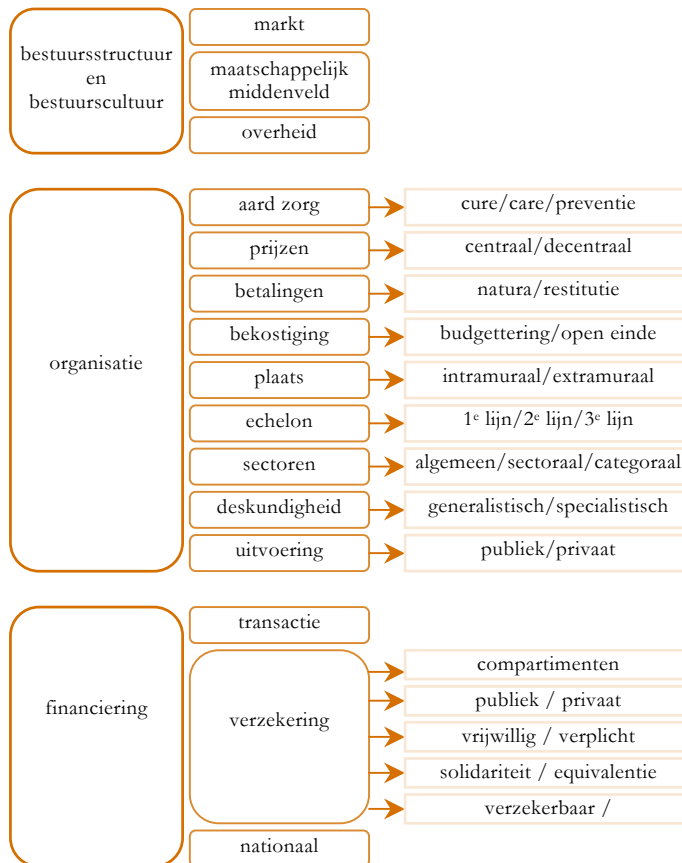
In de gezondheidszorg bestaat een veelheid van gehanteerde ordeningen, die meestal elk een specifieke grondslag hebben. Analooq aan andere maatschappelijke verschijnselen zijn er in beginsel in de gezondheidszorg drie grondslagen denkbaar: het bestuur, de organisatie en uitvoering en de financiering. Bij het bestuur gaat het bijvoorbeeld om de verhouding tussen markt, overheid en maatschappelijk middenveld. Belangrijke aspecten van de organisatie en de uitvoering van de zorg zijn bijvoorbeeld de bekostiging en de toegestane omvang van de zorg, de prijs van de zorg, de aard van de zorg, de plaats van levering van de zorg en de mate van onderlinge samenhang. Bij de financiering staat in de Nederlandse verhoudingen de werking van het verzekeringsstelsel centraal.

Een voorbeeld van een concrete ordening van de gezondheidszorg is bijvoorbeeld de indeling in drie compartimenten, waarvan het verzekeringsstelsel, als afgeleide van de financieringsgrondslag de basis vormt. Andere ordeningen zijn die in intramuraal, semimuraal en extramuraal,

of die in preventie, care en cure. Hier vormen de locatie waar de zorg geleverd wordt, respectievelijk de aard van de zorg – beide als afgeleide van de organisatie – de basis. Op basis van de bestuursgrondslag is bijvoorbeeld een indeling in publiek en privaat mogelijk. Figuur 2.1 geeft een overzicht van een aantal bestaande ordeningen. Uiteraard zijn er meer ordeningen denkbaar.

Figuur 2.1 is bewust schematisch gehouden. Per ordeningsvorm zijn meer verfijningen mogelijk. De ordeningen nemen in concreetheid toe. Om de ordeningen nader te structureren, zijn in deze achtergrondstudie een drietal vragen gesteld. Namelijk de vragen wat wordt geordend, hoe wordt geordend en waar wordt geordend. Hoewel deze vragen de richtlijnen zijn voor de historische schetsen, fungeren ze niet als keurslijf en worden dus soms meer impliciet gesteld.

Figuur 2.1 Ordeningen in de gezondheidszorg

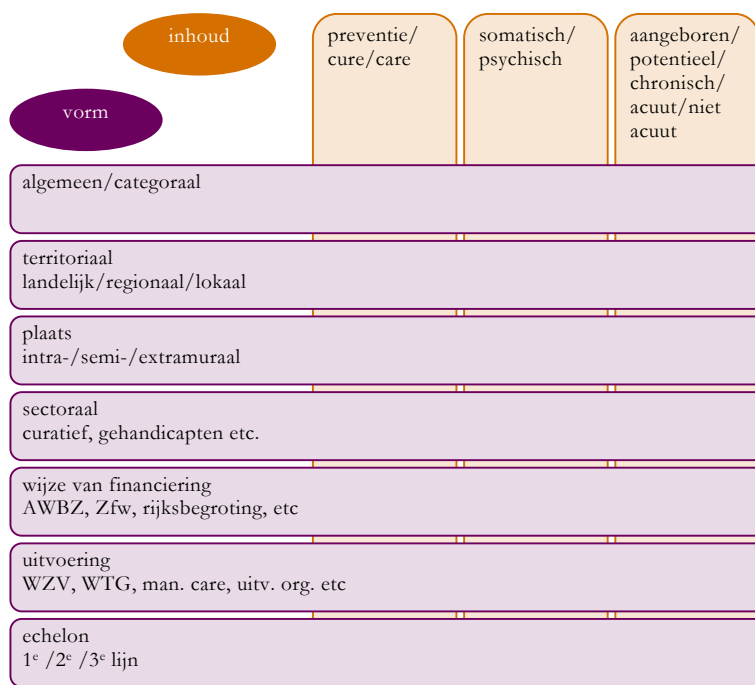


Bron: RVZ (eigen bewerking)

6.3 Wat wordt geordend?

Gezondheidszorg heeft in beginsel drie functies of doelen: voorkomen van ziekte, genezen van ziekte en verlichten van lijden. Hoewel deze drie functies het antwoord zijn op de vraag ‘wat’ wordt geordend, is binnen de context van de beleidspraktijk een verdere concretisering noodzakelijk. Hierbij is te denken aan de drie grondslagen bestuur, organisatie en uitvoering en financiering maar ook aan meer zorginhoudelijke ordeningen. In de praktijk zullen inhoud en instrumentarium immers veelal gezamenlijk een rol spelen in de gekozen ordeningen. Figuur 2.2 maakt dit inzichtelijk.

Figuur 2.2 Ordeningen naar zorginhoud en instrumentarium



Bron: RVZ (eigen bewerking)

6.4 Hoe wordt geordend?

Binnen het bestuur van de gezondheidszorg zijn met name de verhoudingen binnen de driehoek overheid, markt en

maatschappelijk middenveld van belang. Traditioneel speelde het maatschappelijk middenveld hierin een grote rol maar inmiddels zijn er ook stemmen die wijzen op de toenemende invloed van de overheid op de besturing van de gezondheidszorg (Wolf, 1984; Oudshoorn, 1993; Okma, 1997). De belangrijkste oorzaak zou de sterke nadruk op kostenbeheersing zijn.

De organisatie en de uitvoering van de zorg levert een veelheid van ordeningen op. Zo kan de gezondheidszorg worden bekostigd op basis van openeinderegelingen of op basis van budgetten. De prijzen van de zorg kunnen centraal of decentraal worden vastgesteld. De zorglocatie kan extramuraal of intramuraal zijn en specialistisch, generalistisch of gemengd van aard zijn. Er bestaat algemene en categorale gezondheidszorg, terwijl er bovendien ook een indeling naar sectoren kan worden gemaakt. Tot slot kan gekeken worden naar de aard van de zorg, waarbij een onderverdeling te maken is in preventieve zorg, care en cure.

De ordening van de financiering van de gezondheidszorg is erg ingewikkeld. In de literatuur wordt gewezen op een drietal financieringsmogelijkheden, namelijk een transactiesysteem, een verzekeringssysteem en een genationaliseerd systeem.

In Nederland is sprake van een verzekeringssysteem maar deze zit complex in elkaar. Zo zijn er compartimenten, publieke en private verzekeringen, vrijwillige en verplichte verzekeringen, verzekerbare en onverzekerbare risico's, premieheffing op basis van solidariteit en op basis van ingebracht risico en inkomensafhankelijke of inkomensonafhankelijke eigen betalingen. Hoe heeft de mix tussen al deze ordeningsvormen zich in de loop van de tijd ontwikkeld?

2.5 Waar wordt geordend?

Het vraagstuk van centrale of decentrale sturing is altijd van belang geweest. De gezondheidszorg kenmerkt zich momenteel vooral door functioneel bestuur. Hiernaast bestaat er in de openbare gezondheidszorg ook territoriaal bestuur. Bij de ordening van de gezondheidszorg hebben zowel vraagstukken van functionele, als van territoriale centralisatie en decentralisatie steeds een rol gespeeld. In het kader van de 'waar-vraag' wordt hieraan aandacht besteedt.

7 Ordening in de Nederlandse gezondheidszorg; de periodes nader bezien

7.1 De vooroorlogse periode: particulier initiatief centraal

Inleiding

De opbouw van het Nederlandse zorgstelsel start niet na de Tweede Wereldoorlog, maar dateert al van lang daarvoor. Alhoewel deze achtergrondstudie de naoorlogse periode beslaat, is het niet mogelijk latere ordeningen te begrijpen zonder kennis van de ontwikkeling van het particuliere initiatief in de periode van voor WO-II. Om die reden passeren in deze paragraaf een aantal belangrijke momenten uit de geschiedenis van de Nederlandse gezondheidszorg de revue en de naar aanleiding daarvan genomen maatregelen door overheid en particulier initiatief. Deze vormen de basis van de ordening in de Nederlandse gezondheidszorg.

Box 2 Markeerpunten in de vooroorlogse periode:

Vroege tekenen van georganiseerde gezondheidszorg in Nederland zijn vooral te vinden in de geestelijke gezondheidszorg. De ontwikkeling van de psychiatrie is relevant omdat ze verwant is aan de wijze waarop de somatische zorg zich ontwikkeld heeft. De wijze van ordening van geestelijke zorg hangt nauw samen met de visie die men heeft op 'krankzinnigen' en psychiatrische patiënten (bijvoorbeeld van opsluiten en lijfstraffen, tot meer opvoedkundige en gezondheidskundige benaderingen). De zorg wordt georganiseerd en uitgevoerd door privaat initiatief.

De somatische zorg ontwikkelt zich ruim een eeuw later, vooral als uitvloeisel van urbanisatie en industrialisatie. Deze brengen bijvoorbeeld sterk vervuild drinkwater, ziektes en epidemieën met zich mee.

Door bijvoorbeeld de cholera wordt de betrokkenheid van de overheid bij de zorg sterker. Er is al een Geneeskundige Staatsregeling uit 1818, en na 1832 en 1845 (cholera-uitbraken) wordt wetgeving steeds belangrijker. Er worden Centrale Commissies ingesteld om snel te reageren op nieuwe uitbraken van deze ziekte.

Het particulier initiatief wordt sterk leidend bij de ordening van de zorgsector, bijvoorbeeld ook tot uiting komend in de oprichting van beroepsverenigingen.

Thorbeckes gezondheidswetgeving, daterend uit 1865, legt de professionele autonomie en onafhankelijkheid van geneeskundigen vast. Later zal dit de ordening van de sector sterk bepalen. Specialismen en sub-specialismen worden vastgelegd. De huisarts wordt poortwachter en de beroepen van vroedvrouw en apotheker krijgen een wettelijke regeling. De rol van de overheid is vooral voorwaardenscheppend en gericht op toezicht en inspectie.

Ontwikkeling van geneeskundige armenzorg, kruisverenigingen en ziekenfondsen vanuit particulier initiatief.

Tot wetgeving rond de verzekering van zorg komt het niet eerder dan in WO-II via het ziekenfondsbesluit van de Duitse bezetter. Redenen: pluriformiteit van belangen en visies op zorg (met veel tegenstellingen) en afwezigheid van een gevoel van wederzijdse afhankelijkheid tussen de verschillende particuliere actoren. Daarnaast is er veel verdeeldheid op politiek niveau over een overheidsrol en de positie van ziekenfondsen. Deze factoren spelen ook in latere perioden steeds een rol als knelpunten bij de implementatie van ordeningsprincipes.

Wat en hoe wordt geordend?

Levensbeschouwing en ordening: publiek, privaat en gemeenschap

De levensbeschouwelijke en religieuze groeperingen in Nederland organiseren zich meer en meer. Nederland raakt verzuimd, zo ook de gezondheidszorg (Van der Grinten, 1993; 1996). Ten koste van bijvoorbeeld een centrale ziekenfondswet bouwt het religieus/levensbeschouwelijk particulier initiatief zich verder uit, onder bescheiden financiële protectie van de staat. De overheid neemt daarnaast vaak een passieve houding aan, welke alle ruimte geeft aan particuliere initiatieven. Het particulier initiatief dwingt deze ruimte ook zelf af, door te strijden tegen een te grote staatsbemoeyenis en voor een

onafhankelijke particuliere zorg met middelen van de overheid. Dit verklaart mede de langzame en beperkte ontwikkeling van de gemeentelijke gezondheidsdiensten.

Een centrale voorwaardenstellende overheid met particuliere uitvoering en organisatie van de zorg

Na WO-I ziet de toestand van de gezondheid van de Nederlandse bevolking er niet rooskleurig uit. De economische conjunctuurdalingen en het levensbeschouwelijk particularisme in de gezondheidszorg vertragen de wetgeving rond sociale voorzieningen en verzekeringen. Om de gezondheidstoestand te verbeteren, schakelt de centrale overheid meer en meer het particulier initiatief in. Ze bespeurt dat dit zich inmiddels op een hardnekkige wijze een vaste positie in het volksgezondheidsveld verschaft.

De overheid gaat er meer en meer toe over het particuliere stelsel in te zetten bij het bereiken van haar doelstellingen. De subsidieverlening aan particulieren door de overheid is daar een voorbeeld van. Dit vormt een markeringspunt in ons stelsel van gezondheidszorg. De overheid verleent de kruisverenigingen subsidies voor de uitvoering van taken op het terrein van de volksgezondheid. Ze moeten dan wel de richtlijnen van de centrale overheid volgen. Dit heeft de voorkeur boven de ontwikkeling van de gemeentelijke gezondheidsdiensten. In de kern vormt deze constructie nog steeds een fundament van het gezondheidszorgstelsel in Nederland.

Pluriformiteit binnen het particulier initiatief en verdeeldheid in de politiek als knelpunten voor ordening

De kruisverenigingen en ziekenfondsen breiden zich verder uit. De ziekenfondsen zorgen voor spanningen binnen de artsenverenigingen. Deze zien zelfstandige ziekenfondsen als bedreiging voor de vrije uitoefening van hun beroep. De belangen van aanbieders van zorg en vragers/financiers van zorg botsen. Merkbaar is dit vooral in onenigheden omtrent de medezeggenschap, regels voor toetreding van artsen als medewerker, de hoogte van het inkomen in relatie tot verzekering en dergelijke. We zien dat met de groeiende rol van het particulier initiatief de verdeeldheid toeneemt, in het bijzonder op financieel terrein. De interne pluriformiteit is groot en de belangen liggen niet op één lijn.

In WO-II regelen de Duitsers uiteindelijk deze onenigheden door middel van het *Ziekenfondsbesluit*.

Het Besluit regelt het volgende:

- alle werknemers die verzekerd zijn ingevolge de Ziektewet hebben recht op geneeskundige verzorging. Ziektekostenverzekering wordt verplicht;
- de ziekenfondspremie wordt voor de helft door de werkgever en voor de helft door de werknemer betaald;
- De ziekenfondspremie voor de verplichte verzekering wordt jaarlijks vastgesteld op een te bepalen percentage van het loon;
- de ziekenfondsen worden onderworpen aan staatstoezicht op het beleid en het financieel beheer (Juffermans, 1982).

Hier komt duidelijk de ordening tussen verplicht en vrijwillig naar voren. Dit besluit vormt het raamwerk voor de ziektekostenverzekering en het gezondheidszorgstelsel in de tweede helft van de twintigste eeuw. Daarmee nemen we wederom een basiskarakteristiek waar van het zorgstelsel. Tegelijk constateren we dat de uitbouw en ontwikkeling van het particulier initiatief geleidelijk tot stand wordt gebracht.

Waar wordt geordend?

Ordening: centraal-decentraal

Net zo min als de ziekenfondswetgeving komt gezondheidswetgeving snel tot stand. In 1901 stelt de centrale overheid bij wet door het land verspreide gezondheidscommissies in. Ze verrichten onderzoek en adviseren gemeenten over de volksgezondheid. Een overkoepelende Centrale Gezondheidsraad adviseert de regering, en klaagt daarbij vooral over het gebrek aan financiële middelen en personeel. Rond 1904 komt er langzaam een subsidiestelsel van de grond. Ter bestrijding van tuberculose verleent de overheid voor het eerst aan een particuliere organisatie subsidie om de taken uit te voeren. Provinciale en gemeentelijke subsidies komen vaker voor dan subsidies van de centrale overheid. De meeste taken op het terrein van de volksgezondheid liggen ook op dat niveau. De meeste kruisorganisaties en specifieke verenigingen bedruipen zichzelf met contributies, fondsen en schenkingen (Juffermans, 1982).

In ruil voor subsidies wenst de overheid deels ontlast te worden van taken op het terrein van de geneeskundige armenzorg en de gemeentelijke ziekenhuizen. Tot WO-I beperken de centrale en lokale overheden zich voornamelijk tot technisch-hygiënische voorzieningen zoals riolering,

drinkwater, vuilverwijdering en warenkeuring (Juffermans, 1982; De Swaan, 1989; Boot en Knapen, 1996). Het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, de medische beroepsuitoefening en het bedrijven van geneeskundige armenzorg worden wel gedeeltelijk door zowel centrale als lokale armenzorg uitgevoerd. Sociale hygiëne en georganiseerde ziektebestrijding laat men vooral aan particulieren over.

Er ontstaat een toenemende strijd tussen de gemeentelijke gezondheidsdiensten en de particuliere kruisorganisaties. De overheid wil rond en tussen de wereldoorlogen meer naar zich toe trekken, vanwege de schrijnende sociale, economische en gezondheidstoestand. De hardnekkigheid van de particuliere organisaties blijkt echter groot genoeg om hun posities krachtig te verdedigen en zelfs te verstevigen. Het particuliere stelsel bouwt zichzelf steeds meer uit. Het krijgt in toenemende mate levensbeschouwelijke trekken. Dit versterkt het particuliere karakter van de zorg.

