

zorgvernieuwing door structuurverandering

DOCUMENTATIECENTRUM
NEDERLANDSE POLITIEKE
PARTIJEN



Volksgezondheid en
maatschappelijke dienstverlening

Wetenschappelijk Instituut voor het CDA

Van Loghum Slaterus

BIBLIOTHEEK RU GRONINGEN



2103 7458

Zorgvernieuwing door structuurverandering

...
...
...
...
...



Publikatie van het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA.

Het Instituut heeft ten doel het (doen) verrichten van wetenschappelijke arbeid ten behoeve van het CDA op basis van de grondslag van het CDA en in aansluiting op het Program van Uitgangspunten. Het Instituut geeft gedocumenteerde adviezen over de hoofdlijnen van het beleid, hetzij op eigen initiatief, hetzij op verzoek vanuit het CDA en/of van de leden van het CDA in vertegenwoordigende lichamen.

Wetenschappelijk Instituut voor het CDA
Dr. Kuiperstraat 5, 2514 BA Den Haag
Tel. 070-924021

ZORGVERNIEUWING DOOR STRUCTUURVERANDERING

VOLKSGEZONDHEID EN MAATSCHAPPELIJKE DIENSTVERLENING

Rapport van een commissie van het
Wetenschappelijk Instituut voor het CDA

drs. F.J.M. Werner (voorzitter)
drs. Th. van Gennip-Horsten
prof.dr. J.C.M. Hattinga Verschure
drs. L.P. Heukels
drs. M. Kastelein
dr. A.G.W.J. Lansink (adviserend lid)
prof.dr. J.J.M. Michels
M.L. Overmars - Spelbrink
dr. D. Post
R. Stroes
K. Tuinstra (adviserend lid)
drs. J.H.J. Verburg
drs. C.J. Klop (secretaris/rapporteur)
P.N. van Wageningen (co-rapporteur)

Van Loghum Slaterus
januari 1987

CIP-gegevens Koninklijke Bibliotheek, Den Haag

Zorgvernieuwing

Zorgvernieuwing door structuurverandering: volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening: rapport van een commissie van het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA: F.J.M. Werner (voorz.) ...

[et al.]. – Deventer: Van Loghum Slaterus

ISBN 90-368-0029-3

SISO 601.51 UDC 351.77+[351:364]

Trefw.: gezondheidszorg; Nederland; overheidsbeleid / sociale dienstverlening; Nederland; overheidsbeleid.

© 1987 Van Loghum Slaterus bv

Behoudens uitzondering door de Wet gesteld, mag zonder schriftelijke toestemming van de rechthebbende(n) op het auteursrecht c.q. de uitgever van deze uitgave, door de rechthebbende(n) gemachtigd namens hem (hen) op te treden, niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotocopie, microfilm of anderszins, hetgeen ook van toepassing is op de gehele of gedeeltelijke bewerking.

De uitgever is met uitsluiting van ieder ander onherroepelijk door de auteurs gemachtigd de door derden verschuldigde vergoedingen voor kopiëren, als bedoeld in artikel 17 lid 2 der Auteurswet 1912 en in het K.B. van 20-7-'74 (Stb. 351) ex artikel 16b der Auteurswet 1912, te doen innen door en overeenkomstig de reglementen van de Stichting Reprorecht te Amsterdam.

Inhoudsopgave

	VOORWOORD	9
HOOFDSTUK I.	PROBLEEMSTELLING	11
	1. Van verzorgingsstaat naar verzorgingsmaatschappij	11
	2. De demografische uitdaging	12
	3. De structuurdiscussie	14
	4. Hoofdlijnen van christen-democratisch denken over volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening	15
	5. Kabinetsbeleid	17
	6. Probleemstelling	19
HOOFDSTUK II.	NAAR EEN ZORGZAME SAMENLEVING	21
	1. Gezondheid, mensbeeld en zorg	21
	2. Het verschijnsel zorg	24
	3. Zelfzorg	26
	4. Omgevingshulp/mantelzorg	30
	4.1. Ontwikkelingen op het gebied van de huishoudens	30
	4.2. Zorgnetwerken (familie)	32
	4.3. Zorgnetwerken (vrienden)	33
	4.4. De buurt als zorgverlener	36
	4.5. Samenvatting	37
	5. Vrijwilligerswerk	38
	6. Nieuwe vormen van zorg in professionele instellingen	40
	7. Samenhang binnen het zorgaanbod	43
	8. Wegen naar een zorgzame samenleving	45
	9. Conclusie en aanbevelingen	47
HOOFDSTUK III.	DE STRUCTUUR VAN HET BELEIDSTERREIN VOLKSGEZONDHEID EN MAATSCHAPPELIJKE DIENSTVERLENING	50
	1. Inleiding	50
	1.1. De discussie over de structuur van de ge-	

	zondheidszorg in ons land	52
2.	Verantwoordelijkheidsbeleving in de zorgorde	53
2.1.	Niveaus	53
	a. Micro-niveau	55
	b. Meso-niveau	56
	c. Macro-niveau	56
	d. Internationaal niveau	56
2.2.	Typen van besluitvorming	57
	a. Centrale leiding	57
	b. Concurrentie	58
	c. Overleg	60
2.3.	Besluitnemers	60
	a. Individuele beslissers en hun organisaties	60
	b. De overheden en de particuliere koepelorganisaties	62
3.	Conclusies	63
HOOFDSTUK IV.	ZIEKTEKOSTENVERZEKERINGEN	65
1.	Inleiding	65
2.	Voorwaarden voor een verzekeringsstructuur	65
2.1.	Rentmeesterschap	66
2.2.	Solidariteit	66
2.3.	Gerechtigheid	67
2.4.	Gespreide verantwoordelijkheid	68
3.	Knelpunten in de huidige verzekeringsstructuur	68
3.1.	Rentmeesterschap	68
3.2.	Verantwoordelijkheid voor anderen	71
3.3.	Recht op gezondheidszorg	72
3.4.	Spreiding van verantwoordelijkheden	72
4.	Een aangepaste verzekeringsstructuur	73
4.1.	De AWBZ	74
4.2.	Standaardverzekering	75
4.3.	Subsidiegefinancierde voorzieningen	77
4.4.	Samenvoeging AWBZ en Standaardverzekering tot één basispakket?	78
4.5.	Aanvullende verzekeringen, eigen risico's en gezondheidsstijlen	78
4.6.	Kapitaaldekking	79
4.7.	Samenvatting	79
5.	Convergentie van verzekeraars en ziekenfondsen	81
5.1.	Aanpassingen bij de ziekenfondsen	81
5.2.	Aanpassingen bij de particuliere verzekeraars	85
5.3.	Aanpassingen bij de publiekrechtelijke verzekeraars	86
5.4.	Gezondheidsverzekeringsraad	87

5.5. Gefaseerde overgang naar een nieuw stelsel	87
6. Elitaire gezondheidszorg?	89
7. De verre toekomst: een Algemene Wet Ziektekostenverzekering?	91
8. Conclusies	92
HOOFDSTUK V. DE TAKEN VAN DE OVERHEDEN	95
1. Het grondrecht inzake de volksgezondheid	95
2. Taken voor het Ministerie van WVC	98
2.1. Wetgeving inzake de verzekeringen en de tarieven	98
2.2. Budgettering	99
2.3. Overlegorgaan	101
a. Het meso-niveau	101
b. Het macro-niveau	102
2.4. Democratisering	103
a. Democratisering van instellingen	104
b. Democratisering van ziekenfondsen en verzekeraars	105
c. Externe democratisering	105
2.5. Inhoudelijke ontwikkeling van de volksgezondheid, de Nota 2000	106
2.6. Planning van grote infrastructurele voorzieningen en de rol van gemeenten en provincies	109
3. Andere overheidstaken die de volksgezondheid raken (facetbeleid)	110
3.1. Sociaal-economisch beleid	110
3.2. Opleidingen en wetenschappelijk onderzoek	111
3.3. Binnenlandse Zaken	111
3.4. Tarieven- en prijsbeheersing	112
3.5. Financiën en bouwplafonds	112
3.6. Volkshuisvesting	113
3.7. Justitie	114
4. Conclusies	115
HOOFDSTUK VI. FINANCIËLE KADERS GEZONDHEIDSZORG EN MAATSCHAPPELIJKE DIENSTVERLENING	117
1. Economische ontwikkelingen in de gezondheidszorg	117
2. De oorzaken voor kostenstijging in de gezondheidszorg	118
2.1. Absolute groei	118
2.2. Ontbreken centraal kader	120
2.3. Optimale omvang	120

2.4.	Vraag en aanbod van zorg	121
2.5.	Collectieve financiering en afwenteling	122
2.6.	Arbeidsproductiviteit	122
2.7.	Samenvatting: noodzaak tot beheersing	122
3.	Mogelijkheden tot kostenbeheersing	123
3.1.	Kostenbeheersing door het stellen van een centraal kader	124
	a. Collectieve versus niet-collectieve financiering	124
	b. De verstrekkingen in AWBZ in standaardverzekering	125
	c. Capaciteitsbeperking	126
	d. Bureaucratie, rijksbijdragen, oneigenlijk gebruik van volksgezondheidsmiddelen en prijsstelling	127
3.2.	Kostenbeheersing door de financiers	128
3.3.	Gecumuleerde effecten op de collectieve en de private sector	129
	a. De collectieve sector	129
	b. De private sector	129
4.	Aanwending van besparingen	130
5.	Conclusies	131
HOOFDSTUK VII.	SAMENVATTING	133
BIJLAGE.	LIJST VAN VEEL GEBRUIKTE AFKORTINGEN EN BEGRIPPEN	143

Voorwoord

Volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening liggen de christendemocratici na aan het hart. Zowel in de politiek als in de organisaties en instellingen op dit beleidsterrein treft men velen die, door het christelijk geloof geïnspireerd, in het uitvoerende en in het bestuurlijke vlak verantwoordelijkheid aanvaarden. De ontwikkelingen op dit beleidsterrein raken daarom het hart van het CDA.

Drie jaar geleden bracht het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA het rapport 'Werkloosheid en de crisis in de samenleving' uit, de partij zelf discussieerde in die tijd over het partijdocument 'Van verzorgingsstaat naar verzorgingsmaatschappij'. Deze discussie heeft een koerswending in het beleid bewerkstelligd, die thans om een nadere invulling vraagt.

In het voorliggende rapport heeft een studiegroep van het Instituut dit concept verder uitgewerkt op het terrein van de volksgezondheid en de maatschappelijke dienstverlening. De commissie komt daarbij tot de conclusie dat een appèl tot zorg voor zichzelf en de naaste gepaard moet gaan met een structuurverandering die de verantwoordelijkheid van het 'maatschappelijk middenveld' in de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening verruimt. Regelgeving en financiering dienen te worden afgestemd op het in gespreide verantwoordelijkheid beleven van rentmeesterschap en solidariteit, aldus het rapport.

De studiegroep heeft een richtinggevende benadering op hoofdlijnen geschetst. Voor die hoofdlijnen wordt de aandacht gevraagd. De nadere uitwerking in details kan later plaatsvinden.

Wie specifiek in bepaalde takken van zorg geïnteresseerd is zal daarom de behandeling van meer bijzondere vraagstukken missen.

De studiegroep bestond uit: drs. F.J.M. Werner (voorzitter), drs. Th. van Gennip-Horsten, prof.dr. J.C.M. Hattinga Verschure, drs. L.P. Heukels, drs. M. Kastelein, dr. A.G.W.J. Lansink (adv. lid), prof.dr. J.J.M. Michels, M.L. Overmars-Spelbrink, dr. D. Post, R. Stroes, K. Tuinstra (adv. lid), drs. J.H.J. Verburg, drs. C.J. Klop (secretaris/rapporteur), P.N. van Wageningen (co-rapporteur).

Helaas moest dr. A.G. van Omme in de zomer zijn lidmaatschap opgeven. Zijn overlijden in het najaar was een schok voor de commissie.

Het bestuur van het Wetenschappelijk Instituut meent dat de studiegroep voortreffelijk werk heeft verricht. Het rapport voldoet ruimschoots aan de gestelde criteria: worteling in het christen-democratisch gedachtengoed en wetenschappelijk niveau. Het Bestuur hoopt en verwacht dat het rapport in staat zal zijn de discussie over volksgezondheid en maatschappe-

lijke dienstverlening in de komende jaren van een richtinggevend kader te voorzien.

drs. H.H.F. Wijffels
voorzitter

drs. A.M. Oostlander
directeur

Hoofdstuk I. Probleemstelling

1. Van verzorgingsstaat naar verzorgingsmaatschappij

De partijpolitieke discussie over het rapport *Van verzorgingsstaat naar verzorgingsmaatschappij*, die in 1983 en 1984 binnen het CDA werd gehouden, had ook betrekking op de sector volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening. Het rapport stelde dat de professionalisering en de staatsbemoeienis te ver waren doorgeschoten, waardoor het zorgvermogen van de samenleving zelf was aangetast en er een spiraal in werking trad die alleen maar tot hogere collectieve lasten en verdere bureaucratisering zou leiden, alsmede tot afwenteling van verantwoordelijkheid op de politieke gemeenschap. Als oplossing werd gekozen voor:

- a. 'het scheppen van verplichtingen tot onderlinge zorg, een nieuw evenwicht tussen beroepsmatige en vrijwillige zorg,
- b. waarbij de overheid zich sterk zou maken voor het garanderen van basisvoorzieningen en
- c. een pluriform cultuurbeleid opdat de zinvraag ook in de zorgverlening aan de orde kan komen.'

Het rapport werd door de partijraad van 1984 met enige kanttekeningen aanvaard. Deze kanttekeningen hadden betrekking op een nadere concretisering van de beleidskeuzen, de onderliggende normatieve inspiraties werden in overeenstemming met de principes van het CDA bevonden. Over het algemeen werd de stelling dat er een nieuw evenwicht moet komen tussen professionele en vrijwillige hulpverlening onderschreven. Maar: 'alleen bezuinigingen op de professionele hulpverlening brengt het vrijwilligerswerk niet van de grond. Er zal ook geld nodig zijn om de deskundigheid bij het vrijwilligerswerk te stimuleren, terwijl tevens aandacht zou moeten worden besteed aan punten als vergoeding van onkosten en risicoverzekeringen. De basis van de hulpverlening zal overigens altijd bij beroepskrachten moeten blijven. De vermindering zal plaats moeten vinden bij de hulpverleningsbureaucratie, niet bij de werkers in de eerste lijn, die grote waardering verdienen. De bepleite aanpak moet niet neerkomen op een "terug naar het dorp"-sfeer, maar moet inspelen op de eigentijdse ontwikkelingen en mogelijkheden', aldus het *Basisdocument* bij de resolutie *Van verzorgingsstaat naar verzorgingsmaatschappij*. Verder onderzoek werd bepleit naar:

- het nader uitwerken en concretiseren van het 'maatschappelijk toerustingsbeleid', in het bijzonder wat betreft de rol van onderwijs en media, kerken en particulier initiatief,
- de gewenste taakverdeling tussen professionele en vrijwillige hulpverleners, daarbij werd met name gedacht aan een nieuw evenwicht in mengvormen, waarbij professionele en vrijwillige hulpverleners samenwerken, met een groter aandeel voor de laatsten,

- de toekomstige vormgeving van de eerstelijns gezondheidszorg in relatie tot andere voorzieningen,
- wat zijn basisvoorzieningen in een zorgzame samenleving?

De partijraad droeg het partijbestuur op om de verkiezingsprogramma's 1986 in de geest van deze conclusies te doen opstellen en het nadere onderzoek uit te voeren. Het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA heeft zich een dergelijk onderzoek tot taak gesteld en dit rapport is daarvan de neerslag. Ook de CDA-programmacommissies hebben de conclusies in de programma's verwerkt. Bij de vaststelling van het hoofdstuk volksgezondheid van het verkiezingsprogramma 1986-1990 *Uitzicht* nam de partijraad een resolutie aan, waarin het partijbestuur wordt gevraagd de invoering van de in het programma beschreven beleidslijnen te begeleiden met discussie over de doorwerking van de christen-democratische kernbegrippen *gerechtigheid*, *gespreide verantwoordelijkheid*, *rentmeesterschap* en *solidariteit* op dit beleidsterrein. Deze partij-politieke discussie zal in 1987 plaatsvinden en uitmonden in besluitvorming door de partijraad.

De zorgzame samenleving is inmiddels een beleidsconcept geworden dat velen intrigeert en waar verschillende beleidsadviserende instanties zich mee bezig houden. Men wijst daarbij op de verbrokkeling van het gezin en de buurt als verbanden waarop kan worden teruggevallen. Voorts de deelname van de vrouw aan betaalde arbeid, waardoor het potentieel aan vrijwilligers sterk zou afnemen. Tenslotte de vergrijzing, waardoor de zorgbehoefte in de komende decennia juist sterk stijgt. De opgeworpen vragen die niet alleen representatief zijn voor het debat in het CDA, maar breder voor allen die betrokken zijn bij het beleidsterrein volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening, vormen aanleiding voor deze studie.

De centrale probleemstelling van dit rapport kan dan ook luiden: 'Hoe geven wij de zorgzame samenleving concreet gestalte in regelgeving en financiering met betrekking tot de volksgezondheid en de maatschappelijke dienstverlening?'. Wij beogen daarmee een bijdrage te leveren aan de discussie over het beleid met betrekking tot deze sector op de middel-lange termijn.

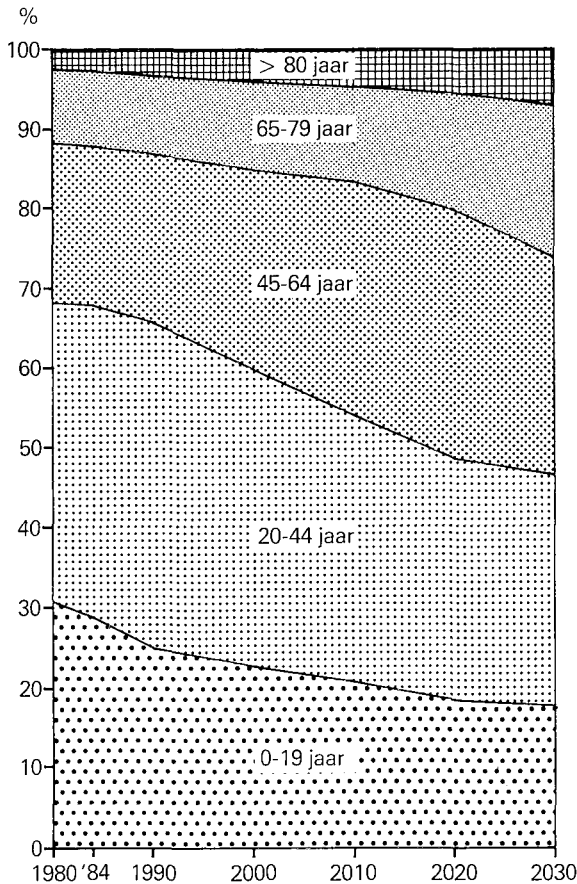
2. De demografische uitdaging

Op het terrein van volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening komt de komende decennia een extra uitdaging op ons af. De demografische ontwikkelingen zullen hun invloed doen gelden. Het treft dan niet zo zeer de omvang als wel de samenstelling van de bevolking. De totale bevolking zal volgens de prognoses eerst nog toenemen omdat de jaargangen die minder kinderen krijgen, nog relatief groot zijn. Na het jaar 2000 zal de totale bevolking gaan afnemen.

De belangrijkste ontwikkelingen zijn die in de verandering van de bevolkingssamenstelling. Het aandeel van de jeugdigen in de bevolking zal afnemen, en wel van zo'n 31% nu tot zo'n 20% in 2030. De potentiële beroepsbevolking zal (zolang de bevolking nog toeneemt) ook toenemen en daarna langzaam gaan dalen. In procenten van de totale bevolking neemt de potentiële beroepsbevolking toe van 57% (1980) tot 62% in 2000 om daarna weer

af te nemen tot 57% in 2030. De groep ouderen (65 jaar en ouder) zal sterk toenemen. Maakte deze groep in 1980 11% van de bevolking uit, na 2000 zal dit uitgroeien tot 23% in 2030. Opvallend is overigens dat in de jaren 1950-1980 de toename van het aantal ouderen per jaar groter was dan de verwachte toename in de periode 1990-2010. Pas na 2010 neemt de vergrijzing grotere vormen aan. Ook in vergelijking met het buitenland neemt Nederland geen bijzondere positie in. In Zweden en Zwitserland bijvoorbeeld is het vergrijzingsproces al eerder gestart, zonder dat dit tot ernstige problemen aanleiding heeft gegeven.

Figuur 1. Verandering in bevolkingssamenstelling in de jaren 1980 – 2030



Bron: *Kijken naar de toekomst. Een verkenning van de gevolgen van demografische ontwikkelingen en individualisering*, Nederlands Christelijk Werkgeversverbond, Den Haag, augustus 1986, blz. 3.

De extra uitdaging die voor dit rapport uit de verandering van de bevolkingssamenstelling voortvloeit, heeft betrekking op de medische consumptie. Ouderen doen een groter beroep op de gezondheidszorgvoorzieningen dan jongeren. Alleen al vanwege de toename van het aantal ouderen in de

samenleving (vergrijzing) zou er een toename van het aanbod van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening nodig zijn. Nu neemt niet alleen het aantal ouderen in de samenleving toe, maar er vindt ook binnen deze groep een veroudering plaats (dubbele vergrijzing). De zorgbehoefte van de 80-plussers zal groter zijn dan die van de laagbejaarden. Zeker wanneer een beleid gericht op langer thuiswonen werkt zal de zorg per bejaarde, die wel in een verpleeghuis of bejaardenoord woont, intensiever worden. De capaciteit van verpleeghuizen en bejaardenoorden zal echter beter benut kunnen worden omdat er plaats is voor meer bejaarden gedurende korte tijd.

De laagbejaarden van nu zijn vitaler dan vroeger, zodat de zorgbehoefte zich op latere leeftijd manifesteert. Wel moeten wij kijken naar de huishoudvorm van de betrokkenen: alleenstaanden zullen sneller buitenstaanders nodig hebben dan degenen die met anderen samen een huishouden vormen. Omdat er in de toekomst minder jongeren zullen zijn, zal ook het aandeel buitenstaanders waarop een beroep kan worden gedaan, minder zijn. Per saldo zal de zorgvraag waarschijnlijk stijgen. Vraag is dan hoe groot deze zorgvraag zal zijn en hoe het aanbod van zorg hierop zal aansluiten. Voorts: in welke vorm wordt de benodigde zorg gevraagd? Sluiten de huidige vormen van zorgaanbod wel aan op de te verwachten vraag en zo nee, hoe kunnen dan vormen ontwikkeld worden dat er wel aansluiting komt?

3. De structuurdiscussie

Niet alleen de demografische ontwikkelingen leiden ertoe om het beleids-terrein volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening opnieuw te bezien. Ook de structuur van de 'zorg-orde' staat ter discussie. De vraag is dan wie moet bepalen hoe aan de toekomstige zorgvraag tegemoet gekomen kan worden. Tot voor kort werden Rijk, provincies en gemeenten beschouwd als de plannende instanties bij uitstek. Die vanzelfsprekendheid bestaat niet meer. Meer en meer vraagt men zich af of gedetailleerde planning door overheden wel oplevert wat ervan verwacht is. De intrekking van de *Kaderwet Specifiek Welzijn* en vooralsnog van de *Wet Gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening* zijn tekenen van deze ontwikkeling. Ook deze discussie houdt direct verband met de gedachte van een zorgzame samenleving. Zorgzaamheid is in de christen-democratische gedachting niet alleen een kenmerk van de naaste omgeving, familie, burens en vrijwilligers, maar evenzeer van de maatschappelijke organisaties die op het terrein van de volksgezondheid actief zijn. Als solidariteit en rentmeesterschap geen structurele kenmerken zijn van de wijze waarop de financiering en de regelgeving georganiseerd zijn, dan is de zorgzame samenleving tot mislukken gedoemd. Dan resteert slechts een franje van vrijwilligheid rondom een bureaucratisch gezondheidszorg-apparaat. Daarom gaat dit rapport ook diep in op de structuur van het beleidsterrein volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening.

4. Hoofdpijnen van christen-democratisch denken over volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening

De in het rapport *Van verzorgingsstaat naar verzorgingsmaatschappij* vervatte analyse en oplossingen sluiten aan op de christen-democratische wijze van denken zoals die ook al in eerdere stukken is aan te treffen. In 1976 verscheen *Offers voor de toekomst* van de permanente program-adviescommissie van het CDA, met daarin een paragraaf over welzijnszorg. In dit stuk werd enerzijds een pleidooi gevoerd voor één financieringsstroom voor de gezondheidszorg en anderzijds werd een volksverzekering, dan wel het via de algemene middelen financieren van de volksgezondheid, afgewezen. Nadruk lag op het functioneren van het particulier initiatief. In 1975 verscheen *Welzijnsbeleid voor ouderen*, een rapport van de samenwerkende wetenschappelijke instituten van ARP, KVP en CHU, waarin de hoofdpijnen al werden getrokken van het ouderenbeleid zoals wij daar thans mee geconfronteerd worden: minder intramurale zorg (niet op de eerste plaats om financiële redenen, maar vanwege het welzijnsaspect van langer zelfstandig thuiswonen) en meer thuiszorg.

Program van Uitgangspunten

In 1980 verscheen het *Program van Uitgangspunten* van het CDA, dat een weergave is van de hoofdpijnen van christen-democratisch denken in termen van de vier kernbegrippen gerechtigheid, gespreide verantwoordelijkheid, rentmeesterschap en solidariteit. *Gerechtigheid* heeft enerzijds betrekking op het scheppen van voorwaarden voor een verantwoordelijke samenleving: juridische en financiële voorwaarden waaronder maatschappelijke organisaties en burgers hun verantwoordelijkheden kunnen beleven. Anderzijds verplicht het de overheid bescherming te geven aan de zwakken. *Solidariteit* wijst naar het dragen van de zwaarste lasten door de sterkste schouders, het omzien naar elkaar in de samenleving. Dit kan zowel in de directe relatie tussen mensen zijn, als in georganiseerd verband. Het stelsel van ziektekostenverzekeringen is van dat laatste een voorbeeld. *Rentmeesterschap* geeft uitdrukking aan het bewustzijn dat het leven ons is gegeven, het inspireert tot zorgvuldig beheer van de schepping, inclusief de eigen gezondheid. *Gespreide verantwoordelijkheid* wijst in de richting van een grote variatie aan maatschappelijke activiteiten, waarvan de volksgezondheid er een is, die naar hun eigen aard moeten kunnen functioneren, niet overheerst door staatsbemoeienis of commercialisering. Verzekerden, cliënten en patiënten dienen medeverantwoordelijkheid te dragen voor de ontwikkelingen op dit gebied.

Gelijktijdige toepassing van deze vier kernbegrippen op de sector volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening leidde in dit program tot de volgende artikelen:

art. 43: 'De overheid bevordert het op elkaar afstemmen van voorzieningen in de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening.

art. 44: Zorg voor gezondheid is allereerst een zaak van persoonlijke verantwoordelijkheid. Recht op gezondheidszorg houdt de verkrijgbaarheid in van voor een ieder betaalbare en bereikbare hulp die hij of zij behoeft.

art. 45: Medisch handelen mag zich niet richten tegen de mens en diens waardigheid.'

De toelichting zegt hierover:

'Een van de zeer moeilijke problemen in onze hoog ontwikkelde en dus ook hoog gespecialiseerde samenleving is het bijeenbrengen en op elkaar afstemmen van de verschillende vormen van hulp. Wij zijn van mening dat monopolieposities in de hulpverlening geen pas geven en dat het mede een taak van de overheid is een stelsel van op elkaar afgestemde, onderling complementaire voorzieningen te helpen ontwikkelen. Tegelijk echter dreigt bij een van bovenaf opgelegde ordening van de zorg een wezenlijk element daarvan aangetast te worden: de warmte, de toewijding, de betrokkenheid op de mens in nood. Het gevaar dreigt dat de zorg nog meer dan nu reeds het geval is een anonieme, technische, verambtelijkte aangelegenheid wordt.

Wij zien twee wegen waarlangs dit opgevangen kan worden: schaalverkleining van de voorzieningen en toenemende mondigheid van de patiënt/cliënt. De mens leeft in kleine verbanden (gezin, buurt, wijk). De handreiking aan hen die in moeilijkheden verkeren moet in eerste instantie in en door middel van deze verbanden bevorderd worden. Willen wij bewerkstelligen, dat de patiënt/cliënt zich emancipeert, dat hij niet meer het werkterrein is van de professionele hulpverlener maar diens opdrachtgever, dan zal o.m. de overheid maatregelen moeten overwegen die de positie en daarmee de mondigheid en de rechten van de patiënt/cliënt ten opzichte van de professionele hulpverleners versterken. Het is een vorm van democratisering die in onze samenleving nog de minste aandacht heeft gehad, terwijl het juist mensen betreft die in de meest kwetsbare posities verkeren.

