

J.M. Boot/M.H. Knapen

Sociale kaart van de gezondheidszorg in Nederland

Voor de tweede wereldoorlog was de gezondheidszorg in Nederland nog maar voor een beperkt deel van de bevolking toegankelijk: er bestonden wel ziekenfondsen, maar de ziektekostenverzekering was nog niet verplicht. Slechts 40 procent van de bevolking was bij een ziekenfonds aangesloten. Bovendien bestond het verstrekkingenpakket van de meeste ziekenfondsen alleen uit huisartsenhulp. Met de invoering van het ziekenfondsbesluit 1941 door de bezetters is een begin gemaakt met een verplichte verzekering tegen ziektekosten. Onder invloed van nieuwe technologische vindingen en natuurwetenschappelijke inzichten zijn de diagnostische en therapeutische mogelijkheden na de oorlog sterk toegenomen. Daardoor kon een proces van schaalvergroting en concentratie van medisch handelen plaatsvinden. Het eertijds op verpleging en verzorging gerichte ziekenhuis won aan betekenis. Was vlak voor de oorlog het aantal huisartsen (3000) meer dan het dubbele van het aantal specialisten (1400), in 1976 stonden tegenover twee huisartsen bijna drie specialisten (resp. 4937 en 7223).

Ook het ziektepatroon is in de tijd sterk gewijzigd. Vormden in het begin van deze eeuw infectieziekten nog een massaal verschijnsel, tegenwoordig nemen hart- en vaatziekten het leeuwendeel van de morbiditeit voor hun rekening. Door het stijgen van de gemiddelde leeftijd komen ook gevolgen van 'slijtageprocessen' meer voor (ouderdomsverschijnselen). Het aantal chronische ziekten en gehandicapten, dat continue en intensieve (medische) zorg behoeft, is belangrijk gestegen. Ten slotte is het aantal psycho-somatische/psycho-sociale klachten aanzienlijk toegenomen.

In dit hoofdstuk dat vooral beoogt feitelijke informatie te geven over de Nederlandse gezondheidszorg en ontwikkelingen daarbinnen komt allereerst de omvang van de gezondheidsvoorzieningen en -diensten aan de orde (paragraaf 1). Vervolgens wordt in paragraaf II aandacht besteed aan de kosten van de gezondheidszorg, de stijging daarvan over de periode 1973-1983 en de wijze van financiering. Paragraaf III, getiteld 'Overheid en gezondheidszorg', handelt over de greep die de centrale overheid op de gezondheidszorg heeft of tracht te krijgen met name door de wetgeving ten aanzien van deze sector. Ten slotte volgt een overzicht van naar onze mening belangrijke ontwikkelings-tendenties, die in het voorgaande niet of nog te weinig aan bod zijn gekomen.

I. De omvang van de sector gezondheidszorg

Voor een beschrijving van de omvang van de Nederlandse gezondheidszorg moet men een onderscheid maken tussen de extramurale en intramurale zorg. Voor de extramurale gezondheidszorg kan ter bepaling van de omvang het best worden uitgegaan van de mankracht. Alhoewel dit criterium ook geldt voor de intramurale voorzieningen, is daar het 'bed' een geaccepteerde rekeneenheid.

1. De mankracht in de extramurale gezondheidszorg

De extramurale gezondheidszorg telt enerzijds disciplines, die doorgaans solistisch werken (huisarts, tandarts), en anderzijds organisaties waarin nagenoeg alleen beroepsbeoefenaars van één type zijn ondergebracht (kruiswerk, algemeen maatschappelijk werk). Beide zijn opgenomen in het navolgende overzicht van de 'lappendeken' van de extramurale gezondheidszorg.

Huisartsen

In 1978 telde Nederland ruim 5 000 praktiserende huisartsen. Enkele decennia geleden was dit aantal niet veel lager, namelijk circa 4 500 (1). De overgrote meerderheid hiervan is solistisch bezig, enkele jaren geleden was dit meer dan 90 procent. Een sinds 1970 toenemend aantal praktiseert in een of andere samenwerkingsvorm. Dit kan zijn een unidisciplinair samenwerkingsverband van ten minste 3 huisartsen in een gemeenschappelijk praktijkgebouw (een groepspraktijk) ofwel een multidisciplinair verband met één gezamenlijke praktijk onder één dak, waarin ten minste huisartsen, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden participeren (een gezondheidscentrum). Begin 1976 bestonden er in Nederland ongeveer 40 gezondheidscentra en 34 groepspraktijken, maar dit aantal ligt nu ongetwijfeld hoger. In enkele van deze gezondheidscentra werken huisartsen in dienstverband van de stichting, die voor de exploitatie van het centrum zorgt, of van bijvoorbeeld de gemeentelijke overheid. Het merendeel van de gezondheidscentra heeft derhalve te maken met een zelfstandige onderneming van de huisarts, waardoor haar voortbestaan doorgaans nauw gekoppeld is aan het bestaan van die onderneming. De praktijkomvang verschilt sterk per huisarts, namelijk van nog geen 1 000 tot meer dan 4 000 patiënten. Gemiddeld komt het aantal patiënten per huisarts neer op circa 2 700. Omdat bijna alle Nederlanders bij een huisarts staan ingeschreven is dit omgerekend een huisartsendichtheid van 36 à 37 per 100 000 inwoners (2).

Tandartsen

Nederland telt bijna evenveel tandartsen als huisartsen: in 1977 waren er iets meer dan 4 600 praktiserend. Tegenover grote praktijken van 10 000 of meer patiënten komen ook kleine 'universitaire' praktijken (\pm 500 patiënten) voor. De praktijkomvang loopt bij tandartsen, met andere woorden, verder uiteen dan bij huisartsen. Verder bestaan er ook tandheelkundige centra, die tandartsen in dienst hebben en zijn ten behoeve van de jeugd tandzorg tandartsen in dienst van stichtingen voor schooltandverzorging. De mankracht in deze tak van tandheelkunde mag overigens niet onderschat worden: alle kinderen vanaf 6 tot 14 jaar kunnen hier — ten dele gratis — gebruik van maken. In 1974 bestonden er 128 schooltandartsendiensten met ruim 780 000 deelnemende kinderen. Sinds de werking van het zogenaamd 12- en 13-

jarigen-plan (voor gratis sanering van deze leeftijdscategorieën) zal het aantal deelnemers waarschijnlijk een groter deel uitmaken van de meer dan 2 miljoen kinderen in de leeftijd van 6-14 jaar.

Blijft staan dat, voorzover we goed geïnformeerd zijn, de meeste tandartsen solistische ondernemers zijn, geassisteerd door hulpkrachten (3).

Gezien het bovenstaande zegt de tandartsendichtheid niet zoveel (32 op de 100 000 inwoners). Toch leert een vergelijking in de tijd dat de laatste twee decennia de tandartsendichtheid met bijna 50 procent is gestegen (van 22 naar 32). De verschillen in dichtheid tussen de provincies zijn nogal groot.