Spanningen bij ordening

In het voorgaande beknopte overzicht komt een aantal knelpunten naar voren dat ook bij de ordening van gezondheidszorg in de naoorlogse periode een rol blijft spelen. Deze hebben vooral te maken met:

1. de verdeeldheid in het particuliere initiatief, dat van oudsher een sterke rol heeft bij de ordening van zorg, over hun onderlinge verwevenheid en gemeenschappelijke belangen en over de wijze waarop de overheid betrokken moet zijn bij de zorg;
2. de verdeeldheid binnen de politiek over de rol van de overheid en bijvoorbeeld de positie en het takenpakket van ziekenfondsen.

7.2 Periode 1945 – 1960: wederopbouw en centralisatie

Inleiding

In de periode 1945 – 1950 staat Nederland in het teken van de wederopbouw. Dit is ook in de gezondheidszorg merkbaar. Het stelsel van zorgvoorzieningen moet worden opgebouwd om in de eerste behoeften aan zorg te kunnen voorzien. Het wettelijk kader bestaat uit niet veel meer dan de genoemde wetten rond gezondheidsbescherming en de gezondheidsinspectie, alsook het Ziekenfondsbesluit van de

Duitse bezetters. In de periode van opbouw van het land is gekozen voor een strakke aansturing door de overheid. De zorgsector merkt dit vooral bij de prijzen en de bouwvolumes.

Wat wordt geordend?

Bestrijding van ziekten; preventie

Na WO-II komt de volksgezondheid in de belangstelling. Oorlogsmorbiditeit en -invaliditeit, een gezondheidsapparaat dat niet optimaal functioneert en een stijging van de medische 'consumptie', leiden tot een dirigistische staatsinvloed in de zorg. Een dergelijke stijl van sturen wordt mogelijk gemaakt door de opening die de naoorlogse crisis biedt. In de periode van de wederopbouw wordt een Centrale Commissie voor de Volksgezondheid opgericht. Deze coördineert alle aangelegenheden die het stelsel van zorg in de naoorlogse jaren betreffen en zet daarbij op twee paarden in: organisatie en financiering van de zorg.

Ordering van de financiering

Op het terrein van de financiering van de zorg komen in de naoorlogse periode ook plannen en wetgeving tot stand. Er is schaarste aan middelen en aan personeel en voorzieningen. De overheid moet de schaarse middelen verdelen en zij stelt daartoe regels op omtrent bouw, prijzen, tarieven en personeel in de zorg. De overheid grijpt direct in op basis van regelgeving en circulaires. Dat vormt het dominante ordeningsprincipe voor de zorg in die tijd. Het heeft de basis gelegd voor wat we vandaag nog steeds als basiswetten van het zorgstelsel beschouwen: Wet Ziekenhuistarieven, Wet ziekenhuisvoorzieningen, Ziekenfondswet, AWBZ.

Hoe en waar wordt geordend?

Verdelen als ordeningsmechanisme

Er is sprake van een duidelijke groei van het aantal voorzieningen in ons land. Ziekenhuizen nemen sterk in aantal toe: in 1954 zijn er 250 ziekenhuizen, waarvan 92% kleiner is dan 250 bedden. Het aantal specialistenplaatsen wordt door de overheid gekoppeld aan het aantal bedden. Het aantal ziekenhuisbedden stijgt van 36.000 in 1945 tot 58.000 in 1960. De ordening krijgt in deze periode dus meer en meer betrekking op het verdelen van groei.

Ordering van de organisatie van de zorg: weer centraal versus decentraal

De centrale commissie bereidt, met het oog op de organisatie van de zorg, een nieuwe Gezondheidswet voor waarin de rol van het particulier initiatief formeel zal worden erkend. In 1956 neemt de Tweede Kamer deze Gezondheidswet aan. Eerder beten verschillende commissies zich er op stuk. Zo pleitte de commissie Van Rhijn voor een districtsgewijze organisatie van de zorg met overheidsdiensten. De protesten vanuit het particulier initiatief hiertegen waren groot. Hun rol werd in het plan namelijk drastisch beperkt. De commissie Banning kwam daarom met de idee, de samenwerking tussen overheid en particulier initiatief te verbeteren via een gedecentraliseerde, districtsgewijze uitoefening van overheidstaken en een volledige inschakeling van het particulier initiatief. Het Wetenschappelijk Bureau van de KVP ("Centrum") kwam met het plan om het particulier initiatief een voorrangspostie te geven. In zekere zin wisselen bij de ontwikkeling van plannen met betrekking tot de organisatie van de zorg de voorkeuren voor de overheid of voor het particulier initiatief elkaar in de tijd af.

In het kader van de gezondheidswet wordt een Centrale Raad voor de Volksgezondheid (CRV) in het leven geroepen, waarin zowel overheid als het veld zijn vertegenwoordigd. De gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor de zorg heeft zich door de jaren ontwikkeld en kreeg zo een wettelijke basis. Wel doen zich de nodige strubbelingen voor rond de samenstelling van de CRV, vooral waar het gaat om het aantal te benoemen kroonleden en vertegenwoordigers van het particulier initiatief. Uiteindelijk krijgt het particulier initiatief de helft van de zetels en de overheid de andere helft. De voorzitter wordt door de Kroon benoemd en heeft geen stemrecht.

De CRV gaat fungeren als overlegplatform tussen overheid en veld. In die zin geeft de Raad adviezen aan de overheid. Naast de CRV komen er ook Provinciale Raden die de uitvoering van de gezondheidszorg moeten bevorderen. Zij doen dit door advisering, en stimulering. De zorg wordt provinciaal dan wel regionaal uitgevoerd. De uitvoering van de zorg wordt niet direct in de wet beschreven (Boot en Knapen, 1996, p. 254-255). Dit wordt aan het overlegplatform overgelaten, waarmee de rol van zowel particulier initiatief als de overheid bij de vorming van ons gezondheidszorgstelsel wordt benadrukt.

Geconstateerd moet worden dat de genoemde raden niet hebben geleid tot een krachtadig volksgezondheidsbeleid. De

gezondheidswet brengt geen essentiële vergroting van de staatsinvloed in de zorg en geeft de raden geen extra bevoegdheden. De rol van het particulier initiatief is prominent en dominant aanwezig.

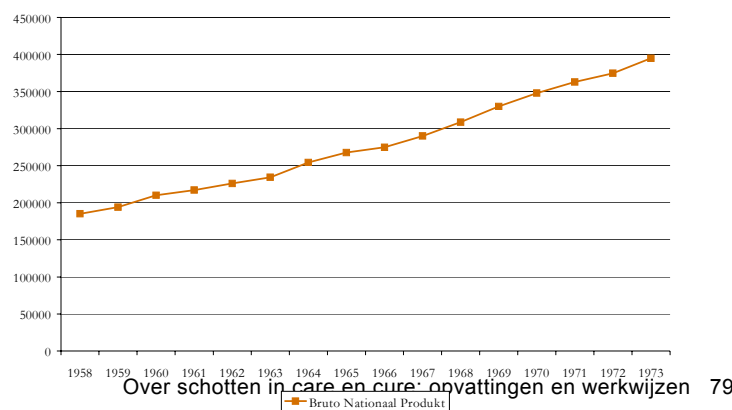
7.3 Periode 1960 – 1974: van liberalisatie naar aanbodregulering

Inleiding

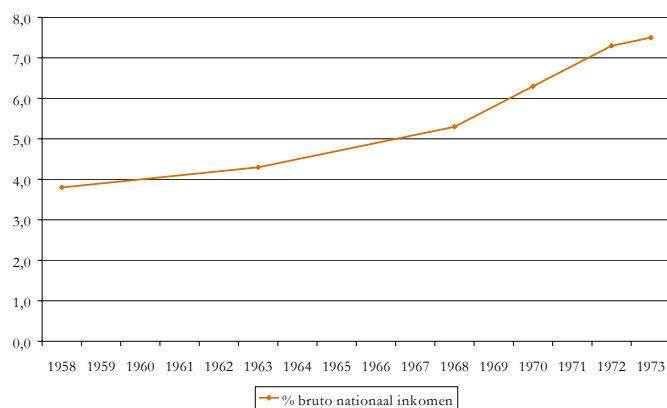
In de periode 1960 – 1974 bestaat de regering, met uitzondering van het kortstondige kabinet Cals (1965.–1966), uit kabinetten van liberaalconfessionele signatuur. De socialisten nemen niet deel aan de regering. Liberalisme, soevereiniteit in eigen kring en subsidiariteit zijn de belangrijke ideologische uitgangspunten. In maatschappelijk opzicht komt halverwege de jaren zestig de verzuiling tot volle wasdom. De economie ontwikkelt zich voorspoedig en de meeste Nederlanders delen mee in de snelle welvaartsgroei. Gemiddeld groeit de economie tussen 1958 en 1973 met 5,2% per jaar (figuur 3.1). In 1964 vindt er een loonexplosie plaats. Tegen het einde van deze periode wordt echter duidelijk dat er een recessie op komst is.

De kosten van de gezondheidszorg stijgen veel sneller dan de welvaartsgroei (figuur 3.2). De grootste kostenstijging doet zich voor in de intramurale sector. Aanvankelijk wordt dit nog niet als een probleem ervaren. Zo relateert de latere staatssecretaris Kruisinga de kostenstijging in 1962 nog met een verwijzing naar de nuttige vorm van besteding van middelen die de gezondheidszorg is. Volgens Kruisinga moet de aandacht vooral gericht zijn op de problemen op het gebied van personeel en voorzieningen (ESB, 1962).

Figuur 3.1 Bruto nationaal product



Figuur 3.2 Kosten als percentage Bruto nationaal inkomen



In 1966 krijgt het ziekenfondsbesluit uit 1941 haar opvolger in de Ziekenfondswet (ZFW). Een jaar later komt de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) tot stand. Nu de financiering is herijkt, ontstaat vervolgens in 1971 een organisatiewet; de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV).

Wat wordt geordend?

Liberalisatie

In het begin van de jaren zestig wordt het gezondheidszorgbeleid geliberaliseerd. Het strakke overheidsregime in het kader van de wederopbouwwet (1965) en de prijzenwet (1961) wordt afgeschaft. Hierdoor krijgt het maatschappelijk middenveld aanzienlijk meer invloed.

Minister Veldkamp is eveneens van oordeel dat het primaat bij het maatschappelijk leven moet liggen. De overheid dient alleen in te grijpen als het mis dreigt te gaan (Grünwald, 1987). Dit betekent decentralisatie en deconcentratie van het beleid. Zo wordt de ministeriële vergunning voor (nieuw)bouw vervangen door de in de praktijk veel makkelijker te verkrijgen gemeentelijke vergunning. De rijksoverheid is sinds 1965 ook niet meer vertegenwoordigd in de ziekenhuiscommissie, waardoor ook hier de invloed van het maatschappelijk middenveld toeneemt⁶. De ziekenhuiscommissie gaat

aanmerkelijk soepeler adviseren over de rijksgaranties voor de benodigde leningen.

De vertegenwoordiging van het particulier initiatief in de Ziekenfondsraad wordt echter wel teruggebracht ten gunste van de sociale partners (werkgevers en werknemers). Tegelijkertijd wordt de adviserende functie van de Sociaal Economische Raad (SER) inzake de premiehoogte afgeschaft. Tot dusver werden de premieadviezen van de SER steeds door de Minister opgevolgd (Juffermans, 1982). Nu worden de premieadviezen van de Ziekenfondsraad dominant die in de regel hoger zijn dan de adviezen van de SER.

In 1965 wordt de Wet ziekenhuistarieven (WZT) aangenomen waarmee de regulering van de prijzen wordt overgelaten aan het particuliere initiatief. In 1962 was hiervoor al nieuwe Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven (COZ) opgericht waarin alle betrokken partijen zitting hebben. Weliswaar kan de Minister besluiten van het COZ ter vernietiging voordragen bij de Kroon, maar in de praktijk is dit geen makkelijk genomen maatregel. Oorspronkelijk geldt de WZT alleen voor de intramurale sector. De andere sectoren sluiten zich later veelal vrijwillig aan of worden op enig moment in deze systematiek geïncorporeerd. Hoewel men meent dat er in die periode geen sprake was van een al te uitbundige prijsstelling (Grünwald, 1987), neemt desondanks het aantal fte's per bezet bed in de jaren '60 snel toe (Juffermans, 1982). Het overlegmodel van de WZT is niet in staat de snel stijgende volumes te beteugelen.

De groei van de intramurale capaciteit wordt sterk gestimuleerd door de introductie van de ZFW en de AWBZ sterk. De ZFW betreft voor een groot deel de codificatie van de reeds bestaande situatie van het oude ziekenfondsenbesluit. De poging van het kortstondige rooms-rode kabinet Cals om het bestaande onderscheid tussen verplichte ziekenfondsverzekering, vrijwillige ziekenfondsverzekering en bejaardenverzekering op te heffen, mislukt met de verwerping van de in 1966 ingediende Bijzondere Volksverzekering tegen ziektekosten (BVV). De KNMG en de werkgevers hebben grote bezwaren tegen deze wet, waarin zij een aanzet voor een volksverzekering zien. Het bestaande onderscheid tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeringen blijft in stand.

In 1966 wordt een wetsvoorstel ingediend voor een volksverzekering tegen onverzekerbare risico's (AWBZ). Tot dusver werden deze risico's niet of slechts gedeeltelijk

gefinancierd waarbij er sprake was van een diffuus systeem dat betaald werd door provincies (psychiatrische instellingen), bijstand, ziekenfondsen en consumenten. De AWBZ regelt de structurele financiering voor de verpleeghuizen, en de ziekenhuizen na het eerste jaar van de opname, alsook voor inrichtingen voor zwakzinnigen, visueel en auditief gehandicapten. Er is nog geprobeerd om het eerste jaar van de ziekenhuisverpleging en de klinisch specialistische hulp onder de AWBZ te brengen, maar deze gedachten zijn bij de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV) op buitengewoon felle tegenstand gestuit omdat de specialisten hun particuliere omzet hierdoor bedreigd zagen. De LSV wordt in haar verzet gesteund door de particuliere ziektekostenverzekeraars en werkgevers.

In eerste instantie richt de aandacht zich tussen 1960 en 1973 vooral op de ordening van de bestuursstructuur en de financiering. Het maatschappelijke middenveld krijgt de ruimte terwijl tevens de wettelijke financiering van de gezondheidszorg wordt geregeld. De ordening op het gebied van de organisatie en uitvoering van de zorg krijgt minder expliciete aandacht. Ze vloeit als het ware automatisch voort uit de besturingsfilosofie, waarin het maatschappelijk middenveld prioriteit krijgt. Men vertrouwt op de zelforganisatie van het veld. Decentralisatie, deconcentratie en private uitvoering voeren de boventoon.

De proloog van de aanbodregulering

Vanuit de samenleving en de Tweede Kamer ontstaat in toenemende mate kritiek op het gebrek aan ordening in de gezondheidszorg (Juffermans, 1977). De overheid zou onvoldoende sturing geven aan de gezondheidszorg, vooral op het gebied van de organisatie en de uitvoering. De groei van de gezondheidszorg voltrekt zich ongecoördineerd en op onevenwichtige wijze (Juffermans, 1982).

De ideeënvorming over alternatieve vormen van ordening begint echter al in de vroege jaren zestig wanneer de beleidspraktijk nog volop naar meer liberalisatie streeft. Zo pleit de SER in 1961 voor een planmatige aanpak van de behoefte aan ziekenhuisbedden (Grünwald, 1987) en verzoekt minister Veldkamp in 1962 de CRV om advies inzake de korte en lange termijnplanning van de gezondheidszorg. In de Tweede Kamer merkt de Minister op dat de ordeningsvraag vroeg of laat zal moeten worden beantwoord (Grünwald, 1987). KVP kamerlid De Vreeze pleit in 1962 in de Tweede

Kamer ook al voor een discussie over herordening van de gezondheidszorg (Handelingen 21, 1962). De grote volksgezondheidsnota die minister Veldkamp in 1966 uitbrengt, is echter vooral een uitgebreid overzicht van de gezondheidszorg in Nederland waarin een sturingsconcept ontbreekt. De snelle kostenstijging van de gezondheidszorg leidt inmiddels steeds meer tot het inzicht dat er iets moet gebeuren. In de eerste plaats zoekt men dit in de afremming van de vraag. Het kabinet Zijlstra stelt in 1967 een eigen risico van f 10,- per dag tijdens de eerste 30 dagen ziekenhuisverpleging voor. Ook het kabinet Biesheuvel zoekt het, onder de noemer van het profijtbeginsel, in afremming van de vraag. Al deze voorstellen stuiten echter op zodanige weerstand, dat ze nooit zijn ingevoerd. Alleen in de AWBZ is bij invoering een eigen bijdrage regeling opgenomen.

Met het aantreden in 1973 van het kabinet Den Uyl, wordt de oriëntatie op de vraag definitief vervangen door aanbodbeheersing. Dit gebeurt deels om inkomenspolitieke redenen en deels omdat afremming van het aanbod effectiever wordt geacht dan vraagbeheersing (Juffermans, 1977).

In 1967 adviseert de CRV een meer planmatige aanpak om de kostenontwikkeling in de hand te houden. De Raad beveelt vervolgens in 1970 aan om een planbureau voor de gezondheidszorg op te richten. Deze aanbeveling is echter nooit gerealiseerd omdat men tot het inzicht kwam dat de vraag oneindig is en het aanbod derhalve de vraag bepaalt (Festen, 1985). In 1973 komt het rapport van de commissie Festen uit. Dit rapport wordt de hoeksteen van de Structuurnota Gezondheidszorg. Nadrukkelijk wordt gekozen voor planning van de aanbodkant. Belangrijke termen zijn: planning, regionalisatie, extramuralisatie, vergunningen, wijkcentra, specialisten in loondienst, preventie en een landelijk informatiesysteem.

De WZV is de enige belangrijke wet uit de periode 1960-1973 die betrekking heeft op de organisatie en uitvoering van de zorg. Ze regelt de planning van de intramurale capaciteit en voorziet hiervoor in een langetermijnziekenhuisplan, dat bestaat uit een samenbundeling van vijfjarige provinciale plannen. Coördinatie, ontwikkeling van planningcriteria en advisering over individuele vergunningen worden verzorgd door een 'nieuw' op te richten College voor ziekenhuisvoorzieningen (CvZ). De WZV moet leiden tot decentralisatie en regionalisatie van de gezondheidszorg. Het

langetermijnziekenhuisplan komt echter, onder meer door het in gebreke blijven van de provincies, niet van de grond. Dit is aanleiding voor de centrale overheid om het heft meer in eigen hand te nemen.