Zorg en aandacht voor de medemens, zeker als hij in nood verkeert, is een eerste opgave in de intermenselijke verhoudingen. Tegen deze achtergrond moeten wij de organisatie zien van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening. De overheid heeft in de gezondheidszorg een belangrijke taak. Even belangrijk is dat een ieder beter wordt toegerust om te waken over de eigen gezondheid. Een goed gezondheidszorgbeleid kent derhalve gelijke waarde toe aan de geneeskunde, de verzorging en verpleging en het voorkomen van ziekte.

Er is in de westerse samenleving een hoge graad van curatieve gezondheidszorg bereikt. Medisch-technisch zijn wij tot veel in staat. Ondertussen dreigen de psycho-sociale aspecten van de gezondheidszorg steeds verder in de knel te raken. Veel patiënten hebben bovendien het gevoel, dat zij als mens niet aan bod komen en dat de medische technologie hen als een stoomwals verdrukt. Opvallend is het grote contrast tussen de goed ontwikkelde curatieve zorg en de nog steeds geringe aandacht voor de preventie. Rentmeesterschap betekent ook wegneming van de ziekmakende factoren en invloeden in onze samenleving, die er in overstelpende mate zijn: toenemend gebruik van opwekkings- en kalmerings- en slaapmiddelen, slechte leef-, eet- en drinkgewoonten, een uit de hand gelopen druggebruik. Maar als wij ons er niet goedkoop vanaf willen maken, dan zullen wij op zoek moeten gaan naar de oorzaken van deze verschijnselen en ook deze oorzaken moeten aanpakken. En dan stuiten wij op zaken als eenzaamheid, verwaarlozing, sociale aanpassingsmoeilijkheden, kansarme situaties, extra

risico-lopende groepen en zo meer. Dit zijn situaties die een bredere aanpak vereisen.'

Aldus de toelichting op het *Program van Uitgangspunten* van het CDA (pag. 29 en 30). Duidelijke verbindingen worden gelegd met de kernbegrippen solidariteit en rentmeesterschap. Minder duidelijk vinden verwijzingen plaats naar de kernbegrippen gerechtigheid en gespreide verantwoordelijkheid, die met name betrekking hebben op het onderscheid tussen de taken van de overheid en van de maatschappelijke organisaties.

Verkiezingsprogram 1986-1990

In het vigerende verkiezingsprogram *Uitzicht* wordt van dezelfde inspiraties uitgegaan als in het Program van Uitgangspunten, de overheidstaak wordt nu geconcretiseerd tot het garanderen van 'bodems in het bestaan', het bevorderen van de verantwoordelijkheid van particuliere organisaties en een macro-economische beheersing van de kosten. De doorwerking van de partijpolitieke discussie over het rapport *Van verzorgingsstaat naar verzorgingsmaatschappij* is duidelijk waarneembaar:

'Ook bij volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening is zorg en aandacht voor de medemens, zeker als hij of zij in nood verkeert, een eerste opgave. Goed rentmeesterschap inspireert er echter gelijktijdig toe om over eigen gezondheid en welzijn te waken. Deze inspiratie moet bij het beleid met betrekking tot gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening tot zijn recht komen. Daarom dient dat beleid uit te gaan van het principe van gespreide verantwoordelijkheid. Aan de overheid daarbij de taak om een aanbod van voor ieder noodzakelijke voorzieningen te beschermen en te bewerkstelligen dat de premiekosten binnen aanvaardbare grenzen blijven.'

Het program stipt de vergrijzing aan en de overbelasting van de zorgsector en bepleit minder kostbare vormen van zorg, dicht bij huis en met een grotere rol voor de onderlinge hulp. Het signaleert de herontdekking van de authentieke betekenis van de levens- en wereldbeschouwing voor het menselijk welbevinden. Het voert tenslotte een pleidooi voor het in evenwicht brengen van bestuurlijke decentralisatie en planning met gespreide verantwoordelijkheid voor particuliere organisaties en budgetfinanciering:

'particuliere organisaties zullen op de eerste plaats zelf in regionale planningsorganen de benodigde visie en samenhang in het aanbod moeten bewerkstelligen',

aldus *Uitzicht*. Het program zegt ook zelf dat deze nieuwe benadering een wijziging betekent ten opzichte van het tot dusver gevoerde CDA-beleid. Men mikt daarbij op een gefaseerde aanpak om te komen tot een stelsel waarin verantwoordelijkheden van overheid en particuliere organisaties duidelijk zijn onderscheiden en dat in wisselende omstandigheden kan worden gehandhaafd.

5. Kabinetsbeleid

In de afgelopen twintig jaar is een zekere slingerbeweging in het regeringsbeleid te onderkennen. Gaf de *Nota Volksgezondheid* (1966) al aan dat de

staatsbemoeienis vergeleken met de voorafgaande periode toe zou nemen, de particuliere verantwoordelijkheden werden nog scherp onderscheiden. Het overheidsbeleid kreeg vooral in voorwaardenscheppende zin gestalte, zij het dat de aanzet voor de sociale grondrechten op basis waarvan de overheidstaak zou kunnen uitgroeien, al merkbaar was.

In 1974 (*Structuurnota*) kwam deze doorbraak in de richting van uitbreiding van de taken van de overheden tot stand. Het onderscheid tussen tweede en eerste lijn, een volksverzekering en tariefs- en volumebeheersing door middel van de *Wet Tarieven Gezondheidszorg* (WTG) en *Wet Voorzieningen Gezondheidszorg* (WVG) zouden de instrumenten worden waarmee de overheden globaal de richting van de ontwikkelingen in de volksgezondheid gingen bepalen. Op deze lijn is tot begin jaren '80 doorgewerkt. Terzake van de planning functioneert de *Wet Ziekenhuisvoorzieningen*, die de provincie laat adviseren aan het Rijk. Terzake van de bejaardenoorden hebben de provincies zelf planningsbevoegdheid gekregen. Voorts voeren de gemeentebesturen een vestigingsbeleid voor huisartsen op basis van de WVG.

Een eerste signaal van kentering vormde de intrekking van de Kaderwet Specifiek Welzijn door minister Brinkman in 1982. De *Nota Volksgezondheid bij Beperkte Middelen* (1983) koos vervolgens voor budgettering en tariefsbeheersing als instrumentarium. De gedachte van een (slecht betaalen beheersbaar geachte) algemene volksverzekering werd ingeruild voor een 'volksverzekering nieuwe stijl'. Het concept van de zorgzame samenleving werkte door in de *Nota Flankerend Bejaardenbeleid* (1984) en in de *Nota Zorg voor Ouderen* (1986). Door middel van een wijziging van de *Wet Bejaardenoorden* (WBO) werden de oorden ook verantwoordelijk gesteld voor hulp aan buiten het tehuis wonende ouderen. Ook de democratisering van de bejaardenoorden kreeg een wettelijke basis. Gekozen werd in deze beleidsnota's voor zo lang mogelijk zelfstandig wonen, een groot accent op zelfzorg, omgevingshulp en vrijwilligerswerk. Aan dit laatste waren ook verschillende deelrapporten gewijd die tot een vrijwilligersprojecten bevorderend overheidsbeleid leidden.

Op het vlak van de verzekeringen zijn per 1 april 1986 de bejaardenverzekering en de vrijwillige verzekering opgeheven. Dit leidt ertoe dat er nu vier verzekeringsvormen bestaan: AWBZ, ziekenfonds, publiekrechtelijke en particuliere verzekeringen. De laatste zijn voor het eerst in de geschiedenis geconfronteerd met een aanvaardingsplicht en een pakketomschrijving (standaardpolis). Zij betalen ook een vereveningsbijdrage aan de ziekenfondsen om de onevenwichtige solidariteit in het verzekeringsstelsel (teveel bij de ziekenfondsen, te weinig bij de particuliere verzekeraars) te corrigeren.

Tussen de verschillende financieringsstromen (verzekeringen en subsidies) is overheveling nauwelijks mogelijk. Om dit probleem te ondervangen werd in de vooralsnog weer ingetrokken *Wet Gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening* (WGM) voorgesteld een 'schuif' in te stellen die de mogelijkheid moest bieden om geld uit de ene stroom naar de andere over te hevelen. Er zou dan een mogelijkheid zijn de schotten tussen de financiële stromen te handhaven, maar tevens nieuwe ontwikkelingen

de mogelijkheid te geven tot uitvoering te komen. Hierbij werd gedacht aan een regiogebonden budget waarbinnen gelden door de gemeenten en provincies konden worden overgeheveld. Deze pragmatische oplossing bleef dus uitgaan van de huidige financiële structuur. Vraag is of dit op langere termijn kan werken. Wanneer nieuwe vormen van zorg ontstaan, dienen de financieringsstromen deze ontwikkelingen niet te frustreren. Er dient een financieringsstructuur te zijn die voldoende ruimte biedt voor dynamische veranderingen in de zorgsector. Daarbij komt de vraag of er in de financieringsstructuur aansporingsmechanismen aangebracht kunnen worden die doelmatig werken bevorderen en onnodige groei voorkomen.

De kosten van de volksgezondheid zijn in de afgelopen kabinetsperiode gestabiliseerd. Op grond van het al in de jaren zeventig ontwikkelde *Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijk Welzijn* (FOGM) en met behulp van het instrument budgettering is de regering erin geslaagd de groei tot nul terug te brengen. Aangezien het systeem soms onrechtvaardig uitwerkt en daarbij ook weer ontduikingswegen openstaan lijkt dit voor de toekomst geen blijvende situatie te kunnen zijn. Met name de verhouding van de medische specialisten tot het door het ziekenhuisbestuur gehanteerde budget roept vragen op. Veel wordt ook gesproken over de 'grenzen van de zorg', maar er bestaat bij de politici grote huivering voor 'elitaire gezondheidszorg', zorg die alleen betaalbaar zal zijn voor beter gesitueerden.

6. Probleemstelling

De in voorgaande paragrafen vermelde overwegingen en vraagpunten leiden ons tot de volgende probleemstelling:

- a. In hoeverre zijn er vormen van zorg in ontwikkeling bij het particulier initiatief die een nieuw evenwicht scheppen tussen professionaliteit en vrijwilligheid? Welke rol speelt de levensbeschouwelijke 'zinvraag' hierbij?
- b. Welke ontwikkelingen zijn te verwachten in het zorgvermogen van de samenleving in het licht van de grotere deelname aan het arbeidsproces van vrouwen, de veronderstelde afbrokkeling van primaire verbanden en in het licht van de demografische ontwikkelingen?
- c. Welk niveau van beroepsmatige zorg hoort bij de zorgzame samenleving, welke zijn de basisvoorzieningen die de overheid garandeert en welke budgettaire consequenties heeft dit?
- d. Bestaat er een financieringsstructuur die voldoende ruimte biedt voor dynamische veranderingen in de zorgsector? Met name verschuiving van de tweede naar de eerste lijn en de huishoudens. Welke aansporingsmechanismen, aan vraag- dan wel aanbodkant moeten worden aangebracht om de gewenste ontwikkeling van de sector te bevorderen?
- e. Tot welke conclusies leiden de antwoorden op deze vragen met betrekking tot de structuur van het beleidsterrein volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening? Op welke wijze kan een door rentmeesterschap en solidariteit georiënteerde gespreide verantwoordelijkheid in deze zorg-orde gestalte krijgen? Tot welke overheidstaken roept het gerechtigheidsbeginsel daarbij op?

De vragen onder a en b worden behandeld in hoofdstuk II ('Naar een zorgzame samenleving'). Vraag e wordt behandeld in hoofdstuk III ('De structuur van het beleidsveld gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening'). Vraag c komt aan de orde in hoofdstuk IV en V ('De taak van de overheden'), terwijl vraag d, alsmede de financiële aspecten die aan de verschillende vragen verbonden zijn, aan de orde komen in de hoofdstukken IV en VI. In dit rapport worden noodgedwongen veel afkortingen gebruikt. Een bijlage is opgenomen met verklaring van deze begrippen.

Hoofdstuk II. Naar een zorgzame samenleving

1. Gezondheid, mensbeeld en zorg

Gezondheid en gezondheidszorg zijn geen neutrale, waardenvrije aangelegenheden. Hoe wij over gezondheidszorg denken heeft te maken met wat wij van de mens en zijn of haar bestemming in het leven verwachten. Verschillende van deze 'mensbeelden' spelen in de actuele discussie een rol.

De opvatting van het menselijk lichaam als een technisch-mechanisch systeem, aan welke opvatting de naam van de zeventiende eeuwse geleerde Descartes werd verbonden, heeft tot geweldige groei van de medische technologie en een groot vertrouwen in het medisch kunnen bijgedragen. Die technologie heeft in onze tijd een punt bereikt, waarbij wij ons afvragen of er niet grenzen worden overschreden waarvoor halt gehouden moet worden. De vanzelfsprekendheid van het medisch/technisch alvermogen is in discussie gekomen. Zowel in wetenschappelijke kring, getuige de opbloei van het filosoferen over gezondheid en ziekte,¹ als bij de patiënt, getuige het bestaan van en de belangstelling voor de alternatieve geneeskunde.²

In deze discussie over de gezondheidszorg zijn verschillende stromingen te onderscheiden, zoals:

- de rationaliserende benadering, hierbij wordt opgemerkt dat de geneeskunde eigenlijk nog niet perfect genoeg is en nog te veel onzekerheden bevat (o.m. V.d. Meer).
- een benadering die het natuurwetenschappelijk karakter van de geneeskunde relativeert, hierbij wordt in tegenstelling tot de rationalistische benadering juist beklemtoond dat het mechanistische mensbeeld de werkelijkheid reduceert, waardoor niet de gehele patiënt en zijn beleving telt. Men breidt de geneeskunde met de psycho-sociale wetenschappen uit (o.m. Rogers en De Vries).
- een benadering die het autonome karakter van de geneeskunde in discussie brengt, hierbij wordt opgemerkt dat de arts te veel macht bezit, waarvan de patiënt teveel afhankelijk is (o.m. Illich en Achterhuis).³

Een tweede mensbeeld, dat van de uitgebuite, machteloze mens, die door de staat tegen de maatschappij en zichzelf beschermd moet worden, heeft

1. Vgl. bijvoorbeeld: 'Filosofie van gezondheid en ziekte', themanummer van *Wijsgerig perspectief op maatschappij en wetenschap*, 1984/85, no. 1.

2. *Beroepsorganisaties Alternatieve Geneeswijzen; een inventariserend onderzoek*, Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1986. Het geschatte aantal patiënten dat kiest voor deze geneeswijzen bedraagt ca. 1 miljoen. Er zijn overigens ook signalen dat de populariteit van deze geneeswijzen over zijn hoogtepunt heen is.

3. Dr. A. Oderwald, *Geneeskunde, kritiek en semiologie*, Amersfoort, 1985.

in combinatie met de christelijke notie dat de overheid schild voor de zwakken behoort te zijn, tot een enorme uitbouw van door de overheid gegarandeerde zorg geleid. Ook op dit punt lijken in onze tijd grenzen te zijn overschreden.

Een derde en een vierde mensbeeld staan haaks op deze ontwikkelingen. Het derde is het beeld van de zorgende mens: voor zichzelf en voor zijn medemens, van wie hij wederkerig zorg ontvangt. In zelfzorg en omgevingszorg heeft de mensheid zich ontwikkeld, alle eeuwen door. In het grootste deel van de wereld zijn het nog steeds de kaders waarbinnen het bestaan zich afspeelt. Bij ons is het beeld verbleekt, dat 'ik' en 'wij' voor 'mijn' en 'ons' zorgen en dat wij dat in veel opzichten veel beter kunnen dan de staat met al zijn voorzieningen. Dat 'beter' slaat niet op technisch of materieel, maar op 'welbevinden'.

Het vierde mensbeeld is dat van de gelovige mens. Geen van de tot dusver besproken mensbeelden geeft uitzicht op de beklemmende vragen van het lijden, het sterven, de dood - wat dan? Christenen hebben er antwoord op. Nu in onze westerse samenleving het christelijk mensbeeld nog bij een minderheid leeft, zoekt de gezondheidszorg naar antwoorden binnen haar eigen verschaalde beelden. De technologie van lijden en sterven krijgt de aandacht. 'L'homme machine' heeft recht op een pijnloze dood, ofwel hij wordt koste wat het kost technisch in leven gehouden.

Net als bij het mensbeeld van de 'zorgende mens', zijn ook hier tekenen van een herleving waarneembaar. Een haast vertwijfeld zoeken in richtingen als oosterse wijsheid en christelijk sectarisme, maar ook een rijp zoeken met een herijking op de bronnen van de christelijke openbaring. Ook in andere religies (Islam, Hindoeïsme) en levens- en wereldbeschouwingen (humanisme) houdt men zich met deze vragen bezig. Het Cartesiaanse mensbeeld, 'L'homme machine', voldoet niet.

Toch huldigen wij de opvatting dat de techniek op zichzelf niet verwerpelijk is. De mens is begiftigd met verstandelijke vermogens, teneinde als een goed rentmeester met zijn talenten om te gaan. Waar geneeskunde gebruik maakt van wetenschap en techniek dient dit inderdaad zo goed mogelijk te gebeuren. Tegelijk mag de techniek niet op de troon gezet worden. Het blijft een middel tot een doel.

De beleving van de patiënt en psycho-sociale factoren spelen evenzeer een belangrijke rol. De mens is meer dan een medisch object. Afhankelijk van het door de cliënt/patiënt en hulpinstelling gehanteerde mensbeeld worden betrokkene en zijn omgeving meer of minder geactiveerd om te komen tot zelfzorg en het bewust omgaan met gezondheid en ziekten.⁴ De macht van de arts is minder groot dan wordt gesuggereerd. Als men afziet van de formele verwijzing onder invloed van het verzekeringsstelsel dan komt nog éénvijfde van de verwijzingen door de huisarts naar de specialist op initiatief van de patiënt tot stand zonder dat de huisarts het werkelijk nodig

4. Vgl. dr. M.J. de Vries, *Het behoud van leven*, Utrecht, 1985.

vindt.⁵ Hoewel hier ook de praktijkomvang en het zelfvertrouwen van de huisarts een rol spelen betekent het dat de autonomie van de geneeskundige in werkelijkheid niet zo absoluut is als wel wordt aangenomen. Wel blijkt daaruit dat het vertrouwen van de patiënt in de mogelijkheden van de specialistische geneeskundige wetenschap erg groot is. De bereidheid tot aanvaarding van niet geneesbare kwalen treedt pas laat aan het licht, als de patiënt het hele circuit (inclusief de alternatieve geneeskunde) heeft doorlopen. Deze constatering leidt ons tot de conclusie dat bij de bevolking een ontmythologisering van de medische technocratie noodzakelijk is.

De vergrijzing van de bevolking zal dit nog duidelijker maken. Nodig is zorg in de vorm van het omgaan met en aanvaarden en verwerken van het feit dat niet alles geneesbaar is. Wij moeten leren omgaan met beperkingen. De oudere aanvaardt dat zelf meestal wel, maar de samenleving is daar nog niet op ingesteld. Men laat de betrokken medemens als vanzelfsprekend aan de geneeskunde en de maatschappelijke zorg over. Dit cultuurpatroon zal zich moeten wijzigen in de richting van een zorgzame samenleving en feitelijk zien wij de eerste aanzetten daartoe zich voltrekken. Deze ontwikkelingen kunnen doorzetten als zij niet beperkt worden tot informele hulpverlening, maar juist ook de (grote) organisaties omvatten waarin de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening zich afspelen.

In de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening wordt niet alleen accent gelegd op genezen, maar meer en meer ook op zorg. En op *zingeving*: de zorg mag niet in dezelfde technocratische val trappen als de geneeskunde. Mensen zijn thans soms bereid voor hun gezondheid veel in te zetten, alsof het een zaak is die hen volledig kan helpen tot een zingeving in het leven te komen. Gezondheid is echter veelomvattender dan afwezigheid van ziekte. En ook omvattender dan voldoende zorg. Gezondheid begint bij de zin van het leven. Daarom moeten mensen erop worden aangesproken hun wilskracht en zingeving te ontplooiën binnen de ethische, sociale en culturele aspecten van het bestaan.

Na een periode van deconfessionalisering wordt opnieuw ontdekt welke authentieke betekenis levens- of wereldbeschouwing voor het menselijk welbevinden heeft. Niet alleen bij abortus, euthanasie en nieuwe medische technieken, maar ook in de zorg die mensen voor elkaar hebben. Men proeft deze sfeer op congressen, die weer aan dit thema worden gewijd en literatuur die verschijnt.⁶ Soms leidt dit tot de oprichting van nieuwe levensbeschouwelijk geïnspireerde organisaties, zoals de Pro-life-beweging, die zowel onder artsen een eigen verband kent, als vanuit de geestverwante patiëntengroepering een eigen ziektekostenverzekering heeft opgericht, welke abortus en euthanasie niet in het verstrekkingenpakket heeft opgeno-

5. D. Post, *Verwijzen en prescriptie, een paar apart*, Zwolle 1984, p. 58.

6. – *Ontzilde zorg, ontzilde zorg?* Nederlands centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg, Utrecht 1983.

– *De zinvraag in de hulpverlening*, Themanummer van het EWB-Bulletin, september 1984, Utrecht.

– *Geloven in gezondheidszorg*, J. Hagen (red.), Lochem, 1982.

– 'De twee kanten van de medische technologie', *Trefpunt*, juni 1986, pag. 8.

– *Hulpverlener en zingevingsvragen*, M. Kuilman en A. Kleyn, Baarn, 1986

men. In de sfeer van de alternatieve geneeswijzen wordt eveneens een duidelijk verband tussen gezondheid en mensvisie gelegd. Ook hier is een eigen ziektekostenverzekering opgericht, door de Triodos-bank. Een expliciete verwijzing naar een anti-kapitalistische maatschappijvisie treffen wij bij sommige gezondheidscentra (artsencollectieven) en de witte geneesmiddelenwinkels. Tenslotte claimt ook de vrouwenhulpverlening een eigen 'gezondheidsstijl', terwijl de relatie tussen levensstijl en gezondheid bij de etnische groeperingen in ons land onze 'westerse' geneeskunde voor grote problemen stelt. In het algemeen gaan mensbeelden een steeds duidelijker rol spelen in de geneeskunde.

De overheden houden met identiteit in hun planning niet altijd rekening meer, in de wetgeving staan voornamelijk kwaliteit en regionale bereikbaarheid voorop; het verband tussen kwaliteit en identiteit wordt nauwelijks gelegd. Waar nog wel een bescherming van de levens- en wereldbeschouwelijke verscheidenheid in de wet is opgenomen is de feitelijke juridische betekenis gering. Het gaat er voor de toekomst echter om dat de zinvraag in de hulpverlening naar voren kan komen, niet alleen op verzoek van de patiënt/cliënt, maar ook als onderdeel van het zorgaanbod. Verdere profilering van 'gezondheidsstijlen' zowel in de verzekeringen als in de gezondheidszorg past daarbij. Een eigen daarop gebaseerde organisatievorm moet, als daar behoefte aan bestaat en men er werk van maakt, door de overheid positief gewaardeerd worden. Zingeving en mensbeeld spelen een belangrijke rol in de genees- en zorgkunde van de toekomst. Dat heeft ook consequenties voor de opleidingen, voor beroepsvereisten, voor ethische codes en voor de omgang met de techniek.

2. Het verschijnsel zorg

Analyseert men de hoeveelheid zorg die mensen voor zichzelf en voor anderen, vrijwillig en beroepsmatig, in onze samenleving verrichten dan komt men tot verrassende conclusies. Zeer veel van onze dagelijkse handelingen zijn als zodanig te typeren. Zeker als men het begrip beschouwt op het terrein van de gezondheid dan kan de volgende balans worden opgemaakt:

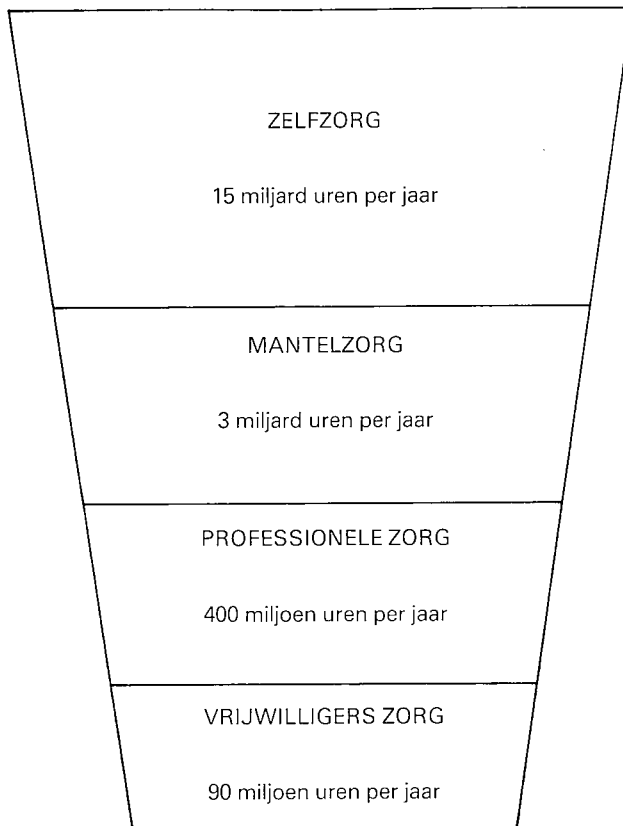
Zelfzorg is de zorg die de persoon aan eigen welbevinden besteedt, variërend van gezonde voeding en kleding tot hygiënische verzorging, etc. Op het totaal van de zorg die de mens ontvangt is dit het leeuwendeel.

Mantelzorg, die wij verder met de term 'omgevingshulp' zullen aanduiden, is de zorg van de partner, de familie, de burens, kennissen, enz. Vergeleken met de beroepsmatige zorg en het vrijwilligerswerk vormt dit ook een zeer groot deel van de totale verrichte zorg.

Vrijwilligerswerk, waaronder wij verstaan het in min of meer georganiseerd verband onverplicht (maar niet vrijblijvend) en onbetaald ontplooiën van activiteiten, die in het belang van anderen of van de samenleving zijn, vormt daarop een aanvulling, terwijl het restant ingenomen wordt door de *beroepsmatige zorg*, geboden in gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening.

Zelfzorg en omgevingshulp (mantelzorg) vormen dus de basis van de ge-

Figuur 2. Relatieve hoeveelheden zorg ten behoeve van de gezondheid bij de Nederlandse bevolking, in uren



Bron: J.C.M. Hattinga Verschure, *Het verschijnsel zorg*, Lochem, 1981.

zondheidszorg, beroepsmatige zorg en vrijwilligerswerk zijn duidelijk aanvullend. De laatste twee onderscheiden zich van de eerste door hun georganiseerd karakter. Bovenstaande grafiek leert ons dat het zorgvermogen van de samenleving niet op de eerste plaats bepaald wordt door vrijwilligerswerk, maar doordat de voorwaarden aanwezig zijn waaronder de samenlevingsverbanden hun normale taak zelf kunnen verrichten. Een verschuiving van enkele procenten mantel- en zelfzorg naar professionele hulp heeft gigantische consequenties.⁷

Op dit punt worden regelmatig zorgelijke geluiden vernomen. Het gezin en de familie zouden aan betekenis inboeten, buurt en kerk zouden hun rol verloren hebben en ook niet meer opnieuw tot bloei kunnen komen. In het al-

7. Ook de regeringsnota: *Zorg voor ouderen*, Tweede Kamer, 1985-1986, nr. 19 434/2, pag. 8/9, kiest hiervoor, al richt de nota zich in de beleidsaanbevelingen op een samenhangende zorgstructuur met een accentverlegging van de tweede naar eerste lijn en (nog) niet op de samenlevingsverbanden zelf.

gemeen zouden deze hulpvormen ook betuttelend zijn en niet in overeenstemming met de wens van de patiënt. Voorts zou de architectuur van de moderne steden ertoe leiden dat mensen eerder vereenzamen. Het is met het oog op de toekomst van belang deze geluiden in het navolgende aan een feitelijk onderzoek te onderwerpen en mocht de uitkomst inderdaad negatief zijn, na te gaan of wij ons daarbij moeten neerleggen, dan wel dat andere ontwikkelingen in gang gebracht zouden kunnen worden.

3. Zelfzorg

Zelfzorg is een uitdrukking van de verantwoordelijkheid van mensen om voor zichzelf te zorgen, omdat het leven ons gegeven is. Dat is een zaak van goed rentmeesterschap. Het is van belang dat in de samenleving de voorwaarden aanwezig zijn waaronder mensen tot zelfzorg kunnen komen. Deze voorwaarden zijn van financiële en sociale aard.

Solidariteit eist dan eveneens dat een ieder tracht om lasten voor anderen te vermijden door te streven naar een lichamelijk en geestelijk gezond bestaan.

Het vermogen tot zelfzorg zou dankzij het gestegen gemiddelde opleidingsniveau van de bevolking thans groter moeten zijn dan ooit, als men het beschouwt als het vermogen tot kennisneming en verwerking van informatie over gezondheid en ziekte. Tegelijk kan worden geconstateerd dat het onnodig risico-nemend gedrag tamelijk omvangrijk is. De winst aan mogelijkheden tot bestrijding van traditionele ziekten kalft af door de opkomst van kwalen die het gevolg zijn van ongezonde leefgewoonten en milieuvervuiling, zoals hart- en vaatziekten en vergiftigingen.