Apothekers

In vergelijking met tandartsen en huisartsen zijn er niet zoveel apothekers in Nederland: in 1976 waren er circa 1200. Niet al deze apothekers hebben een zelfstandige praktijk. Een aantal (150) is verbonden aan ziekenhuizen en een ander deel (ruim 150) is als tweede apotheker in de praktijk werkzaam. Resteren dan nog ongeveer 900 apothekers die volgens recente uitlatingen van het ministerie ook niet allemaal een zelfstandige praktijk hebben, ofschoon er toch meer dan 960 apotheken in Nederland zijn. Een minderheid (namelijk 104 apotheken) is eigendom van slechts 49 apothekers: hier is dus sprake van soms zelfs meer dan twee apotheken als eigendom van één apotheker. Eenzelfde aantal apotheken is eigendom van onder andere ziekenfondsen, de Stichting Algemene Gezondheidsvoorzieningen en de Stichting Verenigde Nederlandse Apotheken. Laatstgenoemde stichting exploiteert alleen tijdelijke apotheken ten behoeve van de oudedagsvoorziening en dergelijke van apothekers. De overige apothekers (759 in getal) hebben elk één apotheek in eigendom. Hiernaast dient er nog rekening gehouden te worden met apotheekhoudende huisartsen, die vooral op het platteland voorkomen (circa 1300 in 1976). In 1960 waren er per 100 000 inwoners 7 apotheken, in 1976 is de dichtheid gestegen tot 9 per 100 000 (bijna 1200), terwijl er in 1978 weer 100 apothekers méér geregistreerd staan.

Wijkverpleging

Plaatselijke, provinciale en landelijke verenigingen voor wijkverpleging van particulier initiatief waren tot het einde van de zestiger jaren verzuild georganiseerd. De rooms-katholieken kenden het Wit-Gele Kruis, de protestants-christelijken het Oranje-Groene en daarnaast bestond er nog een algemene kruisorganisatie onder de naam Groene Kruis. De ontzuiling begint steeds meer vorm te krijgen. Dit gaat gepaard met schaalvergroting (fusies), met een voorzichtige inschakeling van ziekenverzorgenden in de wijk en een accentverschuiving in het takenpakket van de wijkverpleegkundige van curatie naar preventie. Voorjaar 1974 werden de landelijke bureaus van de drie kruisorganisaties geïntegreerd. Circa 80 procent van de Nederlandse bevolking is lid van een kruisvereniging.

In 1976 verschaften de verenigingen gezamenlijk werk aan 2800 wijkverpleegkundigen, 900 verpleegkundigen in de wijk (dat wil zeggen zonder specifieke wijkopleiding), bijna 450 ziekenverzorgenden en ongeveer 170 hoofdwijkverpleegkundigen: een totaal dus van 4360 verpleegkundigen en ziekenverzorgenden aan de basis (4). Naast de verpleging en verzorging van hulpbehoevende zieken thuis, worden door deze werknemers preventieve huisbezoeken gebracht, voorlichtingscursussen gegeven, consultatie-bureaus voor zuigelingen en kleuters gehouden.

Fysiotherapie

Zowel in de eerste lijn als in intramurale voorzieningen komen fysiotherapeuten voor, die soms een zelfstandige praktijk hebben, andere keren in dienstverband werken. Wat betreft het totaal aantal fysiotherapeuten zijn ons geen exacte gegevens bekend. Wel is het zo dat hun aantal de laatste jaren sterk is gestegen, zodat er nu naar schatting meer dan 10 000 praktiserende fysiotherapeuten zijn. In 1975 werkten er 670 van deze fysiotherapeuten in de verpleeghuizen.

Algemeen maatschappelijk werk

Het algemeen maatschappelijk werk is tot voor kort flink in omvang toegenomen. In 1965 waren er per 100 000 inwoners 8,6 werkers beschikbaar. Tien jaar later was dit dichtheidscijfer 13,4. De toename van subsidie van overheidswege, die deze groei mogelijk maakte, is enkele jaren geleden echter gestopt zodat er nu nauwelijks aan uitbreiding van mankracht valt te denken (vacaturestop). Het totaal aantal algemeen maatschappelijk werkers van 2057 in 1975 was in dienst van 237 instellingen. Daarvoor, nl. in 1969, waren er nog 604 instellingen met 1456 werkers, wat duidt op een proces van schaalvergroting (5). Daarnaast kent het algemeen maatschappelijk werk nog een inbreng van 1297 vrijwilligers. Op 31 december 1975 was schaalvergroting bij 91 instellingen nog in voorbereiding. In 1977 waren er overigens nog 219 instellingen, wat erop duidt dat in een aantal gevallen de geplande schaalvergroting inmiddels is gerealiseerd (6). Slechts 105 instellingen vertoonden in 1975 nog een levensbeschouwelijke signatuur en slechts 90 instellingen houden zich uitsluitend met algemeen maatschappelijk werk bezig. De combinatie met gezinsverpleging/bejaardenhulp komt 127 maal voor (7).

Gezinszorg

Binnen de gezinsverzorging heeft zich eenzelfde schaalvergroting voorgedaan als hierboven voor het algemeen maatschappelijk werk is gesignaleerd (8). Bestonden er in 1965 nog plus minus 940 instellingen, eind 1975 was dit aantal geslonken tot 293, terwijl er in 1977 nog maar 263 resteerden. Daar staat wel tegenover dat de instellingen in die tijd steeds groter zijn geworden. Van de in 1975 bestaande instellingen is in 134 gevallen de gezinsverzorging gecombineerd met het algemeen maatschappelijk werk, 32 instellingen kennen andere multifunctionele combinaties (b.v. met open bejaardenwerk, gezondheidszorg al of niet met algemeen maatschappelijk werk). Eind 1975 bedroeg het personeel in deze sector bijna 90 000 eenheden (voltijds en deeltijds). De hulp vanuit de gezinsverzorging is vooral gericht op bejaarden (in 1976 54 procent bejaarden en 15 procent chronisch-zieke niet-bejaarden). Voor de rest komt de hulp vooral ten goede aan gezinnen (30 procent). Het cliëntenbestand is in de periode 1970-1975 aanzienlijk gegroeid (van 147 000 naar 208 000). Deze groei is vooral toe te schrijven aan de toename van het aantal bejaarden en chronisch zieken. Begrijpelijk is dat aan die chronische zieken relatief veel tijd wordt besteed (in 1976: 25 procent van de werktijd).

De ambulante geestelijke gezondheidszorg

Bij de tot nu toe genoemde hulp- en dienstverleners in de extramurale gezondheidszorg stond in het algemeen de somatische invalshoek nogal centraal, ofschoon vooral het laatste decennium de psycho-sociale dimensie aan belang lijkt te winnen. De ambulante geestelijke gezondheidszorg, misschien wel de minst overzichtelijke sector van gezondheidszorg, richt zich specifiek op de psycho-sociale zorg. De mankracht op

dit terrein wordt hieronder per type instelling beschreven. Ter voorkoming van misverstanden zij echter benadrukt dat ook vrije ondernemers (vooral psychiaters en psychologen) worden aangetroffen.

— *Sociaal-Psychiatrische Diensten (SPD)*. In 1976 waren er bij deze diensten, die vooral in de steden voorkomen, naast verpleegkundigen, maatschappelijk werkenden, jeugdleiders ook psychiaters, (assistent-)artsen en psychologen/pedagogen werkzaam. Het aantal formatieplaatsen bedroeg toen 8 400 tegenover 1 190 in het jaar 1973.