Hoe wordt geordend?

Bestuur

De gezondheidszorg heeft een charitatieve oorsprong waarin de levensbeschouwing een centrale plaats heeft. De verzuijing is ook in de gezondheidszorg zichtbaar. Er zijn katholieke, protestants-christelijke en neutrale organisaties. Opvallend is de kracht van de katholieke zuil. In 1972 zijn 76 van de 183 algemene ziekenhuizen van katholieke signatuur. In 1962 waren er zelfs 96 katholieke ziekenhuizen (Van Andel, 1983). In het kruiswerk reikt de invloed van het katholieke Wit-Gele Kruis eveneens ver (Juffermans, 1982). De concurrentie tussen de zuilen is een belangrijke verklaring voor de snelle capaciteitsgroei.

Bij de ziekenfondsen zijn de zuilen veel minder dominant aanwezig dan in de instellingen. Weliswaar bestaan er bonden van katholieke (8%) en socialistische (18%) ziekenfondsen maar relatief veel mensen (48%) zijn verzekerd bij een van de vroegere fondsen van de KNMG, nu verenigd onder de Federatie Verenigde Maatschappij Ziekenfondsen (Juffermans 1982).

Vanaf de tweede helft van de jaren zestig worden de eerste barstjes in de verzuijnde ordening van de gezondheidszorg zichtbaar. In 1968 ontstaat uit de verschillende (confessionele) koepels de Nationale Ziekenhuisraad (NZR) en de katholieke en socialistische ziekenfondsen fuseren in 1971 tot de Nederlandse Unie van Ziekenfondsen. Dit 'ontzuijlingsproces' zal zich blijvend voortzetten.

Financiering

De financiering van de zorg wordt in Nederland geordend middels een verzekeringssysteem. Belangrijk voor de vraag hoe dit verzekeringssysteem wordt geordend, is het onderscheid tussen publieke en privaatrechterlijke verzekeringen en tussen vrijwillige en verplichte verzekeringen. Bij de verplichte verzekeringen speelt solidariteit een belangrijke rol. Hier is sprake van vormen van risicosolidariteit, premiesolidariteit en solidariteit ongeacht de burgerlijke staat. Bij de vrijwillige en particuliere verzekeringen speelt het equivalentiebeginsel een rol.

In de ZFW is sprake van een ordening naar een verplichte, een vrijwillige en een bejaardenverzekering. Hiernaast zijn particuliere verzekeraars actief. In de verplichte verzekering en de bejaardenverzekering bestaat een premie naar draagkracht en in de vrijwillige verzekering is er een nominale premie. Nieuw is dat in de vrijwillige verzekering een acceptatieplicht wordt ingevoerd voor mensen die aan de voorwaarden voldoen (Roscam Abbing en Rutten, 1985). De daling van het aantal vrijwillig ziekenfondsverzekerden blijft ondanks deze maatregel gewoon doorgaan. In 1950 bedroeg het aantal vrijwillig verzekerden nog 241 per 1.000 inwoners, in 1970 is dit aantal gedaald tot 115 per 1.000 (Juffermans, 1982).

Ongeveer 70% van de Nederlanders is verzekerd via het (vrijwillige) ziekenfonds of de bejaardenverzekering. Het restant heeft zich grotendeels op de particuliere markt verzekerd. Nauwlettend wordt bezien hoe dit percentage zich ontwikkelt. Dit is namelijk van groot belang voor de inkomenspositie van de medisch specialisten omdat de honorariumtarieven voor particuliere en ziekenfondspatiënten sterk uiteenlopen. Het particuliere normhonorarium van de LSV ligt in deze periode voor een patiënt met een 3^e klas verzekering circa drie keer zo hoog als het honorarium voor een ziekenfondspatiënt (Juffermans, 1982).

Voor het ziekenfonds is de hoogte van de loongrens eveneens van groot belang. Vanaf 1960 is de loongrens voor de helft geïndexeerd aan de loonstijging en voor de andere helft aan de prijsstijging. Daarvoor gold uitsluitend een indexering aan de loonstijging. Aangezien de lonen sneller stijgen dan de loongrens, dreigt steeds uitholling van het verzekerdenbestand van de ziekenfondsen. Deze vinden dat ongewenst en beroepen zich daarbij op het argument dat de kosten van de gezondheidszorg veel sneller stijgen dan de lonen. In zowel 1964 als 1966 wordt van een ontsnappingsclausule gebruik gemaakt om het verzekerdenbestand 'op peil' te houden. In 1970 wordt ondanks andersluidende adviezen van de Ziekenfondsraad en de SER van de ontsnappingsclausule afgezien (Juffermans, 1982).

De schadelast stijgt intussen erg snel waardoor het bedrijfsrisico toeneemt en schadelastbeheersing belangrijker wordt. De verwachte schade van sommige risico's zou zo groot kunnen worden dat deze niet meer verzekeraar blijken. Bij de totstandkoming van de AWBZ gaat de ordening

tussen verzekerbare en onverzekerbare risico's een rol spelen. Minister Veldkamp meent dat de zware geneeskundige risico's, waarvoor de AWBZ in het leven wordt geroepen, in omvang zullen toenemen doordat de mensen steeds ouder worden en het aantal chronisch zieken groeit. Het gaat dan vooral om mensen met aangeboren afwijkingen en om chronisch psychisch zieken. In tegenstelling tot de ZFW kiest men nu voor een volksverzekering, omdat de ervaring leert dat het niet mogelijk is deze risico's langs privaatrechterlijke weg te verzekeren.

De AWBZ kenmerkt zich door een eigen bijdrage regeling, geen premieheffing voor bejaarden, gedeeltelijke financiering door een rijksbijdrage en (uiteeraard) uitvoering door het particulier initiatief (Roscam Abbing en Rutten, 1985). Voor de toelating van instellingen tot de AWBZ wordt een sober erkenningenbeleid gevoerd, dat echter door de grote vraag niet houdbaar blijkt. In 1971 wordt dan ook besloten dat de verpleegkosten van patiënten met een geldige indicatie, die in een niet erkende instelling worden verpleegd, voortaan uit de AWBZ mogen worden vergoed (Juffermans, 1982).

Voor de AWBZ vond er enige financiering plaats door subsidies van diverse overheidsinstanties, de bijstand en door eigen betalingen. Dit zijn echter financieringswijzen die niet bij een verzekeringssysteem horen. De komst van de AWBZ vormde dus tevens een versterking van het verzekeringstelsel.

Organisatie en uitvoering

De ordening tussen extramuraal en intramuraal is en blijft belangrijk. Veel beleid richt zich in eerste instantie vrijwel uitsluitend op de intramurale sector (WZT, WZV, AWBZ). Deze sector wordt door de beleidsmakers van groter belang gevonden. Ze groeit sneller dan de extramurale sector. Belangrijke achtergronden van de snelle groei van de intramurale sector zijn de veroudering van de bestaande gebouwen, de medisch-technologische ontwikkelingen welke in toenemende mate intramuralisatie noodzakelijk maken, het tekort aan 'long stay' voorzieningen, de voorspelde sterke bevolkingsgroei en de concurrentie tussen de confessionele zuilen.

De liberaal-confessionele kabinetten in deze periode zijn voorstander van een decentrale uitvoering door het particulier initiatief. Zij passen dit beginsel nadrukkelijk toe zowel in het prijs- als het bouwbeleid voor de intramurale sector. De snelle

groei van de intramurale sector krijgt hierdoor een sterke stimulans. De bekostiging van de intramurale sector heeft in lijn met deze visie grotendeels een openeindekarakter. De nadruk op de intramurale sector draagt er voorts toe bij dat in de ordening van de beroepsgroepen het zwaartepunt verschuift naar de specialisten.

Tussen 1960 en 1970 wordt de ziekenhuiscapaciteit uitgebreid met circa 13.500 bedden tot 71.600 (Juffermans, 1982). De capaciteit loopt hierdoor op tot 5,36 promille, een getal dat door veel deskundigen te hoog wordt gevonden. De overheid probeert het beddenpromillage te verlagen tot vier waarvoor de instellingen tot 1980 de tijd krijgen. Voorts wordt bepaald dat de kosten van de gezondheidszorg in 1980 niet meer mogen bedragen dan 8% van het BNP. Na de "vrije jaren zestig" gaat de overheid zich met de omvang van de zorg bemoeien.

De bekostiging van de extramurale sector heeft veel minder een openeindekarakter. Zo wordt het kruiswerk gefinancierd door een diffuus geheel van subsidies en contributies. Bij de totstandkoming van de AWBZ is de SER, vanwege de noodzaak tot kostenbesef en -bewaking tegen opname van extramurale hulp in deze verzekering. Anderen vinden juist dat de AWBZ de intramuralisering van de gezondheidszorg teveel in de hand werkt. Voor de sociaal-democraat Querido is dit de reden om tegen het wetsvoorstel te stemmen (Juffermans, 1982).

De huisartsen krijgen per ziekenfondspatiënt een lumpsum tarief (abonnement). Dit vergoedingensysteem is beter beheersbaar dan het tariefensysteem in de ziekenhuizen. De overheid heeft hierdoor over langere tijd een redelijke greep op de huisartsenhonoraria. Hoewel in Nederland in 1964 een 'loonexplosie' losbarstte, geldt dit voor de honoraria van de huisartsen, na een uiterst fel conflict met de rijksoverheid, pas in 1967.

In de verschillende ordeningen speelt de omvang van de gezondheidszorg, ondanks sterk stijgende uitgaven, lange tijd geen overheersende rol. Er bestaat nog geen budgettering. Wel wordt er in de tweede helft van de jaren zestig veelvuldig gediscussieerd over eigen betalingen, maar telkenmale wordt van invoering afgezien. Eerst in de eerste helft van de jaren zeventig wordt een begin gemaakt met kostenbeheersing, in eerste instantie nog op ad hoc-basis. De ontwikkelingen volgen

elkaar snel op; in 1971 invoering bouwstop, later omgezet in bouwplafond; in 1972 aanscherpen tarievenbeleid; in 1973 personeelsstop en opzet van een rekenmodel als voorloper van de Zorgnota (Grünwald, 1987).

Waar wordt geordend?

Regio's

De Nederlandse gezondheidszorg wordt sterk gedeconcentreerd uitgevoerd: veel besluitvorming vindt niet per definitie door de centrale overheid plaats. Dit geldt in de jaren zestig wellicht zelfs meer dan in enige andere naoorlogse periode.

Aanvankelijk wordt in de jaren zestig dan ook niet zoveel territoriaal geordend. Er is een verplichte ZFW-verzekering in combinatie met een stelsel van vrijheden, zoals de vrije keuze van artsen, ziekenhuizen en ziekenfondsen (Hermans 1994). De ziekenfondsen hebben een vrije keuze van hun werkgebied. Bij de indiening van de eerder genoemde en mislukte Bijzondere Volks Verzekering tegen ziektekosten, kort na de totstandkoming van de ZFW, wil men de ontwikkeling naar één ziekenfonds per regio bevorderen. Blijkbaar is inmiddels ook in territoriaal opzicht de behoefte aan enige ordening ontstaan. Op eigen initiatief beginnen ook sommige instellingen zich regionaal te ordenen en samenwerkingsverbanden te sluiten. Bekend is de Stichting Samenwerkende Amsterdamse Ziekenhuizen (Schrijvers, Boot, Willemsse en Verschoor, 1983).

Via de WZV krijgen provincies de bevoegdheid plannen op te stellen voor de intramurale capaciteit in hun regio, welke bevoegdheid met de komst van de Wet voorzieningen gezondheidszorg (WVG) moest worden uitgebreid naar de extramurale sectoren. Regionalisatie wordt in de zeventiger jaren weer belangrijk (De Vries, 1996). In 1973 presenteert de commissie Festen regionalisatie als een van de bouwstenen van de in opbouw zijnde 'aanbodregulering'. Hoewel de regionalisatie de coördinerende rol van de provincies in de gezondheidszorg versterkt, moesten deze aan de andere kant ook invloed inleveren. Met de totstandkoming van de AWBZ is de provincie bijvoorbeeld geen financier meer van de psychiatrische ziekenhuizen.

Lokale gezondheidszorg

De openbare gezondheidszorg kent een geheel eigen ordening. Historisch hebben de gemeenten bijvoorbeeld een belangrijke taak op het gebied van de preventieve gezondheidszorg. Een

andere actor die veel aan preventie doet, is het kruiswerk. Het kruiswerk wordt in deze periode gefinancierd door subsidies van de verschillende overheidslagen en door contributies van de leden. Aan het einde van de jaren zestig begint de discussie over opname van het kruiswerk in het verzekeringsstelsel.

Bij de discussie in 1969 over de taak van het ziekenfondswezen ten aanzien van preventie merkt de commissie Muntendam op dat de ontstaanswijze van de fondsen er onder meer toe heeft geleid dat de fondsen alleen maar curatieve hulp verstrekken en dat de curatief-geneeskundige hulp zich gescheiden van de preventieve hulp heeft ontwikkeld. Deze scheiding wordt in die tijd echter als kunstmatig en ongewenst beschouwd. Ter wille van de integratie acht men ziekenfondsfinanciering van beide typen zorg gewenst (Juffermans, 1982).

De uiteindelijke aanbeveling is echter een pragmatische: eerst praten over onderbrenging van het curatieve/verpleegkundige werk van de wijkverpleegster in het ziekenfondspakket, alvorens de organisatorische consequenties van de opname van preventief geneeskundige hulp in het ziekenfonds aan de orde te stellen. Het kruiswerk is over dit voorstel echter niet enthousiast omdat men streeft naar een gesloten financieringsstelsel. Het zal nog tien jaar duren voordat het kruiswerk in de AWBZ wordt ondergebracht.

Opvallend in bovenstaande is dat niet is gesproken over de care. In veel literatuur en ook in CBS-statistieken wordt in die tijd alleen een onderscheid gemaakt tussen preventieve en curatieve zorg (Dolman, 1964; CBS, 1977). De care wordt hierin onder de curatieve zorg geschaard. Een ordening tussen care en cure speelt nog niet zo'n grote rol. De care zal zich pas geleidelijk een eigen plaats naast de cure verwerven.

7.4 Periode 1974 – 1987: reguleren en dereguleren

Inleiding

In de periode 1974 – 1987 groeit de zorgsector sterk in omvang. De groei vindt wederom voor een belangrijk deel plaats in de intramurale sector: curatieve specialistische zorg. Het beddenpromillage bedraagt in 1974 meer dan vijf. Eerstelijnszorg en preventie blijven in de groei achter.

Het besef dat de groei van de zorg niet langer ongebreideld door kan gaan en dat kostenbeheersing noodzakelijk is, wint in deze periode steeds nadrukkelijker terrein. Aanvankelijk nemen de sociaal-democraten deel aan de regering, op een moment dat de idee van de ‘maakbaarheid van de samenleving’ hoogtij viert. Door middel van ordening, structurering, planning en regulering, probeert men het beleid voor de zorgsector vorm te geven. De overheidsinvloed neemt sterk toe. Ze gebruikt planning en regelgeving om de sector te ordenen en aan te sturen. Kostenbeheersing wordt het leidend principe voor de organisatie, financiering en uitvoering van zorg. De sector die in het verleden in sterke mate door particulier initiatief en verzuilde instanties werd geordend en aangestuurd, verstatelijkt in deze periode steeds meer.

Wat, hoe en waar wordt geordend?

Ordening door de overheid: Bringing the state in! ‘Grand design’ van staatssecretaris Hendriks

Staatssecretaris Hendriks (KVP) signaleert in 1974 een aantal knelpunten in de uitvoering, financiering en organisatie van de zorg. Deze zijn:

- gebrek aan samenhang in de structuur, organisatie en financiering; er is sprake van een lappendeken;
- gebrek aan samenwerking, omdat de autonomie van beroepsbeoefenaren al snel in het geding dreigt te komen⁷;
- noodzaak tot kostenbeheersing bij een groeiende vraag: hoe meer te doen met minder geld;
- opleidingen in de zorg zijn niet afgestemd op het aanbod;
- idem voor de informatievoorziening;
- GGD-en ontbreken in sommige gebieden in Nederland.

Deze knelpunten zijn voor Hendriks aanleiding om een aantal zaken anders te ordenen dan tot op dat moment werd gedaan. In 1974 komt er een ambitieus plan voor de herstructurering van de gezondheidszorg (Structuurnota Gezondheidszorg). Het gaat om een samenhangend systeem van wet- en

regelgeving, waarmee de overheidsinvloed in de sector toeneemt. Dit gaat ten koste van het particulier initiatief. Deze ontwikkeling past geheel in de geest van de tijd.

De structuurnota behelst een totaalbeleid voor de zorgsector, waarbij organisatie, financiering, informatica, de omvang van de zorg en de opleidingen aan de orde komen. Ordening vindt plaats via planning en regulering. Naast cure geeft de nota ook een belangrijke plaats aan care en extramuralisering. De nota bevat onder meer de volgende aspecten:

- realisatie van een verplichte volksverzekering om een eenduidige financieringswijze te bewerkstelligen en een einde te maken aan de lappendeken van onsamenhangende en verschillend gefinancierde zorgvormen;
- meer afstemming van de opleidingen op het zorgaanbod;
- bewerkstelligen van meer samenhang in de informatievoorziening tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheid;
- landelijk gepland preventieprogramma, ingebed in een planning van GGD-en;
- terugdringen beddenaantal van ziekenhuizen tot vier per duizend inwoners;
- betere spreiding van bedden over het land. Er worden planningsnormen vastgesteld en op basis daarvan wordt tot een herschikking gekomen en een reductie van het aantal bedden;
- mogelijkerwijs budgetteren van ziekenhuizen/zorginstellingen en het sluiten van bedden.

Om dit te bereiken was binnen de ordeningen een belangrijke rol weggelegd voor de overheid. De overheid moest meer sturing aan de sector geven. De meest simpele vertaling van sturing is: 'elke vorm van gerichte beïnvloeding', in dit geval dus door de overheid. In de tijd van Hendriks betekent dit vooral de centrale en regionale overheid. Wetgeving is op dit moment het belangrijkste instrument voor overheidssturing. In deze wetgeving komen twee ordeningsprincipes naar voren: regionalisatie en echelonnering.