Gezondheidsvoorlichting en opvoeding (GVO), die beoogt daar tegenin te gaan is een geprofessionaliseerde en wetenschappelijk ondersteunde activiteit geworden. De mogelijkheden daartoe dienen beter benut te worden. De omroepen zouden meer programma's gericht op zelf- en mantelzorgvoorlichting kunnen maken. Belangrijker nog dan algemene voorlichting via massamedia is voorlichting via de hulpverlener. Gezondheid krijgt pas werkelijk prioriteit als men ze kwijt is. Dan is men ontvankelijk voor die voorlichting en training. De anderhalf miljoen Nederlanders die jaarlijks in een ziekenhuis worden opgenomen staan daar open voor competentieverhoging inzake hun zelfzorg. Maar dan moeten de hulpverleners hun aanpak daarop ook afstemmen. Zorgkunde dient een onderdeel te zijn van de opleidingen van hulpverleners. Enkele theoretische 'basisvakken' kunnen daarvoor zonder schade uren afstaan.

Deze zorgkunde omvat ook de vaardigheid om de 'taal van de patiënt' te verstaan. Inzicht in het levensverhaal van de patiënt is noodzakelijk om tot zelf- en mantelzorg te kunnen komen. De ethische, sociaal-culturele en economische levensomstandigheden van de patiënt vormen daartoe het uitgangspunt. In de instellingen dient een zodanige formatie-opbouw aanwezig te blijven dat niet alle zorgtaken op de schouders van jonge mensen neerkomen, maar dat ook de vaardigheid om de 'taal van de patiënt' te verstaan aanwezig blijft. Met name voor ouderen en gehandicapten onder-

steunt de invoering van ergotherapie voorts het langer zelfstandig kunnen blijven wonen.

Hoezeer het ook noodzakelijk is om aangrijpingspunten te zoeken bij volwassenen, doorslaggevend is waarschijnlijk de wijze waarop mensen worden opgevoed m.b.t. de zorg voor het eigen lichaam. De normen en waarden die daarbij overgedragen worden spelen vaak ook in het latere leven nog een rol. Gezondheidsvoorlichting heeft daarom uitdrukkelijk ook met waardenoriëntatie te maken en dient daarvan niet los te worden gemaakt. Dat betekent dat de voorlichting niet uitsluitend ondergebracht kan worden bij de openbare GGD of de basisgezondheidsdienst. Evenzeer zou aansluiting bij het onderwijs gezocht moeten worden en bij levensbeschouwelijke georiënteerde organisaties in de samenleving, die zich met volwassenen-educatie bezig houden.

De effecten die van GVO uitgaan bieden geen voldoende tegenwicht tegen het risico-nemend gedrag. Dat mag men ook niet uitsluitend van voorlichting verwachten. Het *preventiebeleid* omvat daarom ook maatregelen gericht op verkeersgedrag (zoals de verplichting tot het dragen van valhelmen en autogordels), alcoholgebruik (hoge accijnzen, beperking verkooppunten), enz. Gewenst is ook het openen van de mogelijkheid tot het instellen van eigen risico's in de ziektekostenverzekeringen voor mensen met een risico-nemend gedrag in verkeer en sport (skieën, ruw voetballen, e.d.). Probleem daarbij is dat de wettelijke ziektekostenverzekeringen (ziekenfonds) het eerst aansprakelijk kunnen worden gesteld, terwijl juist die verzekeringen tot dusver geen eigen risico's mogen bevatten. Dit standpunt dient te worden herzien, ook al is het technisch nog niet goed mogelijk om deze risico's in te stellen.

Het verminderen van de 'beloning' die vaak op ziektegedrag staat is hierbij ook van belang, evenals herstel van persoonlijke verantwoordelijkheden, zoals bijvoorbeeld weer meer sparen in goede tijden om een 'appeltje voor de dorst' te hebben en meer budgetvoorlichting om meer te kunnen doen met minder geld.

Van betekenis voor een optimale inzet van zelfzorg is ook de *woning*. Met name voor ouder wordende mensen, gehandicapten en psychiatrische patiënten is de aanpassing van de woning aan het vermogen ook de algemene dagelijkse levensverrichtingen zelf te kunnen uitvoeren van belang. Officieel streefdoel is dat in 1990 24% van de ouderen in een aangepaste woning woont.⁸ Het ziet er nog niet naar uit dat dit doel ook gehaald wordt. Voor een groot deel is het een kwestie van herverdeling van de woningvoorraad, voor een ander deel een kwestie van woningaanpassing en nieuwbouw. Maatschappelijke organisaties (woningbouwverenigingen) spelen hierbij een belangrijke rol, naast de gemeentebesturen.

Ten vierde speelt de *inkomenspositie* een rol. De toekomstige ouderen zullen in toenemende mate, dankzij de door hen te ontvangen pensioenen, gemiddeld in een betere inkomenspositie verkeren dan de huidige bejaarden, hoewel deze inkomsten ook weer worden afgeroomd door de belastingen

8. Harmonisatieraad Welzijnsbeleid, *Jaarverslag*, 1984.

en de inkomensafhankelijke ziekenfondspremie en eigen bijdragen. Een (afnemende) minderheid moet volstaan met AOW alleen omdat zij geen pensioenverzekering hebben afgesloten, c.q. niet onder een bedrijfspensioenregeling vielen. In 1986 geldt dit nog voor ca. 30% van de ouderen. Vrijvallende hypotheke zorgen voor een inkomensverbetering bij ca. een derde van de ouderen. Dit aantal zal toenemen tot ongeveer de helft na de eeuwwisseling. Per saldo zal de grote meerderheid van de ouderen rond het jaar 2000 naast de AOW dus over extra inkomen beschikken. Zij zullen daardoor in staat zijn meer invloed uit te oefenen op hun eigen woon- en leefsituatie, hetgeen ook de mate van zelfzorg positief kan beïnvloeden. Een opvallend voorbeeld daarvan is het feit dat postorderbedrijven nu al op de koopkrachtige vraag inspelen met speciale produkten ter verlichting van de leefomstandigheden. De zelfzorgmogelijkheden van oudere mensen zijn door de techniek enorm toegenomen. Door de koelkast behoeft men maar een keer per week te winkelen, dekbedden maken bedden opmaken overbodig. Voorts: alarmsystemen, telefooncirkels, maaltijdvoorziening, vervoersfaciliteiten, etc.

Een belangrijke voorwaarde voor zelfzorg, in het licht van de zingevingsaspecten die wij in de inleidende paragraaf bespraken, is de *mate waarin men zelf in staat is invloed uit te oefenen op de hulp die men inschakelt*. Die invloed is thans gering vanwege de vele verschillende instanties waarmee men te maken heeft. Elke instantie heeft zijn inschrijvings-procedure. Het vergt een grote mate van 'bureaucratische competentie' bij de cliënt om daar adequaat mee om te gaan. Samengaan van deze gescheiden inschrijvingsprocedures is wenselijk. Een gezamenlijke indicatiecommissie voor bejaardenoordelen, verpleeghuizen, aangepaste woningen, etc. zou een geweldige stap vooruit betekenen. Voorstellen daartoe zijn in Den Haag door de Commissie Dameoiseaux ontwikkeld.⁹

Die eigen invloed op de hulp neemt ook toe als de betaling door de cliënt gebeurt. Hij of zij kan dan zelf kiezen voor het type zorg dat bij zijn behoeften past. In feite gebeurt dit thans waar mensen zelf een verpleegster in dienst nemen, of een werkster. Feitelijk heeft dit type dienstverlening door de hoogte van belastingen en premies zich uit de markt geprijsd, ook al is met de alphahulpen daarin een zeker soelaas geboden voor wat het huishoudelijk werk betreft, althans t.a.v. de sociale premies. Geopperd is wel dat belastingvrijdom voor inkomsten verkregen uit hulp aan ouderen of gehandicapten deze ruimte weer zou kunnen vrijmaken.

Voor het tegen betaling verrichten van (huishoudelijke) werkzaamheden voor anderen geldt thans een belastingvrije voet van ca. f 7000. Dat biedt ruimte voor bijvoorbeeld 15 uur betaalde dienstverlening per week à f 10 per uur, zonder dat daar belasting over betaald hoeft te worden. Bij alleenverdieners wordt deze belastingvrije voet van de niet-verdienende partner overgedragen aan de kostwinner. Dit leidt ertoe dat de partner de eigen belastingvrije voet niet als zodanig beleeft, maar extra inkomsten (uit bijvoorbeeld dienstverlening aan ouderen) bovenop het belastbare inkomen van

9. *Hoofdpijnen voor een samenwerkingsverband Welzijn Ouderen*, Gemeente Den Haag, 1983.

de kostwinner ziet komen en daardoor afgeschrikt wordt. In het algemeen kan men het belastingstelsel hierom niet veroordelen, het is in zichzelf consistent (tweeverdieners worden zelfs nog relatief bevoordeeld boven alleenverdieners). Beter zou het zijn wanneer een stelsel werd ingevoerd waarin beide partners afzonderlijk worden aangeslagen voor de helft van het gezamenlijk inkomen. Dan zou ook de belastingvrije voet uitdrukkelijker beleefd kunnen worden als een eigen ruimte om betaalde hulp te bieden aan mensen die daaraan behoefte hebben.

Er is in dit licht ook wel overwogen om mensen die aan de indicatiecriteria voor intramurale hulpverlening voldoen een bepaald bedrag ter beschikking te stellen, waarvoor men naar eigen inzicht zorg zou kunnen inkopen. De verwachting is dat, als deze mogelijkheid bij wet wordt geregeld, de nadelen van dit systeem groter zullen zijn dan de voordelen. Er zal een sterk aanzuigende en moeilijk controleerbare druk op de indicatiecommissies ontstaan. Bovendien is een doelmatige besteding ook dan niet gegarandeerd. Wel is denkbaar dat de ziekenfondsen en de ziektekostenverzekeraars op individuele basis dergelijke aanbiedingen aan hun verzekerden doen. Dan zijn de mogelijkheden aanwezig om ongewenste effecten te voorkomen. Thans wordt al wel gewerkt met eigen bijdragen die in overeenstemming zijn met de uitgespaarde eigen kosten van levensonderhoud. Daarbij dient wel het cumulatieve effect van eigen bijdragen voor verschillende dienstverleningen in het oog gehouden te worden en per huishouden per jaar gemaximeerd te worden. Eveneens dient echter onder de loep genomen te worden in welke situatie het goedkoper is om zich te laten opnemen terwijl ook thuiszorg mogelijk zou zijn. Dit laatste dient gestimuleerd te worden.

Tot de versterking van de zelfzorg kan men tenslotte ook rekenen de *sociale zelfzorg*, het onderhouden van sociale contacten. Er wordt wel onderscheid gemaakt tussen vanzelfsprekende mantelzorg (door echtgenoot en kinderen) en mantelzorg door vrienden en burens. Familie heeft men, maar vrienden máákt men en met burens kan men al dan niet een goede relatie aangaan. De natuurlijke neiging tot het onderhouden van sociale contacten wordt in onze samenleving echter van zijn noodzaak ontdaan. Dit geldt zelfs voor de vanzelfsprekende mantelzorg: wie een verpleeghuis bezoekt kan schrijnende verhalen vernemen over vereenzaamde ouderen, waar geen kinderen op bezoek komen. Onderzoek wijst uit dat deze sociale zelfzorg (het onderhouden van relaties) opmerkelijk gering ontwikkeld is.¹⁰ Zowel de verzorgingsstaat met zijn ruime aanbod van beroepsmatige hulpverlening, als de toegenomen mobiliteit, als de verstedelijking en de versterking van gemeenschapsbanden (stadsvernieuwing heeft hier een rol bij gespeeld), als de algemene individualisering en nadruk op privacy hebben daartoe bijgedragen. Nu deze ontwikkelingen worden omgebogen mag een impuls verwacht worden voor deze sociale zelfzorg. Een duidelijker profilering van gezondheidsstijlen in een andere verzekeringsstructuur zal

10. *Bevordering van mantelzorg bij bejaarden en gehandicapten*, R.U. Utrecht, 1984, p. 74. Ook een recent Amsterdams onderzoek naar terminale thuiszorg wijst op de in onze cultuur gebrekkig ontwikkelde vaardigheid om hulp te ontvangen.

de sociale zelfzorg ook bevorderen als een vanzelfsprekende en door normen en waarden geïnspireerd gedrag. Het is wenselijk dat gezondheidsvoorlichting en bejaardenwerk mensen tijdig activeren om sociale relaties te onderhouden.

4. Omgevingshulp/mantelzorg

4.1. Ontwikkelingen op het gebied van de huishoudens

Het huishouden waarin men leeft is de eerste plaats waar men ook zorg van anderen ontvangt. Het scheppen en in stand houden van de voorwaarden waaronder huishoudens deze functie goed kunnen uitvoeren is van groot belang. Over het algemeen is het traditionele gezin (man, vrouw en kinderen) minder dominant geworden, er zijn thans veel huishoudens waarin geen kinderen (meer) zijn en vooral het aantal alleenstaanden is toegenomen. Bezielt men de statistiek dan is er feitelijk wel nog steeds sprake van een overweldigende dominantie van huishoudens bestaande uit twee of meer personen.

	1960 %	1981 %
Echtparen	78,5	65,9
met kinderen	56	43,1
zonder kinderen	22,5	22,8
Ongehuwd samenwonenden e.a.	3,1	5,6
Eenoudergezinnen	6,2	6,2
Totaal meerpersoonshuishoudens	87,8	77,7
Alleenstaanden	12,2	22,3
waarvan verweduwd	5,7	8,9
	100%	100%
	(3,2 miljoen)	(5,1 miljoen)

Bron: L. Th. van Leeuwen 'De plaats van het gezin en andere leefvormen' in: *Vakblad voor huishoudkunde*, mei, 1984.

De cijfers wijzen dus uit dat de overgrote meerderheid van de bevolking in principe een beroep kan doen op een huisgenoot voor het verlenen van zorg. De normale situatie, te weten huishoudens die zelf mantelzorg bieden, bestaat dus voor de meeste mensen. Nu wordt wel tegengeworpen dat er ontwikkelingen zijn die dit zorgvermogen zullen doen verminderen. Bijvoorbeeld zou de emancipatie van de vrouw gericht op grotere deelname aan betaalde arbeid ertoe leiden dat de functies van het huishouden als zorgverlenend verband zouden afnemen. Nadere beschouwing hiervan leidt ons tot de volgende overwegingen.

Afgezien van een kleine groep personen die voor bewuste kinderloosheid kiest, lijkt het door beide ouders verrichten van full-time betaalde arbeid zich toe te spitsen op de fasen vóór en na de gezinsvorming. Slechts een beperkt deel van de bevolking is van mening dat de kinderen overdag niet ten minste door één van beide ouders dienen te worden opgevangen en verzorgd.¹¹ Inzake de mantelzorg van de partners jegens elkaar zou er vergeleken met vroeger zelfs een vergroting van het zorgvermogen van huishoudens kunnen optreden, als het (onbetaald) partnerverlof ingang zou vinden. Dat is een zaak van arbeidsvoorwaardenoverleg tussen werkgevers en werknemers. De behoefte aan dit type verlof kan opgevat worden als een teken dat de rolverdeling binnen het gezin in afnemende mate aan het geslacht gebonden is. Het zorgvermogen bij mannen neemt toe, al gaat het langzaam en mag daar in de opvoeding nog best een schepje op. Dat zal dan ook doorwerken in de zorgbehoefte die op oudere leeftijd manifest wordt, alsmede in de onderlinge zorg die ouderen elkaar kunnen bieden. Thans worden nog alleenstaande oudere mannen in bejaardenoord opgenomen louter omdat zij geen huishoudelijke vaardigheden bezitten.

Als de loonvorming en het sociale beleid er niet toe dwingen dat beide partners gedurende hun gehele leven de arbeidsmarkt betreden, hoeft er binnen het huishouden aldus geen afname van het zorgvermogen op te treden. Als mensen er desalniettemin voor kiezen beiden full-time te werken, is er geen reden om bij optredende behoefte aan zorg een collectieve voorziening ter beschikking te stellen. Zij kunnen op deze keuze aangesproken worden door hen de kosten van vervangende zorg zelf te laten betalen. Onderlinge zorgzaamheid in huishoudens wordt in ons land door de bevolking positief beoordeeld. Opmerkelijk is bijvoorbeeld de druk die er door ouders van gehandicapte kinderen op de politiek wordt uitgeoefend om niet, zoals nu het geval is, goedkoper uit te zijn als men het kind in een tehuis laat opnemen, maar de thuisverzorging te 'belonen'.

Individualiserende wetgeving, gericht op het onafhankelijk maken van mensen ten opzichte van elkaar, is echter in de politiek in zwang gekomen in ons land. Recente voorbeelden daarvan zijn de splitsing van de AOW en de studiefinanciering. Mensen worden daarin juist losgemaakt uit hun samenlevingsverbanden. In plaats daarvan is nodig dat mensen op hun onderlinge verbondenheid worden aangesproken en dat rechtszekerheid wordt verschaft aan samenlevingsverbanden, teneinde aldus deze onderlinge lotsverbondenheid van mensen desgewenst juist te beschermen. De wetgeving zou de vorming van huishoudens moeten toestaan door mensen die thans nog tot de alleenstaanden worden gerekend.¹² Met name voor oudere alleenstaande vrouwen kan dit een belangrijke mogelijkheid worden. Zij zullen verreweg de grootste categorie vormen van de ouderen die het aan de normale mantelzorg ontbreken kan.

11. *Themabundel Emancipatiebeleid*. Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, Den Haag, 1982, p. 58.

12. Vgl. *1+1=Samen!*, Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, 1986.

4.2. Zorgnetwerken (familie)

Uit een oogpunt van zorgvermogen van de samenleving vormt met name de groep alleenstaanden een categorie die niet direct omgevingshulp (mantelzorg) zou kunnen inroepen bij een tot het huishouden behorend persoon. Dat wil niet zeggen dat die hulp niet bij andere familieleden, burens of vrienden is in te roepen. Onderzoek (o.m. van De Jong-Gierveld) wijst uit dat ongeveer de helft van de alleenwonenden niet iemand heeft met wie hij of zij fundamentele levensvragen kan bespreken (overigens geldt dit ook voor zo'n 15% van degenen die gehuwd zijn). Met name onder alleenwonende 65-plussers komt, bij gelijke gezondheid als samenwonenden, toch significant meer vraag naar beroepsmatige hulp voor. De opname in bejaardenoordelen is in zeer veel gevallen geïndiceerd door een gebrek aan mantelzorg.

De officiële prognose terzake van de 65-plussers luidt als volgt:

	1985 %	2010 %	2035 %
Gehuwd	53	49	34
Ongehuwd	9	6	22
Verweduwd	35	33	25
Gescheiden	3	12	19

Bron: *Maandstatistiek bevolking*, CBS, 1985/3.

Het is duidelijk dat deze prognose behalve een tamelijk harde component (sterfteverwachting) ook een culturele component bevat (echtscheiding en bewust ongehuwd blijven). Met name het ongehuwd blijven wordt in de prognose voor 2035 buitengewoon hoog ingeschat, het is de vraag of dit werkelijk het geval zal zijn. Er zijn indicaties dat onder deze leeftijdsgroep (thans 15-30 jaar) het huwelijk juist weer hoog scoort.¹³ Vooral nog ziet het er naar uit dat omstreeks de helft van deze bevolkingsgroep in elk geval met een partner samenleeft en dat een kwart tot eenderde verweduwd achterblijft. Wij stuiten hier op een duidelijke afname van het zorgvermogen van het familieverband. Over een eeuw genomen is het aantal personen binnen een huishouden sterk verminderd, omdat ouderen zelfstandig zijn gaan wonen. Ca. 12% van de ouderen woont thans met hun kinderen in één huis. Toch zijn ook hier nuanceringen op zijn plaats. De indruk bestaat dat mensen in het algemeen een huwelijkspartner vinden binnen een straal van 35 km van het ouderlijk huis. Dat lijkt ook nauwelijks anders te kunnen gezien het grote aantal contacten dat nodig is om het proces van partnerkeuze te laten verlopen zoals het meestal gaat. De contacten doen zich op een vrij beperkt geografisch gebied voor. Daardoor wonen ouderen en volwassen kinderen niet meer in hetzelfde huis, maar vaak nog wel op een bereisbare afstand van elkaar. Door toegenomen mobiliteit is dit verschijnsel weliswaar afgenomen, maar dat geldt toch slechts een betrekkelijk klein deel van

13. *Jongeren in de jaren '80*, SCP, Rijswijk, 1985.

de bevolking. Met name als de ouders hoogbejaard worden treedt dit zorgnetwerk in werking. Een opmerkelijke, nieuwe ontwikkeling in dit licht betreft het 'achterna verhuizen' door bejaarde ouders die een bejaardenoord kiezen in de buurt waar hun kinderen wonen. Aldus ontstaan zorgnetwerken van mensen die niet in een huis wonen, maar wel boodschap hebben aan elkaar. Uit onderzoek blijkt dan ook dat hulp door buitenshuis wonende familieleden in de praktijk veel voorkomt.

Percentage zelfstandig wonende 65-plussers dat vrij geregeld hulp krijgt van:

(buitenshuis wonende) kinderen	15,4 %
overige familie	4,9 %
buren, kennissen, vrijwilligers	7,4 %
eigen personeel	13,0 %
gezinsverzorgster, bejaardenhulp	7,8 %
wijkverpleegster	2,4 %
	<hr/>
	50,9 %
	<hr/> <hr/>

Bron: *Leefsituatieonderzoek, CBS, 1976*

Buitenshuis wonende eigen kinderen en overige familie nemen tweevijfde van alle hulp voor hun rekening en vormen daarmee de grootste groep hulpverleners. Ook als we de vraag toespitsen op ouderen die niet meer alle dagelijkse levensverrichtingen zelf kunnen doen, dan blijken de informele hulpvormen nog een belangrijke rol te spelen. In 1979 kreeg 58% van huishoudens van bejaarden waar van problemen sprake was deze informele hulp, tegen 34% professionele gezinsverzorging. Ook in zwaardere gevallen ontving nog altijd zo'n 22% deze hulp (tegen 51% gezinsverzorging). Ook het opvallende verschil in het percentage bejaarden dat in verzorgingshuizen woont tussen ons land (7%) en het buitenland (2%) wijst erop dat vergelijkbare staten qua welvaartsniveau tot een grotere opname van ouderen in de extramurale sfeer in staat zijn. Een samenleving kan heel wat aan als het moet, zo lijkt het.

Daarbij past wel een corrigerende opmerking. Was het vroeger zo dat iemand die zijn bejaarde ouders verzorgde, daar gemiddeld ten hoogste enkele maanden of een jaar aan besteedde, thans leven mensen zo lang, ook al neemt hun gezondheidstoestand af, dat van het zorgverlenende huishouden een jarenlange inspanning gevraagd wordt. In de verdere toekomst zal de huidige gezinsverdunding (minder kinderen per gezin) zich laten gelden. Een prognose terzake van het aantal familierelaties dat toekomstige ouderen hebben luidt als volgt:

Percentages verwanten van bejaarde vrouwen voor de modelbevolking 2030 naar leeftijd

	% echtgenoten	% zusters	% dochters	% broers	% zonen
60-64	44	70	70	70	80
65-69	41	60	70	60	80
70-74	36	60	70	50	80
75-79	27	50	70	40	70
80- +	12	30	70	20	70

Bron: Nederlands Interuniversitair Demografisch Instituut, 1986.

Deze tabel moet als volgt worden gelezen: van de vrouwen, ouder dan 80 jaar zal in 2030 nog 12% een nog levende echtgenoot hebben. Dertig procent zal een zuster hebben, 70% een dochter en 70% een zoon. Ervaringen in het verleden hebben ons geleerd voorzichtig te zijn met dit soort prognoses. Zo staat het kindertal van hen die in 2030 tachtig jaar zullen zijn nog niet vast, thans is deze bevolkingsgroep nog jonger dan 40 jaar. Weliswaar valt niet aan te nemen dat op korte termijn voor deze groep het kindertal weer sterk zal stijgen, maar voor een daarop volgende generatie is dat zeker niet bij voorbaat vast te stellen. Uitgaande van deze tabel mogen wij verwachten dat ook in 2030 bij meer dan tweederde van de meest hulpvragende categorie (de tachtigjarigen en ouder) nog tenminste een kind beschikbaar kan zijn voor mantelzorg. Wel is het zo dat het gemiddelde aantal kinderen per oudere vergeleken met de situatie in 1984 zal zijn afgenomen: thans ligt het aantal gemiddeld twee keer zo hoog als in 2030 het geval zal zijn. Dat betekent dat de kans op een beschikbaar kind voor mantelzorg afgenomen zal zijn en dat deze kinderen zelf ook al betrekkelijk oud zullen zijn. Niet alle kinderen zullen daarom tot mantelzorg in staat zijn.

Omdat het uit ervaring duidelijk is dat naarmate de verstrekte zorg langduriger is en intensiever van aard, men minder op vrienden en kennissen kan rekenen en meer op familie, moet de versterking van de omgevingshulp toch met name daar gezocht worden, zonder evenwel in de fout te vervallen dat slechts één persoon (meestal de echtgenote of een dochter) voor de zorg opdraait. In de literatuur wordt daartoe een methode genoemd, die ook in de praktijk al wel voorkomt: *familieconsultatie*.

Familieconsultatie houdt in dat de familie van de patiënt/cliënt ertoe gebracht wordt zich gezamenlijk uit te spreken over de volgende vragen:

- Hoe is de situatie waarin de patiënt/cliënt verkeert en hoe komt dat?
- Welke zorg kan de familie verlenen?
- Spelen gevoelens van schuld of verplichting jegens de patiënt/cliënt een rol?
- Welke grenzen zijn er redelijkerwijze aan de zorg die de familie kan bieden?
- Hoeveel professionele zorg is er in dit licht noodzakelijk?¹⁴

14. Kuypers, J.A. en V.L. Bengston, 'Towards competence in the older family', in: Brubaker, T.H., *Family relationships in later life*, Sage, Beverly Hills, 1983.

Zo start, onder invloed van een medewerker van een professionele instelling, een proces waarin een 'zorgplan' wordt opgesteld dat tot de verantwoordelijkheid van de familie behoort. Aldus kunnen de nadelen van de informele hulpverlening zowel voor de patiënt/cliënt als voor de hulpverleners zelf zoveel mogelijk worden verminderd: de cliënt hoeft minder bang voor betutteling te zijn omdat er meerdere personen in de besluitvorming zijn betrokken, terwijl ook niet alle zorg automatisch op een persoon neerkomt. Er vindt ook geen zuivere substitutie plaats tussen professionele zorg en informele zorg, maar een wederzijds aanvullend karakter wordt onderkend dat primair de verantwoordelijkheid legt bij de gezamenlijkheid van het informele netwerk. Deze aanpak komt ook thans al voor. In de gezinszorg gebeurt deze afspraak soms per contract, de wijkverpleging volstaat met mondelinge afspraken.

Tijdelijke professionele hulp wordt thans in ons land meer en meer toegepast: de cliënt wordt door middel van flankerend beleid van de bejaardenoorden en verpleegtehuizen 's nachts, overdag of in vakanties tijdelijk opgevangen opdat de verzorgende omgevingshulp tijdelijk ontlast wordt. Deze combinatie is noodzakelijk om de mantelzorg optimaal tot zijn recht te laten komen en niet over te belasten.

4.3. *Zorgnetwerken (vrienden)*

Het is in het licht van het voorgaande niet uitgesloten dat zich ontwikkelingen voor zullen doen waarbij mensen voor nieuwe vormen van samenleven gaan kiezen teneinde de levensavond niet als alleenstaande door te brengen. Zeker als deze bevolkingsgroep relatief in omvang toeneemt zodat na de eeuwwisseling één op de vier huishoudens uit ouderen bestaat is het te verwachten dat nieuwe zorgnetwerken, waarvan de eerste signalen zich al aandienen, zullen ontstaan. Het beleid zal daarop moeten inspelen. Wij noemen enkele voorbeelden:

- De verhoudingen tussen de geslachten zullen in de toekomst zeer scheef zijn: de levensverwachting van vrouwen is dusdanig hoger dat zich onder de verweduwden relatief veel meer vrouwen bevinden dan mannen. Van de mannen zal de meerderheid gehuwd zijn, van de vrouwen de meerderheid alleenstaand. Het opbouwen en onderhouden van een netwerk van sociale relaties zal vooral voor vrouwen van belang zijn. Met name nu het beleid erop gericht is dat ouderen langer zelfstandig wonen dienen de voorwaarden voor het onderhouden van dergelijke contacten aanwezig te zijn. Eerder wezen wij al op de wenselijkheid om nieuwe huishoudensvormen van samenwonenden rechtsbescherming te bieden.
- Voorts wordt wel opgemerkt dat de mogelijkheden tot ontmoeting in de stedelijke samenleving zijn afgenomen, omdat het sociale verkeer zich achter de huisdeur heeft teruggetrokken. Ook het vandalisme zou ertoe bijdragen. Er is wel eens opgemerkt dat louter het plaatsen van banken bij winkels de mogelijkheden tot onderling contact tussen ouderen zouden bevorderen, waar dit nu in veel gevallen niet meer een veilige en vertrouwde omgeving is.
- De invoering van de *Tweeverdienerswet* wees verrassenderwijze uit

dat nog een niet verwaarloosbaar gedeelte van de bevolking onderdak verschaft aan een 65-plusser. Dit betreft niet alleen bejaarde ouders (waarvan ca. 12% bij de kinderen woont), maar ook anderen. Deze groep werd ineens tweeverdiener; voor hen is een ontheffingsmogelijkheid gecreëerd. Het CDA is terecht geen voorstander van het weer invoeren van drie-generatie-huishoudens. Waar invoering op vrijwillige basis plaats vindt dient het echter positief tegemoet getreden te worden en zou men de besparingen die het oplevert meer aan betrokkenen ten goede moeten kunnen laten komen.