Omgerekend op full-time basis (40 uur per week) ging het om de volgende aantallen per categorie:

- artsen (vooral psychiaters, maar ook gerieters/kinderartsen en niet-specialisten) 217
- sociale wetenschappers (vooral psychologen, hun assistenten en pedagogen) 242
- maatschappelijk werkenden en verpleegkundigen 601

Afgezien van de administratieve krachten (339) zijn er, met andere woorden, 1 060 personeelsplaatsen bij sociaal-psychiatrische diensten. Veelal gaat het — vooral bij de meest geprofessionaliseerde beroepen — om part-timers die er daarnaast nog een eigen privé-praktijk op na houden.

Het aantal diensten bedroeg 91, waaruit valt op te maken dat de diensten gemiddeld niet zoveel personeelsplaatsen tellen (namelijk circa 12).

— *Medisch Opvoedkundige Bureaus*. Het accent ligt bij deze diensten op de inbreng van de sociale wetenschappers (vooral psychologen), wat ook begrijpelijk is als men bedenkt dat zij onder andere door onderzoek en behandeling stoornissen bij kinderen proberen te voorkomen. Psychologische methodieken, groepswork en voorlichting vormen belangrijke instrumenten bij dit werk. Wat betreft de bezetting — weer op basis van full-time functies — kan het volgende worden becijferd:

- artsen (vooral psychiaters) 55
- sociale wetenschappers (psychologen en hun assistenten, pedagogen) 152
- psychiatrisch sociaal werkenden, maatschappelijk werkenden, speleidsters 300

In totaal gaat het om ruim 500 full-time arbeidsplaatsen in de hulpverlening, ondersteund door 157 administratieve krachten. Deze waren in 1976 ondergebracht in 78 bureaus met in totaal 663 formatieplaatsen.

— *Overige vormen van ambulante geestelijke gezondheidszorg*. Belangrijk zijn nog: de Consultatiebureaus voor alcohol en drugs, de Instituten voor Multidisciplinaire Psychotherapie en de Bureaus voor levens- en gezinsvragen. Deze drie types van instellingen stellen iets meer dan duizend medewerkers full-time te werk (situatie in 1975).

Nog niet genoemd zijn: de consultatiebureaus voor geboorteregeling en seksualiteitsvragen van de Rutgersstichting, de reclasseringsinstellingen, het categorale maatschappelijk werk en de alternatieve hulpverlening, de vrijwilligersorganisaties en de zelfhulpgroepen.

2. De omvang van de intramurale voorzieningen

De instellingen voor intramurale zorg onderscheiden wij in ziekenhuizen (algemene, academische en categorale), psychiatrische instellingen (psychiatrische ziekenhuizen en zwakzinnigeninrichtingen) en verpleeghuizen (voor somatische zieken, voor psychiatrisch gestoorde bejaarden en voor beide categorieën).

Ziekenhuizen

Het aantal algemene ziekenhuizen in Nederland bedroeg per 1 januari 1978 183. Er waren 8 academische ziekenhuizen (ca. 1000 bedden groot) en 53 categorale

(voornamelijk revalidatie-instellingen). Van de algemene ziekenhuizen is circa 90 procent particulier.

De gemiddelde omvang van de algemene ziekenhuizen neemt sterk toe. Zeer kleine ziekenhuizen (minder dan 100 bedden) verdwijnen, het aantal ziekenhuizen in de categorie van 100 tot 250 bedden neemt af en het aantal met meer dan 250 bedden neemt toe.

De ziekenhuizen hebben in de zestiger jaren een nieuwbouwhausse doorgemaakt die in de jaren zeventig sterk terugliep. Bedroeg in 1970 de bouwproductie circa 190 miljoen gulden, in 1977 was deze 115 miljoen.

Deze ziekenhuizen hebben 5,4 bed per 1000 inwoners beschikbaar. Het aantal ziekenhuisbedden is in de afgelopen tien jaar nagenoeg gelijk gebleven. Het aantal ontslagen patiënten nam op indexbasis toe van 100 tot 119 in 1977 terwijl de gemiddelde verpleegduur daalde van 18,5 naar 15,4 dagen; het aantal verpleegdagen daalde iets.

Psychiatrische instellingen

Er waren per 1 januari 1978 72 psychiatrische ziekenhuizen en 138 zwakzinnigeninrichtingen. Bijna 90 procent van de psychiatrische ziekenhuizen is particulier. Zwakzinnigeninrichtingen zijn voor bijna 100 procent particulier. In de algemeen psychiatrische ziekenhuizen (9) bedroeg het gemiddeld aantal beschikbare bedden in 1976: 593; 13 van de 41 algemene psychiatrische ziekenhuizen heeft 350 tot 600 bedden. De huisvesting van de psychiatrische patiënten en vooral van chronische patiënten is in verschillende ziekenhuizen erbarmelijk. De bouwproductie lag in 1977 op het niveau van 1970 (1970: ca. 29 miljoen, 1977: ca. 31 miljoen).

Het aantal beschikbare bedden bedraagt 2 per duizend inwoners. Er is de laatste jaren een afname van het aantal verpleegdagen bij een toename van het aantal opnemingen te constateren; op indexbasis respectievelijk van 100 (1975) naar 94 (1978) en van 100 (1975) naar 120 (1978).

De omvang van de zwakzinnigeninrichtingen varieert van minder dan 50 bedden (ca. 15 procent van het totaal) tot meer dan 500 bedden (ca. 10 procent). De meeste liggen in de grootte-categorie van 50-100 bedden (ca. 25 procent). De bouwproductie is voor zwakzinnigeninrichtingen in 1977 ten opzichte van 1970 duidelijk hoger, respectievelijk 67,7 miljoen gulden en 48,5 miljoen gulden. Het aantal beschikbare bedden bedraagt 2 per duizend inwoners. Het aantal bedden is in deze sector toegenomen: indexcijfers van 1969, 1970, 1974 en 1978 zijn respectievelijk 97, 100, 111, 130. Uiteraard betekent dit een stijging van het aantal verpleegdagen. Het bezettingspercentage van deze inrichtingen benadert de 100 procent en ligt daarmee duidelijk boven dat van de psychiatrische ziekenhuizen (ca. 90 procent) en van de ziekenhuizen (ca. 85 procent).

Verpleeghuizen

Per 1.1.1978 waren er in Nederland 166 verpleegtehuizen voor somatische zieken, 72 voor psychisch gestoorde bejaarden en 63 voor beide categorieën, totaal: 301. Zestig procent is particulier. Het aantal beschikbare bedden bedraagt 3,1 per 1000 inwoners. Het aantal bedden is sinds 1968 bijna verdubbeld. Deze toename komt voor rekening van de gecombineerde verpleeghuizen en de verpleeghuizen voor geestelijk gestoorde bejaarden. Het aantal bedden in verpleeghuizen voor somatische zieken staat onder druk vanwege wijziging van erkenningen, hoofdzakelijk van somatische naar combinatieverpleeghuizen. Circa de helft van het aantal bedden komt voor rekening van verpleeghuizen met 100 tot 200 bedden.

Bedroeg de bouwproductie van verpleeghuizen in 1970 bijna 90 miljoen gulden, in 1977 bedroeg deze bijna 145 miljoen. Het indexcijfer van het aantal verpleegdagen steeg van 1973 tot 1975 van 100 tot 127, dat van het aantal opnemingen van 100 naar 113.