Regionalisatie

Hendriks introduceert het principe van regionalisatie of regionalisering in de organisatie van de zorg. Nederland wordt via de Wet voorzieningen gezondheidszorg opgedeeld in een aantal gezondheidszorgregio's. Plannen in de zorg moeten gebaseerd zijn op de vorming van regiogebieden waarbinnen op samenhangende wijze zorg georganiseerd wordt.

Een van de bedoelde sturingswetten is de al in vorige paragraaf genoemde, in 1971 ingevoerde en in 1977 van kracht geworden Wet ziekenhuisvoorzieningen. De verantwoordelijkheid voor de ziekenhuisplanning gaat naar de provincie, terwijl de finale verantwoordelijkheid bij de centrale overheid blijft. Deze centrale overheid deelt het land op in regio's om zo regionale en provinciale afstemming te bereiken en het planmatig denken over bouw en bedden te stimuleren. Concentratie van ziekenhuisinstellingen zodat meer overeenstemming ontstond met de regio-indeling sloot hierbij aan. Zo neemt het aantal algemene ziekenhuizen af van 204 in 1974 tot 173 in 1980 (128 in 1990 en 103 in 2000).*

Echelonnering

Via echelonnering moeten zorgvormen van dezelfde aard bij elkaar gebracht worden, zodat ze eenduidig en op dezelfde wijze gefinancierd en uitgevoerd kunnen worden. Het resultaat is het ontstaan van de indeling tussen eerstelijnszorg en tweedelijnszorg.

Schaalvergroting en concentratie

Schaalvergroting en concentratie worden eveneens sterk ingegeven door de noodzakelijke kostenbeheersing. Voor elke nieuw- en verbouw wordt toestemming van de rijksoverheid een vereiste. Een voorbeeld van de schaalvergroting en concentratie is de fusiegolf, of beter de fusiegolven, in de ziekenhuiszorg. Tussen 1967 en 1976 worden fusies ingegeven door de noodzaak en wens om de minimumomvang van ziekenhuizen groter te maken. Daardoor worden kleinere ziekenhuizen samengevoegd tot grotere. De redenering hierachter is dat een grootschalige organisatie beter kan bijdragen aan kostenbeheersing, kwaliteitsverbetering en -waarborging. In de periode 1977 tot 1983 is er sprake van een tweede fusiegolf. Middelgrote en grote ziekenhuizen fuseren dan weer met andere ziekenhuizen. Dit als reactie op de overcapaciteit die sinds de jaren 60 is ontstaan, toen er nog geen planningsnormen bestonden.

Wat komt er van de plannen van Hendriks terecht?

Het grand design van Hendriks kan niet als totaalplan worden ingevoerd. Er is onder meer hevig verzet tegen de basisverzekering en het inperken van de autonomie van individuele zorgaanbieders wanneer de nadruk sterk zou komen te liggen op samenhang en samenwerking. Een basisverzekering komt er daardoor niet. Tegelijk met het stranden van het totaalplan is wel een ontwikkeling van

‘denken over’ en ‘handelen in de geest van’ de plannen van Hendriks in gang gezet.

De periode na Hendriks: het ‘grand design’ brokkelt af

Wat, hoe en waar wordt geordend na Hendriks?

Staatssecretarissen Veder-Smit en later Gardeniers-Berendsen wijken op een aantal punten sterk af van staatssecretaris Hendriks. Zo vinden ze de voorgestelde wetgeving (WVG, WTG) te star en getailleerd en zijn ze tegenstander van een volksverzekering. De versterking van eerstelijnszorg, de echelonnering en regionalisatie worden wel overgenomen en uitgebouwd. Daarnaast wordt het Financieel Overzicht Zorg een officieel en krachtig beleidsinstrument. Een beroepskrachtenplanningssystematiek wordt ingevoerd en de wetten BIG en BOPZ worden voorbereid. Het is dus niet zo dat meteen vaarwel wordt gezegd tegen het sturen en ordenen door middel van overheidsregulering, planning en structurering, integendeel. Het kabinet Van Agt – Wiegel versterkt deze punten. Groot verschil is wel de nadruk op eigen verantwoordelijkheid van het veld, naast een grote rol voor de overheid.

Belangrijke succes- en faalfactoren in deze periode zijn de acceptatie van beleid door het veld en burgers/zorgvragers; het werken aan maatschappelijk draagvlak; onduidelijke vermenging van inkomensbeleid en volksgezondheidsbeleid en een te groot accent op één bepaald principe: bijvoorbeeld toegankelijkheid, kwaliteit of kostenbeheersing. Nadruk op het één heeft vaak negatieve gevolgen voor het andere (zero sum).

Nota 2000: een toekomstbeeld van gezondheidszorg

In 1986 presenteert de toenmalige staatssecretaris Van der Reijden van Volksgezondheid de ‘Nota 2000’. Hoewel deze nota probeert om de beleidsinvalshoek meer te verschuiven in de richting van gezondheid in plaats van zorg, behelst ze geen grote herzieningsplannen voor de ordening van gezondheidszorg. Wel worden de contouren aangegeven waarbinnen de Nederlandse gezondheidszorg zou moeten manoeuvreren. De nota wijst voorts op toekomstige ontwikkelingen in de zorg die de problemen zullen vergroten, zoals de vergrijzing, alcohol-, tabaks-, en druggebruik, afhankelijkheid tussen zorg en hulp, het voortbestaan van allerlei ziekten en de ontdekking van nieuwe ziekten. Dit beïnvloedt de samenhang tussen structuur, financiering en het beleid in de zorg. In toenemende mate stijgen de kosten van de zorg. Het beteugelen daarvan wordt een hele opgave.

Vanaf de jaren tachtig worden, onder druk van met name economische achteruitgang, open vraag- en aanbodverhoudingen belangrijker. Dit betekent niet dat er snel veel verandert aan de invloed van het maatschappelijk middenveld op het overheidsbeleid. Verschillende stelselherzieningen in de zorgsectoren stuiten steeds op de hardnekkigheid van corporatistische verhoudingen in de ordening van de uitvoering, financiering en organisatie van de zorg.

Decentralisatie, deregulering, marktwerking

Na 1982 gaat ook de planningsgedachte ten onder. Het eerste kabinet Lubbers treedt aan en kenmerkt zich al snel als non-sense kabinet. Een terugtrekende overheid die tegelijkertijd meer bedrijfsmatig en doelmatig gaat werken wordt het uitgangspunt. Ook in de zorgsector moet doelmatigheid worden gerealiseerd. Ordeningsprincipes van de kabinetten Lubbers zijn: deregulering, decentralisatie en marktwerking.

De noodzaak om de groei van de zorgsector terug te dringen, leidt tot bezuinigingen en kostenbesparingen, die niet meer – zoals bij Hendriks – via een totaalplan gerealiseerd moeten worden, maar langs de weg van ontvlechting, decentralisatie en budgetkortingen.

Beddenreductie

Het aantal bedden is onder leiding van minister Gardeniers verder beperkt. We zien dat jarenlang het beddental een belangrijk sturingsinstrument is waarmee effectief het landschap van de zorg wordt gewijzigd, door het afschaffen van zogenoemde ‘papierbedden’ en via de beddenbrief. Door fusies min of meer af te dwingen, bijvoorbeeld als voorwaarde bij het verkrijgen van meer middelen of macht, heeft de overheid een effectief sturingsmechanisme in de hand.

WTG en COTG

In 1982 wordt de WTG operationeel. Deze wet regelt de prijzen en tarieven. Het COTG krijgt vanaf dat moment een aantal belangrijke aanvullende bevoegdheden voor het uitvoeren van richtlijnen en aanwijzingen van de minister. Een nieuw ontwikkeld mechanisme is de budgettering. Instellingen en professionals krijgen een budget toebedeeld op basis van de uitgaven in 1982. De budgettering zal zeer sturend blijken te zijn voor het gedrag van zorgaanbieders en zorgverzekeraars en zal tevens effectief bijdragen aan kostenbeheersing in de sector.

Centraal geleide inkomenspolitiek

Tegelijk probeert de overheid via inkomenspolitiek meer greep te krijgen op de professionals. Bijvoorbeeld door hun werkuren te evalueren, studies te doen naar de inkomens van medici, vergelijkingen met andere beroepen te maken, door tussen specialisten te vergelijken en de inkomens van verpleegkundigen te beïnvloeden. De artsen komen hier tegen fel in opstand en willen hun autonome positie behouden.

Budgettering

Het budgetstelsel brengt vervolgens verandering in de manier van omgaan met elkaar. Het management van instellingen moet met zorgverzekeraars en medici onderhandelen voor het verdelen van budgetten en faciliteiten binnen het budget. Het onderhandelen is een belangrijk sturend en ordenend mechanisme. Via onderhandeling tussen aanbieders en verzekeraars moeten voor de zorg de omvang en vergoedingen worden afgesproken. De overheid decentraliseert deze bevoegdheid en verantwoordelijkheid naar het bestuursniveau. Er komt een dynamiek tot stand die een voedingsbodem vormt voor samenwerking, bijvoorbeeld transmuraal samenwerkende zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

De Kleine Stelselwijziging

De kleine stelselwijziging is de enige stelselwijziging die in de afgelopen decennia doorgevoerd is (Gerritsen en Linschoten, 1997, 36). In 1986 komt een Wet toegang ziektekosten tot stand. Staatssecretaris Van der Reijden zegt terugkijkend op deze kleine stelselwijziging: “Helaas hebben enkele – van weinig kennis van zaken getuigende – parlementaire initiatieven ertoe geleid dat deze wet inmiddels volledig is geamoveerd. Ook al is de vrijwillige en bejaardenverzekering niet in ere hersteld, de kleine zelfstandige kan weer in het ziekenfonds en de bejaarden zijn – als krijgsgevangenen – uitgeruild tegen de – antipoden in de leeftijdskolom – de studenten” (Gerritsen en Linschoten, 1997, 36).

De kern van de kleine stelselwijziging vormt de toegang tot het ziekenfonds en de verplichte c.q. vrijwillige verzekering tegen ziektekosten: een verandering van een pure werknemersverzekering in een regeling voor ziektekosten die ook voor andere groepen geldt. Mede door het vallen van het tweede kabinet Lubbers loopt de uitvoering van de kleine stelselwijziging averij op. Al snel stelt het nieuwe kabinet

Lubbers een – naar later blijkt belangwekkende – commissie in, rond de structuur en financiering van de gezondheidszorg: de commissie Dekker.

7.5 Periode 1987 – 2000: nieuwe ordeningen?

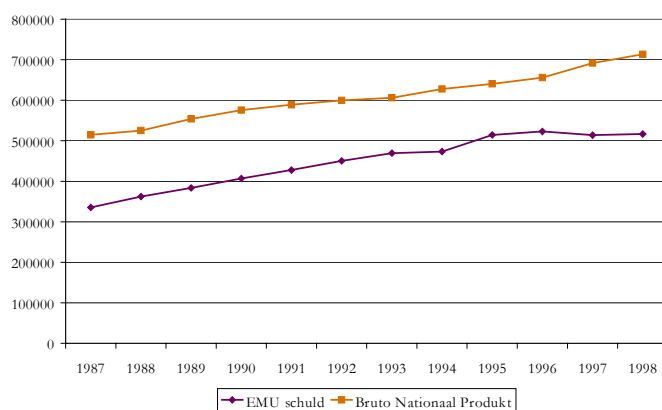
Inleiding

De periode tussen 1987 en 2000 kenmerkt zich politiek door de langdurige aanwezigheid van de PvdA in de regering. De dominantie van het CDA brokkelt af: in 1994 zijn de confessionelen voor het eerst sinds de totstandkoming van het algemene kiesrecht niet meer vertegenwoordigd in de regering. Sociaal democraten en liberalen vormen met elkaar de zogeheten ‘paarse’ coalities. Liberalisme en marktwerking worden belangrijke ideologische uitgangspunten. Overgebleven restanten van de verzuiling worden verder afgebouwd. Na jaren van groeivertraging ontwikkelt de economie zich vooral sinds de paarse kabinetten weer voorspoedig. Wel bestaat er inmiddels een grote staatsschuld en blijft er tot 1999 sprake van een financieringstekort. Beide items blijven ook van belang in het politieke debat. Gemiddeld groeit de economie tussen 1987 en 2000 met 3,1% per jaar (figuur 3.3).

De gezondheidszorg deelt ongeveer evenredig mee met de toegenomen welvaart. De kosten als percentage van het bruto nationaal inkomen fluctueren tussen de 8% en 9% (figuur 3.4). Het beleid van kostenbeheersing is daarmee redelijk succesvol. Dit betekent echter niet dat er geen budgettaire problemen zijn. Het vergt grote inspanningen om de kosten te beheersen en budgettaire kaders worden veelvuldig overschreden.

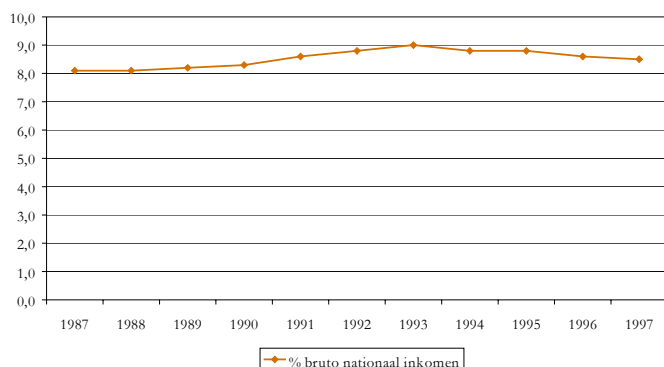
Ondanks de grootse plannen komt op het terrein van de structuur en financiering van de gezondheidszorg geen grootschalige nieuwe wetgeving tot stand. Grotendeels wordt gebruik gemaakt van de bestaande wettelijke instrumenten om het beleid uit te voeren. De regelgeving wordt hiervoor overigens wel aangepast. Specifieke wetgeving wordt alleen ontwikkeld voor enkele bijzondere onderdelen van de gezondheidszorg, zoals de Wet bijzondere medische verrichtingen (WBMV) en de Wet geneesmiddelen prijzen (WGP).

Figuur 3.3 Bruto nationaal product en staatschuld



Op het gebied van de kwaliteitszorg en de positie van de patiënten komt wel belangrijke wetgeving tot stand: de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) uit 1995 en 1997, de Kwaliteitswet zorginstellingen (KZI) uit 1996, de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) uit 1995, de Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) uit 1994 en de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ) uit 1996.

Figuur 3.4 Kosten als % bruto nationaal product



Wat wordt geordend?

Bestuur: commissie Dekker

Op de as markt, maatschappelijk middenveld en overheid neemt het belang van de markt als ordenend principe duidelijk toe. Maatschappelijk middenveld en overheid blijven echter wel nadrukkelijk aanwezig in de gezondheidszorg. Hun rol is echter aan verandering onderhevig. Op 26 maart 1987 verschijnt het advies van de commissie Dekker getiteld: "bereidheid tot verandering". Dit advies zal verstrekkende gevolgen hebben voor het denken over gezondheidszorg. De commissie Dekker kiest nadrukkelijk voor marktwerking als ordenend principe. Dit moet echter wel gepaard gaan met handhaving van de solidariteit en rechtvaardigheid van het stelsel. Het doel van de marktwerking is vooral het bereiken van meer doelmatigheid, flexibiliteit en vraaggerichtheid van de zorg.

De kern van het advies van de commissie Dekker bestaat uit een herziening van het verzekeringsstelsel. Een basisverzekering moet circa 85% van de verstrekkingen omvatten. Voor de resterende 15% kan men zich aanvullend verzekeren. De uitvoering van de verzekering moet zoveel mogelijk onder de condities van marktwerking geschieden. Men noemt dit 'gereguleerde marktwerking'. Belangrijk onderdeel hiervan is dat verzekeraars een voor hun schaderisico gecorrigeerd bedrag krijgen uit de centrale kas, de zogenoemde normuitkering. Het bestaande onderscheid tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars moet komen te vervallen en de premieheffing dient deels nominaal (25%) en deels inkomensafhankelijk (75%) plaats te vinden. Hiernaast wordt gepleit voor de mogelijkheid van eigen bijdragen en

eigen risico's. Tot slot meent de commissie dat de oude, op voorzieningen gerichte aanspraken moeten worden vervangen door aanspraken met een functioneel karakter.

Bestuur: plan Simons

De hoofdlijnen van het rapport van de commissie Dekker worden door het kabinet Lubbers II onderschreven. Lubbers II valt echter in mei 1989. In mei 1990 presenteert het kabinet Lubbers III, waarvan de PvdA deel uitmaakt, haar beleid voor de zorgsector onder de naam: 'Werken aan zorgvernieuwing'. Dit beleid raakt beter bekend als het plan Simons. Ook in dit plan blijft de marktwerking overeind. Wel worden de mogelijkheden tot prijsconcurrentie tussen verzekeraars verminderd door het nominale premiedeel te verlagen van 25 tot 15%.

De invoering van het plan Simons stagneert door een langdurige maatschappelijke discussie tussen de belanghebbenden. Bovendien is ook het parlement kritisch over de plannen en de uitvoerbaarheid ervan. De kritiek richt zich vooral op de omvang van de basisverzekering, de uitvoerbaarheid van de normuitkering en de invulling van de functionele zorgaanspraken. De Raad van State ziet problemen na toetsing van de verstrekkingen in het basispakket aan internationale verdragen (WRR, 1997). Ook in het veld zijn de reacties niet onverdeeld positief. Zo doet zich begin '92, na overheveling van de geneesmiddelen naar de AWBZ, een forse botsing voor tussen staatssecretaris Simons en de particuliere ziektekostenverzekeraars over de hoogte van de premies (Elzinga, 1998).

Volledige invoering van het plan Simons blijkt door alle maatschappelijke weerstand niet haalbaar. Een constatering die in de nota: 'Weloverwogen verder' uit 1992 impliciet door de staatssecretaris wordt onderschreven. Toch blijft het bestuurlijke perspectief ook na 1992 steeds gericht op de mogelijkheden voor meer marktwerking. In 1989 is de nominale premie in de ZWF geïntroduceerd en in 1992 wordt een wetsvoorstel aangenomen waarmee een aantal marktwerking-stimulerende maatregelen worden genomen: het afschaffen van de contracteerplicht voor vrije beroepsbeoefenaren, het opheffen van de regionale monopoliepositie van de ziekenfondsen en het voorzien in een maximumkarakter voor de gehanteerde tarieven.