Een nieuw verschijnsel is nog onbesproken gebleven: wederzijdse hulp door ouderen aan elkaar. Woongroepen zijn in de mode. De verwachtingen moeten uit een oogpunt van mantelzorg waarschijnlijk niet te hoog worden gespannen. Men gaat niet op de eerste plaats bij elkaar wonen om langdurig hulp te verlenen, maar tegen de eenzaamheid. Als zodanig zijn deze woonvormen positief te waarderen, maar de Zweedse ervaring wijst uit dat de groepen snel weer uiteenvallen omdat men waarschijnlijk te dicht op elkaar woont en te weinig privacy heeft om sociale conflicten te vermijden. De groepen blijken weinig stabiel.

Hetzelfde geldt voor de wederzijdse hulp die leeftijdgenoten elkaar bieden. In ons land heeft Braam¹⁵ daarvoor gepleit: ouderen zouden op basis van wederkerigheid meer hulp aan elkaar kunnen bieden. Onderzoek wijst nog niet uit dat dit ook werkelijk het geval is. Er blijkt toch verschil tussen vriendschapsrelaties, waarbij ook andere aspecten van het bestaan aan de orde zijn, welke niet zonder meer verenigbaar blijken met zorg-contacten. Met name het ruilkarakter van de verhouding verdwijnt bij een relatief zware en langdurige hulpvraag van een kant. Dit type zorg kan eigenlijk vooral verwacht worden in familieverhoudingen.

4.4. De buurt als zorgverlener

In het algemeen heeft de buurt als integratiekader in onze samenleving aan betekenis ingeboet, al zullen daar zeker nog regionale verschillen bestaan. De cijfers over de verstrekte informele hulp wijzen uit dat buurtgenoten daarvan nog altijd een aandeel voor hun rekening nemen. In het kader van het flankerend beleid zou de geografische gemeenschap een nieuwe impuls kunnen krijgen. Bejaardenoorden, die dagservice verlenen gericht op een bepaalde wijk, zullen mede door de relaties die zij daartoe opnieuw aangaan met organisaties voor maatschappelijke dienstverlening en vrijwilligerswerk, waarschijnlijk impulsen geven aan binnen buurten verleende zorg. Vrijwilligerscentrales zullen ook als een samenbindende factor kunnen werken op een geografisch gebied, evenals diaconieën.

Maar waarschijnlijk gaat de grootste impuls van de mensen zelf uit. Eenzaamheid, verveling en angst zullen de grote problemen worden van langer zelfstandig wonende ouderen. De behoefte om communicatief met elkaar om te gaan ook buitenshuis zal groeien. In Zweden, waar nu al 17% van de

15. *Verslag van de studieconferentie inzake het rapport 'Werkloosheid en de crisis in onze samenleving', Wetenschappelijk Instituut voor het CDA.*

bevolking ouder is dan 65 jaar, blijkt zich dit soepel op te lossen, mensen doen het uit zichzelf. Het gaat erom voorwaarden te scheppen waaronder het sociale leven zich in de directe omgeving van de woning kan ontplooiën. Dat zit hem niet zozeer in de hulpverlening, als wel in de techniek en de architectuur. We gaan van een situatie waarin één op de tien huishoudens oudere mensen omvat naar een situatie waarin dat in één van de vier huishoudens het geval is. Ouderen zullen onder elkaar weer buurtgevoelens ontwikkelen als de omstandigheden daarvoor gunstig zijn. Aanzetten hiertoe zijn al zichtbaar, ook in de stadswijken mits zij een relatief stabiel bewonersbestand hebben. Wel is en blijft het zo dat buurtgenoten wel kortlopende, maar geen chronische zorg op zich nemen. Daartoe zijn toch nauwere banden tussen hulpvrager en hulpverlener noodzakelijk.

4.5. *Samenvatting*

Zowel op het gebied van de mantelzorg in huishoudens als van de mantelzorg in netwerken van familie, vrienden of burens bestaan mogelijkheden om een belangrijk deel van de toekomstige zorgbehoefte tegemoet te treden. Uiteraard betreft dit niet de intensieve zorg die beroepsmatig ingrijpen nodig maakt, maar wel de preventie en het langer zelfstandig blijven, waar tot voor kort al tot opname werd besloten. Dit vergt een verdere stimulans zowel in de richting van de zorgnetwerken, die welbewust op hun verantwoordelijkheid moeten worden aangesproken (familieconsultatie), als in de richting van de ondersteunende professionele hulp. Deze vormen van mantel- en zelfzorg vormen in vier opzichten een stap vooruit vergeleken met vroeger:

- de competentie tot zelf- en mantelzorg is groter bij mensen,
- er staan meer en betere hulpmiddelen ter beschikking,
- er zijn nieuwe sociale kaders ontstaan (zelfhulpgroepen),
- er is een adequaat samenspel mogelijk met meer en betere beroepsmatige zorg dan vroeger beschikbaar was.

Bij deze sociale en technische aspecten van hedendaagse vormen van mantelzorg past ook een sociaal elan, dat oproept tot deze inzet voor de ander. Voor christenen berust dit elan op Bijbelse noties: 'hebt uw naaste lief als uzelf' is geen oproep tot platonische liefde, maar een liefde die zich kenbaar maakt in daden. De gelijkenis van de barmhartige Samaritaan is daarvan een ondubbelzinnig voorbeeld. In andere levens- en wereldbeschouwingen zijn ook noties te vinden die tot vormen van solidariteit of medemenselijkheid opwekken. Met elkaar vormen deze inspiraties in ons land een norm- en waardenpatroon dat sociaal elan geeft aan een moderne aanpak van mantel- en zelfzorg. Dat betekent dat niet teruggerepen wordt op oude gewoonten, maar dat hedendaagse vormen van zorg ontstaan, waarbij een combinatie van beroepsmatige, vrijwillige en omgevingshulp geboden wordt.

5. Vrijwilligerswerk

Over vrijwilligers is inmiddels veel bekend geworden. In ons land zijn 3,8 miljoen mensen wel eens actief als vrijwilliger, gemiddeld 3,5 uur per week. Dit komt neer op een arbeidsvolume van 300 000 mensjaren onbetaalde dienstverlening in de totale kwartaire sector. Ter vergelijking: deze sector omvat 700 000 mensjaren betaalde dienstverlening. In de zorgsector in enge zin zijn ongeveer 1 miljoen vrijwilligers actief, dat is dus het grootste deelterrein waarop vrijwilligers zich inzetten. Dit geschiedt voornamelijk ongeorganiseerd en door vrouwen. Wel is er een evenredige deelname uit de sociale milieus.¹⁶

In feite betreft het hier omgevingshulp (mantelzorg). Dit dient duidelijk onderscheiden te worden van georganiseerd vrijwilligerswerk, dat verricht wordt door vrijwilligersorganisaties. Vrijwilligersorganisaties zijn hulpdiensten, burenhulporganisaties, Unie van Vrouwelijke Vrijwilligers, Vereniging Zonnebloem, Rode Kruis, diaconieën, zelfhulpgroepen, etc.

Met name de tijdsduur die mensen actief willen blijven als vrijwilliger is van belang als het gaat om een oordeel over het potentieel aan vrijwilligerswerk dat in de samenleving aanwezig is. De indruk bestaat dat in de verzorgingsstaat de maatschappelijke inzet individualistischer en meer ad hoc is geworden (actiegroepen bijvoorbeeld), waar deze daarvoor meer in een 'in voor- en tegenspoed' karakter had. Het WRR-rapport *Vernieuwingen in het Arbeidsbestel* gaat hier uitvoerig op in. De Raad is niet optimistisch over een mogelijke groei in het vrijwilligersaanbod, maar geeft aan dat dit ook cultureel en economisch bepaald is.

Onderzoek wijst uit dat vrijwilligerswerk tot dusver meer gedaan wordt door werkenden en huisvrouwen en minder door werklozen, ook al zijn er signalen dat met name ouderen die uit het arbeidsproces zijn getreden zich meer en meer bij de vrijwilligersorganisaties melden.¹⁷ De capaciteit om het dagelijkse leven te organiseren vergroot kennelijk de mogelijkheden om er ook nog wat bij te doen, terwijl tijdelijke werkloosheid tot een lager activiteitsniveau leidt. Het leiden van een huishouden blijkt hier duidelijk gelijk te stellen met een betaalde werkkring. De praktijk wijst uit dat als man en vrouw beiden gaan werken het vrijwilligerswerk van de vrouw erbij inschiet omdat zij baan en huishouden combineert. Het zorgvermogen van familie- of buurtnetwerken neemt daardoor duidelijk af.¹⁸ Als een complementaire ontwikkeling zich bij mannen zou voordoen zou emancipatie per saldo niet tot een afname van het zorgende vermogen in de samenleving hoeven leiden. Dat lijkt echter nog niet voldoende het geval te zijn. Deze constatering leidt ons tot de conclusie dat het beleid gericht moet blijven op het beter verdelen van betaalde en onbetaalde arbeid over beide partners, dat deeltijdarbeid krachtig moet worden bevorderd, dat bestrijding van de werkloosheid belangrijk blijft omdat het mensen ook op andere

16. *Vrijwilligerswerk tussen betaald en huishoudelijk werk*, WRR, 1984, V.42, pag. 8. *Vernieuwingen in het arbeidsbestel*, 1981, pag. 168, (cijfers 1976).

17. *Sociaal Cultureel Rapport*, 1986; *Vrijwilligerwerk in Ziekenhuizen en Verpleegtehuizen*, R.U. Leiden, Fac. Soc. Wet., 1985.

18. *Ouder worden in de toekomst*, Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, Leidschendam, 1984, pag. 3.

levensgebieden inactief maakt, en dat de status van uitvoerend vrijwilligerswerk moet worden verhoogd.

Het is van belang om het georganiseerde vrijwilligerswerk kansen te geven. Dat biedt aangrijpingspunten voor continuïteit en de deskundigheid die de omgevingshulp soms mist. Het beleid moet zich richten op de volgende aandachtspunten:

- Het vrijwilligerswerk moet mogelijkheden hebben om te zorgen voor adequate toerusting. Als dit laatste er niet bij komt is betutteling niet uitgesloten en werkt de hulp averechts. Ook de vrijwilliger moet de taal van de cliënt verstaan. Hij heeft daartoe zelfs betere mogelijkheden dan de professional. Training en competentieverhoging behoren bij het vrijwilligerswerk.
- Het is van belang om de motivatie van de vrijwilliger in tact te houden. Deze komt vooral tot uiting in de binding die hij of zij heeft aan een groep gelijk gemotiveerde mede-vrijwilligers en minder in de relatie met de beroepskracht of de professionele hulpverleningsinstantie. Zij doen vrijwilligerswerk omdat zij daar aardigheid in hebben, dat boeiend vinden en om iets voor de medemens te betekenen. Vrijwilligerswerk moet zijn impuls daarin vinden. Eventuele subsidie dient bijvoorbeeld direct aan vrijwilligersorganisaties zelf beschikbaar te worden gesteld en niet via bemiddeling van professionele organisaties. Als deze laatste als sluitpost worden gebruikt naar de vrijwilligers toe sluipt er al gauw een bevoogdend element binnen, de verhouding tussen de beroepskrachten en vrijwilligers is nog niet optimaal.¹⁹
- Voorts is van belang dat vrijwilligers kunnen rekenen op een adequate verzekering tegen ongevallen tijdens hun vrijwilligerswerk en een tegemoetkoming in reis- en andere kosten. Deze uitgaven dienen een subsidiabele c.q. vergoedbare kostenpost op de begroting van de instellingen te zijn. Voorts wat betreft ongevallen tijdens vrijwilligerswerk nog het volgende: de AAW strekt zich thans niet uit over vrijwilligerswerk omdat de wet als drempel stelt dat men minstens f 4000 inkomen heeft uit het werk. Het is de vraag of dat zo moet blijven. Vanuit vrijwilligerscentrales wordt voorts gesignaleerd dat de ontheffing van f 600 die de belastingdienst thans verleent voor vrijwilligersonkostenvergoedingen te laag is. Voor het meerdere zou een loondienstverhouding ontstaan waartoe een boekhouding bijgehouden moet worden, alsmede premie- en belastingafdracht. Dat is ongewenst.
- Een individueel vrijwilligerscontract, zoals weleens geopperd is als mogelijkheid om rechten en plichten vast te leggen achten wij geen adequaat middel. Het staat haaks op het wezen van de vrijwilligheid. Beter is het de noodzakelijke continuïteit van het werk te verzekeren door middel van contracten tussen vrijwilligersorganisaties en de instellingen waarvoor zij als vrijwilliger actief zijn. Binnen de vrijwilligersorganisaties dient vervolgens de groepscontrole te fungeren als instrument om afspraken na te komen.
- Het meest knellende probleem dat door betrokkenen zelf wordt erva-

19. Vgl. ook *Handreiking voor samenwerking van vrijwilligersorganisaties en beroepsorganisaties op het gebied van de thuiszorg*, Platform voor Vrijwilligerswerk, Den Haag, 1986.

ren is het gebrek aan erkenning. Men wordt door lagere overheden en professionele instellingen niet als organisatie betrokken in het overleg op een gelijkwaardige basis, maar ingeschakeld om de klussen op te knappen. Ook de faciliteiten van de vrijwilligersorganisatie zijn vaak gebrekkig (telefoon, typemachine, etc.). Een eigen organisatorisch verband dat herkenbaar is aan de eigen stijl en waarin de motivatie van de vrijwilligers zichtbaar wordt in de omgangsvormen voorziet in belangrijke mate in deze erkenning.

- Op deze eigen stijl wordt ook inbreuk gemaakt als de overheid uit vermeende efficiencymotieven de kaderondersteunende beroepskrachten uit de vrijwilligersorganisaties weghaalt en in 'pools' onderbrengt, vanwaaruit zij voor iedere gegadigde ingezet worden. Dat ontnemt kleur aan de beroepskracht die niet technisch neutraal is. Deze ontwikkeling doet zich thans vrijwel in alle provincies voor.

Een bijzonder facet van het vrijwilligerswerk vormen tenslotte de vrijwilligers die actief zijn in intramurale instellingen. In 1981 werkten in 143 ziekenhuizen al bijna 6000 vrijwilligers, in verpleeghuizen 2000. De aantallen zijn sindsdien nog toegenomen.¹⁸ Tal van functies worden er door vrijwilligers verricht zoals: bezoeken van verpleegden, adoptie van eenzame patiënten zonder familie, spelavonden, kerkdiensten, huisradio, bibliotheek, bruin cafe, chauffeur voor uitstapjes, bestuursfuncties, transport van bewoners, helpen met eten geven, boodschappen doen, hulp op de activiteitenafdeling, wandelen met bewoners, verzorging van huisdieren, etc.

Het heeft in het algemeen een aanvullend karakter. Weinig wordt het werk van het personeel overgenomen, behalve als het personeel bovengenoemde activiteiten zelf ontplooid. Wel beleven beroepskrachten dit als een drainage van hun functie: de vrijwilliger de aardige dingen en zij het vuile werk. Dit punt verdient serieuze aandacht nu de werklust voor beroepskrachten door de stijgende verzorgingsbehoefte per cliënt zeer veel zwaarder wordt. Het verdient aanbeveling dat vrijwilligers in intramurale organisaties een aanspreekbaar eigen ontmoetingspunt in de instelling hebben evenals dat voor vrijwilligersorganisaties daarbuiten geldt. Evenzo dienen zij hun vertegenwoordigers als adviseurs in beleidsbepalende organen van de instelling te hebben.

6. Nieuwe vormen van zorg in professionele instellingen

Het zou een misvatting zijn om de zorgzame samenleving te beperken tot de informele hulpverlening. In Amerikaanse literatuur en ook in ons land komt men deze redenering wel tegen. Als ook de professionele hulpverleningsorganisaties niet in de beschouwingen betrokken worden ontstaan er twee gescheiden circuits van enerzijds een betrekkelijk onmachtige informele sector en anderzijds een gebureaucratiseerde professionele hulpverlening. Deze scheiding moet zich niet realiseren. Creatief, in de bevolking verankerd particulier initiatief beschermt daartegen.

20. Vrijwilligerswerk, nu en straks, J.C.M. Hattinga Verschure, *BKZ*, juli 1985.

Met name de vergrijzing vormt een stimulans om tot andere vormen van zorg te komen. De grootschalige professionele zorg van het type dat tot dusver gangbaar was, voldeed niet werkelijk meer. Al in 1970, ruim voor er van bezuinigingen sprake was, werd daarover zorg uitgesproken.²¹ Later kwam de vrees op dat de financiën het niet zouden toestaan om voor zovelen een zorg met een menselijk gezicht te handhaven.²² De afgelopen jaren is het rijksbeleid m.b.t. de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening gericht geweest op beheersing en beperking van de capaciteit en de budgetten. Er zijn bouwstops afgekondigd, er is naar beddenreductie gestreefd, er zijn budgetten gestabiliseerd, dan wel gekort, bij groeiende vraag. Deze externe prikkels hebben de instellingen gedwongen om scherper te selecteren bij het aanvaarden van cliënten en om nieuwe hulpvormen te creëren.

Inmiddels hebben de ontwikkelingen niet stil gestaan. Tussen 1979 en 1984 is het aandeel ouderen woonachtig in *bejaardenoorden* gedaald van 8,1 naar 7,7 procent, terwijl de gemiddelde leeftijd van personen die in een oord gaan wonen is gestegen van 79,6 naar 80,6 jaar. Deze ontwikkeling zet nog verder door. Samenhangend met deze hoge aanvangsleeftijd is ook de gemiddelde verblijfsduur afgenomen, waardoor per saldo het absolute aantal bejaarden dat in een bejaardenoord gaat wonen in genoemde periode is toegenomen met 11,4%.

De vergrijzing gecombineerd met *flankerend beleid* (dagservice verleend door bejaardenoorden, gezinszorg en kruiswerk voor ouderen die niet alle dagelijkse levensverrichtingen meer zelf kunnen uitvoeren, maar overigens wel zelfstandig kunnen blijven wonen), leidt derhalve tot zowel een grotere benutting van de bejaardenoorden als tot nieuwe zorgvormen, die de betrokkenen in de gelegenheid stellen langer zelfstandig te blijven, wat ook eigenlijk hun wens is. Berekeningen tonen aan dat door de invoering van het flankerend beleid meer mensen langer thuis blijven wonen.

Op een facet van deze ontwikkeling willen wij nog wijzen: de relatie tussen zelfstandigheid en dementie. Dementering is een vrij autonoom ziekteproces, dat niet gestopt wordt door mensen langer zelfstandig te laten wonen. Wel wordt de beginfase sociaal bepaald. Verandering van leefmilieu bevordert het proces vaak. Het is mogelijk om dementerende mensen langer in eigen omgeving te handhaven als het huishouden goed op de zorg is ingesteld en er gekwalificeerde gezinszorg is. Mensen functioneren dan beter, hoewel het objectieve ziekteproces als zodanig niet te stoppen is.

In de *gezinszorg* zijn de laatste jaren nieuwe vormen ontwikkeld die tot adequate thuiszorg leiden.²³ Zowel hulp buiten kantooruren, als de wijkbejaardenverzorging als de alphahulpverlening (hulpverlening waaraan geen opleidingseisen worden gesteld en waar geen sociale premies worden geheven, semi-professioneel dus), als de centrale voor gezinsverzorging en de

21. *Welzijnsbeleid voor ouderen*, Wetenschappelijke Instituten CDA, Den Haag, 1976, p. 41.

22. Deze bezorgdheid treffen wij al aan in 'Aspecten van het Welzijnsbeleid', Hoofdstuk II uit *Offers voor de toekomst*, CDA Den Haag, 1976.

23. *Nieuwe vormen van hulp in de gezinszorg*, persbericht WVC, augustus 1984.

gastgezinshulp (waarin gezinsleden opgevangen worden in plaats van dat een verzorgster naar het huis gaat) passen in dit beeld.

Ook het *kruiswerk* stelt zich in op andere vormen van zorg: flexibele kraamzorg, uitbreiding van dag- naar avondzorg (in 1985 in de helft van alle instellingen doorgevoerd), 24-uurs bereikbaarheid (in 1985 in 75% van de instellingen doorgevoerd) en preventieve taken vormen de nieuwe aandachtspunten in het meerjarenbeleid.²⁴

Het *maatschappelijk werk* verkeert in een minder duidelijke positie. Er zijn in ons land zo'n 2250 maatschappelijk werkers werkzaam bij 180 instellingen voor algemeen maatschappelijk werk. Omdat het beleid terzake gedecentraliseerd is naar gemeenten moeten de instellingen voor maatschappelijk werk strijd voeren over hun voortbestaan omdat gemeentebesturen aan de verleiding bloot staan het maatschappelijk werk bij de Gemeentelijke Sociale Dienst voorkeur te geven boven het particuliere initiatief. Het maatschappelijk werk probeert de gehele leefsituatie van de cliënt in de behandeling te betrekken en wil zich daarmee onderscheiden van de medicaliserende benadering van de (geestelijke) gezondheidszorg.²⁵ Samen met de huisartsen vormen maatschappelijk werk, gezinszorg en kruiswerk de vier erkende werkvormen uit de eerste lijn. Ook hier is sinds kort 24-uurs bereikbaarheid ingevoerd, welke wordt gefinancierd uit kortingen op de tweede-lijns geestelijke gezondheidszorg.

Ook in *ziekenhuizen en verpleeghuizen* kunnen vernieuwingen plaatsvinden gericht op een beter zorgklimaat. Substitutie naar andere vormen van zorg kan daarvan deel uitmaken.

Een recent rapport van het Sociaal Cultureel Planbureau inventariseert de mogelijkheden om over te gaan tot substitutie van duurdere vormen van zorg voor goedkopere.²⁶ In het algemeen gesproken groeien verpleeghuizen en bejaardenoorden naar elkaar toe en nemen zij alleen nog cliënten op die niet via mantel- en zelfzorg, aangevuld met beroepsmatige zorg-opmaat, zelfstandig of bij anderen in huis kunnen blijven wonen. Deze ontwikkeling is juist, de niet-medische aanpak van de bejaardenoorden kan een vruchtbare invloed hebben op de soms wat al te sterk op revalidatie gerichte verpleeghuizen. Het verdient aanbeveling deze ontwikkelingen ook via het verzekeringssysteem vanuit één financieringswijze te benaderen. De instuutsfinanciering kan dan vervangen worden door een zorg-opmaat financiering. Deze substitutie is veelal ook van belang in verband met verbetering in het zorgklimaat van die cliënt, zoals wij die in dit hoofdstuk hebben bepleit. Deze verbetering hoort voorop te staan; daarna blijkt wellicht een mogelijkheid om tot besparingen te komen.

De verschuivingen die mogelijk zouden zijn tussen tweede- en eerstelijnszorg bij de ziekenhuizen maken van deze inventarisatie nog geen deel uit. Macro-economisch zijn de ziekenhuizen gebudgetteerd en is bijvoorbeeld

24. *Kruiswerk in beeld, kernpunten*, Nationale Kruisvereniging, Bunnik, 1986.

25. 'Maatschappelijk Werk', *Christen Democratische Verkenningen*, 9/85.

26. *Samenhang in de zorg*, Sociaal Cultureel Planbureau, Rijswijk, mei 1986.

het kruiswerk uitgebreid, zodat men zich een zekere geldstroom van de ene sector naar de andere kan voorstellen, lopend via de rijksbegroting. Praktische substitutie zou zichtbaar kunnen zijn in de gemiddeld teruggelopen ligduur in de ziekenhuizen en de daarbij passende thuiszorg. Ook zijn er huisartsen die meer diagnostische verrichtingen zelf (laten) verrichten in plaats van de patiënt door te verwijzen. Soms verneemt men echter ook geluiden als zou de tweedelijnszorg niet werkelijk zijn verminderd, terwijl de eerste wel is uitgebreid, zodat per saldo van substitutie geen sprake is. Ook hier liggen in het financieringssysteem belemmeringen om tot de beoogde verschuivingen te komen.

7. Samenhang binnen het zorgaanbod

Van groot belang voor het bereiken van vervanging van het ene type zorg door het andere zijn de *samenwerkings- en overlegvormen*, zowel horizontaal binnen de eerste en tweede lijn afzonderlijk, als verticaal tussen eerste en tweede lijn.

Sinds minister Stuyt in 1972 het idee van regionalisatie en echelon nering in onze gezondheidszorg heeft gebracht en staatssecretaris Hendriks dit in 1974 uitwerkte in zijn *Structuurnota* heeft de gedachte geheerst dat de eerste lijn in samenhang moest functioneren. Huisarts, maatschappelijk werkende, wijkverpleegkundige en gezinsverzorgende zouden een teamverband moeten vormen. Dit heeft geresulteerd in de vorming van home-teams en in een gestructureerde vorm van samenwerking in gezondheidscentra.

Dit concept viel goed in die tijd, waarin de huisartsgeneeskunde heel sterk bezig was haar eigen identiteit te vinden. Na de Tweede Wereldoorlog steeg het aantal specialisten sterk; de ontwikkelingen in de geneeskunde op specialistisch terrein namen uitermate sterk toe en de patiënt kreeg minder vertrouwen in het werk van de huisarts. In de vijftiger jaren leidde dit afbrokkelend vertrouwen in de huisartsgeneeskunde tot een ineenslaan van de huisartsenhanden en ontstond het Nederlands Huisartsen Genootschap als réveilbeweging. Men legde zich na Querido's ideeën over integrale geneeskunde toe op een huisartsgeneeskunde die de mens in zijn somatische, psychische en sociale aspecten zou behandelen. Dàt zou het typische van de huisarts zijn en worden. In de zestiger jaren werd vooral de nadruk gelegd op de ontwikkeling van vaardigheden om de psycho-sociale kanten van de klachten zo ver mogelijk uit de diepen. In deze vruchtbare bodem viel het idee van de samenwerkingsrelaties in de eerste lijn zeer goed. In de zeventiger jaren werd hier dan ook sterk de nadruk op gelegd.

Thans wordt er minder optimistisch gedacht over deze samenhang in de eerste lijn. Een onderzoek vanuit het Provinciaal Opbouworgaan van Overijssel omtrent de samenwerking in de eerste lijn toont aan dat veel groepen een dalende motivatie te zien geven. Het is een praten over algemene problemen. Slechts 16% van de overlegtijd wordt aan patiëntenbesprekingen besteed. Met name bij de huisartsen bestaat het meeste voorbehoud omtrent de effectiviteit van de samenwerkingsverbanden. De meest belemmerende factor is het verschil in vaktaal. In principe hebben de vier disciplines

te weinig met elkaar gemeen om een goede samenwerking in gestructureerde vorm aan te gaan. Er zijn nauwelijks gegevens die positief berichten over de verwachtingen aangaande de kwaliteitsverbetering, democratisering en winst op het persoonlijk vlak.

Gestructureerde samenwerking zal moeten worden vervangen door functionele samenwerking. Wanneer men elkaar nodig heeft omtrent probleemoplossing bij een bepaalde patiënt dan zal men elkaar moeten weten te vinden. Samenwerkingsovereenkomsten en informele afspraken werken daartoe het beste. Het initiatief daartoe gaat bij voorkeur van de betrokkenen uit omdat het ook hun verantwoordelijkheid betreft. Dit wordt thans nog wel belemmerd door de sterke verticale organisatiestructuur van bijvoorbeeld het kruiswerk. Toch zijn tussen kruiswerk en gezinszorg onlangs gesprekken gestart over vergaande samenwerkingsvormen.

Uitzicht bepleit bovendien uitbouw van de aansluiting op het vrijwilligerswerk, bijvoorbeeld door bestuurlijke relaties met vrijwilligersorganisaties aan te gaan. De zorg die is ingesteld op de acute patiënt zal immers meer te maken krijgen met chronische cliënten. Daartoe zijn duurzame zorgnetwerken nodig welke een relatie onderhouden met de professionele instellingen teneinde de juiste complementariteit in het beroepsmatige en vrijwilligersaanbod te bewerkstelligen.