In het kostenperspectief dat zo nadrukkelijk aanwezig is in het Nederlands overheidsbeleid staan de ziekenhuizen centraal. Begin zeventiger jaren werd de 4-procent-norm gelanceerd voor de planning van het ziekenhuiswezen. Dit heeft geenszins geleid tot inperking van het aantal bedden, hoewel er ook niet van groei sprake was. Door de verlaging van de gemiddelde verpleegduur neemt het aantal verpleegdagen wel af, wat tot uitdrukking komt in een lager bezettingspercentage. Hoewel de verpleeghuissector sterk gegroeid is heeft dit niet geresulteerd in daadwerkelijke substitutie van ziekenhuisbedden.

Deze sector van de intramurale gezondheidszorg is de enige waar de overheid (gemeente) duidelijk in het beheer van instellingen aanwezig is (40 procent).

Medische specialisten

Het aantal medische specialisten is de laatste twintig jaar sterk toegenomen. In 1964 was het aantal huisartsen en medische specialisten gelijk. Per 1 januari 1978 waren 7 869 medische specialisten werkzaam (57 per 100 000 inwoners) tegenover circa 5 000 huisartsen (37/100 000).

De positie van de medische specialist is door een aantal ontwikkelingen in het geding gekomen. In het algemeen werkt een medische specialist als vrije ondernemer op basis van een toelatingscontract in een ziekenhuis en wordt betaald via een verrichtingentarif. Deze situatie is moeilijk houdbaar in een beleid van kostenbeheersing. Wel is het zo dat de positie van de medische specialisten in ziekenhuizen, zoals vastgelegd in een model-toelatingscontract en een model-reglement voor de medische staf, evolueert van individuele ondernemer die gebruik maakt van de technische en organisatorische mogelijkheden van een ziekenhuis naar lid van de ziekenhuisorganisatie. Een laatste element van eerstgenoemde positie, het betalen van een bedrag voor het houden van een poliklinisch spreekuur, is een paar jaar geleden verdwenen.

II. De kosten van de gezondheidszorg

De totale kosten van de gezondheidszorg zullen in de periode 1973-1983 volgens raming van het Ministerie van Volksgezondheid meer dan verdrievoudigd worden. In 1973 bleek de financiering nog geen 12 miljard gulden te vergen, in 1979 zal dit naar raming rond de 26 miljard zijn en voor 1983 zou dit bedrag tot 37 miljard kunnen oplopen. Ondanks de in 1974 voorgenomen versterking van het eerste echelon (de niet-gespecialiseerde voorzieningen die primair op het individu gericht zijn) met gelijktijdige afremming van de meer gespecialiseerde hulp- en zorgverlening in bijvoorbeeld intramurale voorzieningen is de geldstroom tot nu toe niet in de beoogde richting veranderd (10). Integendeel: werd in 1970 nog 55 procent van alle kosten besteed aan de intramurale voorzieningen, in 1979 ligt dit percentage hoger, namelijk 58 procent.

Het restrictieve beleid ten aanzien van de kostenontwikkeling van de intramurale voorzieningen resulteert (nog) helemaal niet in een financiële injectie ten gunste van de extramurale voorzieningen. De feitelijke kosten in de gezondheidszorg in 1973 en de

geaamde kosten voor 1978 en 1983 zijn in tabel 1 per kostenpost in procenten van het totaal weergegeven (11).

Tabel 1
Kosten van de Nederlandse gezondheidszorg 1973-1983

	1973	1978	1983
intramurale gezondheidszorg (12)	55	58	58
specialistische hulp (13)	8	7	6
genees-, kunst- en hulpmiddelen	12	10	9
extramurale gezondheidszorg	16	16	18
collectieve preventieve zorg	3	3	3
beleid, beheer en overige	6	6	6
Totaal procentueel	100	100	100
Totaal absoluut (in miljoenen gulden)	12 200	23 700	37 500

Een logische vraag is nu, waar al dat geld vandaan komt. Voor het overgrote deel worden de kosten van de gezondheidszorg gedragen door werkgevers en werknemers. Elk betaalt over een uitgekeerd/ontvangen vast loon of salaris een gelijk percentage, wat voor 1980 gezamenlijk 8,1 procent premie oplevert. Deze premies komen in een fonds terecht op basis van een verplichte werknemersverzekering: het ziekenfonds. Daarnaast ontvangen deze fondsen nog premies van ruim één miljoen bejaarden en anderhalf miljoen vrijwillig verzekerden (bijvoorbeeld kleine zelfstandigen, weduwen en gescheiden vrouwen met een inkomen beneden de fl. 40 250,- voor 1980).

De ziekenfondsen geven hun circa 10 miljoen leden verstrekkingen in natura; het verstrekkingen-pakket is wettelijk gegarandeerd. De verstrekkers zijn vrij gevestigde beoefenaars van medische en paramedische beroepen, ziekenhuizen en andere inrichtingen voor gezondheidszorg. Deze verstrekkers hebben hun medewerking contractueel met de ziekenfondsen geregeld.

Bij de particuliere ziekenkostenverzekeraars is dit anders: talloze varianten komen voor. Zo is het mogelijk de kosten van huisartsen en apotheker zelf te dragen, tandartsenhulp al of niet te verzekeren of een eigen risico in te bouwen voor bepaalde voorzieningen (bijvoorbeeld specialistenhulp) dan wel voor alle kosten. De te betalen premies lopen — afhankelijk van het verstrekkingen-pakket, de aard en de omvang van het eigen risico, de leeftijd bij toetreding en de gezinssamenstelling — nogal uiteen. Het bovenstaande heeft echter geen betrekking op de dekking van de kosten van zware geneeskundige risico's, zoals bijvoorbeeld een ziekenhuisopname die langer dan 365 dagen duurt of opname in een verpleeginrichting. Deze komen ten laste van een algemene volksverzekering waarop, zoals deze aanduiding al suggereert, iedereen in Nederland aanspraak kan maken. Deze Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, kortheidshalve AWBZ genoemd, vormt de basis voor een AWBZ-fonds. Dit fonds wordt gevuld door premies over elk arbeidsinkomen te heffen. Deze premie (iets meer dan 3 procent over een maximum van fl. 40 000,- voor 1980) wordt betaald door de werkgevers. Het beheer van de AWBZ-fonds is opgedragen aan de ziekenfondsen; uitvoeringsorganen zijn niet alleen ziekenfondsen maar ook andere ziektekostenverzekeraars.

In totaal kwam in 1978 aan ziekenfondspremies voor bijna 10 000 000 verzekerden (inclusief gezinsleden) en aan AWBZ-premies fl. 14 480 000 000,- binnen bij de ziekenfondsen (14). In principe zou dit bedrag kostendekkend moeten zijn.

Voor 1980 is echter een rijksbijdrage van 500 miljoen gulden in het fonds voorzien om de premiedruk niet te laten stijgen. Naast deze rijksbijdrage ter beperking van de algemene premiestijging worden ook nog op andere gronden rijksbijdragen aan het

fonds verstrekt onder andere om voor bepaalde categorieën bejaarden een premiedruk mogelijk te maken vanwege hun geringe draagkracht.