Bestuur: drie compartimenten

Het aantreden van het eerste paarse kabinet in 1994 leidt tot een beleid van kleine stapjes. De stelselherziening van Simons wordt in de ijskast gezet en de zorg wordt opgedeeld in drie compartimenten. In het eerste compartiment (AWBZ) worden de langdurige zorg en de onverzekerbare risico's ondergebracht. De aanbodregulering blijft hier van toepassing. Het tweede compartiment omvat de verstrekkingen op basis van de ZFW en de particuliere ziektekostenverzekeringen. Deze zorg in het tweede compartiment wordt wel de 'noodzakelijke zorg' genoemd. Op het eerste compartiment wordt soms het etiket 'care' en op het tweede compartiment het etiket 'cure' geplakt. Alle overige zorg valt onder het derde compartiment. In het tweede compartiment wordt gestreefd naar een systeem van gereguleerde concurrentie. Het derde compartiment kan in beginsel onder de werking van de vrije markt worden gebracht.

In de rest van de economie is het belang van marktwerking eveneens toegenomen. De Europese regelgeving speelt hierbij een niet onbelangrijke rol. De op Europese standaarden gebaseerde en in 1996 aangenomen nieuwe mededingingswet is ook voor de gezondheidszorg van belang. Hierin wordt, in tegenstelling tot de oude wet, uitgegaan van een verbodssysteem en wordt preventief concentratietoezicht ingesteld bij fusies met een waarde boven de f 250 miljoen. Tevens wordt een onafhankelijke kartelautoriteit ingesteld: de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMA).

Op grond van enkele bepalingen in de nieuwe mededingingswet zijn sommige onderdelen van de gezondheidszorg vooralsnog gevrijwaard van de nieuwe mededingingswetgeving. Het gaat dan om de uitkomsten van overleg, de maximumtarieven en de concentratie van de particuliere verzekeraars (Schut, 1997).

Financiering: mislukking van de basisverzekering

De commissie Dekker adviseert aanvankelijk een verplichte basisverzekering voor iedere ingezetene van Nederland. Een van de uitgangspunten van de commissie is dat de solidariteit en de rechtvaardigheid van het stelsel van de gezondheidszorg van groot belang zijn. Zoals we al eerder hebben gezien, zou dan ook ongeveer 85% van de gezondheidszorg onder de werking van een basisverzekering moeten worden gebracht. Het bestaande onderscheid tussen AWBZ, ZFW, en particuliere verzekeringen moet worden opgeheven.

In het plan Simons wordt sterk de nadruk gelegd op het sociale karakter van de basisverzekering en moet zelfs 95% van de zorg onder de basisverzekering worden gebracht. Het kabinet kiest daarbij voor een geleidelijke invoering van deze basisverzekering (waterpasmodel) waarbij de AWBZ geleidelijk zal worden uitgebreid en tegelijkertijd nominale premies in de ZFW worden geïntroduceerd.

Financiering: Financieel Overzicht Zorg

Het FOZ, later JOZ wordt een leidend principe in de ordening van de sector. Het stuurt de omvang en de verdeling van de gelden. In 1989 verlaat de overheid de lijn om aan inkomenspolitiek te willen doen en brengt men de gehele medisch-specialistische zorg onder in het Financieel Overzicht Gezondheidszorg. Zo probeert de overheid via een nieuw instrument de totale kosten van gezondheidszorg binnen de perken te houden. Daarbinnen worden budgetten en tarieven steeds aangepast om binnen het gestelde macrobudget te blijven. Deze drang resulteert steeds in tussentijdse kortingen op tarieven waardoor indirect toch aan loonpolitiek wordt gedaan.

Het idee van de basisverzekering wordt aanvankelijk omarmd maar later weer losgelaten. Een ingrijpende verandering van de financiering in de vorm van een basisverzekering blijkt wederom niet haalbaar. Er bestaat sterke twijfel of collectieve onderdelen van de gezondheidszorg zoals bijvoorbeeld preventie, openbare gezondheidszorg, verslavingszorg en forensische psychiatrie zich lenen voor aansturing voor verzekeraars. Ook wordt gewezen op de mogelijkheid van risicoselectie voor sectoren zoals de geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenzorg (Nooren en Van der Grinten, 1996). De huidige minister Borst besluit om het idee van de basisverzekering te verlaten en introduceert de compartimentering. In 1996 worden de extramurale geneesmiddelen, nadat ze in 1992 onder de AWBZ waren gebracht, weer overgeheveld naar de ZFW en particuliere verzekeringen.

Sinds het plan Dekker is uitbreiding van het systeem van eigen betalingen een essentieel onderdeel van het beleid. Motieven als medefinanciering, substitutie en consumptieafremming spelen hierbij een rol. De teneur van de meeste adviezen is echter dat deze vormen van vraagsturing weliswaar een aanvulling zijn op de aanbodregulering, maar deze niet kunnen vervangen (Starmans, 1999). Pogingen tot meer eigen

betalingen stuiten steeds op groot maatschappelijk verzet, vooral van de patiëntenorganisaties. Het meest recente voorbeeld hiervan is de invoering van de algemene bijdrage regeling in de ZFW in 1997 en de afschaffing hiervan in 1999 (Starmans, 1999). De ordening van de financiering in de gezondheidszorg blijft voor een groot deel ongewijzigd.

Organisatie en uitvoering: ondersteuning van het grand design; veranderende zorg

De eerste jaren van de periode tussen 1987 en 2000 staan grotendeels in het teken van wijzigingen van de bestuursstructuur en cultuur (marktwerking) en van de financiering (basisverzekering). Veranderingen van de organisatie en uitvoering staan veelal ten dienste van het grand design. Het gaat dan vooral om maatregelen gericht op deregulering en decentralisatie. Wanneer eenmaal duidelijk is dat de basisverzekering niet doorgaat en daarvoor in de plaats een politiek van kleine stapjes gevoerd wordt, neemt het belang van maatregelen op het terrein van de organisatie weer toe maar er ontstaat geen grote nieuwe wetgeving.

Een tweetal zaken is belangrijk voor het denken over de organisatie en uitvoering van de zorg in deze periode. In de eerste plaats leggen de paarse kabinetten veel nadruk op kostenbeheersing en doelmatigheid in de zorg. In 1995 worden de budgettaire spelregels herijkt en wordt voor de gezondheidszorg het Budgettair Kader Zorg (BKZ) van kracht. Hierin is vastgelegd dat de collectief gefinancierde zorg met niet meer dan 1,3% per jaar mag groeien. Er vinden echter telkens forse budgetoverschrijdingen plaats en het tweede paarse kabinet verhoogt deze norm dan ook naar 2,3%.

In de tweede plaats is de zorg zelf aan het veranderen. Chronische aandoeningen komen steeds meer voor, opnames duren korter en de positie van patiënten wordt sterker. Over de gevolgen van deze problematiek voor de organisatie worden een tweetal richtinggevende nota's uitgebracht over de modernisering van de curatieve zorg en van de ouderenzorg (Gedeelde zorg: betere zorg, 1994; Ouderenzorg met toekomst, 1994).

Hoe wordt er geordend?

Bestuur: gereguleerde concurrentie, veranderend maatschappelijk middenveld en een andere overheid

Na de commissie Dekker is marktwerking belangrijk geworden. In het tweede compartiment zijn inmiddels

daadwerkelijk elementen van marktwerking ingevoerd: de gereguleerde concurrentie. Bij deze systematiek wordt geprobeerd om de doelmatigheid van de marktwerking te combineren met rechtvaardigheid en paternalistische motieven (Enthoven, 1980). In een systeem van gereguleerde marktwerking moet de overheid de spelregels en incentives bepalen waaronder de marktwerking plaatsvindt.

Welke rol hebben maatschappelijk middenveld en overheid gehad sinds 1987?

Het maatschappelijk middenveld verandert van karakter. Van de oude ordening in zuilen zijn alleen nog de restanten waarneembaar. De uitvoering van de zorg blijft echter wel vast in handen van het particulier initiatief. Onder meer door het jarenlange beleid van kostenbeheersing worden de tegenstellingen tussen overheid en veld steeds scherper. Er komt steeds meer dualisme in het traditioneel op harmonie en overleg gerichte besturingsmodel van de gezondheidszorg. Inmiddels hebben de koepels zich ook veelal omgevormd tot brancheorganisaties.

De overheid reageert op de toegenomen belangentegenstellingen met het aanpassen van het bestuurlijk instrumentarium. Allereerst wordt de positie van de adviesorganen als gevolg van het advies van de commissie De Jong (Raad op Maat, 1993) en een aantal eerdere adviezen (commissie Dekker, 1987; Fortuyn, 1990) aanzienlijk gewijzigd. Het gaat daarbij om het scheiden van advisering en overleg en het scheiden van deskundigenadvies en belangenadvies. Verder gaat het om versterking van de positie van de consument, afbakening van uitvoeringstaken en – niet onbelangrijk – afslanking van het aantal adviesorganen (Van Mierlo, 1996).

In 1999 heeft de overheid het instrument van de meerjarenafspraken geïntroduceerd. Daarbij gaat het om afspraken voor meerdere jaren tussen overheid en veld, over de aanwending van de te verdelen intensiveringen en de verantwoording hiervan. De bedoeling is een samengaan van bestuurlijke rust en een grotere transparantie.

In het maatschappelijke middenveld krijgen nieuwe belangengroepen steeds meer voet aan de grond. De patiëntenbeweging is hiervan een voorbeeld. De overheid ondersteunt deze ontwikkeling door nieuwe wetgeving en door het stimuleren van onder andere het landelijk netwerk van

regionale patiënten/consumentenplatforms (Oudenampsen, 1997).

De werkgevers vormen een andere belangengroep met een hernieuwde interesse voor de gezondheidszorg. De aandacht wordt vooral gewekt door veranderingen in de sociale zekerheid. Privatisering van de ziektewet en een andere financiering van de WAO vergroten het belang van werkgevers bij een snelle behandeling van hun werknemers (Van der Plank, 1998). Verzekeraars hebben hierop ingespeeld door werkgevers op grote schaal collectieve contracten aan te bieden met een breed dienstenpakket. Hieronder vallen bijvoorbeeld Arbo-diensten, begeleiding van zieke werknemers, verzekeringen tegen ziekteverzuim en tegen ziektekosten. De WRR noemt dit horizontalisering 'nieuwe stijl', waarbij het gaat om een tendens naar een stelsel zoals dat bestaat in de Verenigde Staten. Daar is sprake van de aan een baan gebonden mogelijkheid van toegang tot een verzekering (WRR, 1997).

In de jaren negentig is ook het idee ontstaan dat het particulier initiatief zich zou moeten omvormen tot maatschappelijke ondernemers. Door te ondernemen in het publieke belang kunnen de spanningen in het sterk vervlochten besturingssysteem van de gezondheidszorg hanteerbaar worden gemaakt (Putters en Van der Grinten, 1999). Het idee van maatschappelijk ondernemerschap vindt in het veld veel weerklank. De maatschappelijke ondernemers moeten opnieuw invulling geven aan het oude op basis van de verzuilde samenleving opererende maatschappelijk middenveld. De overheid krijgt in een systeem van gereguleerde concurrentie tot taak de randvoorwaarden te bepalen en te bewaken. We zien dat de overheid op onderdelen weliswaar terugtreedt, maar tegelijkertijd steeds nadrukkelijker opereert op het terrein van de randvoorwaarden. Dit geldt vooral voor de bemoeienis met de uitgaven en op het terrein van de kwaliteit.

Hoe is nu vorm gegeven aan de gereguleerde concurrentie in het tweede compartiment?

De zorgaanbieders moeten onderling gaan concurreren op kwaliteit en doelmatigheid. In 1992 is daartoe de contracteerverplichting voor de vrije beroepsbeoefenaren afgeschaft en zijn de vaste tarieven binnen de WTG vervangen door maximumtarieven. Tegelijkertijd krijgt het COTG de

bevoegdheid om bij de vaststelling van de tarieven het macrobudget in acht te nemen.

Ook de zorgverzekeraars moeten met elkaar concurreren. Het regionale monopolie van het ziekenfonds wordt in 1992 opgeheven en nieuwe verzekeraars mogen de markt betreden. De verzekerde mag eenmaal per jaar van ziekenfonds wisselen. Hij kan dit doen op grond van geleverde kwaliteit of een verschil in nominale premie (Schut, 1998). Binnen een ziekenfonds mag de hoogte van de nominale premie tussen verzekerden niet verschillen. Hiernaast is er een centrale kas die via een normeringsmodel over de fondsen wordt verdeeld. Het hierbij horende budgetrisico is in de loop van de tijd steeds verder uitgebreid waardoor ook de nominale premieverschillen tussen verzekeraars toenemen. Inmiddels is de nominale premie van de duurste zorgverzekeraar 43% hoger dan van de goedkoopste verzekeraar. De parameters van het normeringsmodel zijn in de loop van de tijd echter grotendeels hetzelfde gebleven. Ze zijn niet aangepast aan de toenemende risico's (Van Vliet, et al., 2000).

Zorgverzekeraars krijgen ook een grotere verantwoordelijkheid voor de contractering van de zorg. De landelijke modelovereenkomst gaat functioneren als raamovereenkomst waarbinnen op lokaal niveau afspraken kunnen worden gemaakt. Naast de verzekeraarsbudgettering is de vormgeving van de onderhandelingsrelatie tussen aanbieders en verzekeraars een belangrijk onderdeel van de gereguleerde concurrentie. In de AWBZ is de verzekeraarsbudgettering in 1995 als gevolg van de compartimentering afgeschaft (Breit, 1998). Recent is een plan gelanceerd om de onderhandelingsrelatie tussen zorgkantoor en instelling beter vorm te geven (Zicht op zorg, 1999). Inmiddels is ook het verbod voor ziekenfondsen afgeschaft om een eigen apotheek te houden. Het verbod voor verzekeraars om als aanbieder te opereren, is daarmee voor een onderdeel van de zorg doorbroken. Deze ontwikkeling biedt mogelijkheden voor vormen van managed care waardoor de gescheiden ordening van het particulier initiatief in verzekeraars en aanbieders kan worden doorbroken. In Noord-Limburg hebben zorgverzekeraars en aanbieders zich inmiddels zelfs aaneengesloten in een bestuurlijk verband (Van der Grinten en Legemaate, 1999).

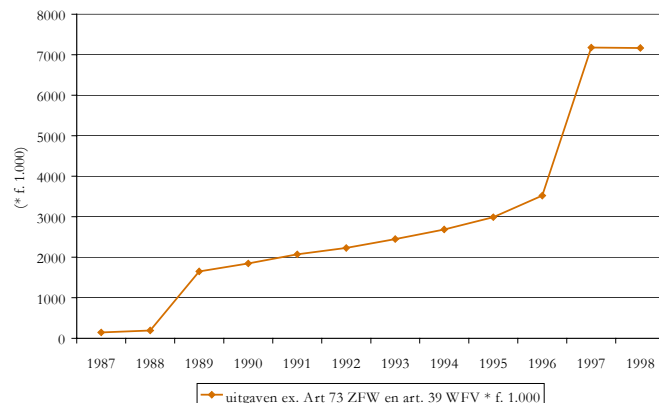
Financiering: spanning tussen verzekeren en kostenbeheersing

Ondanks het sneuvelen van de basisverzekering gaat de versterking van het verzekeringskarakter van de gezondheidszorg gewoon door. Er vinden overhevelingen plaats van financiering door de overheid naar financiering door een verzekering. Zo worden sinds 1989 de RIBW-en , SPD-en, de hepatitis-B screening, alsook de gezinsverzorging vanuit de AWBZ gefinancierd (FOZ, 1991). Sinds 1992 worden de subsidies van de gezondheidscentra vanuit de AWBZ gefinancierd en in 1996 is de rijksbijdrage voor de academische ziekenhuizen verlaagd ten gunste van premiefinanciering. Recent nog is de financiering van de verzorgingshuizen overgeheveld naar de AWBZ.

Het verzekeringskarakter van de gezondheidszorg wordt voorts versterkt door een recente rechterlijke uitspraak. In dit thuiszorgarrest is vastgelegd dat verzekerden er recht op hebben om binnen afzienbare tijd te worden geholpen. Uit een soortgelijk arrest binnen de gehandicaptensector blijkt dat van de verzekeraar niet meer kan worden verwacht dan dat zij al het mogelijke in het werk stelt om haar cliënten van zorg te voorzien. In dit geval is dat het volledig contracteren van alle beschikbare capaciteit.

De toename van het verzekeringskarakter ging lange tijd gepaard met de randvoorwaarde van de kostenbeheersing. De hoge vlucht die, de onder de noemer van AWBZ en ZFW vallende subsidies en 'pseudoverstrekingen' hebben genomen, is in dat verband dan ook niet opvallend (figuur 3.5).

Figuur 3.5 Subsidies en 'pseudoverstrekingen' in AWBZ en ZFW



Het verzekeringskarakter van de zorgfinanciering blijft verder toenemen. Dit gaat wel gepaard met een fundamentele spanning tussen juridische en economische uitgangspunten. De rechtszekerheid en -gelijkheid van de ziektekostenverzekering botsen met economische argumenten van kostenbeheersing en doelmatigheid. Zeer recent lijkt er echter een doorbraak te zijn opgetreden. Zowel de AWBZ als de ZFW heeft weer een (tijdelijk) openeindekarakter gekregen (Zorg verzekerd, 2000). Om de wachtlijsten op te heffen, mogen de productieafspraken onder de voorwaarde van daadwerkelijke realisatie ongelimiteerd groeien. Daarmee lijkt het 'verzekeren' te hebben gewonnen van het 'beheersen'.

Organisatie en uitvoering: over compartimenteren

De ordening in compartimenten is in de afgelopen jaren van aanzienlijk belang geweest. In het eerste compartiment is de aanbodregulering grotendeels intact gebleven terwijl in het tweede compartiment wordt geëxperimenteerd met gereguleerde concurrentie. Eerste en tweede compartiment worden eveneens vaak geassocieerd met respectievelijk de care en de cure. Strikt genomen is dit echter onjuist. In beide compartimenten komt immers zowel care als cure voor. Ook ordeningen als langdurige en kortdurende zorg en onverzekerbaar en verzekerbaar geven niet geheel het verschil tussen het eerste en het tweede compartiment weer.

Toch zal niemand ontkennen dat er aanzienlijke verschillen zijn tussen het eerste en het tweede compartiment. Het betreft dan bijvoorbeeld verschillen in cultuur en in de aard van de zorg. In combinatie met de onverzekerbaarheid van de eerste compartimentszorg is dit een van de redenen waarom in dit

compartiment geen gereguleerde concurrentie werd ingevoerd. Op dit moment wordt in het eerste compartiment vooral geprobeerd om het zorgaanbod meer flexibel te maken (zorg-op-maat), de zorg te vermaatschappelijken en de vraagkant te versterken (cliëntgebonden budgetten).