Verticale verbindingen tussen eerste- en tweedelijnszorg komen nog niet veel voor. Vanouds zijn er wel informele relaties tussen huisartsen en ziekenhuizen. Soms (bijvoorbeeld in Overijssel) zijn er afspraken tussen de specialisten in het ziekenhuis dat men de verantwoordelijkheid voor bepaalde regio's onderling verdeelt. Van formele relaties is zelden sprake. Het overheidsbeleid bewerkstelligt eerder een scheiding tussen eerste en tweede lijn door beide echelons aan respectievelijk gemeentelijke en provinciale planningsbevoegdheid te koppelen. Ook de instelling van gezondheidsregio's die vaak natuurlijk gegroeide verbindingen doorbreken door een bestuurlijke indeling te volgen, verstoren bestaande verbindingen tussen eerste en tweede lijn.

Willen we daadwerkelijk de zorgzame samenleving versterken dan zal het eerstelijns-concept moeten worden verlaten en zal er een stimulering moeten optreden tot vorming van samenwerkingsverbanden tussen huisarts en specialist. In medische vakbladen wordt gepleit voor een geïntegreerde zorgverlening, waarbij men regionale organen voor integrale gezondheidszorg voorstaat met daarin een coördinator eerste en tweede lijn. Heel belangrijk is het gegeven dat in de opleiding van de medici aan deze samenwerking aandacht wordt besteed. Immers huisartsen en specialisten spreken op dit moment niet meer dezelfde taal, kijken heel verschillend aan tegen de klacht van de patiënt. De huisarts ziet de klacht als een stoornis in het functioneren van de patiënt, die niet lichamelijk hoeft te zijn, voor de specialist is het een mogelijk symptoom van ziekte.

Op dit moment wordt gedacht aan experimenten over substitutie van de tweede lijn door de eerste lijn. Deze experimenten zullen krachtig gesteund moeten worden samen met de stimulering van de vorming van samenwerkingsverbanden. We zullen bij deze experimenten de samenhang in de gezondheidszorgvoorzieningen niet uit het oog mogen verliezen. Immers

wanneer de specialist meer aan de huisarts overlaat zou hij zijn vrijgekomen tijd weer kunnen vullen met het uitvoeren van nog meer onderzoeken. Een goede en vooral op elkaar afgestemde honoreringsstructuur zou dit kunnen verhinderen. Vooralsnog geven onderzoeken in ziekenhuizen, waar de specialisten in loondienst zijn, geen reden tot optimisme over beheersbaarheid via de loondienstsituatie. De kosten van loondienst zijn even hoog of zelfs hoger dan de vrije-vestigingssituatie.

Het CDA-verkiezingsprogram probeert de verbindingen tussen eerste en tweede lijn te formaliseren door de instelling van regionale *Kamers van Gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening*. In de bestuurlijke proefgebieden wordt met regio-commissies gewerkt, waarin ook de overheden zitting hebben. Het CDA-program wil dit niet en legt de primaire verantwoordelijkheid voor de samenhang bij de verzekeraars en de gezondheidszorg zelf.

8. Wegen naar een zorgzame samenleving

Het is in onze maatschappij goed gebruik dat de maatschappelijke solidariteit optreedt om personen te helpen bij het dragen van niet te voorziene ernstige risico's. Wij hebben uiteengezet dat zelf- en mantelzorg de basis van de zorg in een samenleving behoren te zijn. Niet vanzelfsprekend is immers dat solidariteit voornamelijk gestalte krijgt langs anonieme, bureaucratisch gefinancierde en georganiseerde weg. Ook is deze solidariteit niet ter leniging van noden die voorzien en tot verantwoordelijkheid van de huishoudens en de zorgnetwerken gerekend kunnen worden. Het accent te leggen bij zelf- en mantelzorg betekent per saldo niet een vermindering van solidariteit, maar een normale wijze van uiting daarvan, welke adequaat ondersteund moet worden met beroepsmatige zorg.

Op welke wijze kunnen wij deze balans tussen maatschappelijke en informele vormen van solidariteit gestalte laten krijgen? Welke risico's behoren door de overheid, via wetgeving gedekt te worden en welke risico's kunnen via privaatrechtelijke overeenkomst (particuliere verzekeringen, CAO's) of via informele hulp gevangen worden? Om een voorbeeld te noemen: is het feit dat men niet alle algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) meer zelf kan uitvoeren een door de overheid te ondervangen risico? Of mag men deze verrichtingen tot het terrein van de mantelzorg rekenen?

Er zijn er wel die van mening zijn dat het voorzien in hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen tot de eigen verantwoordelijkheid van mensen behoort, waartegen men zich desnoods aanvullend zou moeten verzekeren. Het komt inderdaad wel voor dat bijvoorbeeld een uitkering voor gezinszorg onderdeel uitmaakt van bij CAO geregelde arbeidsvoorwaarden. Eerst bij langdurige hulpbehoefendheid (méér dan drie maanden) zou naar hun mening een wettelijk verplichte verzekering in werking dienen te treden.

Thans zijn de wijkverpleging (die naast medische zorg ook een klein deel hulp bij ADL biedt) en de gezinszorg door de AWBZ, respectievelijk subsidies gefinancierde voorzieningen, waarop niet een individueel afdwingbaar recht rust, maar een inspanningsverplichting waarvan de overheid de

grenzen bepaalt, door middel van budgettering. In de praktijk wordt door de leid(st)er gezinszorg vastgesteld of het werk ook door mantelzorg verricht zou kunnen worden en men schijnt zich daarbij tamelijk terughoudend op te stellen.²⁷ De vraag is wel of men deze vraag aan het gehele potentiële zorgnetwerk stelt, inclusief buitenshuis wonende kinderen en burens, of alleen aan betrokken cliënt. Familieconsultatie houdt juist méér in dan het raadplegen van de cliënt alleen.

Als werkelijk geen zorgnetwerk aanspreekbaar is, dan is terugdringing van de professionele hulp niet mogelijk zonder mensen aan verwaarlozing bloot te stellen. Dan treden er inderdaad risico's op waarvoor de overheid niet lijkt te kunnen terugtreden, wil zij althans een 'vloer' in de samenleving garanderen van minimaal noodzakelijke verzorging. Wij hebben echter gezien dat dit maar zelden het geval hoeft te zijn. Meestal zijn er vormen van mantel- en zelfzorg aanspreekbaar, die in combinatie met beroepsmatige zorg-op-maat de noodzakelijke zorg kunnen bieden. Waar omgevingshulp wel beschikbaar is, maar men er geen gebruik van wenst te maken, dient men zich particulier aanvullend te verzekeren voor deze hulp.

Verwacht mag worden dat de zich verbeterende financiële positie van ouderen ook een commercieel aanbod aan thuiszorg zal uitlokken. De eerste initiatieven op dit gebied dienen zich al aan. Het zou goed zijn als kruiswerk en gezinszorg zich konden ontwikkelen tot 'zorg-corporaties', die naast hun sociale taken ook een aanbod thuiszorg tegen kostprijs mogen doen. Voor de sociale taken dient de financiering geharmoniseerd te worden, zodat de onderlinge afstemming in het werk optimaal kan plaatsvinden.

Eén en ander betekent dat van geval tot geval beoordeeld moet worden of en hoe de beroepsmatige hulp intervenueert in de zelf- en mantelzorg. Het accent komt op de indicatiestelling te liggen. Men kan niet de totale thuiszorg voor de eerste drie maanden uit het verzekeringspakket tillen, omdat er mensen zullen zijn die geen beroep op mantelzorg kunnen doen. Tegelijk dient de beroepsmatige thuiszorg dit dilemma goed te kunnen hanteren. De vernieuwing van het dienstenaanbod dat daar al op gang gekomen is, dient te worden voortgezet en uitgebouwd in de richting van een beter gecoördineerde benadering van hulpvragers. Kruiswerk, gezinszorg en wijkservice van bejaardenoorden en verpleeghuizen dienen tot een gezamenlijke indicatiestelling te komen. Het voor dit doel opgerichte gecoördineerd bejaardenwerk heeft deze functie niet kunnen waarmaken, omdat het de bevoegdheid daartoe miste. Beter is het de betrokken instellingen bij wet voor te schrijven, dat zij daartoe bestuurlijke samenwerking aangaan met elkaar en moderne administratieve technieken daartoe toepassen. In de verdere toekomst kan door middel van een herziening van het verzekerings- en bekostigingsstelsel het toezicht terzake ook bij de financiers worden gelegd. Wij komen op deze wijziging in het hoofdstuk 'Verzekeringen' terug.

27. 'Bezuinigingen en vergrijzing vergroten druk op gezinsverzorging', *NRC*, 3 juni 1986.

9. Conclusies en aanbevelingen

1. Zelf- en mantelzorg zijn de normale functies van huishoudens en zorgnetwerken van familie, vrienden en burens. Deze zelf- en mantelzorg voorzien in het leeuwendeel van de totale in de samenleving verrichtte zorg. Het beleid dient erop gericht te zijn deze normale functies van huishoudens en zorgnetwerken in stand te houden en te versterken.

a. Samenlevingsverbanden van mensen dienen daartoe te worden beschermd en niet ontmoedigd door in de wetgeving mensen uitsluitend als individuen te behandelen. De juridische mogelijkheden tot het vormen van huishoudens dienen te worden verruimd.

b. Het beleid dient er van uit te gaan dat in meerpersoonshuishoudens mantelzorg voor de leden van het huishouden een normale zaak is. Wie zonder medisch-sociale indicatie voor beroepsmatige hulpverlening kiest zal deze hulp zelf moeten financieren, eventueel door middel van aanvullende verzekeringen.

c. Ook alleenstaanden moeten kunnen rekenen op een netwerk van sociale contacten dat hen in geval van nood ook terzijde kan staan. Sociale zelfzorg kan dat bevorderen.

d. Het stads- en dorpsinrichtingsbeleid, de woningverbetering, alsmede het sociaal beheer van buurten dienen erop ingesteld te worden dat in de toekomst één op de vier huishoudens uit ouderen zullen bestaan.

e. Zorgkunde dient in de opleidingen in de gezondheidszorg te worden geïntroduceerd opdat de meest effectieve toerusting van cliënten en hun samenlevingsverbanden geboden wordt door de hulpverlener waarmee zij direct te maken hebben.

2.a. Bij gezinszorg en kruiswerk zijn ontwikkelingen in gang die ertoe leiden dat thuiszorg door beide instellingen in de toekomst op samenhangende wijze kan worden aangeboden. Het verdient aanbeveling dat deze (eventueel tot 'zorg-corporaties' gefedereerde) instellingen hun sociale aanbod aan dienstverlening nog beter afstemmen op de mogelijkheden die zelf- en mantelzorg in huishoudens en zorgnetwerken hebben. Familieconsultatie is een methode die tot een modernere vorm van samenwerking tussen beroepsmatige en informele hulpverlening kan leiden.

b. Voor mensen die er de voorkeur aan geven om niet van mantelzorg gebruik te maken zouden deze zorgcorporaties een thuiszorg-aanbod tegen kostprijs moeten kunnen bieden.

c. Bejaardenoorden en verpleeghuizen groeien naar elkaar toe. Tot hun bewoners behoren in toenemende mate slechts mensen die ook met mantelzorg niet langer zelfstandig kunnen wonen. De capaciteit van bejaardenoorden en verpleeghuizen kan bij een doorzetten van het flankerend beleid als voldoende beschouwd worden om de toekomstige verzorgingsbehoefte van hoogbejaarden op te vangen. Het risico van leegstand is niet denkbeeldig. Het verdient aanbeveling om beide voorzieningen onder één financieel regime te brengen opdat de onderlinge afstemming en de substitutie met thuiszorg optimaal gerealiseerd kunnen worden.

d. Kruiswerk, gezinszorg, bejaardenoorden en verpleeghuizen dienen bij wet voorgeschreven te worden dat zij een bestuurlijk samenwerkingsver-

band aangaan teneinde de geboden zorg op elkaar af te stemmen en de indicatiestelling te harmoniseren. Alternatieven voor de opname-vraag bij ouderen en gehandicapten dienen te worden ontwikkeld. Thans is het: wel of geen opname-indicatie voor verpleeghuis of bejaardenoord. Er is behoefte aan alternatieven die samen een getrappt opgebouwd pakket van zorg-op-maat vormen:

- thuisblijven met versterking van mantelzorg en met woningaanpassing c.q. -ruil;
- thuisblijven met een nader vast te stellen hoeveelheid beroepshulp van wijkverplegende, bejaardenhulp, gezinshulp, etc.; per patiënt dient er in de familie een zorgplan opgesteld te worden met een medewerker, waarbij in onderling overleg verantwoordelijkheden worden vastgesteld, welk deel van de zorg door de familie wordt verricht;
- dagverzorging waarbij men enkele dagen per week overdag in een tehuis terecht kan;
- nachtverzorging in een tehuis bij frequente nachtelijke onrust (aldus kan men mantelzorg zodanig verlichten dat zij intact kan blijven);
- lichte opname-indicatie bijvoorbeeld voor aanleunwoning, etc;
- opname in verzorgingshuis;
- opname in verpleeghuis (altijd om te beginnen bijvoorbeeld voor een half jaar).

Onderzocht dient te worden hoe in het bekostigings- en verzekeringsstelsel een dergelijke pakketopbouw gestalte kan krijgen. In het kader van een overeenkomstensysteem tussen verzekeraars en aanbieders van zorg lijkt een dergelijk zorg-op-maat-systeem betere kansen te hebben dan thans het geval is.

e. De gemiddelde ligduur in ziekenhuizen is drastisch afgenomen ten gunste van thuiszorg. Verdere substitutie met andere vormen van zorg vereist ook hier een vergroting van de mogelijkheden van verzekeraars en de ziekenfondsen tot beheersing van de verstrekkingen.

3. Verdere ontwikkeling van de volksgezondheid en de maatschappelijke dienstverlening vergt een systematische verantwoording in het licht van het mensbeeld en de gezondheidsstijl die door betrokkenen wordt voorgestaan. Ruimte voor verscheidenheid aan gezondheidsstijlen in het verzekeringsstelsel zowel als in het aanbod van gezondheidszorg is gewenst, teneinde de medische technocratie te ontmythologiseren. Geprofileerde gezondheidsstijlen zullen ook sociaal elan voortbrengen dat stimuleert tot creatieve vormen van zelf- en mantelzorg in balans met werkelijk noodzakelijke beroepsmatige hulpverlening.

4.a. Een grotere deelname van vrouwen aan het arbeidsproces zal het eigen zorgvermogen van huishoudens niet hoeven aantasten, maar wel de deelname aan vrijwilligerswerk buitenshuis doen afnemen. Omdat het familie-zorgnetwerk van grote betekenis is, dient het beleid uit te blijven gaan van verdeling van betaalde en onbetaalde werkzaamheden over mannen én vrouwen. Dit vergt onder meer voortzetting van het beleid gericht op de totstandkoming van meer deeltijdbanen.

b. Het lijkt er op dat vroeger uit het arbeidsproces tredende ouderen het

teruglopende vrijwilligerspotentieel door het wegvallen van huisvrouwen die beroepsarbeid gaan verrichten, weer aanvullen. Alleen tijdelijke werkloosheid leidt tot verminderde activiteit op allerlei levensterreinen.

c. Vrijwilligersorganisaties dienen als zodanig meer erkend en geholpen te worden teneinde als motiverende, deskundigheidsbevorderende en continuïteitsbewakende centra voor vrijwilligers te fungeren. Zij dienen niet onder het CAO-denken van de professionele instellingen te vallen. Vrijwilligers hebben een eigen waarde. Daartoe dient:

- vrijwilligerswerk onder de AAW gebracht te worden;
- in de budgettering een post opgenomen te worden die onkostenvergoeding mogelijk maakt; het bedrag dat de belastingdienst voor deze vergoedingen thans vrijstelt moet worden verhoogd;
- dienen vrijwilligersorganisaties over voldoende outillage te kunnen beschikken. Als de middelen daartoe niet uit eigen fondsenwerving kunnen komen springt de overheid bij;
- dienen vrijwilligersorganisaties bestuurlijk vertegenwoordigd te zijn in professionele organisaties die van hun diensten gebruik maken.

5. Als deze ontwikkelingen in gang gebracht kunnen worden is er uitzicht op een zorgzame samenleving, die in een viertal opzichten een stap vooruit betekent met de 'dorpssamenleving' van vroeger:

- de competentie van de mensen tot zelf- en mantelzorg is groter geworden,
- er staan meer en betere hulpmiddelen ter beschikking,
- er ontstaat meer ruimte binnen bestaande en nieuwe sociale kaders (bijvoorbeeld zelfhulpgroepen),
- er is een adequaat samenspel mogelijk met meer en betere beroepsmatige hulpverlening dan vroeger aanwezig was.

Het normen- en waardenpatroon in ons land verschaft ook de inspiraties om het sociale elan dat bij deze zorgzame samenleving hoort te dragen. In combinatie met een meer doeltreffende en doelmatige toepassing van het huidige niveau van beroepsmatige zorg, hoeven de demografische uitdagingen in de sector van de volksgezondheid en de maatschappelijke dienstverlening ons niet voor onoverkomelijke problemen te stellen.

Hoofdstuk III. De structuur van het beleidsterrein volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening

1. Inleiding

In het vorige hoofdstuk is een wenselijke ontwikkeling van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening in de richting van een zorgzame samenleving omschreven. Op zichzelf is deze wenselijkheid nog niet voldoende. Van grote invloed op de feitelijke realisatie daarvan is het antwoord op de vraag wie in welke gevallen daartoe moet besluiten: de overheid, het particulier initiatief, de markt of de huishoudens. De laatste vijftien jaar is terzake van de sturing veel van de overheid verwacht. Meer en meer dringt het besef door dat overheidsingrijpen alleen onvoldoende is om de voorgestane ontwikkelingen tot stand te brengen. Medewerking van de georganiseerde samenleving is noodzakelijk. Daarom is het van belang de verdeling van de verantwoordelijkheden onder de loep te nemen alvorens tot beleidsaanbevelingen voor de overheid over te gaan.

De ordening van het systeem van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening kan op verschillende manieren plaatsvinden. Bekende varianten zijn bijvoorbeeld de Engelse genationaliseerde gezondheidszorg, het Amerikaanse vrije marktsysteem en het Nederlandse gemengde stelsel gebaseerd op particulier initiatief met overheidsinterventie. Een parallel valt op met de wetenschappelijke discussie over de meest wenselijke economische orde. Het gaat om een zgn. 'zorgorde', een ordening van de bevoegdheden tot besluitvorming over de verlening van zorg, de financiering en de kwaliteitshandhaving daarvan. In navolging van het in het rapport *Gespreide verantwoordelijkheid*²⁸ ontwikkelde theoretische model onderscheiden wij in deze zorg-orde niveaus van besluitvorming, wijzen van besluitvorming en instanties die bevoegd zijn tot besluitvorming.

A. Niveaus van besluitvorming zijn:

1. *Micro-niveau*, onderverdeeld in:

- de nulde lijn: de patiënt/cliënt en zijn omgeving (huishoudens en zorgnetwerken)
- eerste lijn: vrijwilligerswerk, huisartsen, wijkverpleging, gezinszorg en maatschappelijk werk;
- tweede lijn: ziekenhuizen, verpleeghuizen, bejaardenoorden, psychiatrische inrichtingen, RIAGG's (Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg).

2. *Meso-niveau*: samenwerkings- en overlegverbanden naar regio, werksoort of levensbeschouwing, gemeenten en provincies, voorts ziekenfondsen en particuliere verzekeraars.

28. *Gespreide verantwoordelijkheid*, Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, Den Haag, 1978.

3. *Macro-niveau*: nationale koepels van particulier initiatief, de rijksoverheid, de Ziekenfondsraad, de Nationale Raad voor de Volksgezondheid e.d.

B. De wijzen van besluitvorming zijn:

1. Via het *concurrentiemechanisme* (vraag en aanbod afgestemd door concurrentie en vrije prijsvorming in de commerciële markt of in gereguleerde competitie tussen non-profit organisaties).
2. Via *overleg* (veelal geïnstitutionaliseerd in planningsorganen).
3. Via *centrale leiding* (van particuliere monopolisten of de overheid).

C. De bevoegde instanties tot besluitvorming zijn:

1. *Individuele beslissers* (patiënten, besturen van ziekenhuizen, verzekeraars, etc.).
2. *Organisaties van particulieren* (landelijke koepelorganisaties van instellingen of ziekenfondsen en particuliere verzekeraars, vakbonden en werkgevers, etc.).
3. *De overheden* (EG, rijk, provincie, gemeenten).

De politieke invalshoek richt zich op de vraag in welke mate de overheid op de verschillende niveaus de markt, het overleg of de centrale leiding dient te beïnvloeden en of er langs wettelijke weg besluitvormingskaders in de particuliere sfeer aangewezen moeten worden waarbinnen betrokkenen zelf de zaken verder regelen.

Christen-democratische criteria voor de inrichting van deze zorg-orde zijn: het op zo laag mogelijk niveau behartigen van door rentmeesterschap (zelfzorg) en solidariteit (omgevingshulp, premie naar draagkracht, etc.) georiënteerde gespreide verantwoordelijkheid, waarbij de overheden vanuit het gezichtspunt van de publieke gerechtigheid voorwaarden scheppen voor deze verantwoordelijkheidsbeleving, alsmede optreden als 'schild voor de zwakken' waar het maatschappelijk leven tekort schiet.

Wij hebben voorkeur voor een zo laag mogelijk niveau van besluitvorming omdat de afweging van lusten en lasten daar het meest direct door betrokkenen verricht kan worden. De intensiteit van de verantwoordelijkheidsbeleving is dan het grootste. Toch kan dit niet ongeclausuleerd gebeuren want behalve een *intensiteitsaspect* is er aan verantwoordelijkheidsbeleving ook een *reikwijdte-aspect* te onderkennen. Sommige beslissingen hebben gevolgen die de direct betrokkenen niet willen of kunnen overzien. Soms treden de lasten van een bepaalde beslissing zo ver weg in de tijd op dat men de lusten gemakkelijk kan incasseren zonder werkelijk de gevolgen voor zijn rekening te hoeven nemen. (Zoals nu roken en later longkanker.) Of het betreft een afweging waar ook anderen bij betrokken zijn, zoals de keuze tussen het financieren van de ene of de andere geneeswijze, wat dus 'nee' verkopen inhoudt tegen andere groepen patiënten (bijvoorbeeld het aantal hartoperaties dat verricht kan worden). Dit vergt een besluitvormingsniveau waarop de gevolgen van de beslissing voor niet bij het besluit betrokkenen meetellen.

De intensiteit van de besluitvorming wordt derhalve begrensd door de reikwijdte-aspecten die bij een direct voelbare afweging niet of onvoldoende

(kunnen) worden betrokken. Deze reikwijdte heeft dikwijls betrekking op de oriëntatiepunten van de verantwoordelijkheidsbeleving: rentmeesterschap en solidariteit.

1.1. De discussie over de structuur van de gezondheidszorg in ons land

De structuur van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening in ons land is zoals gezegd vanouds gebaseerd op particulier initiatief, aangevuld met voorwaardenscheppend overheidsbeleid. In de laatste vijftien jaar is dit overheidsbeleid van voorwaardenscheppend steeds meer interverniërend geworden, met de neiging tot centrale sturing op hoofdlijnen over te gaan. Aan deze ontwikkeling ligt de *Structuurnota 1974* ten grondslag die uiteraard gezien moet worden in de omstandigheden van destijds. Toen ging het vooral om rechtvaardige verdeling van de lasten, nu gaat het om terugdringing van overdaad. Toen een maatschappelijk klimaat, waarin door middel van grondwetswijziging ook een sociaal grondrecht inzake de volksgezondheid werd vastgelegd, nu een discussie over een terugtredende overheid. De Structuurnota werkte dit grondrecht uit via een vijftal uitgangspunten:

1. regionalisatie (indeling van het land in gezondheidsregio's);
2. echelonnering (onderscheid in eerste en tweede lijn);
3. decentralisatie en regulering door planning;
4. democratisering;
5. gelijke financiële en geografische toegang tot de gezondheidszorg voor ieder (wetgeving).

Deze uitgangspunten die het resultaat zijn van een politiek compromis, komen uiteraard niet geheel overeen met de christen-democratische benadering die wij zojuist omschreven hebben. Ook op zichzelf beschouwd zijn die uitgangspunten van de Structuurnota echter niet meer zo vanzelfsprekend. De Structuurnota leidde tot planning op basis van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, terwijl de financiering verliep via de Ziekenfondswet. Planning en financiering blijken echter niet gescheiden te kunnen worden. Gelijke geografische bereikbaarheid en regionalisatie heeft ertoe geleid dat in alle provincies thans gezondheidsregio's worden ingesteld, die echter lang niet altijd overeenkomen met de natuurlijk gegroeide verzorgingsgebieden van de ziekenhuizen. Geforceerde fusies en herschikking van patiëntenbestanden zijn daarvan het gevolg, waardoor informele relaties tussen tweede en eerste lijn verbroken worden.

Decentralisatie wordt thans ook gedifferentieerder beschouwd dan destijds, al waren de kritische geluiden ook toen al hoorbaar. Ten eerste wordt thans nadrukkelijker onderscheid gemaakt tussen bestuurlijke decentralisatie (naar lagere overheden) en gespreide verantwoordelijkheid (van particuliere maatschappelijke organisaties). In het laatste geval gaat het overigens veeleer om het respecteren van aldaar aanwezig mandaat dan om het vanuit de overheid toedelen van verantwoordelijkheid. De overheid heeft deze verantwoordelijkheid immers eerst aan zich getrokken, terwijl de vraag is of dat wel in die mate had moeten gebeuren. Tenslotte: is niet de patiënt zelf het laagste niveau waarnaar bij decentralisatie gedacht moet worden?

Democratisering is een terechte eis, mensen moeten medeverantwoordelijkheid kunnen dragen voor de ontwikkeling van de samenleving. Maar: geschiedt dit wel als het uitsluitend via de politieke democratie verloopt? Onzes inziens is dat niet het geval. Integendeel, de verenigingsdemocratie zoals die bij ziekenfondsen en sommige instellingen voor gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening gestalte krijgen kan, is een veel directere vorm van verantwoordelijkheidsbeleving. Waar dit niet het geval is dient naar adequate verbetering in de particuliere sfeer gezocht te worden. Terecht beschouwen christen-democraten de overheid als schild voor de zwakken. Deze bescherming dient echter op een andere wijze plaats te vinden dan door het op zich nemen van de algemene leiding in de gezondheidszorg. De Structuurnota bood te weinig weerstand tegen die verleiding door de overheden tot *de* vertegenwoordiger van het patiëntenbelang uit te roepen.

Het uitgangspunt van regulering door planning is door de planningsmachinerie die de Kaderwet Specifiek Welzijn en de WVG opriepen in bureaucratie verzand. Nog niet eerder in de geschiedenis is de welzijnszorg zozeer een zaak van papier en vergaderen geweest als de laatste jaren.

Een gelijke financiële toegang tot de gehele gezondheidszorg zoals we die tot dusver kenden, heeft overigens nooit bestaan en is door de kostenontwikkeling op gespannen voet gekomen met de daartoe benodigde premiestijging. Thans wordt het stellen van grenzen aan de zorg onontkoombaar, zodat de vraag nijpend wordt wie daarover moet beslissen. Ook de Structuurnota onderkende dit. Al snel wijst ieder dan naar de overheid, die daarvoor in een onmogelijk parket komt.

De verwachtingen ten aanzien van het sturend vermogen van de politiek zijn te hoog gespannen geweest. Een heroriëntatie is gaande. Soms wordt die heroriëntatie beperkt tot een keuze tussen 'commerciële markt' of 'overheid'. Wij menen dat dit een onjuist dilemma is. Juist in de Nederlandse verhoudingen is een derde weg zeer goed begaanbaar.

2. Verantwoordelijkheidsbeleving in de zorgorde

In deze paragraaf zullen wij nagaan hoe de in de inleiding onderscheiden niveaus, typen van besluitvorming en besluitnemers in verband gebracht kunnen worden met de intensiteit en de reikwijdte-aspecten van de verantwoordelijkheidsbeleving. Wij beschrijven daartoe in het kort de situatie zoals die in ons land bestaat.

2.1. Niveaus

a. Micro-niveau

Op het niveau van patiënten en hun omgeving, de eerstelijns- en de tweedelijnszorg vindt de feitelijke 'consumptie en produktie' van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening plaats. Op dit laagste niveau zou de intensiteit van de verantwoordelijkheidsbeleving groot moeten zijn. Feitelijk is dat niet het geval. Voor de patiënt is de relatie tussen premie betalen en consumeren vrijwel onzichtbaar. De ziekenfondspremie wordt van het

brutoloon ingehouden en wordt niet werkelijk beleefd als een betaling omdat voor velen vooral het nettoloon telt. De AWBZ-premie is zelfs geheel voor rekening van de werkgever. De verstrekking in natura (het ziekenfonds en niet de patiënt betaalt het ziekenhuis, de patiënt ontvangt de zorg zonder zichtbare eigen betaling, in natura dus) is in de ziekenfondswetgeving overigens een welbewuste keuze geweest. Eigen bijdragen of eigen risico's bestaan er bij de ziekenfondsen, waarbij ruim de helft van de bevolking verzekerd is, niet veel, bij de AWBZ inmiddels wel. Meestal hebben ze betrekking op een bedrag vergelijkbaar met de normale kosten van levensonderhoud, die men toch gehad zou hebben. Als sturend instrument voor zorgvuldig gebruik zijn ze meestal niet ontworpen. Waar dat wel het geval is werken ze soms wel goed in die zin dat de patiënt tot afweging gedwongen wordt (bijvoorbeeld bij de keuze tussen poliklinische of intramurale plastische chirurgie).