Schematisch kan de inbreng van de diverse partijen procentueel als volgt worden weergegeven voor de jaren 1973 en 1978 (feitelijk) en 1983 (volgens raming):

Tabel 2
Kostenverdeling van de Nederlandse gezondheidszorg (1973-1983)

	1973	1978	1983
ziekenfondsverzekeringen	42	42	42
AWBZ	23	25	27
particuliere bijdragen/betalingen	26	25	24
overheids subsidies	7	6	5
overige	2	2	2
Totaal procentueel	100	100	100

In de tijd gezien lopen de relatieve bijdragen van de overheid en particulieren terug, terwijl de AWBZ een groeiend aandeel van de kosten voor zijn rekening neemt. Illustratief voor een dergelijke verschuiving is de financiering van het kruiswerk vòòr 1979 en vanaf 1980. Sinds 1 januari 1980 wordt het kruiswerk grotendeels uit de AWBZ gefinancierd.

Bovenstaand kostenoverzicht is overigens nog niet compleet. Er zijn nog kosten gemoeid met de keuring van vlees, voedsel en water, de bestrijding van besmettelijke ziekten, bedrijfsgeneeskundige en schoolartsendiensten en de gemeentelijke geneeskundige en gezondheidsdiensten tot een bedrag van 778 miljoen in 1973 en 2.255 miljoen in 1983.

III. Overheid en gezondheidszorg

De overheid heeft op het terrein van de gezondheidszorg lange tijd een secundaire rol gespeeld in Nederland. Voorzover ze zich daar actief mee bemoeide, speelde zich dat vooral op het niveau van de gemeente af. Dit betrof dan de bestrijding van epidemieën en dergelijke. Maar ook de activiteiten in dat kader werden vaak nog aan het particulier initiatief (de kerken en hun charitatieve organisaties) overgelaten. Pas na de tweede wereldoorlog is die bemoeienis toegenomen. Een belangrijk object van dat overheidsbeleid werd gevormd door de ziekenhuisvoorzieningen, de bouw en de tarieven daarvan, naast uiteraard ook de opleiding van artsen en dergelijke.

Eerst in 1965 en 1971 kwamen wetten tot stand die specifiek op de tarieven, respectievelijk op de bouw van ziekenhuisvoorzieningen betrekking hadden: de wet Ziekenhuistarieven en de wet Ziekenhuisvoorzieningen. Deze laatste Wet kent een ruimer toepassingsgebied dan alleen de bouw van ziekenhuisvoorzieningen, ook de aanschaf van zeer gespecialiseerde medische apparatuur (nierdialyse...) kwam onder controle van de overheid.

Intmiddels zijn deze Wetten al opgevolgd door de wet Tarieven Gezondheidszorg, die betrekking heeft op alle prijzen die voor verleende diensten in de gezondheidszorg in rekening worden gebracht in het kader van de Ziekenfondswet en de AWBZ of van de particuliere ziektekostenverzekering en de zogenaamde gewijzigde Wet Ziekenhuisvoorzieningen. Deze wet bevat een nieuw planningsstelsel, daar de oorspronkelijke

Wet in dat opzicht niet voldeed.

Deze wetten met betrekking tot de bouw en de tarieven van ziekenhuizen zijn voor de overheid beheersinstrumenten en voor de ziekenhuizen feiten, die zij bij hun beleidsbepalingen en beleidsvoering in acht moeten nemen. Deze instrumenten van de overheid dienen bepaalde doeleinden. Wat de overheid bereiken wil staat het meest omvattend beschreven in een tweetal nota's: de 'Structuurnota gezondheidszorg' van de voormalige Staatssecretaris Hendriks uit 1974 en de 'Nota betreffende het beleid terzake van de gezondheidszorg met het oog op de kostenontwikkeling' van de Staatssecretaris Veder-Smit uit 1979.

Hendriks introduceerde zijn nota als volgt: "In de voorliggende structuurnota worden de hervormingen aangegeven die noodzakelijk moeten worden geacht. In de nota worden uitgangspunten voor deze hervormingen geformuleerd met name wat betreft de organisatie, het functioneren en de financiering van de gezondheidszorg, alsmede de vormgeving daarvan in de wetgeving". De beleidsdoelstellingen die ten grondslag liggen aan de Structuurnota worden vervolgens als volgt omschreven: "Teneinde de doelmatigheid te bevorderen, ontstane wildgroei te corrigeren, bestaande lacunes aan zorg op te heffen en de verdere ontwikkeling van de voorzieningen, ook voor wat de kosten daarvan betreft, naar bewust gestelde doelen te kunnen leiden, is een planmatige structurering van de gezondheidszorg geboden. Voorts zal de extramurale gezondheidszorg moeten worden versterkt, mede met het oog op de ontlasting van de zorgverlening in de intramurale sector. Overigens zal voor alles duidelijk vorm gegeven moeten worden aan de preventieve zorg" (15). Van centraal belang op langere termijn zijn de ordeningsprincipes en de bestuurlijke organisatie van de gezondheidszorg zoals deze in de nota beschreven zijn. Als ordeningsprincipes gelden de regionalisatie en de echelonnering.

Onder echelonnering wordt verstaan de integratie in gemeenschappelijke organisatorische kaders van die voorzieningen, die globaal gesproken dezelfde functionele gerichtheid vertonen. In de nota werden twee echelons onderscheiden. Het eerste echelon omvat alle niet gespecialiseerde voorzieningen die primair gericht zijn op het individu met als centrale (doorverwijzende) figuur de huisarts. Alle voorzieningen die hier niet onder vallen moeten tot het tweede echelon gerekend worden, uitgezonderd de openbare gezondheidszorg (16). Onder regionalisatie wordt verstaan het op elkaar afstemmen van de voorzieningen in een onderling structureel en functioneel verband en de besturing en beheersing daarvan binnen een beperkt geografisch kader (regio). Wel zal de centrale overheid algemene normen opstellen voor planning en functionering en op de toepassing daarvan toezicht uitoefenen. In het algemeen wordt in de nota gesteld dat de centrale overheid de algemene verantwoordelijkheid heeft voor een goed gestructureerd, democratisch en efficiënt stelsel van gezondheidsvoorzieningen. De tweede nota, over gezondheidszorgbeleid met het oog op de kostenontwikkeling, is een veel omvattend beleidsstuk dat inhoudelijk aansluit bij de Structuurnota Gezondheidszorg. De echelonnering wordt uitgebreid (preventie, versterking van eerste lijn), de regionalisatie minder: er wordt slechts verwezen naar de mogelijkheid van regionale budgettering.

Gesteld kan worden dat de centrale overheid in eerste instantie alleen bouw en tarieven van intramurale gezondheidsvoorzieningen probeerde te beheersen. Vervolgens kwam ook de aanschaf/het gebruik van medische apparatuur en dergelijke onder haar invloedssfeer, maar ook op de extramurale zorg wordt thans de greep van de overheid versterkt. Als beleidsvoornemen geldt de versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg. Herziening van de honoreringsgrondslag en verkleining van de normatieve praktijkomvang van huisartsen worden overwogen. Specifieke regelingen voor het vergoeden van samenwerkingsverbanden van huisartsen, wijkverpleegkundigen en

maatschappelijk werkenden zijn getroffen. Gelijkijdig met deze uitbreiding van de potentiële reikwijdte van het overheidsingrijpen, krijgt de lagere overheid (op provinciaal en gemeentelijk niveau) meer macht toebedeeld. Ook de bevolking krijgt een stem in het kapittel. Uiteraard gaat deze ontwikkeling ten koste van de invloed van professionals en instituties op het terrein van de gezondheidszorg. Belangrijke instrumenten hiertoe zijn de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg en de reeds genoemde Wet Tarieven Gezondheidszorg.