Organisatie en uitvoering: over budgetteren

De ordeningen op het gebied van de bekostiging blijven in deze periode aan belang toenemen. Kostenbeheersing is een van de hoekstenen van het gezondheidszorgbeleid. Het karakter van de Zorgnota verandert in de loop van de tijd. Van een instrument dat gericht was op inzicht, overzicht en analyse veranderen de opeenvolgende nota's meer en meer naar documenten gericht op begroting, budget en sturing (NRV, 1994). Taakstellingen en redresseringen trekken de aandacht. De overheid voelt zich ook steeds meer gebonden aan de in deze nota's gehanteerde budgettaire kaders.

Met het eerste paarse kabinet doet het begrotingsbeleid van minister Zalm zijn intrede. Dit beleid is gebaseerd op reële uitgavenkaders bij behoedzame inkomstenramingen. De herdefiniëring in 1995 van de budgetdiscipline leidt voor de zorgsector tot een ander nieuw ordeningsprincipe: het al of niet deel uitmaken van het pakket wettelijk verzekerde zorg (Scheerder, 1997). Er wordt een onderscheid gemaakt tussen een gestuurd (eerste en tweede compartiment) en een niet gestuurd deel van de zorg (derde compartiment). Het gestuurde deel van de zorg is ondergebracht in het Budgettair Kader Zorg (BKZ). Tegelijkertijd is het budgettaire beleid op enkele belangrijke onderdelen verder aangescherpt. Dit betreft de nominale budgetcomponent, de noodzaak tot intertemporele compensatie en de nettobenadering van het BKZ waardoor ontvangsten en eigen betalingen een taakstellend karakter hebben gekregen.

Voor de gedachtevorming rondom de omvang van het verstrekkingspakket is het rapport van de commissie Dunning van groot belang geweest (Kiezen en delen, 1991). Dit rapport presenteert de zogenaamde trechter van Dunning: of iets tot het basispakket zou moeten behoren, is afhankelijk van noodzakelijkheid van de zorg, werkzaamheid, doelmatigheid en de mogelijkheid tot eigen rekening en verantwoording. Discussies over het pakket wettelijk verzekerde zorg hebben echter niet tot grote veranderingen in dit pakket geleid. De overheveling van de tandartszorg voor volwassen naar het derde compartiment, het beperken van de

vergoeding van zelfzorggeneesmiddelen en het beperken van de vergoeding fysiotherapie en oefentherapie zijn de enige majeure uitdunningen van het pakket geweest. Wel wordt inmiddels aan de toelatingenkant een meer restrictief beleid gevoerd, door de toepassing van kosteneffectiviteitsanalyses (medical technology assessment). Dit geldt vooral de geneesmiddelen.

Het steeds krappere en stringenter wordende macrobudget heeft geleid tot een veelheid van budgetteringsmaatregelen op het meso- en microniveau. Wat in 1982 begon met de budgettering van de ziekenhuizen, is voortdurend verder uitgebreid. In 1996 is bijvoorbeeld door de bevrozing van de erkenningen voor bedden en specialistenplaatsen de uitbreiding van het semi-variabele deel van het ziekenhuisbudget stopgezet⁹. Inmiddels wordt in het tweede compartiment gewerkt aan een stelsel van 'outputpricing' ter vervanging op termijn van de huidige aanbiedersbudgettering. In het eerste compartiment wordt binnen het beschikbare budgettaire kader gewerkt aan differentiatie naar zorgzwaarte categorieën. Verstrekkend zijn ook de gevolgen van de in 1992 ingevoerde macrobudgetbepaling. Op straffe van tariefskortingen heeft dit indirect geleid tot het afsluiten van convenanten waarin betrokken partijen overeenkwamen binnen de beschikbare budgetten te blijven. Het meest sprekende voorbeeld hiervan is, na de mislukking van het vijfpartijenakkoord uit 1989, de totstandkoming in 1995 van de lokale initiatieven bij de medisch specialistische zorg.

Behalve door budgettering probeert de overheid ook door marktwerking en regelgeving de kosten te beheersen. De toenemende marktwerking in het tweede compartiment heeft echter nog niet tot een overtuigende kostenbeheersing geleid (Ziekenfondsraad, 1995). Zo maken ziekenfondsen slechts sporadisch gebruik van de mogelijkheid om vrije beroepsbeoefenaren niet te contracteren en zijn er tot dusver geen gevallen bekend van prijsafspraken onder het maximumtarief.

Regelgeving wordt vooral op plaatsen ingezet waar het budgetteringsinstrument minder goed toepasbaar is, bijvoorbeeld in de extramurale geneesmiddelensector. In 1991 wordt hier het Geneesmiddelen vergoedingensysteem (GVS) ingesteld en in 1996 wordt de Wet op de geneesmiddelenprijzen (WGP) van kracht. Inmiddels probeert men toch de poliklinisch voorgeschreven geneesmiddelen te

budgetteren. Ook op andere terreinen wordt regelgeving gebruikt om de kosten te beheersen. Zo is de WTG nog steeds van kracht in het derde compartiment en is in 1996 renteprotocollering ingevoerd met voorschriften over hoe de instelling dient om te gaan met de rentegebonden kosten.

Daarnaast heeft de overheid in de verschillende budgetsystematieken prikkels ingebouwd voor substitutie van zorg: van tweede- naar eerstelijnszorg en van klinische opnames naar dag- en poliklinische behandelingen. Bijvoorbeeld de in 1990 ingestelde vrije margeregeling voor de sector verstandelijk gehandicapten: inrichtingen mogen maximaal 4% van hun erkende capaciteit afwijken en deze op een andere wijze inzetten ter leniging van de wachtlijstproblematiek. Veelal leidt dit tot ondersteuning van thuiswonenden gehandicapten en tot uitbreiding van capaciteit zonder bouw (Middelhoff en Van de Pol, 1998).

Organisatie en uitvoering: over dereguleren

De WZV wordt geleidelijk gedereguleerd maar blijft van belang. In 1996 is de meldingsregeling van kracht geworden waarbij de zogenoemde verkorte procedure werd afgeschaft. Tevens is de instandhoudingsbouw gebudgetteerd. De werking van de WZV als centrale aanbodwet is steeds verder uitgebreid: in de jaren negentig zijn achtereenvolgens de academische ziekenhuizen, de verzorgingshuizen en de privé-klinieken onder de werking van de WZV gebracht. In 1991 wordt de Wet versterking WZV-instrumentarium van kracht waardoor de rijksoverheid de bevoegdheid krijgt om bij in gebreke blijven van de provincies zelf een ontwerpplan vast te stellen alsmede capaciteitsreducties door te voeren (Boersma, 1998). Inmiddels staat als opvolger van de WZV de WEZ in de steigers, waarin de werking wordt uitgebreid naar de extramurale sector.

Ook op andere terreinen werkt men aan deregulering. Sinds 1992 kent de WTG maximumtarieven en in 1997 is voor de verzekeraars de 'flexizorgregeling' ingevoerd. Door deze regeling mogen verzekeraars maximaal 3% van hun variabele budget besteden aan verstrekkingen vervangende zorg. In het tweede compartiment is in 1998 een beleidsregel zorgvernieuwing geïntroduceerd, waardoor instellingen budgettair neutraal aan zorgvernieuwing kunnen doen. In 1999 is de Wijziging van het verstrekkingenbesluit van kracht geworden waardoor thuisverpleging van ziekenfondsverzekerden mogelijk is. De AWBZ kent sinds

1995 zogenoemde zorgvernieuwingsfondsen om modernisering van de zorg en zorg-op-maat te stimuleren. Tevens zijn in het eerste compartiment voor bepaalde groepen cliënten persoonsgebondenbudgetten geïntroduceerd.

Organisatie en uitvoering: over zorg integreren

In de praktijk van de zorg voldoen de oude ordeningen naar plaats en echelon steeds minder. Door de medisch technologische en demografische ontwikkelingen verandert de praktijk van zorg. Zo komen chronische ziekten steeds meer voor. Ook de manier waarop mensen zorg willen, sluit minder goed aan bij de bestaande ordeningen. Bovendien worden de patiënten steeds mondiger en verlangen verantwoording van hun hulpverleners.

Sommigen vinden dat er meer gezocht zou moeten worden naar het optimale pakket van voorzieningen dat bijdraagt aan het welzijn van de burger (Coolen, et al., 1998). Bij dit zogeheten 'welfare pluralism' past veel meer een ordening naar levenssfeer (wonen, werken, zorg, dagbesteding, vervoer, huishouding etc.). Het zijn ook dit soort ideeën waardoor de commissie Welschen in 1994 in de ouderenzorg een scheiding tussen wonen en zorgen bepleit, overigens bij een geïntegreerde indicatiestelling.

In 1994 brengt de commissie Biesheuvel haar rapport Gedeelde Zorg Betere Zorg uit en introduceert daarin een nieuwe ordening in de gezondheidszorg: het zorgcontinuüm. Op dit continuüm onderscheidt de commissie generalistische zorg, specialistische zorg en transmurale zorg. Essentieel is vooral dat er meer en betere samenwerking en afstemming moet ontstaan tussen onder meer cure en care, intra- en extramuraal zorg, alsook tussen de diverse echelons. Dit moet leiden tot ontschotting van deze ordeningen. Hoewel deze ordeningen in de praktijk nog steeds een rol blijven spelen, kan veel van het beleid in de afgelopen jaren bezien worden in het licht van dit zorgcontinuüm. De commissie Biesheuvel is verder vooral bekend geworden door haar pleidooi voor het geïntegreerde medisch-specialistische bedrijf en het doorbreken van tegenstellingen die de samenwerking en afstemming belemmeren.

Organisatie en uitvoering: over organisaties integreren

Er is sprake van een grote, door het veld zelf geïnstigeerde, voortdurende schaalvergroting. Een groot aantal zorgverzekeraars is gefuseerd en maakt vaak ook onderdeel uit

van een groter financieel conglomeraat. De tien grootste verzekeraars hebben samen meer dan 80% van de markt in handen en het totale aantal verzekeraars is gedaald van 135 in 1985 tot 77 in 1995 (IOO, 2000).

De zorgaanbieders zijn eveneens verwickeld in een grootschalig proces van fusies en schaalvergroting: het aantal ziekenhuizen is gedaald van 211 in 1986 naar 143 in 1999. Het aantal bedden per instelling groeit tegelijkertijd van 329 in 1985 naar 405 in 1995, terwijl de gemiddelde verpleegduur per patiënt verder terugloopt. In de thuiszorg daalt het aantal instellingen van 300 in 1990 naar 118 in 1996. In de geestelijke gezondheidszorg is in meer dan zestig procent van de regio's sprake van verticale fusievorming. De achterliggende gedachte is dat grootschalige instellingen doelmatiger zouden functioneren maar hier is tot dusver geen bewijs voor. Sommige onderzoeken wijzen zelfs eerder op het tegendeel (Stevens en Van Tulder, 1995; SCP, 1998).

Oorspronkelijk fuseerden vooral gelijksoortige instellingen, maar steeds meer is er sprake van verticale fusievorming. Deze concernvorming illustreert een belangrijke vorm van zelfordening door het veld met aanzienlijke consequenties voor de organisatie en uitvoering van de zorg. Een van de gevolgen is het ontstaan van nieuwe vormen van regionalisatie (Van der Grinten en Legemaate, 1999).

Vanwege de zowel aan aanbieders- als verzekeraarskant ontstane machtsconcentraties kunnen zich evenwel ook nieuwe problemen voordoen: monopsonistische macht is niet per definitie een goede oplossing voor een monopolistische markt (Pauly, 1988).

Waar wordt geordend?

Functionele centralisatie en decentralisatie

Functionele decentralisatie is een belangrijk uitgangspunt van de commissie Dekker. Dit komt met name tot uiting in de zwaardere rol die werd toebedeeld aan het lokaal afgesloten contract tussen verzekeraar en aanbieder. Hiernaast zorgt de functionele decentralisatie er voor dat op enkele gebieden de provinciale taken worden verminderd. Voorbeelden hiervan zijn de gevolgen van de deregulering van de WZV waaronder de bevestiging van de capaciteitserkenningen en de vervanging van de eigen provinciale financiering en het provinciale toezicht van de verzorgingshuizen door onderbrenging van deze voorziening in de AWBZ (Versnel, 1998). Tegelijkertijd

gaat de overheid zich ook nadrukkelijker met de randvoorwaarden bemoeien, waardoor er op onderdelen ook functionele centralisatie plaatsvindt. Dit komt bijvoorbeeld tot uiting in het gevoerde beleid van kostenbeheersing.

Territoriale centralisatie en decentralisatie

Meer recent is eveneens de wijze waarop de territoriale decentralisatie wordt ingevuld, veranderd. Het gaat dan om decentralisatie op het terrein van de planning. Immers de rol van lagere overheden is in de financiering juist teruggedrongen. De toenemende rol van gemeenten en provincies in de planning komt vooral tot uitdrukking in de vormgeving van de onafhankelijke indicatiestelling en van de regiovisies. De onafhankelijke indicatiestelling is tot dusver uitsluitend van toepassing in het eerste compartiment.

De totstandkoming van indicatiecommissies kan niet los worden gezien van de keuzes die gemaakt moeten worden als gevolg van de schaarste in het zorgaanbod (Van der Grinten, 1999). Indicatiestelling wordt hiernaast ook gezien als een informatiebron over de gerealiseerde en de geïndiceerde zorg. Het verschil is dan de zogenaamde zorgkloof (Van Kemenade en Vos, 1995).

Een ander planningsinstrument dat wederom aan belang wint, is de regiovisie. De provincies hebben hierin een belangrijke rol. Zij moeten ervoor zorgen dat de regiovisie een formeel sturingsinstrument van de regionale gezondheidszorg wordt, in plaats van een neutraal planningsdocument. Sinds het tweede kabinet Kok lijkt dit, in ieder geval voor het eerste compartiment, te gaan lukken (Van der Grinten en Legemaate, 1999).

Tot slot is er sprake van een algemene tendens tot decentralisatie van financiële middelen. Zo is op het terrein van de collectieve preventie tussen 1989 en 1993 voor 117 miljoen gulden aan algemene subsidieregelingen overgeheveld naar het gemeentefonds (Kortering en Van Geenhuizen, 1995). Hetzelfde is enkele jaren geleden gebeurd met de specifieke uitkering voor het algemeen maatschappelijk werk terwijl de provincies sinds 1993 verantwoordelijk zijn voor de financiering van de regionale patiënten/consumentenplatforms.

7.6 Samenvatting

In de ordening van de gezondheidszorg vallen sinds de totstandkoming van het plan van de commissie Dekker in 1987 een aantal zaken op. In de eerste plaats neemt het belang van marktwerking toe. Hoewel hiervan veel werd verwacht, is toch niet de hele gezondheidszorg onder de tucht van de gereguleerde markt gebracht. Het design van de commissie Dekker is vervangen door een politiek van kleine stapjes. Er ontstaat een stelsel van compartimenten. In het tweede en derde compartiment worden vormen van (gereguleerde) concurrentie ingevoerd. In het eerste compartiment blijft de aanbodregulering grotendeels in stand.

In de tweede plaats blijft de uitvoering van de zorg voorbehouden aan het particuliere initiatief. Wel wordt in toenemende mate duidelijk dat het maatschappelijk middenveld sterk van karakter verandert. Meer en meer bestaat het maatschappelijk middenveld uit specifieke belangengroepen. Het traditionele accent op de verzuilde gezondheidszorg, gericht op medeverantwoordelijkheid en het algemene belang, is bijna achter de horizon verdwenen. Tegelijkertijd richt de overheid zich steeds meer op de randvoorwaarden vooral ook op de bekostiging. De belangentegenstellingen tussen overheid en veld komen hierdoor duidelijk naar voren waardoor het dualisme toeneemt. De meerjarenafspraken vormen bestuurlijke instrumenten om deze spanning te kanaliseren.

De aandacht voor planning en regulering wordt ingeruild voor een accent op beheersing. Er ontstaat steeds meer gerichtheid op kostenbeheersing. Naast de budgettering moet ook de toegenomen marktwerking tot beheersing van de kosten leiden. Wanneer dit niet lukt, zoals bijvoorbeeld bij de extramurale geneesmiddelenverstrekking, maakt de overheid gebruik van extra regelgeving.

In de vierde plaats verandert de manier waarop men naar de zorg zelf kijkt. Onder invloed van de ideeën van de commissie Biesheuvel wordt nu gesproken van een zorgcontinuüm. Het zorgproces staat hierin centraal. Op het continuüm is onderscheid mogelijk in generalistische zorg, specialistische zorg en transmurale zorg. Afstemming en samenwerking van de verschillende zorgprocessen zijn essentieel. Het belang van transmurale zorg is zonneklaar. De overheid probeert deze ontwikkeling te faciliteren door deregulering en experimenten.

De oude ordeningen naar plaats en echelon raken wat meer op de achtergrond. Het is met name binnen deze context dat de vraag naar het integreren of differentiëren van care en cure betekenis krijgt.

8 Conclusies en lessen van de ordeningsdiscussie: de geschiedenis herhaalt zich, maar steeds anders

8.1 De belangrijkste ordeningsbeginselen sinds de Tweede Wereldoorlog

Tabel 4.1 vat de belangrijkste ontwikkelingen op het gebied van de ordening nog eens samen. Dit is gedaan door essentiële ordeningen te verbinden met de periode waarin ze opgeld deden. De ordeningen zijn vanuit drie invalshoeken gezien. In de eerste plaats is gekeken wat er eigenlijk werd geordend (bestuursstructuur en cultuur, financiering en organisatie en uitvoering). Ten tweede hoe deze ordening verder vorm heeft gekregen en tot slot of hierbij centrale of decentrale structuren op de voorgrond hebben gestaan (de 'waar-invalshoek').

Tabel 4.1 Belangrijkste ordeningsbeginselen sinds WO-II

	Wat?	Hoe?	Waar?
1945	Organisatie en uitvoering	Beheersing	Functionele en territoriale centralisatie
1950		Intramuralisering	
1955	Bestuursstructuur en cultuur	Overlegmodel	
1960		Inspraak maatschappelijk middenveld	Functionele decentralisatie
1965	Financiering	Verzekeringen Financiële facilitering	
1970		Aanbodregulering	Functionele centralisatie
1975	Organisatie en uitvoering	Echelonnering	Territoriale decentralisatie
1980		Beheersing	
1985		Budgettering	Functionele decentralisatie
1990		Gereguleerde concurrentie	
1995	Bestuursstructuur en cultuur	Maatschappelijk ondernemen	
	Organisatie en uitvoering	Compartimentering Zorgcontinuüm	
2000		Zelfordening door ketenvorming? Diseasemanagement?	