Ook de ziekenfondsen zelf hebben, anders dan de particuliere verzekeraars, geen directe relatie tussen geïncasseerde premies en uitgaven aan gezondheidszorg, omdat alle premies door de werkgever in de centrale kas van de Ziekenfondsraad worden gestort, waarbij de ziekenfondsen hun gemaakte uitgaven declareren. Er bestaat wel een sterk reikwijdte-aspect: in het hele land betaalt men dezelfde percentuele premie ongeacht de feitelijke uitgaven aan gezondheidszorg in de regio waar men woont. De solidariteit van het platteland met de grote steden is relatief groot, maar voor betrokkenen, zoals gezegd, niet werkelijk zichtbaar.

Niet alleen de afweging tussen kosten en baten is voor de patiënt en de ziekenfondsen moeilijk zichtbaar te krijgen, ook de verantwoordelijkheid voor ziek of minder-valide wordende familieleden kan tot dusver worden afgewenteld op door de overheid te garanderen verzorging door beroepskrachten. Uiteindelijk wordt gezinszorg thans zelfs door de Algemene Bijstandswet betaald, als de Rijkssubsidie tekort schiet. De in het vorige hoofdstuk beschreven werkwijze om zorgnetwerken meer verantwoordelijk te stellen voor de zorg en naar een zorg-op-maat pakket te zoeken met een zorgvuldige balans tussen beroepsmatige en omgevingshulp is betrekkelijk nieuw en nog lang niet op alle terreinen ingevoerd. Er vindt nog steeds een indrukwekkende hoeveelheid zelf- en mantelzorg plaats, maar niet te miskennen valt dat de anonieme verzorgingsstaat met zijn individualistische effecten de behoefte aan het onderhouden van sociale contacten helaas vrijwel heeft doen wegvallen.

Voor directies en besturen van ziekenhuizen en instellingen voor maatschappelijke dienstverlening is de relatie tussen kosten en uitgaven betrekkelijk ondoorzichtig. Een zelfstandig economisch beleid is door de prijsbeheersing via het *Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg* (COTG) niet goed mogelijk. Investerings in medische apparatuur zijn afhankelijk van toestemming vanuit centrale instanties en moeten vergoed worden door de verzekeraars en de ziekenfondsen. Een werkelijke afweging binnen het ziekenhuisbestuur vindt maar ten dele plaats. Het feit dat de specialisten zich niet onder het budget van het ziekenhuis bevinden maakt het ook moeilijk voor een ziekenhuisdirectie om afwegingen te maken tussen algemene ziekenhuiskosten en het doen van verrichtingen. Thans komen de bezuini-

gingen vooral neer op de personeelsuitgaven voor verplegend personeel, al is een kentering merkbaar.

Voor bejaardenoorden geldt een soortgelijke situatie. De inkomsten zijn voor eenderde deel afkomstig uit de eigen bijdragen, maar de inning daarvan geschiedt door het gemeentebestuur dat zelf geen belang heeft bij de uitgaven. De overige inkomsten zijn afkomstig uit provinciale subsidies. Van een financiële relatie tussen cliënt en bestuur is nauwelijks sprake. Tot afweging van alternatieven worden zij niet geprikkeld. Wij beschreven al dat ook de ouderen zelf thans niet veel invloed kunnen uitoefenen op het zorgpakket dat zij wensen te gebruiken.

De intensiteit van de verantwoordelijkheidsbeleving m.b.t. financiën en aanbod laat op het micro-niveau in de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening te wensen over. De beslissingen over de uitgaven geschieden op andere plaatsen dan de beslissingen over de inkomsten, terwijl er kwalitatief een verzwaring in de zorg optreedt.

b. Meso-niveau

Het meso-niveau is in ons land aan veranderingen onderhevig. De vroegere verzuiling langs levensbeschouwelijke lijnen bood tot in de vijftiger en zestiger jaren een normatief kader waarlangs maatschappelijke integratie plaatsvond. Met de ontzuiling is een indeling van de sector gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening naar werksoorten naar voren gekomen, men noemt dit wel verkokering. In economische termen zou men van bedrijfstakken kunnen spreken. Zo is er een nationale ziekenhuisraad, een nationaal toporgaan van het maatschappelijke werk, van de gezinszorg, van het kruiswerk, van de bejaardenoorden, voor de geestelijke volksgezondheid, de landelijke huisartsen- en specialistenverenigingen, etc. In elk van deze instellingen zijn vaak nog wel bureaus voor bezinning op de levensbeschouwelijke kanten van het werk aanwezig, maar de feitelijke indeling van het maatschappelijk veld vindt plaats langs lijnen van werksoort. Deze 'bedrijfstakken' functioneren intern redelijk in de zin van het ontwikkelen van nieuwe vormen van dienstverlening, registratie van verleende diensten, arbeidsvoorwaardenoverleg met de vakbeweging, overleg met de overheden inzake planning en financiering. Extern wordt hun optreden vooral gekenmerkt door lobby voor de werksoort.

Een lacune in het meso-niveau treffen wij op het regionale vlak. Regionaal overleg tussen de werksoorten is nauwelijks aanwezig. Van het moeizaam groeiende overleg en de samenwerking op plaatselijk niveau in de eerste lijn spraken wij in het vorige hoofdstuk. Het knelpunt vormt hier vooral de verticale verbinding tussen tweede en eerste lijn op regionaal niveau. Daar zouden de gewenste verschuivingen van duurdere vormen van zorg naar goedkopere moeten plaatsvinden, maar de overlegvormen waarin dit zou moeten gebeuren ontbreken. Hier zou ook de rol van de ziekenfondsen en de particuliere verzekeraars groter moeten kunnen worden om de intensiteit van de verantwoordelijkheidsbeleving voor vraagstukken die qua reikwijdte het micro-niveau overstijgen (zoals de gewenste verschuiving van tweede naar eerste lijn) te realiseren. Thans wordt dit in de proefgebieden moeizaam nagestreefd via vormen van gemeentelijke en provinciale planning, waarbij de medewerking van het veld onzeker is.

c. Macro-niveau

Op het macro-niveau fungeren enkele organen, zoals de *Nationale Raad voor de Volksgezondheid* en de *Ziekenfondsraad*, die de coördinatie binnen de sector volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening zowel naar zijn inhoudelijk-medische als naar de financiële zijde voor hun rekening zouden kunnen nemen. Feitelijk heeft echter de overheid het macro-niveau in belangrijke mate naar zich toegetrokken. Dat is sinds 1974 ook officieel het beleid geweest. In de Structuurnota Volksgezondheid werd een instrumentarium voorgesteld dat via beheersing van tarieven, voorzieningen en verzekeringen de overheid de mogelijkheid bood om als democratisch vertegenwoordiger van de patiënten en de cliënten de volksgezondheid in vergaande mate te beheersen en te sturen. De beslissingen van de Ziekenfondsraad en de mening van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid zijn formeel adviezen, dan wel voorlopige beslissingen die de goedkeuring van de regering behoeven. Een terughoudend kabinet kan er mee volstaan deze beslissingen alleen in uiterste noodzaak te wijzigen als het algemeen belang dat vergt. Een minder terughoudend kabinet kan deze standpunten van de maatschappelijke organisaties uitsluitend als adviezen beschouwen waarvan naar welgevallen kan worden afgeweken. Dat laatste is, begrijpelijk in het licht van de noodzakelijke bezuinigingen, gebeurd. Feitelijk is daarmee de verantwoordelijkheidsbeleving van de maatschappelijke organisaties uitgehold. Zij hebben daar overigens ook zelf toe bijgedragen door soms meer een platform voor tegenstrijdige belangenbehartiging te vormen dan tot goede inhoudelijke consensus in de adviezen te komen.²⁹ Zo'n situatie kan zich tijdelijk voordoen. Thans groeit echter een praktijk waarbij de overheid niet zozeer besluitvorming van het veld vanuit haar eigen publieke verantwoordelijkheid sanctioneert, maar waarin zij zelf partij wordt en onderhandelt met de partijen in het veld (bijvoorbeeld in het generaal akkoord met de huisartsen en de specialisten). Dit brengt het gezag van de overheid in gevaar. Nagegaan zou moeten worden hoe de taken die qua reikwijdte op het macro-niveau thuishoren weer in het maatschappelijk veld zelf kunnen worden gebracht, dan wel op meso-niveau bij gemeenten en provincies of bij de regionaal gebundelde particuliere instellingen ondergebracht.

d. Internationaal niveau

De gezondheidszorg en het beleid terzake speelt zich voornamelijk binnen onze landsgrenzen af. Toch is het zinvol om bij deze bespreking van de niveau's waarop besluitvorming plaatsvindt ook het internationale niveau in de beschouwingen te betrekken. Allereerst is daar de belangrijke notie waarmee het CDA-verkiezingsprogramma 1982 'Om een zinvol bestaan' de volksgezondheidsparagraaf opende, te weten dat het niveau van de gezondheidszorg in ons land in schrille tegenstelling staat tot dat in veel landen van met name de Derde Wereld. Waar wij ons druk maken om zeer kostbare voorzieningen om het leven van weinigen nog iets te rekken, staan daar de overlevingskansen van zeer velen nog op het spel. In het licht van het solidariteitsbeginsel speelt deze internationale dimensie zeker mee bij

29. Vgl. dr. H. Festen, *Spanningen in de gezondheidszorg*, Zoetermeer, 1985.

beslissingen over de prioriteiten die wij toekennen bij de budgettoedeling tussen de departementen. Op dit niveau is de WHO, de wereldgezondheidsorganisatie van de VN het belangrijkste orgaan.

Ook binnen de sector zelf speelt het internationale niveau mee bij beslissingen over de volksgezondheid. Te denken valt bijvoorbeeld aan de hartluchtbruggen naar de Verenigde Staten of de stroom abortuspatiënten naar ons land. Als de keuzevrijheid van patiënten, verzekeraars en instellingen vergroot zou worden dan zal deze internationale marktwerking daarbij zeker invloed doen gelden. Niet alleen de marktwerking speelt overigens een rol. Ook de normstelling vindt soms op internationaal niveau plaats. Zo is bij de Raad van Europa een richtlijn in ontwikkeling inzake nieuwe medische technieken ter opheffing van de kinderloosheid. Weliswaar is de juridische afdwingbaarheid daarvan afwezig, maar de normerende betekenis is onmiskenbaar aanwezig.

Juridisch wel afdwingbaar zijn de richtlijnen van de EG, met name in preventief opzicht terzake van het milieubeleid, produktetikettering en gevaarlijke stoffen speelt het internationale niveau hier een rol. Ook zijn inmiddels richtlijnen verschenen ter harmonisatie van de huisartsenopleiding. Te verwachten valt dat het internationale niveau, met name de EG, in de toekomst aan betekenis zal winnen.

2.2. Typen van besluitvorming

a. Centrale leiding

Men zou de structuurnota 1974 van het toenmalige Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne als een voorbeeld van 'planeconomie' in de gezondheidszorg kunnen beschouwen. Via beheersing van tarieven (Wet Tarieven Gezondheidszorg), voorzieningen (Wet Voorzieningen Gezondheidszorg/Wet ziekenhuisvoorzieningen) en financiering (volksverzekering) zou de overheid, als democratische representant van de patiënten/cliënten de gezondheidszorg in vergaande mate planmatig beheersen. In de recente regeringsperiode is daar ook nog de budgettering bijgekomen. Tegen deze regulering worden thans veel bezwaren aangebracht:

- de volksverzekering zou eerder kostenverhogend werken, dan kostenbesparend. Het stelsel bevat daartoe onvoldoende prikkels;
- de budgettering strafte doelmatig beheer in het verleden door de fixatie van de status quo in een bepaald jaar voor alle inrichtingen tegelijk;
- beheersing van het aanbod en de capaciteit stuit op grote maatschappelijke en politieke pressie omdat de gebruikers geen direct belang hebben bij deze beheersing. De in 1974 geïntroduceerde norm van 4.0 (later 3,7) bed per 1000 bewoners is anno 1986 nog niet gehaald. Door het afsluiten van de marktwerking wordt de bedrijfsvoering van inefficiënte hulpverleners in stand gehouden en beschermd tegen nieuwkomers die het doelmatiger en efficiënter doen;
- prijsbeheersing kan bij een systeem van betaling per verrichting tot vergroting van het aantal verrichtingen per patiënt leiden. Zelfs een degressief systeem hoeft bij voldoende instroom van nieuwe patiënten of

inschakeling van een extra specialist, niet tot kostenverlaging te leiden;

- het pakket en de premie van het ziekenfondssysteem wordt door de overheid bepaald. De verzekerde heeft daarop geen invloed anders dan door zijn politieke partij. De pretentie dat de overheid de verzekerden presenteert is een fictie;
- er is per saldo een enorme toename van de beleidskosten.

Het beleid van de laatste tien jaar, in belangrijke mate gebaseerd op de Structuurnota 1974, blijkt niet optimaal te werken. Ook de laatste variant, overeenkomsten tussen overheid en aanbieders van zorg (huisartsen en specialisten) met passering van de financiers blijkt bijzonder moeilijk ten handhaven. Bovendien verspeelt de overheid, omdat zij onderhandelende partij is, haar gezag als bemiddelaar op de achterhand als het veld er zelf niet uitkomt. Het besef van gespreide verantwoordelijkheid is daardoor sterk aangetast in de afgelopen periode. Niet wordt ontkend dat een krachtig en veelomvattend overheidsingrijpen (onder andere door budgettering en prijsbeheersing) in staat is de bovengrens te stellen aan de kosten van de gezondheidszorg. En daar waren ook goede macro-economische motieven voor gelegen in de versterking van de concurrentiepositie door matiging van op de lonen drukkende wettelijk voorgeschreven premies. Zolang de bestaande kostenverhogende en dus gebruiksintensiverende prikkels blijven bestaan ten opzichte van de beroepsmatige hulpverlening, zal een dergelijke regulering echter steeds complexer, ingrijpender en gedetailleerder worden en steeds meer op weerstand stuiten.

b. Concurrentie

Er wordt wel geopperd dat het marktmechanisme meer ingang verdient in de gezondheidszorg, met name om de kostenbeheersing, de kwaliteit en de doelmatigheid te vergroten.³⁰ Feitelijk komt marktwerking ook nu al voor bij de geneesmiddelenindustrie, bij de uitbesteding van werkzaamheden door ziekenhuizen, bij de ontwikkeling van medische apparatuur en bij de particuliere ziektekostenverzekeringen. De kracht van de markt schuilt in de efficiency waarmee zij op korte termijn de in geld meetbare aspecten van vele deelbeslissingen in het maatschappelijke leven op elkaar afstemt. Ze lokt uit tot creativiteit en dynamiek en biedt derhalve de mogelijkheid tot intense verantwoordelijkheidsbeleving.³¹ Hoewel dit streven bij sommigen sympathie verwerft omdat er een algemene afkeer bestaat van bureaucratiesering, zijn er toch bezwaren in te brengen tegen een ongeclausuleerde toepassing van het marktmechanisme in de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening.

Ten eerste leidt de christen-democratische maatschappijvisie ertoe dat maatschappelijke sectoren naar hun aard moeten kunnen functioneren, en niet door een ander aspect mogen worden overheerst. De gezondheidszorg is naar zijn aard een 'zorgsector', waarbinnen het economisch aspect zijn eigen plaats behoort te hebben, maar niet mag domineren. Dat zou de zorg-

30. Onlangs nog mr. J. Donner in *Christen Democratische Verkenningen*, februari 1986.

31. *Gespreide verantwoordelijkheid*. Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, Den Haag, 1978.

verlening ondergeschikt maken aan rendementsmotieven. Daarom wijzen wij commerciële instellingen voor gezondheidszorg af. Thans al maken velen zich zorgen over de mogelijkheden om in de non-profit sector tot een hoog inkomen te geraken door vormen van ondernemerschap. Een volledig vrije gezondheidsmarkt zou tot ongewenste situaties leiden. Het gerechtigheidsmotief dat de overheid ertoe verplicht om voor ieder een elementair pakket gezondheidszorg te bewerkstelligen zou in onrendabele marktsectoren niet gerealiseerd worden. Solidariteit van sterken met zwakken komt in een vrije markt niet tot uitdrukking. De reikwijdte-aspecten zijn onvoldoende gegarandeerd. Onverantwoordelijk gedrag t.a.v. de eigen gezondheid, het ('free-rider-probleem') vergt voorts een zekere verplichting dat mensen zich tegen elementaire risico's verzekeren.

Maar ook in strikt economische zin kan de markt hier niet volledig werken: de consumentensoevereiniteit is niet optimaal ten opzichte van de aanbieders van zorg omdat de kwaliteit niet is te overzien voor de consument. Niet voor niets betrof de eerste bemoeienis van de overheid in de vorige eeuw de kwakzalverij. De voorwaarden voor een commerciële vrije markt zijn derhalve niet in zodanige mate aanwezig dat introductie van een vrije gezondheidsmarkt verantwoord zou zijn.

Van verschillende zijden³² komen echter wel voorstellen om tot een gereguleerde competitie te komen tussen *non-profit* instellingen, zowel in de sfeer van de ziektekostenverzekeringen, als tussen de aanbieders van gezondheidszorg. Daartoe zou de contracteervrijheid van de ziekenfondsen vergroot moeten worden, alsmede hun bevoegdheid om gewenste zorg te belonen en op 'over-servicing' sancties te stellen. Dit vergroot zowel de kostenbeheersingsmogelijkheden, als de verantwoordelijkheid en de keuzevrijheid van de patiënt-verzekerde, als de gedragsvarianten van de aanbieders van gezondheidszorg. Eén en ander betreft zowel de kosten- en dus gebruiksbeheersing, als de mogelijkheid te differentiëren naar stijlen van gezondheidszorg.

Een van de mogelijkheden die zich dan openen is bijvoorbeeld de recent opgerichte pro-life-ziektekostenverzekering of een organisatie die zich de belangen van de alternatieve geneeswijzen aantrekt en die met geestverwante aanbieders van gezondheidszorg overeenkomsten afsluit. Pakketdifferentiatie boven een door de overheid voorgeschreven minimumpakket behoort dan tot de verantwoordelijkheid van de betrokken instellingen. Ook naar de patiënt-verzekerde openen zich dan nieuwe mogelijkheden voor zorg-op-maat-verzekeringen in lijn met de gedachten die in het vorige hoofdstuk zijn ontvouwd. De ziektekostenverzekeraars en de ziekenfondsen worden dan in plaats van de overheden de vertegenwoordigers van het patiëntenbelang, adequate democratisering zal daar dan moeten plaatsvinden.

De regulering die van overheidswege bij dit systeem past, is van een andere aard dan bij het stelsel dat uit de Structuurnota 1974 voortvloeit. Ten opzichte van de verzekeraars behelst dit: erkenningenbeleid, acceptatieplicht,

32. *Herwaardering van welzijnsbeleid*, WRR, Den Haag, 1982; W. v.d. Ven, 'Ziektekosten en financiële prikkels tot doelmatigheid', *ESB*, 26-1-'83.

minimum-verzekeringsdekking, premiestelling en informatieplicht. Ten opzichte van de aanbieders van gezondheidszorg behelst dit: goedkeuring van de nieuwbouw van grote intramurale voorzieningen, wetgeving gericht op de globale condities waaronder instellingen kunnen werken, alsmede wetgeving die gericht is op de totstandkoming van (regionale) overlegorganen die toezien op de beschikbaarheid van een elementair niveau aan gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening voor elke burger. Ten opzichte van de tarieven betekent dit: verschuiving van het toezicht van het COTG in de richting van controle op de juistheid van de wijze van prijsvorming. Dan kan ook worden gedacht aan de Wet op de economische mededinging van E.Z. ter voorkoming van kartelvorming. Het overheidsoptreden wordt dan vooral getypeerd door: globale regelgeving en marginale toetsing. Het sluit daarmee beter aan op de Nederlandse traditie van gespreide verantwoordelijkheid.

c. Overleg

De zwakke punten van de concurrentie kunnen de sterke punten van het overleg (en van centrale leiding) zijn. Men kan de reikwijdte-aspecten die de markt veronachtzaamt in de afweging betrekken. Overleg is met name daar zinvol waar deze zwakke kanten van de markt ondervangen moeten worden zonder dat al tot centrale sturing besloten moet worden omdat de negatieve effecten van de vrije marktbeslissingen (of het ontduiken van bij overleg gemaakte afspraken) niet meer tolerabel zijn uit overwegingen van publieke gerechtigheid. Nadeel van overleg is dat de intensiteit van de verantwoordelijkheidsbeleving minder groot is omdat de directe financiële lasten elders zichtbaar worden. Het overleg dient derhalve binnen zodanige randvoorwaarden plaats te vinden dat de gevolgen van de afspraken direct zichtbaar worden voor de overlegpartners en men deze meeweegt bij het maken van afspraken. Een rigide voorbeeld hiervan vormt het arbeidsvoorwaardenoverleg binnen de gepremieerde en gesubsidieerde sector dat gebonden is aan een door de regering te stellen budgettaire grens, welke niet mag worden overschreden op straffe van onverbindend verklaring van de gemaakte collectieve arbeidsovereenkomst.

Met name op het regionale niveau ontbreekt dikwijls het overleg tussen eerste en tweede lijn, dat tot de gewenste substitutie kan leiden. Nagegaan zal moeten worden welke rol de Kamers voor gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening die in *Uitzicht* worden voorgesteld kunnen spelen ten behoeve van de informatiestromen over de medische consumptie en produktie in de regio's die de overheden en de participanten in eerste en tweede lijn behoeven om tot een betere afstemming te komen.

2.3. Besluitnemers

a. Individuele beslissers en hun organisaties

Zoals gezegd vallen hieronder zowel patiënten en cliënten als besturen van afzonderlijke organisaties (ziekenhuizen, instellingen voor maatschappelijke dienstverlening, etc.). Van essentiële betekenis is de kwaliteit van het hulpvraagbesluit van patiënten en cliënten. Bij een overmatig vertrouwen in de mogelijkheden van de geneeskunde, wordt de hulpvraag gestimu-

leerd. Er ontstaat overconsumptie van professionele onderzoeksfaciliteiten. Bij verbastering van de hulpvraag wordt levensproblematiek op het lichamelijke functioneren geprojecteerd en ontstaat ten onrechte de vraag naar medische zorg. Ook dan zal veel onderzoek zonder resultaat plaatsvinden in probleemoplossende zin. Bij een panische hulpvraag, bijvoorbeeld in het licht van ongeneeslijke ziekte en sterven, vindt soms ook een inadequaat beroep op het geneeskundig systeem plaats, terwijl in feite alleen goede zorgverlening nodig is. De kwaliteit van de hulpvraag kan ten positieve worden beïnvloed door zorgverleners uit de eerste lijn en de thuiszorg die een goed zicht hebben op de leefomstandigheden van de cliënt. De huisarts, die de tijd neemt voor diagnose en voorzichtig is met doorsturen bouwt zich een goede reputatie op, bij deze cliënten en bij de zorgverleners! Zorg over onterechte medicalisering vormt soms ook de aanleiding tot oprichting van *patiëntenverenigingen*. Soms zijn zij echter juist de aanjagers van uitbreiding van het medische circuit. De laatste jaren vormen de patiëntenverenigingen een aandachttrekkende ontwikkeling, waaruit blijkt dat er behoefte is aan bundeling van krachten ter behartiging van belangen die men als afzonderlijke patiënt niet kan behartigen. Deze bundeling is nog niet uitgekristalliseerd en doet zich in tal van varianten voor. Het betreft zowel zelfhulpgroepen, als organisaties die belangen behartigen van categorieën patiënten, als organisaties die ten behoeve van hen optreden (consumentenbonden, diaconieën, charitatieve organisaties). Vanouds bestonden er verbindingen tussen deze groeperingen en de instellingen voor gezondheidszorg, omdat deze instellingen veelal uit dit particulier initiatief voortkwamen. Met de ontzuiling en de intrede van de verkokering zijn deze banden echter veelal op een laag pitje gezet, waardoor er buiten de traditionele levensbeschouwelijke achterbannen thans nieuwe patiëntenorganisaties optreden die zich in een veel meer gepolariseerde positie bevinden dan de traditionele achterban.

Dat betekent dat instellingen voor gezondheidszorg zich bevinden in een omgeving waarin van verschillende zijden claims worden gelegd 'namens patienten'. Zowel de overheden, de fondsen als de patiëntenorganisaties pretenderen deze rol te spelen. Van betekenis zijn voorts de vakbonden en de werkgeversorganisaties voor het arbeidsvoorwaardenoverleg als vertegenwoordigers van personeel en werkgevers, alsmede in hun rol van vertegenwoordigers van het bedrijfsleven dat een zeer groot deel van de premies feitelijk opbrengt. Daarbij speelt ook een visie op de gezondheidszorg mee. Het zou goed zijn als in deze situatie meer duidelijkheid ontstond wie nu werkelijk bevoegd is namens de patiënten en over de inhoud van de gezondheidszorg te spreken opdat de verantwoordelijkheidsbeleving optimaal geïntensiveerd en qua reikwijdte geregeld kan worden. De democratisering van de fondsen en de verzekeraars is daartoe de aangewezen weg.

Veelal fungeert bij de ziekenfondsen de interne verenigingsdemocratie niet zodanig dat patiëntenorganisaties zich overbodig voelen. Per traditie is er een spanningsveld binnen de fondsen tussen de zieke patiënten en de gezonde verzekerden. Maar deze strijdlustige opstelling van patiëntenorganisaties heeft ongetwijfeld ook te maken met de zwakke positie waarin de fondsen zich bevinden tegenover de aanbieders van zorg. Versterking van de rol van fondsen en verzekeraars zal dit kanaal ook voor de betrokkenheid

van cliënten bij de gezondheidszorg kunnen vergroten en de betekenis van de politieke democratie voor de gezondheidszorg tot zijn geëigende proporties brengen.

b. De overheden en de particuliere koepelorganisaties

De verhouding tussen overheid en samenleving is van een andere orde dan de verhouding tussen organisaties en individuen in de samenleving. De bevoegdheid van de overheid is ook een andere dan die van de instellingen voor gezondheidszorg en dient daarvan onderscheiden te worden. Dit onderscheid is teveel vervaagd. Dat is slecht voor de verantwoordelijkheidsbeleving.

Een punt van steeds terugkerende discussie vormt de vraag in hoeverre de uitgaven voor de gezondheidszorg beschouwd kunnen worden als collectieve uitgaven. In de sector van de gezondheidszorg is een groeiend verzet tegen de greep van de regering op de feitelijke gang van zaken in de sector. Verschillende andere ministeries dan WVC hebben daarop een beslissende invloed. Daarbij wordt de volgende redenering gevolgd: AWBZ-verstrekingen en het ziekenfondspakket worden vastgesteld door de wetgever en de minister. Hoewel de premies geen onderdeel van de rijksbegroting uitmaken, wordt de hoogte daarvan collectief vastgelegd, en behoort dit deel van de gezondheidszorg derhalve tot de collectieve uitgaven. De loonkosten in ons land worden in belangrijke mate bepaald door belastingen en premies. Voor zover belastingverlaging niet mogelijk is (vanwege het financieringstekort en de schommelende aardgasbaten) is premieverlaging het enige overblijvende middel om de belangrijke en legitieme macro-economische overheidsdoelstelling van loonkostenverlaging ter wille van de werkgelegenheid, te realiseren. De overheid zou uit dien hoofde gemachtigd zijn om de premies te beïnvloeden. Nu biedt de wet die mogelijkheid al: de vaststelling van de premies Ziekenfondswet en AWBZ, op voordracht van de sociale fondsen, behoort tot de verantwoordelijkheid van de minister van Sociale Zaken. De prijzen van de particuliere verzekeraars zijn onderworpen aan het toezicht van de staatssecretaris van economische zaken. Premieverlaging is echter alleen mogelijk als de uitgaven navenant dalen. Aldus ontstaat een macro-economisch motief voor overheidsingrijpen in de volksgezondheid.

Deze redenering leidt ertoe dat de overheid een grote greep krijgt op de gezondheidszorg. Tegelijk wordt duidelijk dat deze op zichzelf legitieme redenering in toenemende mate op gespannen voet komen te staan met het principe van de gespreide verantwoordelijkheid. In de discussie over het rapport *Van verzorgingsstaat naar verzorgingsmaatschappij* is deze spanning tussen de kernbegrippen *gerechtigheid* en *gespreide verantwoordelijkheid* onderkend en men heeft daartoe een oplossing aangedragen. Beide kernbegrippen moeten tegelijkertijd gerealiseerd worden, ze zijn nevengeschikt.³³ Dat betekent dat de overheidszorg er niet toe mag gaan leiden dat de verantwoordelijkheden van maatschappelijke organisaties overgenomen worden door de overheden (inclusief de gemeenten en de provincies). Omgekeerd mag gespreide verantwoordelijkheid er niet toe leiden

33. *Appèl en Weerklank*, CDA, Den Haag, 1984, pag. 5.

dat rentmeesterschap en solidariteit met voeten getreden worden. Dan moet de overheid ingrijpen.