De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg onderscheidt zich van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen — zoals het verschil in benaming al aangeeft — in die zin dat zij van toepassing is op het totaal van de gezondheidszorg. Zij geldt dan bijvoorbeeld ook voor huisartsen, kruisorganisaties en dergelijke. Ter bevordering van de doelmatigheid voorziet deze wet in de vaststelling van landelijke richtlijnen en normen ten aanzien van niet alleen planning, maar ook kwaliteit zowel wat betreft inrichtingen van gezondheidszorg als met betrekking tot zelfstandige beroepsbeoefenaars. Een systeem van vergunningen en erkenningen is in dat kader ontwikkeld. Andere onderwerpen die in dit ontwerp van wet geregeld worden zijn de samenhang in functioneren van voorzieningen, sluiting of inperking van voorzieningen, de informatica ten behoeve van de planning en de opbouw van een sluitend netwerk van openbare gezondheidsdiensten.

Ten opzichte van de gewijzigde Wet Ziekenhuisvoorzieningen geeft deze wet een ander planningssysteem. Niet de minister, maar de provincie en de gemeente stellen de plannen, uitgezonderd voor bijzondere voorzieningen, vast voor respectievelijk het regionale en (inter)gemeentelijk niveau. Goedkeuring geschiedt door de Kroon na advisering door een bij deze wet in te stellen Nationale Raad voor de Volksgezondheid, een samenvoeging van de Centrale Raad voor Volksgezondheid en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen. (De Centrale Raad voor Volksgezondheid is een geïnstitutionaliseerd overleg tussen overheid en allen die op het terrein van de gezondheidszorg werkzaam zijn. Hij adviseert de minister omtrent onderwerpen, die van belang zijn voor de volksgezondheid; het College functioneert in het kader van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen. Het is de taak van het College de minister van advies te dienen met betrekking tot de uitvoering van de Wet en met betrekking tot andere zaken, die de doelmatigheid van de ziekenhuisvoorzieningen betreffen.)

De richtlijnen van de minister voor de planning moeten o.a. zorg dragen voor de nodige coördinatie tussen de plannen. De plannen moeten worden voorbereid door een commissie, aangewezen door de provincie of de gemeente, bestaande uit personen uit de kringen van Provinciale Staten of gemeenteraden, instellingen voor gezondheidszorg, personen werkzaam op het terrein van de gezondheidszorg, verzekeringsinstellingen en personen of organisaties die in het bijzonder de belangen van de gebruikers van voorzieningen van de gezondheidszorg behartigen. Ook kunnen personen uit sectoren worden benoemd, die raakvlakken hebben met de gezondheidszorg, zoals de maatschappelijke dienstverlening. In de voorbereidingsprocedure is opgenomen dat belanghebbenden bezwaren kunnen indienen bij de Provinciale Staten.

IV. Veranderende machtsverhoudingen in de Nederlandse gezondheidszorg

Financiers en leveranciers van gezondheidszorg worden, zoals gebleken mag zijn, geconfronteerd met een overheid die geleidelijk meer instrumenten en concepten ontwerpt om ordenend en regulerend op te treden. De kostenstijging is voor deze ontwikkeling een drijvende kracht. Het kostenperspectief overheerst in de beleidsontwikkeling van de overheid.

De posities van de financiers en leveranciers van gezondheidszorg zijn hierbij in het geding. De belangrijkste organisaties zijn in dit verband de Koninklijke Maatschappij ter Bevordering van de Geneeskunst (KNMG) en haar maatschappelijke organisaties de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) (17), de Nationale Ziekenhuisraad (NZR) en de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ). Zij kennen nauwelijks of geen concurrerende organisaties. Als de zetels in de externe adviesorganen van de overheid bij elkaar worden geteld en verdeeld naar de vertegenwoordigende organisaties dan blijkt het volgende:

- de Nationale Ziekenhuisraad bezet een vijfde van alle beschikbare zetels,
- de ziekenfondsen circa een zesde,
- de Koninklijke Nederlandse Maatschappijen ter Bevordering van de Geneeskunst, Pharmacie en Tandheelkunde tezamen ongeveer een negende,
- de particuliere ziektekostenverzekeraars ongeveer een dertiende deel,
- de kruisorganisaties ongeveer 5 procent evenals de vakbonden en de ondernemers/werkgevers en zelfstandigen tezamen.

Anders gesteld: het grootste 'machtsblok' wordt in principe gevormd door de ziekenhuizen, gevolgd door de ziekenfondsen en artsenorganisaties.

Een andere indeling levert het volgende beeld op:

- | | |
|--|-----|
| - instellingen of werkers op het terrein van de gezondheidszorg (18) | 40% |
| - ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars | 24% |
| - de centrale overheid | 20% |
| - vak- en standorganisaties (exclusief artsen/verpleegkundigen e.d.) | 11% |
| - overige | 5% |

Voeg hier nog aan toe, dat vertegenwoordigers van bijvoorbeeld ziekenfondsen en centrale overheid vaak ook tot de artsenstand behoren en het beeld spreekt voor zich. Met betrekking tot de onderlinge machtsposities van deze organisaties en de overheid mogen de volgende significante feiten uit het nabije verleden gelden:

- Het bruto inkomen van de Nederlandse huisarts steeg in de periode 1965 tot en met 1970 reëel met 100 procent. De LVH voerde hiervoor een scherpe actie die tot succes leidde vanwege de machteloosheid van de ziekenfondsen (19), de latente steun van de overheid en de sympathie van de bevolking.
- De LSV heeft effectief de overheidsparticipatie met betrekking tot de specialistenopleiding en erkenning van specialismen weerstaan (eind vijftiger jaren). Een recent voorstel met betrekking tot deze materie tast de opleiding als voorrecht van de professie niet aan.
- De LSV lukte het in 1976 een financieel zeer voordelige herstructurering voor het poliklinische betalingstarief uit de onderhandelingen met de ziekenfondsen te halen. Zoals de procedure dan is, moet dit resultaat vervolgens goedgekeurd worden door de Ziekenfondsenraad, waarna de minister dit besluit alleen nog kan schorsen of vernietigen.
- Vanuit de KNMG (en LVH en LSV), VNZ en NZR is de afgelopen jaren scherp

verzet aangetekend tegen de ontwerpen van de wetten Tarieven Gezondheidszorg en Voorzieningen Gezondheidszorg. Te veel macht wordt volgens hen door de overheid aan zich getrokken, te weinig verantwoordelijkheid wordt toegekend aan de maatschappelijke organisaties. Vooral de Wet Tarieven Gezondheidszorg moest het ontgelden. De KNMG was ook zeer sterk gekant tegen de Voorzieningenwet. De VNZ had zich hiermee wel verbonden, daar beheersing van de volumina in de gezondheidszorg haar gemeenschappelijk belang is met de overheid. Sinds de zestiger jaren reeds pleiten de ziekenfondsen voor overheidsingrijpen in de gezondheidszorg omwille van de kostenbeheersing en de bestrijding van (regionale) onevenwichtigheden in het aanbod. De NZR neemt een tussenpositie in.