8.2 Afwezigheid care en cure in de formele ordeningsstructuur

Opvallend is dat het ordeningsprincipe care en cure in zijn zuivere betekenis slechts een marginale rol heeft vervuld. De ordeningsprincipes in de naoorlogse periode richten zich niet expliciet op de verbinding tussen care en cure. Wel komt de wenselijkheid van samenhang en samenwerking in de jaren zeventig en tachtig steeds nadrukkelijker naar voren. Dit heeft tot dusver echter maar beperkt geleid tot integratie van care en cure voorzieningen. De ordening is namelijk meer gericht op de vorm van financiering van bestaande instituties die care en cure echter grotendeels van elkaar gescheiden houden.

Indien care en cure minder puur zorginhoudelijk worden gedefinieerd, correleren andere ordeningen tot op zekere hoogte met een onderscheid in care en cure. Er kan dan met name worden gedacht aan de ordening van het verzekeringsstelsel in compartimenten. In formele zin is bij deze ordening altijd sprake geweest van een volksverzekering voor onverzekerbare risico's en een sociale ziektekostenverzekering of een particuliere verzekering voor de noodzakelijke en verzekerbare zorg.

Sinds de totstandkoming van de AWBZ in 1968 heeft zich langzaam een volksverzekering ontwikkeld die grotendeels gericht is op verpleging en verzorging. De ZFW en de particuliere verzekeringen blijven curatief gericht. Door de snelle groei van de care-voorzieningen hebben deze zich inmiddels naast de curatieve zorg en de openbare gezondheidszorg een aparte plaats in het denken over gezondheidszorg verworven.

Het is dan ook niet zo dat het onderscheid tussen care en cure in het beleidsmatige en professionele denken over de gezondheidszorg niet van belang is. Daar is de 'care'-sector in de korte tijd dat hij zich een zelfstandige positie in de zorg heeft verworven, inmiddels veel te groot en te belangrijk voor geworden. Door de vergrijzing zal deze groei alleen maar verder doorzetten. Een aanzienlijk deel van de beleidsmakers houdt zich inmiddels uitsluitend met care-georiënteerde zorg bezig. In artikelen, op congressen en in allerlei noties wordt vaak gewezen op het onderscheid tussen cure en care, maar een formele plaats als ordeningsbeginsel kan er niet aan worden toegeschreven.

8.3 Ontwikkelingen in ordeningen

Op analytische gronden kan een logische volgorde in de ordeningen worden gemaakt. Er moet dan begonnen worden met ordening van de bestuursstructuur en cultuur waarna de ordening van de financiering en de organisatie en uitvoering volgen.

Tussen 1955 en 1985 is deze cyclus ook min of meer doorlopen. In de jaren vijftig wordt begonnen met de vormgeving van de bestuursstructuur en cultuur waarna in de tweede helft van de jaren zestig de financiering wordt geregeld. Vervolgens lag in de jaren zeventig het accent op de organisatie en uitvoering.

Ten tijde van het plan Simons is dit echter omgekeerd. De aandacht richtte zich vooral op de basisverzekering en financiering en in mindere mate op gereguleerde marktwerking. De aandacht voor de bestuursstructuur en cultuur neemt pas toe als het plan voor de basisverzekering mislukt: aandacht voor de positie van de advies- en uitvoeringsorganen, de compartimentering, het maatschappelijk ondernemerschap en de meerjarenafspraken. Wellicht moet toch eerst de bestuurlijke uitgangspositie worden vormgegeven voordat de financiering kan worden aangepast.

8.4 Bestuursstructuur en cultuur: centrale positie maatschappelijk middenveld

Binnen de bestuursstructuur en cultuur valt de dominante positie van het maatschappelijk middenveld op. Met de totstandkoming van de nieuwe Gezondheidswet in 1956 wordt een formeel overlegmodel opgezet. In de jaren zestig wordt hieraan op allerlei terreinen inspraak toegevoegd. Het particulier initiatief claimt een steeds belangrijker rol in de gezondheidszorg. De medeverantwoordelijkheid van het maatschappelijk middenveld voor de gezondheidszorg krijgt in deze periode definitief vorm. In de loop van de tijd blijkt bij veranderingen van de ordening telkenmale de institutionele context van groot belang. De kracht van de traditie in combinatie met de verworven machtsposities en machtsbronnen is erg sterk.

In de jaren tachtig en negentig begint een zekere erosie van de medeverantwoordelijkheid van het veld voor het beleid. De

verzuilde samenleving is inmiddels nog maar een schim van wat zij eens was en de overheid begint met pogingen om beleid en uitvoering te scheiden. Onder invloed van het jarenlang gevoerde beleid van kostenbeheersing neemt het dualisme tussen overheid en particulier initiatief toe. De laatste blijft echter een belangrijke rol houden en onderhandelt via de meerjarenafspraken rechtstreeks met de overheid over de aanwending van de beschikbare middelen.

Het particulier initiatief vormt zich langzaamaan om in maatschappelijk ondernemerschap. Dit vormt in feite een compromis voor de verschillende prestatiecriteria die voor de instellingen van belang zijn: spanning tussen het leidend zijn van enerzijds de markt voor het organiseren en uitvoeren van de zorg of anderzijds van maatschappelijke criteria zoals toegankelijkheid en solidariteit. Inmiddels heeft het veld een proces van zelfordening ingezet. Dit gaat gepaard met ketenvorming en grootschalige fusies. Tot op dit moment ontbreekt een ordeningsbeginsel dat bij deze ontwikkeling aansluit.

8.5 Financiering: rol verzekeringen neemt toe

De rol van verzekeringen lijkt in de loop van de jaren alleen maar toe te nemen. Na de totstandkoming van de ZFW en de AWBZ wordt geleidelijk steeds meer onder de werking van een van beide wetten gebracht. Hiernaast ontwikkelt de ZFW zich inmiddels ook tot een verzekering waarin de consument een reële keuze heeft, namelijk voor een bepaalde verzekeraar. Het verzekeringskarakter van de AWBZ is door de rechter recent nog onderstreept: zorgkantoren zijn verplicht om thuiszorg aan wachtenden te leveren.

In alle historische discussies rondom het stelsel heeft het verzekeringskarakter eigenlijk nauwelijks ter discussie gestaan. Er is echter wel veelvuldig onenigheid over de solidariteit binnen het verzekeringsstelsel. Het verleden leert dat veranderingen in de inkomenssolidariteit een hoge drempel vormen voor aanpassingen in het stelsel. Tevens worden er nauwelijks bewuste keuzes gemaakt voor de omvang van het pakket. De mate van risicosolidariteit is daardoor altijd onduidelijk gebleven.

8.6 Organisatie en uitvoering: kostenbeheersing wordt steeds belangrijker

Op het vlak van de organisatie en uitvoering is een viertal ordeningen van bijzonder belang. Ten eerste heeft de kostenontwikkeling van de gezondheidszorg steeds meer aandacht gekregen. De ontwikkeling ging van beheersing direct na de Tweede Wereldoorlog via financiële facilitering in de jaren zestig naar planning en regulering in de jaren zeventig. Vervolgens wederom naar beheersing in de jaren tachtig en negentig. Zeer recent is de overheid een radicaal andere koers ingeslagen waarbij openeinde-financiering wordt gekoppeld aan 'value for money'. De spanning tussen de kostenbeheersing en het verzekeringskarakter lijkt daarmee voorlopig in het voordeel van de laatste beslecht.

De beheersing krijgt nu overigens anders vorm dan direct na WO-II. Aanvankelijk zijn er vergunningensystemen, een subsidiepolitiek alsook strakke prijzen. Inmiddels vormt beheersing door een budgetteringssysteem waarbinnen een grote mate van substitutievrijheid bestaat het uitgangspunt. De beheersing heeft daardoor een meer decentrale vormgeving.

Een belangrijke vraag binnen de context van de kostenbeheersing is of deze moet worden gevolgd door een periode van financiële facilitering. In dit verband speelt ook een betrekkelijk nieuw fenomeen een rol, namelijk het mondiger en koopkrachtiger worden van de consument. Deze zorgt voor een extra vraag, waarbij onduidelijk is of deze moet worden opgevangen binnen het collectieve stelsel of dat er uitwijkmogelijkheden naar de private sector moeten worden gecreëerd.

8.7 Organisatie en uitvoering: centralisatie en decentralisatie

De verhouding tussen centrale en decentrale sturing is van belang. Aan deze beide begrippen zit zowel een functioneel als een territoriaal aspect. In de jaren direct na WO-II is met het oog op de wederopbouw sprake van een strakke coördinatie van de rijksoverheid. Dit leidt tot zowel functionele als territoriale centralisatie. In de jaren zestig raakt de positie van het particulier initiatief in toenemende mate geïnstitutionaliseerd. Het beleid is in deze periode vooral gericht op functionele decentralisatie. Vervolgens krijgt de

gedachte van de ‘maakbaarheid van de samenleving’ steeds meer voet aan de grond. De aandacht verschuift hierdoor in de jaren zeventig naar functionele centralisatie in combinatie met een sterkere rol van de regio’s, dat wil zeggen territoriale decentralisatie. Ten tijde van de plannen van de commissie Dekker treedt de functionele decentralisatie wederom op de voorgrond. Ditmaal gebeurt dit echter binnen de context van een systeem van gereguleerde concurrentie.

Er lijkt sprake te zijn van een golfbeweging tussen centralisatie en decentralisatie. Toch hebben er wel degelijk belangrijke veranderingen plaatsgevonden. Het particulier initiatief mag de individuele zorgverlening meer en meer tot haar domein rekenen. De provincies en gemeenten hebben hun oorspronkelijk taken op dit terrein, onder meer GGZ en verzorgingshuizen, sinds de totstandkoming van de AWBZ geleidelijk zien verminderen. In ruil hiervoor hebben deze overheidslichamen, naast de traditionele taken op het gebied van de openbare gezondheidszorg, echter steeds meer taken gekregen op het terrein van de planning en indicatiestelling van de zorg. Deze taken zijn echter tot dusver vooral op papier van belang en hebben nog niet geleid tot een reële toename van de invloed van provincies en gemeenten.

8.8 Organisatie en uitvoering: ordening naar plaats

Mede onder invloed van de medisch-technologische ontwikkelingen vindt in de decennia na WO-II een grootschalige intramuralisering plaats. Het aantal specialisten neemt sterk toe waardoor het karakter van de zorgverlening ingrijpend verandert. Eerst in de jaren zeventig krijgt deze ontwikkeling enige tegenwicht doordat de overheid kiest voor een ordening in echelons. Het is de bedoeling dat de eerste lijn binnen deze ordening wordt versterkt (extramuralisering). De laatste jaren is de gerichtheid op het denken in echelons evenwel aanzienlijk afgenomen, ten gunste voor aandacht voor de transmurale zorgverlening.

Transmurale zorg ligt op het zorgcontinuüm tussen generalistische en specialistische zorg. Juist in dit tussengebied ontstaat een toenemende behoefte aan zorg op maat. Dit wordt gerealiseerd door samenwerking tussen generalistische zorg en specialistische zorg. Samenhang tussen cure en care is hierbij van groot belang. Er bestaat echter geen ideaaltypisch

zorgconcept en ook de plaats van zorgverlening is van ondergeschikt belang. Consument en zorgproces staan centraal. Vraag en aanbod kunnen daardoor in theorie in relatieve vrijheid tot de meest passende vorm van zorgverlening besluiten.

8.9 Organisatie en uitvoering: van vorm naar inhoud

Het voorgaande leidt tot de constatering dat de ordeningen naar plaats worden aangevuld met noties over de zorginhoud. Hiervoor zijn twee redenen aan te wijzen. Op de eerste plaats is steeds meer de nadruk komen te liggen op het patiëntenperspectief en op de zorg-op-maat. Hierdoor lijkt in de ordening de zorginhoud meer op de voorgrond te komen. Transmurale zorg, innovatieve verbindingen tussen cure en care, nieuwe vormen van zorgverlening en combinaties met wonen, welzijn en sociale zekerheid spelen in op het patiënten- en vraagperspectief. Dit perspectief is echter strijdig met het aanbodperspectief waarop het stelsel nog steeds grotendeels is gebaseerd. Duidelijk is dus dat zich spanningen voordoen. Deze kunnen bijvoorbeeld ontstaan bij een zuiver instrumenteel perspectief op financiering van care-taken en cure-taken zonder dat met zorginhoudelijke ontwikkelingen rekening wordt gehouden.

Een andere reden kan zijn dat het toegenomen belang dat in de beleidspraktijk aan de zorginhoud wordt gehecht, te maken heeft met de stringente kostenbeheersing. Immers mede uit beheersingsoverwegingen was men, toen bleek dat traditionele beheersingsinstrumenten minder goed werkten, gedwongen zich meer met de eigenlijke zorgverlening te gaan bezighouden. Dit geeft aanleiding tot inhoudelijke maatregelen die mede moeten bijdragen aan kostenbeheersing. Voorbeelden hiervan zijn protocollering, evidence based handelen, elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen en FTTO's.

8.10 Perspectieven op ordening: voorbij de rationale actor?

Ideaaltypisch zou ordening overwegend moeten plaatsvinden vanuit een rationeel actor-perspectief²: er is een centrale actor die over volledige informatie beschikt en in staat is om

afwegingen te maken die leiden tot geschikte verbindingen tussen care en cure. De praktijk is echter veel complexer en vol van wederzijdse afhankelijkheden en uiteenlopende belangen. In feite is er sprake van netwerken waarbinnen partijen tot elkaar moeten zien te komen om besluiten te nemen en te sturen. In dat kader wordt ook geordend en wel volgens lijnen van communicatie, netwerken, informatietechnologische innovaties en samenwerking. Zelfordening neemt hierbij een belangrijke plaats in. Met name dit perspectief komt steeds sterker naar voren.

Box 1 Markeringen binnen de ordeningen

- ontbreken in formele care en cure ordeningsstructuur
- particulier initiatief blijft belangrijk in ordeningsstructuur
- verzekeringsfinanciering neemt toe
- kostenbeheersing is hoeksteen geworden
- centralisatie en decentralisatie wisselen elkaar af
- ordening naar plaats is in de praktijk van groot belang
- van vorm naar inhoud
- van top-down ordening naar zelfordening

Noten

- ⁶ Dit was in die tijd wel meer het beleid, zo is ook geprobeerd om de ambtelijke vertegenwoordiging in de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (CRV) op te heffen. Dit is echter niet gelukt (van der Werff, 1983).
- ⁷ Er is een verschuiving merkbaar in de betekenis van autonomie door de tijd heen. Autonomie is een belangrijk concept voor ordening. De professionele autonomie van medici is altijd zeer sturend geweest voor de manier waarop verantwoordelijkheden, bevoegdheden en taken ordenen in de zorgsector geordend worden. Voor organisaties in de zorg is autonomie een meer variabele factor geweest: golfbeweging tussen centralisatie en decentralisatie, autonomie en gebondenheid.
- ⁸ Opmerkelijk is dat de periode van het planningsdenken, en dan met name de uitvoering ervan, betrekkelijk kort geduurd heeft. Het duurt lang voordat bijvoorbeeld de WVG in werking treedt. Halverwege de jaren '80 wordt reeds aan afbouw van het plannen en reguleren gedacht en gewerkt. Gesteld kan worden dat het planningsdenken en –handelen nooit echt tot wasdom heeft kunnen komen.
- ⁹ Inmiddels is de bevroering van de specialistenplaatsen recentelijk weer opgeheven.

Literatuur

Andel, H. van. De ontwikkeling van het management binnen de instituten voor intramurale gezondheidszorg. In: Schrijvers, G. en J.M. Boot (red.): een halve eeuw gezondheidszorg 1950 – 2000. Maarssen: De Tijdstroom, 1983.

Boersma, S. Aanbodbepaling Intramurale Gezondheidszorg: de WZV. In: Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg. Maarssen: De Tijdstroom, 1999.

Boot, J.M. en M.H.J.M. Knapen. De Nederlandse gezondheidszorg. Den Haag: Aula, 1996.

Breit, J.G. Budgettering van Zorgverzekeraars. In: Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg. Maarssen: De Tijdstroom, 1998.

Centraal Bureau voor de Statistiek. Vademecum gezondheidsstatistiek Nederland. Den Haag: CBS, 1977.

Commissie Keuzen in de Zorg (commissie Dunning). Advies in Hoofdzaken: Kiezen en Delen. Den Haag: Albani, 1990.

Commissie Modernisering Curatieve Zorg (commissie Biesheuvel). Gedeelde zorg: betere zorg. Roosendaal: Koninklijke van Poll, 1994.

Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (commissie Dekker). Bereidheid tot Verandering. Den Haag: Sdu Uitgevers, 1987.

Commissie Koopmans. Ziekenhuis Ontketend. Rapport van de MDW-werkgroep ziekenhuiszorg. MDW-werkgroep, 1996.

Commissie Modernisering Ouderenzorg (commissie Welschen). Ouderenzorg met toekomst. Den Haag: ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1994.

Coolen, J., T.E.D. van der Grinten, R. Huijsman en P.A.H. van Lieshout. Strategische keuzes voor de Thuiszorg. In: Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg. Maarssen: De Tijdstroom, 1998.

Dolman, D. Subsidies en Gezondheidszorg een feitelijk onderzoek naar financieringsstructuren. Leiden: Stenfert Kroese, 1964.

Elzinga, E. Tien jaar stelselwijziging in de gezondheidszorg. In: Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg. Maarssen: De Tijdstroom, 1998.

Enthoven, A.C. Health Plan: the only practical solution to the soaring costs of medical care. Massachusetts: Addison-Wesley, Reading, 1980.

Festen, H. Advies van de Commissie ad hoc, inzake de mogelijkheid tot verbetering van de organisatie van de gezondheidszorg en het functioneren daarvan. Den Haag: commissie Festen, 1973.

Festen, H. Spanningen in de gezondheidszorg; 25-jaar Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Zoetermeer: CRV, 1985.

Fortuyn, W.S.P. Ordening door Ontvlechting. Rijswijk: ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1990.

Gerritsen, J.C. en C.P. van Linschoten. Gezondheidszorgbeleid: evaluatie en toekomstperspectief. Groningen: van Gorcum, 1997.