Het rapport *Van verzorgingsstaat naar verzorgingsmaatschappij* lost dit op door de staat enerzijds een 'vloeren-garanderende' taak te geven en anderzijds 'confrontatiepolitiek' te voeren, d.w.z. zodanige voorwaarden te scheppen voor het maatschappelijk verkeer dat men de nood van de medemens niet terzijde kan schuiven. De 'vloer' moet een zodanig minimum scheppen aan zorg dat mensen die niet of nauwelijks voor zichzelf kunnen opkomen, of mensen die maatschappelijk uitgerangeerd dreigen te worden, toch als volwaardig deelnemer aan het maatschappelijk leven kunnen deelnemen. Het meerdere behoort niet primair tot de overheidszorg, maar tot de taak van de maatschappelijke organisaties.

In deze geest benaderen wij ook het onderhavige vraagstuk van de gezondheidszorg en de collectieve uitgaven. De overheid is uit hoofde van het gerechtigheidsmotief dat tot herintreding van werklozen prikkelt via een goed macro-economisch beleid, gelegitimeerd grenzen te stellen aan de premiestijgingen. De wijze waarop dit gebeurt is echter bepalend: niet door verantwoordelijkheid over te nemen, maar door randvoorwaarden aan te brengen waarbinnen de gezondheidszorg en de ziekenfondsen en de particuliere verzekeraars zelf hun verantwoordelijkheid dragen.

Het gaat erom te bevorderen dat een door rentmeesterschap en solidariteit georiënteerde verantwoordelijkheidsbeleving in de samenleving zelf gestalte krijgt. Waar dit nog onvoldoende het geval is kan ordenend overheidsoptreden noodzakelijk zijn. Wij denken bijvoorbeeld aan de lacune op het regionale niveau tussen eerste en tweede lijn. Dit optreden dient de betreffende verantwoordelijkheden niet aan de overheid te trekken, zoals bij de planning in feite wel het geval is, maar kaders te scheppen waarbinnen betrokkenen zelf tot de benodigde afweging komen. Ook het verzekeringsstelsel roept thans om wijziging van wetgeving omdat de bureaucratisering een flexibele en creatieve verantwoordelijkheidsbeleving inzake eigen en andermans gezondheid in de weg staat. De problematiek van de niet vergoedbare terminale thuiszorg, zodat opname goedkoper is, spreekt hier voor zich.

Het gaat dus enerzijds om overheidsonthouding teneinde de verantwoordelijkheid van betrokkenen niet aan te tasten, anderzijds om overheidsoptreden teneinde de juiste randvoorwaarden voor deze verantwoordelijkheidsbeleving te scheppen. Deze wisselwerking is kenmerkend voor christen-democratische politiek. In de volgende hoofdstukken zullen wij concrete voorstellen ontwikkelen voor veranderingen van de structuur van de sector volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening die berusten op de christen-democratische uitgangspunten van gerechtigheid, gespreide verantwoordelijkheid, rentmeesterschap en solidariteit. In hoofdstuk IV worden voorstellen voor het verzekeringsstelsel geschetst, in hoofdstuk V komt de rol van de overheden aan de orde.

3. Conclusies

1. De intensiteit van de verantwoordelijkheidsbeleving m.b.t. het inroepen

van beroepsmatige hulp, het aanbod en de bekostiging laat op het micro-niveau in de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening te wensen over. De beslissingen over de uitgaven geschieden op andere plaatsen dan de beslissingen over de inkomsten, terwijl er kwalitatief een verzwaring in de zorg optreedt.

2. Op het meso-niveau ontbreekt een overlegkader tussen tweede en eerste lijn en met de financiers, teneinde de gewenste substitutie van dure zorg door goedkopere effectief te bewerkstelligen.

3. Op nationaal niveau is de verantwoordelijkheidsbeleving van de overleg- en adviesorganen mede door eigen toedoen te veel uitgehold en overgenomen door de overheid. Zij wordt ten onrechte een van de onderhandelende partijen en ondergraaft haar eigen gezag.

4. Het commerciële marktmechanisme dat door sommigen als de oplossing wordt beschouwd kan niet ongeclausuleerd in de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening worden ingevoerd. Evenzo is een vergaande mate van overheidsregulering niet succesvol gebleken. Een door rentmeesterschap en solidariteit georiënteerde gespreide verantwoordelijkheid lijkt mogelijk door een systeem van gereguleerde concurrentie tussen niet op winst gerichte organisaties, zowel verzekeraars als aanbieders van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. Dit biedt zowel betere mogelijkheden voor zorg op maat, voor de uit een oogpunt van de zorgzame samenleving te openen substitutiemogelijkheden die niet centraal geregeld kunnen worden, als voor de kostenbeheersing.

5. Er dient een adequate democratisering bij de ziekenfondsen en de verzekeraars plaats te vinden zodat het duidelijk wordt wie er namens de patiënt mee invloed op de beslissingen in de sector volksgezondheid uitoefent.

6. Tenslotte dient het karakter van het overheidsbeleid te veranderen: het gaat erom de voorwaarden te scheppen waaronder maatschappelijke organisaties hun verantwoordelijkheid naar een reikwijdte en intensiteit optimaal beleven. Het huidige beleid tendeert teveel vanuit een macro-economisch motief naar een alomvattende overheidsgreep op de gang van zaken in de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening.

Hoofdstuk IV. Ziektekostenverzekeringen

1. Inleiding

De ziekenfondsen zijn ontstaan als vormen van particulier initiatief door artsen die onbemiddelde patiënten tegen een lager tarief behandelden en daartoe geld inzamelden bij beter gesitueerden. In de loop van deze eeuw zijn ze in toenemende mate van overheidswege beschermd en is de charitas tot een wettelijke voorziening uitgegroeid, welke in 1965 zijn beslag kreeg in de Ziekenfondswet. De grondgedachte daartoe is dat werknemers onder een bepaalde loongrens (de ziekenfondsgrens) en werkgevers een procentuele premie (dus naar draagkracht) betalen en dat uit het fonds ziektekosten vergoed worden van deze werknemers, hun gezinsleden en van werklozen. Het is dus een op solidariteit gebaseerde verzekeringsvorm. In de laatste jaren wordt de grondgedachte verruimd en heft men ook premie van uitkeringsgerechtigden. De ziekenfondsverzekering groeit daardoor van een werknemersverzekering in de richting van een volksverzekering voor alle mensen met een inkomen onder de ziekenfondsgrens.

Naast deze wettelijk beschermde sector bestaat een vrije markt voor particuliere verzekeraars, die hun diensten aanbieden aan mensen die qua inkomen boven de ziekenfondsgrens zitten. Het merendeel van deze particuliere verzekeraars werkt op non-profit-basis, een minderheid is commercieel van opzet en biedt ziektekostenverzekeringen aan als onderdeel van een pakket dat ook andere verzekeringen omvat. Ten derde zijn er nog de afzonderlijke publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen voor ambtenaren.

Tussen ziekenfonds en particuliere sector heeft altijd enige spanning bestaan. De discussie over de structuur van de volksgezondheid, die in het vorige hoofdstuk werd gememoreerd, maakte door de politieke keuze voor een volksverzekering de verhoudingen tamelijk gespannen. Het is daarom goed om het stelsel van ziektekostenverzekeringen nog eens vanuit principiële grondslagen te beschouwen en daarbij niet bij voorbaat vanuit de bestaande verhoudingen te denken.

2. Voorwaarden voor een verzekeringsstructuur

De verzekeringsstructuur van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening hoort aan te sluiten bij het vanuit gerechtigheid in gespreide verantwoordelijkheid beleven van rentmeesterschap en solidariteit terzake van gezondheid en ziekte. Aan de hand van dit uitgangspunt kunnen we de politieke voorwaarden waaraan een verzekeringsstructuur moet voldoen als volgt omschrijven:

2.1. Rentmeesterschap

'Elk persoon is in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor zijn eigen gezondheid.'³⁴ Deze verantwoordelijkheid uit zich allereerst in een gedrag dat zich kenmerkt door het voorkomen van ziekte, een gezonde levensstijl en het vermijden van onnodige risico's. Alhoewel er in geval van ziekte een zekere afhankelijkheid van de aanbieder van zorg ontstaat blijven er ook dan keuzes die door de betrokkene zelf gedaan worden. Voorbeelden hiervan zijn de artsenkeuze en het gebruikmaken van gezondheidsvoorlichting. Goed rentmeesterschap betekent dat gezond gedrag voorop staat en dat zowel onder- als overconsumptie niet terecht zijn. Overconsumptie niet omdat het onnodig beslag legt op middelen, onderconsumptie niet omdat het de gezondheid in gevaar kan brengen.

Ook aan de aanbodzijde geldt dit, met name voor het meer aanbieden dan de benodigde zorg ('overservicing'). Wanneer een bepaald niveau van gezondheidszorg is bereikt zullen extra inspanningen niet leiden tot een daarmee in redelijke verhouding staande verbetering. Deze afweging dient voor betrokkenen zichtbaar en beleefbaar te worden. Tegelijk dient het stelsel 'zorg op maat' te kunnen bewerkstelligen. Substitutie van de ene vorm van zorg door de andere is mogelijk als alle zorg zoveel mogelijk binnen één verzekeringspakket wordt gefinancierd.

2.2. Solidariteit

De zorg voor gezondheid houdt niet op bij de eigen gezondheid. Een zorgzame samenleving vraagt ook om het opnemen van verantwoordelijkheden jegens elkaar. Naast rentmeesterschap dat inspireert tot het waken over de eigen gezondheid en welzijn is het beleven van solidariteit van wezenlijk belang. Deze solidariteit kan in het huidige ziekenfondssysteem naar meerdere vormen worden onderscheiden.

Solidariteit kan allereerst worden opgebracht tussen gezonde en zieke mensen. Vervolgens kan solidariteit betracht worden tussen verschillende groepen in leeftijd: solidariteit tussen oud en jong. Als derde kan de solidariteit tussen verschillende inkomensgroepen genoemd worden: solidariteit tussen mensen met hogere en lagere inkomens. De vierde vorm van solidariteit betreft die tussen kleine en grote gezinnen. Als laatste kan genoemd worden de solidariteit tussen regio's met veel en weinig vraag- en aanbod van gezondheidszorg. Tegenover solidariteit staat immer de plicht tot gezond leven. Als solidariteit gevraagd wordt voor vermijdbare risico's zal de beleving daarvan en de bereidheid daartoe afnemen.

Voor ons staan solidariteit naar gezondheidsrisico en draagkracht voorop. De andere vormen van solidariteit kunnen hiertoe worden herleid of zijn niet voldoende om als solidariteitselement te worden ingebouwd. De solidariteit tussen jong en oud kan worden herleid tot solidariteit naar risico. Aangezien ouderen gemiddeld een hoger risico vertegenwoordigen dan jongeren en wij uitgaan van solidariteit naar risico betekent dit dat solidariteit tussen jong en oud hierin is verwerkt. De solidariteit tussen gezinnen en

34. *Program van Uitgangspunten* van het CDA, p.10.

andere huishoudens komt tot uiting in de premieheffing per inkomenstrekker, in plaats van per verzekerde, zoals het geval is bij de particuliere verzekeraars. Solidariteit tussen regio's met veel en weinig aanbod van gezondheidszorg is alleen terecht op grond van een verschillende bevolkingssamenstelling (bijvoorbeeld een relatief groot aandeel ouderen in een bepaalde regio). Indien dit het geval is kan dit worden herleid tot solidariteit naar risico hetgeen door ons ook wordt voorgestaan. Voorzover verschillen tussen regio's echter voortvloeien uit verschillende niveaus van consumptie bij overigens gelijke omstandigheden hoeft hiervoor geen solidariteit gevraagd te worden.

Een verzekeringsstructuur kan tot solidariteit bijdragen en zodanig zijn ingericht dat personen worden aangespoord hun verantwoordelijkheid terzake op zich te nemen.

2.3. *Gerechtigheid*

'Recht op gezondheidszorg houdt in de verkrijgbaarheid van voor een ieder betaalbare en bereikbare hulp die hij of zij behoeft'.³⁵ Dit recht op gezondheidszorg houdt in dat financiële en geografische toegankelijkheid, alsmede levensbeschouwelijke nabijheid tot de benodigde zorg gewaarborgd zijn. Indien gekozen wordt voor de verzekeringsvorm als toegang tot de gezondheidszorg betekent dit dat er geen personen mogen worden uitgesloten van een pakket waarin de elementaire risico's zijn gewaarborgd. Onder elementaire risico's worden hier verstaan de risico's die niet verwijtbaar zijn aan personen of groepen personen en waarvoor een noodzakelijke voorziening aanwezig dient te zijn. Het 'recht op gezondheidszorg' biedt zodoende een 'vloer' in het aanbod van voorzieningen waarbij niemand kan worden uitgesloten. De eigen verantwoordelijkheid en de verantwoordelijkheid t.a.v. anderen betekenen dat in eerste instantie zelf- en mantelzorg dienen te worden benut en dat wanneer deze hun grenzen vinden, het recht op gezondheidszorg waarborgt dat gebruik kan worden gemaakt van de benodigde voorzieningen.

Men kan zich voorts afvragen of de overheid haar zorg hierbij over de gehele bevolking dient uit te strekken, of dat zij zich beperkt tot de mensen onder de ziekenfondsgrens, in de veronderstelling dat de overigen zichzelf kunnen redden. Wij menen dat het gerechtigheidsbeginsel ertoe noopt de voorwaarden te scheppen voor een solidariteit die zich over alle bevolkingsgroepen uitstrekt.³⁶ Dat was overigens ook al het geval toen de overheid rijksbijdragen in de ziekenfondskas stortte. Deze bijdragen werden immers uit belastingmiddelen naar draagkracht geheven. Ons standpunt betekent niet dat er een volksverzekering dient te worden ingevoerd in de zin zoals daar tot dusver over is gesproken. Wij komen daar in het vervolg op terug.

35. Idem.

36. Het Program van Uitgangspunten stelt zelfs dat de sterkeren er recht op hebben om op hun solidariteit te worden aangesproken. De overheid mag hen niet 'beroven van hun verantwoordelijkheid', *a.w.*, p. 27.

2.4. Gespreide verantwoordelijkheid

Het principe van gespreide verantwoordelijkheid brengt met zich mee dat de sector volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening naar zijn wezenskenmerken kan functioneren. Overheersing door overheidsbureaucratie of door commerciële exploitatie wijst dit principe af. Voorts mag de menselijke waardigheid niet worden aangetast door gevestigde structuren, of situaties waarin de mens onmondig wordt overgeleverd aan de heerschappij van de deskundige. Conform het in hoofdstuk III gestelde leidt dit principe tot een grote verantwoordelijkheid van maatschappelijke organisaties, zoals de ziekenfondsen, de verzekeraars en de aanbieders van zorg. Tegelijk vraagt dit principe om adequate democratisering van deze instellingen opdat de patiënt/verzekerde daarbinnen tot zijn recht kan komen.

Deze vier voorwaarden zijn politieke voorwaarden waaraan een stelsel van ziektekostenverzekering behoort te voldoen. Aan de ene kant dient er een zorgvuldige bevordering van de verantwoordelijkheid voor eigen en andermans gezondheid plaats te vinden, terwijl aan de andere kant een voor ieder gegarandeerde voorziening in elementaire risico's aanwezig dient te zijn, die vanuit het principe van gespreide verantwoordelijkheid aangeboden wordt.

3. Knelpunten in de huidige verzekeringsstructuur

De huidige verzekeringsstructuur voldoet in een aantal opzichten niet aan de voorwaarden zoals die hiervoor zijn geschetst.

We zullen deze knelpunten weergeven voor elk van de vier voorwaarden.

3.1. Rentmeesterschap

Op het gebied van de eigen verantwoordelijkheid ligt een knelpunt in de gebrekkige bevordering van zelf- en mantelzorg. Ziekenfonds- en AWBZ-verzekerden kunnen na betaling van de premie, die door de werkgever wordt ingehouden, zonder dat de kosten voor hen zichtbaar worden, gebruik maken van de voorzieningen die in het verstrekkingspakket geboden worden. Uiteindelijk komt dit gebruik wel weer terug in de vorm van premieverhogingen, maar op korte termijn zal de neiging om 'waar voor zijn geld' te krijgen niet worden onderdrukt. Dit betekent een belemmering in het bevorderen van zelfzorg. Er zijn nu in financiële zin geen aansporingen om thuiszorg te verrichten, het is eerder goedkoper om de gebruiker naar de geïnstitutionaliseerde zorg te laten gaan. Verzorging in een verpleeghuis is voor de direct betrokkene veelal goedkoper dan thuisverpleging. Dit geldt niet alleen voor ouderen maar ook voor bijvoorbeeld gezinnen met gehandicapte kinderen. Wanneer toch besloten wordt tot thuisverpleging betekent dit veelal een extra financiële belasting.

De gemiddelde medische consumptie van ziekenfondsverzekerden is ook na correctie van de gegevens voor hogere risico's en leeftijd nog altijd merkbaar groter dan van particulier verzekerden. Uiteindelijk wordt dit

knelpunt dus wel op dure wijze afgekocht. De loskoppeling van premiebetaling en verstrekkingen, die overigens bewust is gekozen, kan dus leiden tot overconsumptie. Deze verstrekking 'in natura' is wenselijk omdat directe betaling gevolgd door retributie door de verzekeraar voor de lage inkomensgroepen onaanvaardbare consequenties heeft. Een doeltreffender beleid gericht op de bevordering van mantel- en zelfzorg vraagt derhalve om het aanhalen van de banden tussen de ziekenfondsen en de aanbieders van gezondheidszorg. Via de overeenkomsten tussen deze partijen dienen ook de aansporingsmechanismen voor de patiënt tot het benutten van mantel- en zelfzorg aangebracht te worden. Thans is de contracteervrijheid voor de ziekenfondsen nog te zeer beperkt om een dergelijk beleid te kunnen voeren.

Bovendien worden zij zelf ook niet tot besparingen geprikkeld. Daardoor zitten er thans in het honoreringssysteem van artsen en specialisten geen aansporingen die een verschuiving van de tweede naar eerste lijnszorg bevorderen. Het abonnementshonorarium van huisartsen en het verrichtingsysteem voor specialisten werken niet bevorderend voor het in de eerste lijn houden van patiënten indien dat mogelijk is. Financieel gezien is het voor huisartsen die volgens het abonnementshonorarium voor ziekenfondsverzekerden betaald worden aantrekkelijk om patiënten snel door te verwijzen. Daarnaast is het voor specialisten (financieel gezien) aantrekkelijk om zoveel mogelijk verrichtingen te doen daar zij per verrichting betaald worden. Dit werkt dus niet alleen stimulerend voor de productie op zich, maar kan een belemmering vormen voor de versterking van de eerste lijn. Overigens is dit een heel complex vraagstuk waaruit niet direct duidelijke conclusies te trekken zijn omdat het verwijs- en terugbestelgedrag een ingewikkelde zaak is.³⁷

Ofschoon de verschillen tussen ziekenfondsen en andere verzekeraars op dit gebied afnemen kennen de verzekerden bij particuliere en publiekrechtelijke verzekeraars in zekere mate wel een band tussen betalingen en verstrekkingen, aangezien er veelal sprake is van systemen met eigen risico's, e.d. Dit betekent dat er hier meer dan bij ziekenfondsverzekerden het kostenbesef bevorderd wordt. Ook hier zijn de eigen risico's nog niet een sturingsinstrument in de richting van mantel- en zelfzorg, maar een middel tot premieverlaging. Voorts bestaat ook hier het gevaar dat wanneer eenmaal gebruik wordt gemaakt van voorzieningen er getracht zal worden 'waar voor z'n geld' te krijgen.

Een tweede knelpunt bij het beleven van de eigen verantwoordelijkheid ligt op het gebied van de keuzevrijheid. Keuzevrijheid kan in dit verband worden onderscheiden naar pakket-risico en naar financieel-risico. Het pakket-risico betreft de keuze om bepaalde verstrekkingen wel en andere niet te verzekeren, zoals bijvoorbeeld huisarts, tandheekkundige hulp, abortus. Het financieel-risico betreft de keuze om zelf een deel van de kosten te moeten betalen mocht men ziek worden, in ruil waarvoor een lagere premie

37. Zie bijvoorbeeld Vennix, J., Gubbels, J. en Post, D., *Het proces van spreekuurbezoek, verwijzen en opnemen: een modelmatige benadering op regionaal niveau*, Regionaal Ziekenfonds Zwolle 1985.

wordt gerekend. Bijvoorbeeld: een eigen risico van driehonderd gulden en een lagere premie, tegenover een verstrekkingspakket zonder eigen risico voor een hogere premie.

In de ziekenfondsverzekering zijn deze mogelijkheden niet aanwezig. Het verstrekkingspakket laat geen ruimte om keuzes te maken voor bepaalde verstrekkingen (vrouwenhulpverlening of alternatieve geneeswijzen) of juist tegen bepaalde verstrekkingen (abortus, de pil). Men is verzekerd voor het hele pakket en kan niet zelf een bewuste keuze omtrent de verstrekkingen doen.

Ook het financieel-risico is in de ziekenfondsverzekering niet aanwezig. Er gelden wel bepaalde vormen van eigen bijdragen, zoals de 'medicijnknaak', maar deze hebben veelal een verplicht karakter zodat de gebruiker hier zelf geen keuze in heeft. De verzekerden hebben uiteraard wel de keuze om al dan niet gebruik te maken van voorzieningen. Ook is er de mogelijkheid te kiezen tussen verstrekkingen in het ziekenfondspakket zodat bijvoorbeeld substitutie van dure zorg door goedkope mogelijk is. De verzekerde heeft echter geen directe invloed op de samenstelling van het verzekerde pakket. Bij de particuliere verzekeraars geldt het probleem van de keuzevrijheid in mindere mate. Men kan zelf enige keuzes maken in het verstrekkingspakket (wel of geen huisarts) en ook kan een keuze gemaakt worden om een financieel risico te lopen. De publiekrechtelijke verzekeringen kennen een uitgebreid verstrekkingspakket vergelijkbaar met het ziekenfondspakket en daarnaast een systeem van eigen bijdragen. Deze zijn echter eerder ingevoerd als prikkel tot een meer kostenbewuste medische consumptie dan als keuzemogelijkheid.

Preventie speelt in de huidige structuur voor de cliënt geen voelbare rol. Wel worden uit de ziekenfondskas preventieve activiteiten bekostigd. Ongezonde leefgewoonten kunnen zonder dat daar voor de betrokkenen directe gevolgen aan vastzitten worden afgewenteld op de bestaande verzekeringen. Onnodig risicoverhogend gedrag wordt niet gestraft, de gevolgen daarvan worden juist volledig opgevangen. Preventief gedrag wordt dus niet bevorderd in de huidige ziekenfondsstructuur, evenmin als bij de particuliere verzekeraar. Er bestaat verzekeringstechnisch gezien geen enkel belang (voor de verzekerde) om te voorkomen dat hij een kwaal krijgt. Ook hier is het verband tussen rechten en plichten losgeraakt. Recht op gezondheidszorg brengt de plicht tot gezond leven met zich mee. Sport kan bijvoorbeeld gezien worden als investering in gezondheid en kan preventief werken. Wanneer echter onnodige risico's genomen worden in de sport zouden de lasten hiervoor ook gedragen moeten worden. Nu is het zo dat, ook al worden extra verzekeringen gesloten, in principe de wettelijke verzekering de kosten vergoeden moet zodat slechts de (eventuele) resterende kosten door de andere verzekeraar worden vergoed. De verhaalbaarheid van bepaalde risico's is in dit verband derhalve eveneens een knelpunt.

De afstemming van het aanbod op de vraag is onder het huidige stelsel eveneens een probleem. Het naast elkaar bestaan van verschillende financieringsmethoden vormt een belemmering voor een doelgerichte en doelmatige aanpak. De soms gewenste overgang van de ene voorziening naar de andere brengt grote verschillen met zich mee in eigen bijdragen, erken-

ningsvoorwaarden, indicatiestelling, budgettering, etc., die de substitutie belemmeren.

Om te komen tot 'zorg op maat' moet er tevens sprake zijn van 'verzekering op maat'. Dit hoeft niet te betekenen dat er een uniforme verzekering is waarin alles is geregeld maar wel dat verschuivingen in aanbod en vraag zonder grote schokken en starheden kunnen worden opgevangen. Wanneer gepleit wordt voor versterking van de thuiszorg bijvoorbeeld zal dit ook moeten betekenen dat de verzekeringsmogelijkheden daartoe de ruimte bieden. Zeker wanneer verpleging in het ziekenhuis voor de direct betrokkenen goedkoper is zal deze verschuiving moeizaam plaatsvinden. Maar ook wanneer thuiszorg voor de direct betrokkene niet duurder is zal er toch een éénduidige financieringsstructuur voor thuiszorg dienen te zijn daar het anders te ingewikkeld wordt. Wanneer om voor iemand thuiszorg te regelen vele instanties benaderd moeten worden en deze vormen van thuiszorg via verschillende wijzen gehonoreerd worden zal dit de stimulans om thuiszorg te realiseren niet vergroten. Verzekeringsvormen die thuiszorg als compleet pakket aanbieden zijn nog onvoldoende beschikbaar.

3.2. Verantwoordelijkheid voor anderen

Er zijn eveneens verschillende knelpunten aan te wijzen op het gebied van de verantwoordelijkheid voor anderen. Bij de particuliere verzekeraars liggen problemen op het gebied van de solidariteit. Met name de laatste jaren is er sprake van een ontwikkeling waarbij de solidariteit tussen gezonden en ongezonden wordt losgelaten. Jongeren die veelal gezonder zijn, worden met lage tarieven gelokt, terwijl voor ouderen leeftijdstoelagen of uitsluitingen voor bepaalde risico's gelden. Ook komt het voor dat bepaalde risico's wel verzekerd worden, maar tegen bijbetaling van opslagpremies. Hiermee wordt de solidariteit naar onvermijdbare risico's losgelaten. De eigen verantwoordelijkheid wordt hiermee wel beleefd, de verantwoordelijkheid t.o.v. anderen kan niet beleefd worden.

Bij de ziekenfondsverzekering liggen de problemen op het gebied van de solidariteit anders. Daar is wel sprake van solidariteit tussen jong en oud, gezond en ongezond en de verschillende groottes van gezinnen. Het probleem ligt hier eerder in een ongelijke verdeling van de solidariteit. Alleenstaanden met een deeltijdfunctie, gezinnen met veel kinderen, tweeverdieners die beiden de maximumpremie betalen, zijn een aantal van de uitersten in de ziekenfondsverzekering. De solidariteit tussen deze categorieën verzekerden wordt door sommigen zelfs overtrokken genoemd.

In het verlengde hiervan ligt een knelpunt in de overgang tussen ziekenfondsverzekering en particuliere verzekering. Indien men vanwege het overschrijden van de ziekenfondsgrens niet meer in het ziekenfonds verzekerd kan zijn, wordt het betrekken van een grote mate van solidariteit (verantwoordelijkheid voor anderen) omgezet in een verzekering die meer gericht is op de verantwoordelijkheid voor zichzelf. Omdat de premie bij de particuliere verzekering nominaal betaald wordt, zal de solidariteit tussen inkomensgroepen afnemen naarmate men zich in een hogere inkomensgroep bevindt. Nu wordt financiële solidariteit betracht tussen de ziekenfondsverzekerden en binnen de kring van ambtenarenverzekeringen. Fi-

nanciële solidariteit tussen inkomensgroepen in de ziekenfonds- en particuliere verzekeringen wordt niet betracht, afgezien van de vereveningsbijdrage n.a.v. de kleine stelselherziening in 1986. Over deze afspraak wordt thans al weer gestreden. Op lange termijn zijn vereveningsbijdragen geen blijvend toepasbaar correctiemechanisme omdat zij door de particuliere verzekeraar als te vreemd aan zijn marktpositie wordt beschouwd. Beter is het de structuur van het stelsel als zodanig te wijzigen. Het is immers de vraag of niet ook van de andere inkomensgroepen solidariteit op financieel gebied gevraagd kan worden.

3.3. Recht op gezondheidszorg

Het stelsel van verzekeringen in Nederland leidt ertoe dat circa 65% verplicht en circa 35% vrijwillig verzekerd is tegen ziektekosten op basis van een breed verstrekkingenpakket. De mate van niet-verzekering is in ons land zeer gering. Het ziekenfondspakket kan zelfs beschouwd worden als méér dan de van overheidswege voor ieder te garanderen 'vloer' in de gezondheidszorg, omdat er ook verstrekkingen in het pakket zijn opgenomen die tot de eigen verantwoordelijkheid van mensen kunnen worden gerekend. Het 'recht op gezondheidszorg' zoals we dat in dit hoofdstuk hantieren, is daardoor deels gewaarborgd, maar er is wel een knelpunt voor wat betreft de differentiatie naar gezondheidsstijlen. Deze differentiatie is in het ziekenfondssysteem thans niet goed mogelijk. Dit heeft te maken met het uniforme wettelijke ziekenfondspakket, waardoor de ziekenfondsen zijn gevalueerd tot uitvoeringsorganen. Daaruit vloeit de regionale monopoliepositie van de ziekenfondsen voort. Indien er één ziekenfonds in een werkgebied is en de verzekerden zijn verplicht zich bij dat ziekenfonds aan te sluiten, dan zijn keuzevrijheid en differentiatie naar gezondheidsstijl onmogelijk.