Het voorafgaande mag de volgende vaststelling ondersteunen :

1. De overheid trekt langzaam maar zeker en onverbiddeijk invloed met betrekking tot de ontwikkeling van de gezondheidszorg aan zich. Beheersing van de gezondheidszorg is een streven waar daadwerkelijk inhoud aan gegeven wordt. De relaties met de maatschappelijke organisaties en de adviesstructuur van de overheid wijzigen zich. Ook de relaties tussen de maatschappelijke organisaties wijzigen zich.
2. De positie van de VNZ is versterkt. Ziekenhuizen en artsorganisaties zijn de vragende partijen voor wat betreft de financiering van hun niet geringe wensen. Thans kunnen de fondsen rekenen op de steun van de overheid. Nu claimen zij invloed op het beleid van individuele ziekenhuizen in de onderhandelingen over personeelsuitbreiding. En zij hebben voor de onderhandelingen met de LVH, naar aanleiding van het te voeren beleid met betrekking tot de grote artsenaanwas, eisen in petto in de sfeer van het verantwoording afleggen van artsen ten aanzien van hun medisch handelen.

De positie van de ziekenfondsen wordt wèl bedreigd door de overheid. De dreiging om tot uitvoeringsorgaan gereduceerd te worden is met het wegvallen van de plannen voor een Volksverzekering wel afgenomen, maar ook in de huidige wettelijke maatregelen ligt een reductie van hun invloed besloten. Zij hebben echter een zeker cynisch vertrouwen in de toekomst vanwege hun stellige overtuiging dat de gezondheidszorg niet door de overheid centraal is te regelen vanwege gebrek aan deskundigheid en frontvorming van het veld, dat in dat geval geen gezonde zelfbeheersing zal opbrengen.

Een zekere weerstand kan onderkend worden bij een aantal individuele ledenziekenfondsen, die de VNZ te veel in de kostenbeheersingspas van de overheid zien lopen. Zij menen een sterkere consumentenbenadering te moeten volgen. Loondienst van medewerkers (artsen, enz.) en eigen distributie van medicijnen zijn wegen waarlangs zij willen bezuinigen.

3. De NZR is intern geëvolueerd, mede onder druk van eigen leden die een sterkere belangenbehartiging voorstonden dan voorheen, naar een krachtiger en meer geprofileerde opstelling. In de organen krachtens de wetten Ziekenhuistarieven en Ziekenhuisvoorzieningen (Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven, thans Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg en College voor Ziekenhuisvoorzieningen) komt dit goed tot uitdrukking. Zij verdedigt vurig de autonomie van de intramurale instellingen tegenover de VNZ en tegenover de overheid. Deze laatste kan krachtens de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg aan erkenning van instellingen voorwaarden verbinden in de sfeer van b. v. de bestuursamenstelling en samenwerking met andere instellingen. Vooral het eerste punt is voor de NZR onverteerbaar. Zij claimt kostenbewust optreden en zelfregulering van de ziekenhuissector. Zij stimuleert haar leden daarin. Zij initieert en begeleidt projecten van interne budgettering en samenwerking. Haar probleem is de medewerking van de leden-instellingen. Wanneer deze geen resultaten boeken, krijgt de overheid een argument tot ingrijpen.

Met de LSV bestaat een natuurlijke spanningsverhouding waar het zaken betreft van instellingsbeleid. De incorporatie van de medische specialist in het ziekenhuis als organisatie neemt toe. Toch blijft de positie van de medisch specialist in het individuele ziekenhuis sterk en dit speelt door op het landelijk niveau waar NZR en LSV elkaar treffen. Voorzover ziekenhuizen ontwikkelingen in gang willen stellen van dag-behandeling, diagnostische centra, verschuivingen van klinisch naar poliklinisch handelen, beperking van functie-onderzoeken zijn dit immers zaken tussen management (bestuur) en medische staf, respectievelijk NZR — LSV, en de laatsten zullen het feitelijk moeten realiseren, wat voldoende zegt over hun machtspositie. Wel kan de dreiging van overheids- en ziekenfondsinmenging nopen tot een gemeenschappelijk optreden, ofwel de positie van de NZR en de ziekenhuizen versterken.

4. De KNMG (LSV-LHV) is de partij die het meest onder druk staat. Haar positie was ook verreweg het sterkst en zij heeft met meest te verliezen. Zij organiseert bijna alle artsen, maar de organisatiegraad neemt wel af. De grote toevloed van jonge huisartsen en specialisten vormt een probleem. Niet alleen dwingen zij hun organisatie een oplossing te vinden voor de werkgelegenheid, maar ook staan zij kritisch ten opzichte van traditionele opvattingen over geneeskunde en professie. Gelijk de NZR claimt zij zelfregulering en speelt zij in op zaken die voor de overheid en ziekenfondsen van belang zijn zoals een vestigingsbeleid voor huisartsen en een medical audit voor medische specialisten.

De huisartsen worden reeds geconfronteerd met vestigingsordeningen van gemeenten, een toenemend aantal 'wilde' vrije vestigingen, activiteiten van een stichting uit de kring van kritische ziekenfondsen, vakbonden en progressieve partijen die gezondheidscentra met medewerkers in loondienst oprichten en een nota vestigingsbeleid. Dit brengt ons op de macht van de (potentiële) patiënt in relatie tot de beleids- en besluitvormingsstructuur in de Nederlandse gezondheidszorg (20). De patiënt-consumente is middels vereniging of actiegroep een opkomende groepering in de institutionele arena van de gezondheidszorg.

5. De (potentiële) patiënt wordt expliciet door de overheid erkend: hij heeft een eigen perspectief op de ontwikkeling van de gezondheidszorg en moet daarom ook een plaats krijgen in de organen die meewerken aan de beleidsvoorziening. Zowel in de Nationale Raad voor de Volksgezondheid als in de organen, die op provinciaal niveau krachtens de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg ingeschakeld worden voor de planning, krijgt de consument van gezondheidszorg een plaats. Uiteraard hebben verschillende organisaties de afgelopen jaren geclaimd (mede) het consumentenbelang te vertegenwoordigen: de ziekenfondsen, de kruisverenigingen, de vakbonden en de consumentenbond; nieuw zijn de opties van algemene patiëntenverenigingen (21). Normen voor erkenning als consumentengroepering bestaan er (nog) niet zodat vooralsnog de strijd niet gestreden is. Ook op instellingsniveau is de bestuurlijke inbreng van de bevolking onder de aandacht van de overheid. Ingesteld werd een commissie ter advisering over het democratisch en doelmatig functioneren van gesubsidieerde instellingen. Het rapport dat deze commissie in 1978 uitbracht wordt in grote lijnen door de overheid onderschreven (22). Zoals reeds werd vermeld kan de overheid via de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg dwingend eisen stellen met betrekking tot de samenstelling van besturen en instellingen. De commissie suggereert onder meer dat de overheid bestuursleden voordraagt met het oog op de cliëntenbelangen, maar geeft er de voorkeur aan, dat personen worden voorgedragen, die het vertrouwen genieten van patiënten en patiëntenverenigingen.