Grinten, T.E.D. van der. 1987a. Ordening van de Gezondheidszorg: Een Beschouwing naar aanleiding van het advies van de commissie Dekker. Tijdschrift voor de Sociale Gezondheidszorg, 65, 1987a, no. 21, p. 678-681.

Grinten, T.E.D. van der. De Vorming van de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg: een Historisch Beleidsonderzoek. Baarn: Ambo, 1987b.

Grinten, T.E.D. van der. Macht, Tegenmacht, Onmacht: de Hardnekkige Aanwezigheid van het Maatschappelijke Middenveld in de Gezondheidszorg. In: Dekker, E. en E. Elsinga (red.). *Mensen en Machten: Gezondheidszorg in de jaren negentig*. Houten: Bohn Stafleu en Van Loghum, 1990, p. 115-127.

Grinten, T.E.D. van der. Veranderingen in het Maatschappelijk Middenveld: over Nut en Noodzaak van Beleidsnetwerken in de Gezondheidszorg. *Gezondheid*, 1993, 1, no. 3, p. 245-263.

Grinten, T.E.D. van der. Delen van Macht: Bewegingen in het Beleidsbestel van de Gezondheidszorg. *Beleid & Maatschappij*, Stand van Zaken, 1994, no. 4, p. 182-188.

Grinten, T.E.D. van der. *Beleid voor Gezondheidszorg: Bespiegelingen bij het Regeerakkoord Gezondheid*. 1995a, 3, no. 1, p. 41-45.

Grinten, T.E.D. van der en F.T. Schut. Schipperen tussen Overheid en Markt: het Gezondheidszorgbeleid van het kabinet Kok. *Openbare Uitgaven*, 1995b, no. 4, p. 164-165.

Grinten, T.E.D. van der. *Scope for policy (preadvies)*. Den Haag: WRR, 1996.

Grinten, T.E.D. van der en J. Legemaate. Kansen voor Transmurale Zorg: Bestuurlijke & juridische aspecten. In: Spreuwenberg, C. en P. Pop. *Handboek Transmurale Zorg*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2000.

Grinten T.E.D. van der. In de gezondheidszorg kunnen burgers hun rijkdom niet kwijt. *ZetN*, 1999, p. 4-8.

Grünwald, Chr. *Beheersing van de Gezondheidszorg*. Den Haag: VUGA, 1987.

Grünwald, Chr. en A.J.J. van der Kwartel. Ordeningsprocessen in de gezondheidszorg: de ongrijpbare regio. *Beleid en Maatschappij*, 1996, no. 5, p. 223-234.

Heffen, O. van en A. Kerkhoff. *Beleidsvoering in de algemene gezondheidszorg*. Assen: Van Gorcum, 1997.

Hemerijck, A.C. *Historical Contingencies of Dutch Corporatism*. Oxford: Balliol College, 1992.

Hendriks, J.P.M. Twintig jaar hervorming van de gezondheidszorg. ESB, 1990, p. 637 – 644.

Hermans, H.E.G.M. Zorg en markt in historisch perspectief Deventer: Kluwer, 1994.

Immergut, E.M. Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe. Cambridge: University Press, 1992.

Juffermans, P. en J. Drewes. Overheidsbeleid en ziekenfondsen 1945 – 1977. Amsterdam: Amsterdams Onderling Zoekenfonds, 1977.

Juffermans, P. Staat en gezondheidszorg in Nederland. Nijmegen: SUN, 1982.

Kasdorp, J.P. en T.E.D. van der Grinten. 25 Jaar sturing van de gezondheidszorg. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1999.

Kemenade, Y.W. van. Health care in Europe. Zoetermeer: National Council of Public Health, 1993.

Kemenade, Y.W. van en P. Vos. Indicatiestelling in Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg. Maarssen: De Tijdstroom, 1995.

Kerkhoff, A.H.M. Verkeerd Verbonden? Over Integratie van Voorzieningen in de Gezondheidszorg. Enschede: Technische Univeristeit Twente, 1992.

Kortering, G.J. en Y.M. van Geenhuizen. Collectieve preventie in Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg. Maarssen: De Tijdstroom, 1995.

Kruijff, M.I. de. Neocorporatisme en de Geneesmiddelensector. Beleid & Maatschappij, 1993, no. 4, p. 182-193.

Lijphart, A. Verzuiling, pacificatie en kentering in de Nederlandse politiek. Haarlem: Becht, 1976.

Middelhof, L.A.J.M. en F. van de Pol. Zorg voor mensen met een verstandelijke handicap. In: Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg. Maarssen: De Tijdstroom, 1998.

Mierlo, J.G.A. van en L.G. Gerrichhauzen. Het particulier initiatief in de Nederlandse verzorgingsmaatschappij. Maarssen: De Tijdstroom, 1988, p.76 – 122

Mierlo, J.G.A. van. Adviesorganen in de gezondheidszorg. In: Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg. Maarssen: De Tijdstroom, 1996.

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Gezondheid als Uitgangspunt: Nota 2000 in het kort. Den Haag: Sdu Uitgevers, 1986.

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Weloverwogen verder: modernisering zorgsector. Den Haag: Sdu Uitgevers, 1992.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zicht op Zorg: plan van aanpak modernisering AWBZ. Den Haag: VWS, 1999.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Functie FOZ: Advies over de betekenis van het Financieel Overzicht Zorg in het beleidsproces. Zoetermeer: RVZ, 1994.

Nooren, J.E.A.M. en T.E.D. van der Grinten. Sturen van de gezondheidszorg door overeenkomsten: de veranderende rol van de zorgverzekeraar. In: Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg. Maarssen: De Tijdstroom, 1996.

Okma, G.H. Studies in Dutch health politics, policies and law. Proefschrift Utrecht. Utrecht: Universiteit Utrecht 1997.

Oudenampsen, D.G. De patiënt/consument als nieuwe partij in de gezondheidszorg. In: Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg. Maarssen: De Tijdstroom, 1997.

Oudshoorn, C. Gezondheidszorg als zorgenkind: van aanbodbeheersing naar gereguleerde marktwerking. 1993, no. 14, p. 112-118.

Pauly, M.V. Market power, monopoly and health insurance markets. Journal of Health Economics, 1988, 7, p. 111-128.

Plank, R.N. van der. De rol van de werkgever op het gebied van arbeid en gezondheid. In: Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg. Maarssen: De Tijdstroom, 1998.

Putters, K. en T.E.D. van der Grinten. Maatschappelijk Ondernemen in de Zorg. In: Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg. Maarssen: De Tijdstroom, 1999.

Roscam-Abbing, H. en F.F.H. Rutten. Verleden en toekomst van het ziektekostenverzekeringsstelsel in Nederland. Deventer: Kluwer, 1985.

Scheerder, R.T.J.M. Prijsbeleid in de Gezondheidszorg. In: Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg. Maarssen: De Tijdstroom, 1997.

Schrijvers, G. en J.M. Boot (red.). Een halve eeuw gezondheidszorg 1950 – 2000. Maarssen: De Tijdstroom, 1983.

Schrijvers, A.J.P. Een kathedraal van zorg. Maarssen: De Tijdstroom, 1993.

Schut, F.T. Marktwerking en mededingingsbeleid in de zorgsector. In: Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg. Maarssen: De Tijdstroom, 1998.

Sociaal en Cultureel Planbureau. Tussen Bed en Budget. Den Haag: SCP, 1998.

Starmans, H.B.G. Eigen betalingen van medische zorg in de Nederlandse sociale zorgverzekeringen. In: Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg. Maarssen: De Tijdstroom, 1999.

Teeuwen, R.T.S.M. Het ziekenfondsbestel in historisch perspectief. Zeist: Stichting Historie Ziekenfondswezen, 1998.

Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg. Gezondheidszorg Geordend: een Kwartet Scenario's. Houten: Bohn, Stafleu en Van Loghum, 1994.

Stevens en Van Tulder. Grootste ziekenhuizen zijn niet het meest productief. Economisch Statistische Berichten 80, 1995, p. 403-405.

Swaan, A. de. Zorg en de staat: welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd. Amsterdam: Bakker, 1989.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 1962-1963. Handelingen no. 21.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Volksgezondheidsnota 1966. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 1965-1966. No. 8462.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Structuurnota Gezondheidszorg. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 1973-1974. No. 13012-1 en 2.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Werken aan zorgvernieuwing: actieprogramma van het beleid voor de zorgsector in de jaren negentig. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 1989-1990. No. 21545.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Financieel overzicht zorg 1991. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 1990-1991. No. 21812.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Raad op Maat Rapport bijzondere commissie Vraagpunten Adviesorganen (commissie De Jong). Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 1992-1993. No. 21427-29.

Vries, Th. de. Kanttekeningen bij de regio. Utrecht: Universiteit van Humanistiek, 1996.

Uitspraken burgerlijke rechter. Den Haag: RZA, 2000, no. 23

Uitspraken burgerlijke rechten. Utrecht: RZA, 1999, no. 192.

Versnel, H. De rol van de provincie in de gezondheidszorg. In: Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg. Maarssen: De Tijdstroom, 1998.

Vliet, R.C.J.A. van, L.M. Lamers en W.P.M.M. van de Ven. Concurrentie en solidariteit in de ziekenfondsmarkt. ESB, 2000, p. 64-67.

Werff, A. van der. Structureren en herstructureren in de gezondheidszorg 1950-2000. In: Schrijvers, G. en J.M. Boot (red.). Een halve eeuw gezondheidszorg 1950 – 2000. Maarssen: De Tijdstroom, 1983.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid Volksgezondheidszorg. Den Haag: WRR, 1997.

Wolff, L.J. de (red.). De prijs voor gezondheid. Baarn: s.n., 1984.

Ziekenfondsraad. Evaluatie overeenkomsten Ziekenfondswet en AWBZ. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1995.

Ziekenfondsraad. 25 jaar AWBZ. Amstelveen: ZiekenfondsRaad, 1995. (SEA-publicatie; no. 4)

Ziekenfondsraad. 30 jaar ziekenfondswet. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1997. (SEA-publicatie; no. 11)

Bijlagen

Bijlage 1

Lijst van afkortingen

APZ	Algemeen psychiatrisch ziekenhuis
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BKZ	Budgettair Kader Zorg
BOPZ	Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen
BVV	Bijzondere Volksverzekering
CAO	Collectieve Arbeidsovereenkomst
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CDA	Christen Democraten Appel
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
COZ	Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven
CRV	Centrale Raad voor de Volksgezondheid
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
CvZ	College voor ziekenhuisvoorzieningen
DBC	Diagnose behandel combinaties
FOZ	Financieel Overzicht Zorg
FTTO	Farmaco therapeutisch transmuraal overleg
GGD	Gemeentelijke gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GVS	Geneesmiddelen vergoedingensysteem
IOO	Instituut voor Onderzoek van Overheids-uitgaven
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KVP	Katholieke Volks Partij
KZI	Kwaliteitswet zorginstellingen
LSV	Landelijke Specialisten Vereniging
mfe	multifunctionele eenheid
NMA	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NRV	Nationale Raad voor de Volksgezondheid
NZR	Nationale Ziekenhuisraad
OC en W	Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen
PvdA	Partij van de Arbeid
pgb	persoonsgebonden budget
Riagg	Regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen
RIO	Regionaal Indicatie Orgaan
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

SCP	Sociaal Cultureel Planbureau
SER	Sociaal-Economische Raad
SPD	Sociaal Pedagogische Dienst
STN	Stichting Transmuraal Netwerk
V en V	Verpleging en verzorging
VROM	Volkshuisvesting, Ruimtelijke ordening en Milieubeheer
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAO	Wet arbeidsongeschiktheid
WBMV	Wet bijzondere medische verrichtingen
WEZ	Wet exploitatie zorgvoorzieningen
Wet BIG	Wet Beroepen in de individuele gezondheidszorg
Wet REA	Wet (re)integratie van arbeidsgehandicapten
WGP	Wet geneesmiddelen prijzen
WMCZ	Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen
WO-I	Eerste Wereldoorlog
WO-II	Tweede Wereldoorlog
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
WTG	Wet tarieven gezondheidszorg
WTZ	Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen
WVG	Wet voorzieningen gehandicapten
WZT	Wet ziekenhuistarieven
WZV	Wet ziekenhuisvoorzieningen
ZFR	Ziekenfondsraad
ZFW	Ziekenfondswet

Bijlage 2

Overzicht publicaties RVZ

De publicaties zijn te bestellen door overmaking van het verschuldigde bedrag op bankrekeningnummer 160170400 t.n.v. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg te Zoetermeer, o.v.v het desbetreffende publicatienummer. Een jaarabonnement op de publicaties kost f 245,-.

Adviezen en achtergrondstudies

00/05	Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)	15,00
00/04	De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij De rollen verdeeld)	30,00
00/03	De rollen verdeeld	30,00
99/26	Care en cure	25,00
99/25	Over Schotten in care en cure: opvattingen en werkwijzen (achtergrondstudie bij Care en cure)	25,00
99/23	Gezond zonder zorg: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij Gezond zonder zorg)	20,00
99/22	Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Interculturalisatie van de gezondheidszorg)	20,00
99/21	Interculturalisatie van de gezondheidszorg	25,00
99/20	Gezondheid in al haar facetten (TNO achtergrondstudie bij Gezond zonder zorg)	20,00
99/19	Gezond zonder zorg	20,00
99/18	Over e-health en cybermedicine (achtergrondstudie bij Patiënt en Internet)	35,00
99/17	Patiënt en Internet	20,00
99/16	Gender en professionals in de gezondheidszorg: resultaten van een expertmeeting (achtergrondstudie bij Professionals in de gezondheidszorg)	20,00
99/15	Professionals in de gezondheidszorg	40,00
99/14	De Nederlandse zorgverzekering in het licht van het recht van de EG (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	25,00

99/13	Het Nederlandse gezondheidszorgstelsel in Europa: een economische verkenning (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	25,00
99/12	The role of the European Union in Healthcare (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	25,00
99/11	Een nieuw drugsbeleid? Voor- en nadelen van de legalisering van drugs	30,00
99/10	Europa en de gezondheidszorg	25,00
99/10E	Europe and health care	30,00
99/09	Ethiek met beleid	25,00
99/06	Technologische, juridische en ethische aspecten van biotechnologie (achtergrondnota bij Octrooiering biotechnologie)	25,00
99/05	Octrooiering biotechnologie	30,00
99/04	Koppelings- en sturingsmechanisme: vergelijkende sectorstudie (achtergrondstudie bij Verslavingszorg herijkt)	25,00
99/03	Dossier verslaving en verslavingszorg (achtergrondstudie bij Verslavingszorg herijkt)	25,00
99/02	Verslavingszorg herijkt	25,00
98/10	Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Samenwerken aan openbare gezondheidszorg)	25,00
98/09	Samenwerken aan openbare gezondheidszorg	25,00
98/08	Zelftests	25,00
98/07	Maatschappelijk ondernemen in de zorg (achtergrondnota bij Tussen markt en overheid)	25,00
98/06	Tussen markt en overheid	20,00
98/05	Transmurale zorg: redesign van het zorgproces (achtergrondstudie bij Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief)	20,00
98/04	Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief	25,00
98/01	Naar een meer vraaggerichte zorg	30,00
97/20	Besturen in overleg	30,00
97/19	Verzekeraars op de zorgmarkt	20,00
97/18	Stimulering doelmatig gedrag (achtergrondnota bij Prikkels tot doelmatigheid)	20,00
97/17	Prikkels tot doelmatigheid	20,00
97/16	De ggz als vuilharmonisch orkest (essay)	10,00

97/15	Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelen-voorziening (achtergrondstudie bij Farmaceutische zorg)	25,00
97/14	Farmaceutische zorg (door arts en apotheker)	25,00
97/13	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw (achtergrondstudies)	40,00
97/12	Met zorg wonen, deel 2: Naar een nieuwe samenhang tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	40,00
97/11	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw	20,00
97/10	Medische hulpmiddelen	30,00
97/09	De toekomst van de AWBZ	30,00
97/07	Beter (z)onder dwang (achtergrondstudie)	20,00
97/06	Beter (z)onder dwang	25,00
97/05	Met zorg wonen, deel 1: De relatie tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	25,00
97/04	Internationale dimensie volksgezondheidsbeleid	25,00
97/03	Waardebepaling geneesmiddelen als beleidsinstrument	25,00
96/13	Thuis in de ggz (achtergrondstudie)	25,00
96/12	Thuis in de ggz	30,00
96/11	Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming	25,00
96/10	Strategische beleidsvragen zorgsector	15,00
96/09	Informatietechnologie in de zorg	30,00
96/08	Stand van zaken: preventie en ouderen (achtergrondstudie)	25,00
96/07	Preventie en ouderen	25,00
96/06	Fysiotherapie en oefentherapie	20,00
96/05	Herverdeling onbetaalde zorgarbeid	15,00
96/04	Sociale zekerheid en zorg	20,00
96/03	Persoonlijke levenssfeer: privacy in verpleeghuizen	20,00
96/02	Planning en bouw in België en Duitsland	15,00
96/01	Programmatische jeugdzorg	20,00
Bijzondere publicaties		
99/24	Evaluatie en actie	gratis
99/08	De trend, de traditie en de turbulentie	gratis
99M/01	Van Biotech Bay en Biotech Beach tot Genetown	30,00

95/WZV	Een nieuw accommodatiebeleid voor de zorgsector: advies over de herziening van de Wet ziekenhuisvoorzieningen	15,00
- -	Volksgesondheid met beleid	gratis

Advies Zorgarbeid in de toekomst
(ISBN 90-399-1535-0) 39,50

Achtergrondstudie Zorgarbeid in de toekomst
(ISBN 90-399-1536-9) 39,50

De publicaties Zorgarbeid in de toekomst zijn te
bestellen bij SDU-uitgevers, Servicecentrum/Verkoop
postbus 200014, 2500 EA Den Haag,
telefoonnummer 070 378 98 80, fax 070 378 97 83

Werkprogramma's

00/02	Werkprogramma 2001 – 2002	gratis
99/07	Werkprogramma RVZ 2000	gratis
98/03	Werkprogramma RVZ 1999	gratis
97/08	Adviesprogramma RVZ 1998	gratis
97/01	Adviesprogramma RVZ 1997	gratis

Jaarverslagen

00/01	Jaarverslag 1999	gratis
99/01	Jaarverslag 1998	gratis
98/02	Jaarverslag 1997	gratis
97/02	Jaarverslag 1996	gratis

Magazines

98M/01	Magazine bij het advies Met Zorg wonen, deel 2	3,50
98M/02	Magazine bij het advies Geestelijke Gezondheidszorg	3,50