Deze ontwikkeling is zeker verweven met de democratiseringsgolf van het eind van de zestiger jaren, maar voor de overheid ook een poging tot gedeeltelijke kanalisering van de actiegroepen, die nu claimen voor de bevolking op te komen.

6. Deze nog niet uitgekristalliseerde positie van de patiënt-consument in de institutionele arena van de gezondheidszorg wijst er nog eens op dat deze in beweging is. De ontwikkeling van een nieuwe besluit- en besluitvormingsstructuur t.b.v. de beleersing van de gezondheidszorg tekent zich wel af, maar zit nog in de fase van definitieve positie-afbakening tussen overheid-instellingen-beroepsbeoefenaars-financiers en consumenten. Invoering van de wetten Voorzieningen Gezondheidszorg en Tariieven Gezondheidszorg kan beschouwd worden als een eerste stabilisatiehalte, zij het dat de gewijzigde Wet Ziekenhuisvoorzieningen een belangrijk tussenstation is (zie par. III). Duidelijk mag geworden zijn dat alle partijen reeds de mouwen hebben opgestroopt... Harmonie en overlegmodellen gaan het afleggen ten gunste van conflict- en onderhandelingsmodellen. De overheid heeft zeker aan macht gewonnen, en dit zet zich in deze wetten voort, maar het is de vraag of haar voornemens, die in deze beschrijving van de Nederlandse gezondheidszorgorganisatie vermeld staan, niet te pretentius zijn. Enerzijds zijn geleidelijkheid en overleg hecht verankerde kenmerken van het Nederlandse overheidsbeleid en dus ook van de Nederlandse gezondheidszorg, wat conflict- en onderhandelingsmodellen versus harmonie- en overlegmodellen in een perspectief van gradaties plaatst. Anderzijds zijn de maatschappelijke organisaties middels hun hechte bundeling en deskundigheid niet eenvoudig als 'volgers' van het overheidsbeleid te beschouwen; zo nodig worden zij daar door hun leden wel aan herinnerd.

Er tekent zich een beeld af van een meer openbare, meer gepolitiseerde besluitvorming op basis van wisselende coalities tussen de partijen overheid-instellingen-beroepsbeoefenaars-financiers en consumenten. En het zal van de kostenontwikkeling afhangen hoe sterk de overheid zich zal (moeten) doen gelden.

Noten

- (1) Het aantal specialisten was toen veel lager dan het aantal huisartsen (namelijk ongeveer 4000).
- (2) Deze dichtheid lag rond 1960 hoger (38).
- (3) Zie: J.J. CARPAY en R.M. LAPRÉ, 'Schets van de tandheelkundige zorg in Nederland', in *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 52, 1974, 280-288.
- (4) Het gaat hier vooral om personeelsleden op lokaal niveau. Bij provinciale verenigingen treft men ook districtsverpleegkundigen, verpleegkundigen in algemene dienst, diëtisten en dergelijke aan.
- (5) J. BELJON en K. GEELLEN, *Maatschappelijk werk in de eerste lijn*, samenvatting van een trend-rapport, PCMD/IVA-rapport, 's Gravenhage, 1980.
- (6) *Statistisch Bulletin*, 35 (17), 27 februari 1979.
- (7) *Het huidige aanbod van uitvoerende welzijnsorganisaties*, ITS-rapport, Nijmegen, september 1979.
- (8) Deze en volgende gegevens zijn ontleend aan R. GOEWIE, R. S'JACOB en R. VAN OVERBEEK, *Huishouden in Holland*, NIMAWO-rapport, 's-Gravenhage, 1980.
- (9) De Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid maakt een onderscheid tussen algemene psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische universiteitsklinieken, kinder- en jeugdpsychiatrische voorzieningen, klinieken voor verslavingszieken, inrichtingen voor psychisch gestoorde delinquenten en overige intramurale voorzieningen. Het aantal algemene psychiatrische ziekenhuizen bedroeg in 1976 41.
- (10) Zie *Structuurnota gezondheidszorg*, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage.
- (11) Ontleend aan *Financieel overzicht van de gezondheidszorg*, nummer 3, Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, oktober, 1979.
- (12) Inclusief de polikliniekkosten.

(13) Het betreft hier alleen de bruto-honoraria van vrij-gevestigde specialisten: de kosten van specialisten in loondienst of op contractbasis zijn begrepen in de kosten van intramurale voorzieningen, waarvoor zij diensten leveren (met name bij academische en psychiatrische Ziekenhuizen).

(14) Zie: *Jaarverslag 1978 van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen*, 27.

(15) *Structuurnota Gezondheidszorg*, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1974, 8.

(16) Er zij hier op een drietal zaken gewezen:

- echelonnering duidt op een trapsgewijs opgebouwde organisatie, zoals reeds lang geldt voor de Nederlandse gezondheidszorg; thans gaat het om de bevordering en de versterking van dit principe;

- echelonnering is niet alleen een organisatorisch vraagstuk, maar ook een kwalitatief en inhoudelijk vraagstuk (zie: M. VAN BEUGEN (red.), *Hulpverleners in de eerste lijn*, Assen, 1979).

- echelonnering in bovengenoemde zin heeft kritiek uitgelokt, die de staatssecretaris deed meedelen dat deze indeling niet te star moest worden opgevat.

(17) Vraagstukken met betrekking tot honoraria en het werkgebied zijn aan deze maatschappelijke organisaties voorbehouden. Intern kunnen beide verenigingen conflicteren, naar buiten vormen zij een front. De Maatschappij beperkt zich tot algemene vraagstukken als gedragsregels en ethiek.

(18) Voor 39 van de 48 organisaties, waar het hier om gaat, betreft het ziekenhuis- en artsenorganisaties.

(19) De ziekenfondsen verzekeren tegen de kosten van het ziekterisico, wat het ook kost (polis zonder limiet). Zij onderhandelen wel over het tarief met de huisartsen, maar leidt dit niet tot overeenstemming dan moeten zij krachtens de Ziekenfondswet toch betalen, wat de artsen ook in rekening brengen. Dit impliceert geen sterke onderhandelingspositie. Overigens heeft de KNMG zich in de opbouw van het ziekenfondswezen niet onbetuigd gelaten.

(20) Hoewel buiten dit bestek van formele organisatie en verhoudingen van de Nederlandse gezondheidszorg op macro-niveau, is het goed hier te onderkennen dat de artsenstand niet alleen op dat niveau onder druk staat: patiëntenrecht, patiëntenverenigingen en zelfhulpgroepen, mondiger patiënten impliceren wijzigingen op het niveau van de arts-patiëntrelatie.

(21) Deze organiseren hun leden op basis van het potentieel patiënt-zijn (elke burger); te onderscheiden van categorale patiëntenverenigingen (t.b.v. bepaalde categorieën patiënten) en verenigingen die bepaalde geneeswijzen voorstaan.

(22) Rapport van de commissie van advies inzake het democratisch en doelmatig functioneren van gesubsidieerde instellingen (Rapport van der Burg), Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1977.

Herwerkte versie van een bij het Instituut voor Toegepaste Sociologie (Nijmegen) verschenen publikatie. De auteurs zijn prof. H. Philipsen dank verschuldigd voor zijn bijdrage bij de herwerking van de oorspronkelijke versie.