3.4. Spreiding van verantwoordelijkheden

Problemen op het gebied van gespreide verantwoordelijkheid zijn reeds uitvoerig aan de orde geweest in hoofdstuk III. Hier is met name de positie van de ziekenfondsen en de verzekeraars van belang. Bureaucratische regelgeving in de sfeer van prijsbeheersing heeft hen de mogelijkheid ontnomen invloed uit te oefenen op de kwaliteit van de verrichte zorg en op de daarbij behorende kosten. Het zonder meer kunnen declareren van de uitgaven bij de Centrale Ziekenfondskas ontnemt de fondsen voorts de prikkel tot kostenbeheersing. Ook dat ondergraaft de intensiteit van de verantwoordelijkheidsbeleving. Wanneer beheersingsinstrumenten in de sector zelf worden ingebouwd, zijn de mogelijkheden daartoe niet alleen groter, maar ook breder. Beheersing is dan een vanzelfsprekend proces, dat niet alleen voortkomt uit financiële overwegingen, maar ook uit een zorgvuldige afweging van wat men met de gezondheidszorg wil bereiken. In de huidige situatie zijn ziekenfondsen gedwongen alle door erkend gevestigde aanbieders verstrekte zorg te betalen. Tot normering van behandelwijzen in overleg met deze aanbieders zijn zij niet gemachtigd. Vrijwel alle energie

wordt verbruikt aan het volgen van de regelgeving en het zo veel mogelijk veilig stellen van de eigen positie.

Aan de kant van de verzekerden is de verantwoordelijkheidsbeleving een knelpunt. Democratisering houdt meer in dan alleen het instellen van goede klachtprocedures of het kunnen veranderen van verzekeraar. Democratisering via de overheid werkt niet en zal daarom door andere vormen moeten worden vervangen. Wij gaan op dit punt uitvoeriger in in hoofdstuk V.

4. Een aangepaste verzekeringsstructuur

In dit hoofdstuk beschrijven wij een stelsel waarbij meer recht wordt gedaan aan de gestelde voorwaarden en dat de gesignaleerde knelpunten zoveel mogelijk opheft. Wij komen daarbij tot de conclusie dat een door rentmeesterschap en solidariteit georiënteerde gespreide verantwoordelijkheid het beste gerealiseerd wordt in een stelsel waarbij voor allen gelijkelijk de 'vloer' gegarandeerd is in de vorm van:

1. de AWBZ,
2. een grotendeels gehandhaafd ziekenfondspakket,
3. de Wet Bejaardenoorden, het maatschappelijk werk en de gezinszorg, voor zover zij tot de ziektekosten kunnen worden gerekend.

Deze 'vloer' wordt beheerd door de ziekenfondsen en de particuliere verzekeraars op basis van genormeerde inkomstenbudgettering uit een centrale kas en nominale premies. Daarboven zijn aanvullende verzekeringen mogelijk, die aan particulier initiatief worden overgelaten. Aan de voet zijn vrijwillige eigen risico's mogelijk tot een bepaald maximum.

Verstrekkings te beheren door ziekenfondsen en particuliere verzekeraars en de financiering daarvan.

	Ziekenfondsen	Particuliere verzekeraars
AWBZ	procentuele werkgeverspremie (-f 64 500)	procentuele werkgeverspremie (-f 64 500)
Ziekenfondspakket	deels procentuele premie, deels nominale premie (-f 49 000)	nominale premie
Wet Bejaardenoorden	Rijksbijdrage in AWBZ	Rijksbijdrage in AWBZ
Gezinszorg	Rijksbijdrage in Centrale Kas	Rijksbijdrage in Centrale Kas
Maatsch. Werk	Rijksbijdrage in Centrale Kas	Rijksbijdrage in Centrale Kas

Het algemene richtsnoer bij deze wijzigingen is de in het CDA-program *Uitzicht* neergelegde stelling dat de voorstellen voor de ziekenfonds-verzeker-

den en de kleine zelfstandigen niet tot hogere premies mogen leiden (art. V.4.e.). In de navolgende paragrafen 4.1 tot en met 4.7 gaan wij op de verstrekkingen in die in dit nieuwe systeem aangeboden worden. In paragraaf 5 behandelen wij de organisatorische veranderingen die dit bij de ziekenfondsen, de particuliere en de publiekrechtelijke verzekeraars met zich meebrengt.

4.1. De AWBZ

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) wordt voor het grootste deel (rond negentig procent) gefinancierd door premies. Deze premies worden door de werkgevers opgebracht en bedragen 4,35% van het premieplichtig inkomen (tot f 64 500). Hierbij geldt een leeftijdsgrens van 65 jaar. Daarnaast komen er inkomsten voor de AWBZ in de vorm van eigen bijdragen en contributies (samen rond de 10%). De AWBZ dekt bijzondere ziektekosten zoals verpleeghuisopname, zwakzinnigenzorg, verpleging in een ziekenhuis na één jaar, maar ook de ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG's) en de wijkverpleging. De AWBZ is een volksverzekering in de zin dat elke ingezetene aanspraak kan doen op de verstrekkingen. De AWBZ is geen volksverzekering in die zin dat ieder er premie voor betaalt.

Het regeringsbeleid is erop gericht het draagvlak voor de AWBZ te verbreden door ook van de werknemers en de uitkeringsgerechtigden premies te gaan heffen. Zij zullen daarvoor in eerste instantie bruto gecompenseerd worden, zodat er bij deze verschuivingen geen lastenstijgingen optreden. Op langere termijn wordt premieverhoging wel uitgesmeerd over grotere delen van de bevolking, zodat uitbreiding van de zorg ook in de premiestijging merkbaar wordt, hetgeen thans niet het geval is.

Naast nadelen zijn er onmiskenbaar ook voordelen aan deze voorstellen verbonden. Veel meer dan als een financieringsvraagstuk zien wij de verdere ontwikkeling van de volksgezondheid echter als een beheersprobleem. Het gaat erom op korte termijn de verantwoordelijkheid van de financiers en de aanbieders zo te activeren dat zij met het bestaande budget optimale zorg aan kunnen bieden. Wijzigingen in het stelsel van ziektekostenverzekeringen gaan gepaard met brede maatschappelijke discussies en zijn niet gemakkelijk door te voeren. Het is daarom van belang alle energie te steken in versterking van de beheersverantwoordelijkheid van financiers en aanbieders voor de AWBZ.

Wij zijn er voorstander van dat de AWBZ uitgevoerd gaat worden door ziekenfondsen en dat de particuliere verzekeraars via hun regionale vertegenwoordigers in de verbindingskantoren bij het beheer betrokken worden, opdat zij binnen hun kring van verzekerden en vanuit een brede verantwoordelijkheid voor zowel AWBZ-verstrekkingen als andere ziektekostenverzekeringen tot substitutie van vormen van zorg kunnen overgaan. Op deze wijziging van de beheersverantwoordelijkheid gaan wij in paragraaf 5 verder in.

4.2. Standaardverzekering

Het ziekenfondspakket omvat een breed scala van medische verstrekkingen waarvoor alle werknemers en uitkeringsgerechtigden met een inkomen onder de f 49 000 per jaar en hun gezin verplicht verzekerd zijn. De premie (9,6%) wordt voor de helft door de werkgever en voor de helft door de werknemer betaald. Een met het ziekenfondspakket overeenkomende polis (standaardpakket) wordt sinds kort ook door particuliere verzekeraars aangeboden aan mensen die bij de stelselherziening van 1 april 1986 niet langer tot het ziekenfonds konden behoren vanwege hun inkomen. De premie daarvoor is, zoals bij de particuliere verzekeraars gebruikelijk, niet procentueel, maar nominaal, dat wil zeggen een vast bedrag per verzekerde.

Wij stellen voor om het ziekenfondspakket te vervangen door een Standaardverzekering. Deze Standaardverzekering moet, samen met de AWBZ en enkele subsidiegefinancierde voorzieningen, dekking bieden tegen de elementaire risico's op het gebied van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. Onder elementaire risico's worden hier verstaan onvermijdbare risico's, waarvan de gevolgen afzonderlijk niet te dragen zijn en waarvan de bijbehorende verstrekkingen behoren tot een noodzakelijk basispakket medische voorzieningen dat voor iedere Nederlander gelijkelijk geldt. De Standaardverzekering biedt een minimumverzekeringsdekking waartoe ieder van overheidswege verplicht wordt zich te verzekeren, maar die door de ziekenfondsen en de verzekeraars aangeboden wordt.

Deze redenering leidt tot een breed pakket waarin huisartsenhulp, specialistische hulp, kortlopende ziekenhuisverpleging (maximaal één maand), geneesmiddelen en basisverstrekkingen tandheelkunde en fysiotherapie verzekerd zijn. Voor het meerdere kan geen beroep op door de overheid afgedwongen solidariteit worden gedaan. Dit kan desgewenst vrijwillig aanvullend worden verzekerd. Het gaat er om de 'vloer' te bepalen die van overheidswege aan ieder wordt gegarandeerd en die in wisselende economische en culturele omstandigheden kan worden gehandhaafd.

Het huidige ziekenfondspakket kan in het licht van deze criteria bijvoorbeeld als volgt worden herzien:

- a. Uit het pakket kunnen worden genomen verstrekkingen als:
 - (re)fertilisatie en sterilisatie,
 - cosmetische orthodontie,
 - cosmetische plastische chirurgie,
 - etc.
- b. Voorts kunnen voor een aantal verstrekkingen de indicaties worden verscherpt en aan toestemming van het ziekenfonds voorbehouden:
 - fysiotherapie,
 - ziekenvervoer,
 - verloskundige zorg (behalve door huisarts en vroedvrouw),
 - behandeling sportblessures,
 - etc.

c. Normering behandelwijzen:

bij geneesmiddelen, alleen de kosten van een (beschikbaar) loco-preparaat vergoeden,
normering diagnostische verrichtingen,
normering ligdagen,
etc.

De onder a vermelde uit het pakket te verwijderen verstrekkingen ('schooning') kunnen worden beschouwd als niet-medische verstrekkingen die tot de verantwoordelijkheid van de patiënt/cliënt gerekend moeten worden. Het betreft hier geen onvermijdbare risico's die tot de van overheidswege te garanderen 'vloer' behoren.

De onder b vermelde verstrekkingen behoren soms wel tot deze 'vloer' en soms niet. Zij kunnen niet verwijderd worden, maar wel dient de indicatiestelling verscherpt te worden. Deze indicatiestelling dient bij algemene maatregel van bestuur te worden omschreven. Sportblessures dienen te worden gedekt uit door de sportverenigingen af te sluiten aanvullende verzekeringen. Dit vergt wijziging van de aansprakelijkheidsstelling.

De onder c opgenomen normering van behandelwijzen heeft geen betrekking op de toegang tot de verstrekking, maar op de wijze waarop de verstrekking gegeven wordt. Voor diagnostische verrichtingen (onderzoek in een ziekenhuis bijvoorbeeld) wordt een norm vastgesteld, georiënteerd aan 'wat door de kring van beroepsgenoten noodzakelijk wordt geacht'. Het meerdere komt niet voor vergoeding uit de Standaardverzekering in aanmerking. Voor geneesmiddelen wordt, als er een loco-preparaat beschikbaar is, niet het dure merkartikel, maar het vervangende loco-preparaat vergoed. Weliswaar wordt deze maatregel juridisch aangevochten door de geneesmiddelenindustrie, maar hun grief kan worden ondervangen door verlenging van de octrooi-periode en drastische bespoediging van de erkenning van geneesmiddelen, waardoor een redelijke termijn ontstaat waarbinnen researchkosten op aanvaardbare wijze kunnen worden terugverdiend. De normering van de ligdagen is vooral van belang voor het oneigenlijk gebruik van ziekenhuisbedden voor mensen die niet meer behandeld worden.

Aldus ontstaat een standaardverzekeringspakket dat in gulden omgerekend omstreeks 90% van het huidige ziekenfondspakket omvat.³⁸ Het gaat daarbij niet om een te besparen bedrag, maar om een zuivere definiëring van datgene waarvoor de overheid collectief solidariteit mag afdwingen.

De Standaardverzekering is voor een ieder verplicht om onder- of niet-verzekeren te voorkomen. Wanneer iemand die niet verzekerd is, een beroep doet op gezondheidszorg zal dit voor de elementaire risico's, zeker bij directe noodzaak tot behandeling, niet geweigerd kunnen worden. De financiële consequenties worden echter afgewenteld op anderen. Om te voorkomen dat enerzijds personen het risico lopen (te) grote financiële offers te moeten

38. In de heroverwegingen van 1980 (*Heroverweging Collectieve Uitgaven*, Tweede Kamer, zitting 1980-1981, 16 625, nr. 4, blz. 79) wordt uitgegaan van een beperking tot 83%. Dit is echter nooit concreet ingevuld.

brengen en anderzijds dat de gemeenschap de gevolgen ondervindt van niet-verzekeren wordt de Standaardverzekering verplicht gesteld, ook voor hen die thans particulier verzekerd zijn. Behalve deze verplichting verandert er voor hen niets.

De premie voor het standaardpakket wordt binnen het ziekenfonds, evenals thans het geval is, gebaseerd op solidariteit naar risico en draagkracht. De mogelijkheid wordt opengesteld dat verzekerden eigen risico's nemen tot een maximumbedrag dat niet hoger ligt dan het nominale premiedeel. Bij de particuliere verzekeraars blijft de premie nominaal. Om de prikkel tot doelmatig handelen ook aan de zijde van de ziekenfondsen in te bouwen wordt de premie voor de Standaardverzekering deels procentueel en deels nominaal geheven. Het nominale premiedeel, dat niet te hoog mag liggen om de solidariteit niet aan te tasten en ook niet te laag teneinde een zinvolle marge voor eigen beleid van het fonds te creëren, wordt rechtstreeks door de verzekerde aan het ziekenfonds betaald. Het ziekenfonds kan bereikte besparingen door middel van verlaging van het nominale premiedeel doorgeven aan zijn verzekerden.

4.3. Subsidiegefinancierde voorzieningen

In verband met gewenste substitutiemogelijkheden is het tevens van belang dat enkele subsidiegefinancierde voorzieningen onder het verzekeringsstelsel gebracht worden voor dat deel van hun functioneren dat tot de zorg voor zieken en invaliden kan worden gerekend. Het andere deel valt onder de Welzijnswet. De gezinszorg, het maatschappelijk werk en de bejaardenoorden worden thans uit subsidies gefinancierd, ten laste van de rijksbegroting. Deze bedragen worden veelal in de vorm van doeluitkeringen aan de lagere overheden ter beschikking gesteld die vervolgens feitelijk als subsidiënt optreden. Ter wille van een grotere substitutiemogelijkheid verdient het aanbeveling om tot een eenvormige financiering te komen. Eerst dan immers kunnen ziekenfondsen en verzekeraars effectief onderhandelen met de aanbieders van zorg en budgetten afstemmen op meer eerstelijns- en thuiszorg en minder tweede-lijnszorg.

Deze rijksbijdragen kunnen in een centrale kas worden gestort waaruit ziektekostenverzekeraars en ziekenfondsen deze verstrekkingen ten behoeve van de Standaardverzekering vergoed krijgen. Niet de instellingen, maar de verstrekkingen gaan daarmee tot het standaardpakket behoren. In de verdere toekomst kan overwogen worden om deze Rijksbijdrage af te schaffen, de belastingen met hetzelfde bedrag te verminderen en de premie voor het standaardpakket te verhogen.

Voor de bejaardenoorden zou daarbij een uitzondering moeten worden gemaakt. Feitelijk groeien zij naar de verpleeghuizen toe doordat mensen gemiddeld steeds hulpbehoevender moeten zijn alvorens zij in het bejaardenoord kunnen worden opgenomen. De bejaardenoorden zouden als deze ontwikkeling zich voortzet, in de AWBZ kunnen worden gebracht, doordat de rijksbijdrage in dit fonds wordt gestort. Het ligt dan wel voor de hand om bij de verpleeghuizen, de bejaardenoorden en de thuiszorg eenzelfde inkomensstoets aan te leggen. Het plafond voor eigen bijdragen kan daarbij verhoogd worden, terwijl de vermogenstoets vervalt.

4.4. *Samenvoeging AWBZ en Standaardverzekering tot één basispakket?*

Ten aanzien van de AWBZ en de Standaardverzekering kan de vraag gesteld worden of deze niet samengevoegd kunnen worden. Wanneer beide verzekeringsvormen samen gaan, kan uiteindelijk een basisverzekering ontstaan waarin optimale substitutiemogelijkheden aanwezig zijn. Wij zijn van die samenvoeging voorstander. Dit proces dient echter voor wat de premieheffing betreft gefaseerd te verlopen en zal geruime tijd in beslag nemen. Tot die tijd dient in elk geval het beheer over de Standaardverzekering en over de AWBZ in één coördinerend orgaan te worden ondergebracht, teneinde de substitutiemogelijkheden zoveel mogelijk te benutten. Dat orgaan zou de Gezondheidsverzekeringsraad dienen te zijn, welke wordt beschreven in paragraaf 5.4.

4.5. *Aanvullende verzekeringen, eigen risico's en gezondheidsstijlen*

Naast de *Standaardverzekering* bestaat de mogelijkheid via aanvullende verzekeringen andere verstrekkingen te verzekeren. Hierin kunnen verstrekkingen die niet in de AWBZ en het standaardpakket zijn opgenomen, worden verzekerd. Het is ook denkbaar dat er door bedrijfstakken polissen worden afgesloten met verzekeringen voor specifieke risico's. In elk geval kunnen sportblessures worden gedekt uit (reeds bestaande) aanvullende verzekeringen die de sportverenigingen afsluiten en financieren uit de contributies. De bepaling van de premie van de aanvullende verzekering is een zaak van de betrokken partijen, hier dus de verzekerden en de verzekeraars en ziekenfondsen. Verschillende mogelijkheden doen zich voor variërend van een nominale premie tot een premie gebaseerd op draagkracht. Over de uitkomst van dit proces zijn geen harde uitspraken te doen. De uitkomst kan afhangen van de gezondheidsstijl van de verzekeraar.

Naar de verzekerden toe kunnen dan polissen worden aangeboden die de Standaardverzekering omvatten, inclusief vrijwillig te nemen eigen (financiële of pakket-) risico's tot een bepaald maximum per huishouden (dat niet hoger is dan het nominale premiedeel), plus een naar de eigen gezondheidsstijl gedifferentieerde aanvullende verzekering, terwijl ook in de contracteervrijheid van het ziekenfonds deze stijl kan doorwerken. De pluriformiteit van de samenleving kan zich dan uiten in de verzekeringsstructuur.

In deze *gezondheidsstijlen* kunnen voorkeuren naar voren worden gebracht die betrekking hebben op een bepaalde stijl van gezondheid. Voorbeelden zijn o.a. een voorkeur voor alternatieve geneeswijzen, het afwijzen van bepaalde verstrekkingen in het pakket of het juist daarin willen opnemen van een bepaalde verstrekking. Ook een recente ontwikkeling als het opkomen van vrouwenhulpgroepen kan in dit verband genoemd worden. Uiteindelijk kunnen de verschillende ziektekostenverzekeraars toewerken naar een eigen stijl en identiteit. Nu zitten personen met geheel verschillende levensbeschouwelijke achtergronden in een en hetzelfde ziekenfonds. De ontwikkeling naar gezondheidsstijlen betekent dat een ieder zich bij een passende verzekeraar kan aansluiten. Enerzijds zijn er dan de Standaardverzekering en de AWBZ die een ondergrens aangeven en een waarborg voor een minimumniveau van gezondheidszorg, anderzijds de aanvullende

verzekeringen en vrijwillige eigen risico's die de keuzevrijheid van de verzekerden m.b.t. soort en hoeveelheid verstrekkingen vergroten.

4.6. Kapitaaldekking

Interessant is tevens de mogelijkheid om in deze vormen van verzekeringen andere elementen in te brengen, die bijdragen tot een houdbare gezondheidszorg in het licht van de demografische ontwikkelingen. De mogelijkheden van een kapitaaldekkingssysteem lijken zeker aanwezig. Weliswaar zijn de nationale besparingen in de vorm van pensioenfondsen nu al zeer hoog, maar deze bedragen komen met name beschikbaar bij ouderen die in mindere mate een beroep op de collectief gefinancierde zorg zullen doen. Voor degenen die niet in staat zullen zijn om particuliere zorg in te kopen, zullen de ziekenfondsen en de AWBZ-kas over voldoende middelen moeten blijven beschikken. Het is denkbaar dat ziekenfondsen een bepaalde reserve opbouwen die in de toekomst gebruikt wordt om de benodigde zorg te betalen. Een zuiver omslagstelsel lijkt gezien de toenemende vergrijzing steeds minder in staat om demografische schommelingen op te vangen. Bij de bepaling van de premie voor de Standaardverzekering kan daarom ook worden uitgegaan van een zekere kapitaaldekking. Er kan dan fondsvorming optreden zodat volledige omslag van kosten wordt losgelaten. Oververtegenwoordiging van ouderen in de samenleving hoeft dan niet te leiden tot extreem hoge premies in de toekomst. Tevens heeft een dergelijke vorm van kapitaaldekking een stabiliserende werking op de premiehoogte. Zodoende kan een vergrijzingsreserve worden opgebouwd die niet per verzekerde wordt toegerekend, maar collectief naar een groep verzekerden. Ook de particuliere verzekeraars bouwen een dergelijke functionele reserve op. Fondsen en verzekeraars zullen deze gelden beleggen zoals ook de pensioenfondsen dat doen. Van 'dood geld' is daarbij niet werkelijk sprake.

4.7. Samenvatting

Er ontstaat een stelsel waarbij de uiteindelijk te betalen premies bepaald worden door de volgende factoren:

a. de procentuele premie AWBZ

Werkgevers betalen 4,35% AWBZ-premie over premieplichtig inkomen tot f 64 500. Door de AWBZ worden ook de kosten gedekt van de bejaardenoorden. Ten behoeve van dit laatste wordt de rijksbijdrage ingevolge de Wet op de Bejaardenoorden in de AWBZ-kas gestort. Inning van eigen bijdragen vindt plaats door de ziekenfondsen en de particuliere verzekeraars.

b. de procentuele premie Standaardverzekering

Voor het (tot circa 90% van het huidige ziekenfondspakket teruggebrachte) Standaardpakket betalen ziekenfondsverzekerden een deel premie naar draagkracht, die net als thans door de werkgevers of de uitkeringsinstanties geïnd wordt. Deze premies worden afgedragen aan een centrale kas, die op basis van normbedragen per verzekerde budgetten verstrekt aan de ziekenfondsen. Door de Standaardverzekering worden voorts de kosten gedekt

van maatschappelijk werk en gezinszorg, voor zover die tot de gezondheidszorg kunnen worden gerekend. Particulier verzekerden betalen voor dit pakket een nominale premie.

c. de nominale premie Standaardverzekering

Door de ziekenfondsen wordt rechtstreeks van de verzekerden een deel nominale premie geheven voor het standaardpakket. Dit nominale premiedeel wordt zo gekozen dat procentuele en nominale premie voor het standaardpakket voor de laagste inkomens tezamen de huidige ziekenfondspremie niet te boven gaan. Grotere doelmatigheid, normering van behandelwijzen en vervanging van duurdere vormen van zorg door goedkopere, kunnen ertoe leiden dat de ziekenfondsen de nominale premie kunnen verlagen en de bereikte besparingen ten goede laten komen aan de verzekerden.

d. premie aanvullende verzekeringen

Het staat de ziekenfondsen en de particuliere verzekeraars vrij om aanvullend verstrekkingen te verzekeren, die niet in het standaardpakket en de AWBZ zitten, maar waar men om redenen van de aangehangen gezondheidsstijl wel prijs op stelt. De premie wordt door hen vastgesteld en is fiscaal aftrekbaar.

e. vrijwillig te nemen eigen risico's en eigen bijdragen

Op het standaardpakket kunnen verzekerden en ziekenfondsen overeenkomen dat zij eigen risico's (financiële, dan wel pakket-risico's) aanvaarden tot een zeker maximum per huishouden dat niet hoger ligt dan het nominale premiedeel. Eventueel kunnen er verschillende maxima zijn voor verschillende inkomensgroepen.

Door middel van deze eigen risico's, het beheer van de nominale premie en de aanvullende verzekeringen kunnen gedifferentieerde polissen aangeboden worden waarin gezondheidsstijlen tot uitdrukking komen. De uiteindelijk te betalen premies kunnen derhalve niet worden voorspeld. Deze zijn sterk afhankelijk van de pluriformiteit van de samenleving. Vast onderdeel van het geheel is echter steeds de door AWBZ en standaardpakket gevormde 'vloer' in het stelsel, die aangeboden worden op basis van een van rijkswege vastgestelde premiehoogte die niet hoger is dan wat men thans aan het ziekenfonds betaalt.

Zelfs met een beperkt ziekenfondspakket blijft er aldus een relatief hoge 'vloer' over die van overheidswege wordt gegarandeerd, zeker als men die vergelijkt met de situatie in andere landen of met de toekomstige situatie op het terrein van de sociale zekerheid na overdracht van de werknemersverzekeringen aan de sociale partners. Dat betekent ook dat het parlement verantwoordelijk blijft voor een tamelijk omvangrijk basispakket en dat er dus opwaartse druk vanuit de samenleving kan blijven bestaan op dit pakket. Dat vraagstuk lijkt onvermijdbaar. De enige oplossing is te vinden in het aanbrengen van zo sterk mogelijke tegenkrachten. Deze zijn te vinden in de versterking van de positie van de organen die het verzekeringsstelsel beheren, zoals de ziekenfondsen, de verzekeraars en de Ziekenfondsraad. Hun

besluitvorming en die van het parlement zal erop gericht moeten worden dat het nu vast te stellen basispakket verstrekkingen ook inderdaad basis blijft. Dat betekent dat nieuwe verstrekkingen getoetst moeten worden aan een aantal criteria, zoals bijvoorbeeld:

- vervangen deze nieuwe verstrekkingen reeds bestaande?
- zijn ze goedkoper?
- zijn ze in zodanige mate beter dat in redelijkheid niet met de bestaande verstrekkingen volstaan kan worden?
- behoren zij tot een voorziening in elementaire gezondheidsrisico's of kunnen zij aan aanvullende verzekeringen overgelaten worden?

In de Ziekenfondsraad is daarvoor inmiddels een procedure ontwikkeld, blijkens het advies van 24 april 1986.

5. Convergentie van verzekeraars en ziekenfondsen

Wanneer het systeem van standaardverzekering en aanvullende verzekering gestalte krijgt, verandert de positie van de verschillende verzekeraars. Alhoewel door de stijlen van gezondheidszorg er verschillende verzekeringen zullen ontstaan en de premieheffing vooralsnog niet verandert, wordt een ieder verplicht zich voor hetzelfde basis-verstrekkingenpakket te verzekeren. Er is dan minder grond voor een rigide onderscheid tussen ziekenfonds-, publiekrechtelijk en particulier verzekerden. Uitgaande van de huidige situatie kunnen de verzekeraars en de ziekenfondsen hun werkzaamheden aanpassen zodat ze geleidelijk meer naar elkaar toegroeien en in een meer gelijke positie komen te staan.³⁹ We komen nog terug op de tijdspanne waarbinnen deze aanpassingen kunnen plaatsvinden. Er wordt vanuit gegaan dat er geen grote verschuivingen in de verzekeringsbestanden hoeven op te treden. De huidige verzekeraars houden dus in eerste instantie hun bestanden.

5.1. Aanpassingen bij de ziekenfondsen

In het voorgestelde systeem krijgen de ziekenfondsen een grotere verantwoordelijkheid. Door middel van contracteervrijheid, onderhandelingen over tarieven, normering van behandelwijzen, substitutie en door het beheer van het nominale premiedeel zullen zij innoverende, constructieve invloed op de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening uitoefenen. Het aannemen van een gezondheidsstijl kan daarbij passen.

Een element dat in dit verband als eerste genoemd kan worden is de *contracteerplicht*. Thans zijn ziekenfondsen verplicht om beroepsbeoefenaren te contracteren als dezen aan het vestigings- en erkenningenbeleid voldoen. Zij hebben daarin geen keuze. Pakketdifferentiatie, tariefsonderhandelingen en normering van behandelwijzen vergen echter voor ziekenfondsen een ruimere mogelijkheid om al of niet contracten met hulpverleners af

39. Zoals voorgesteld door Van de Ven: 'Een nationaal stelsel van ziektekostenverzekeringen. Convergentie van ziekenfonds en particulier', lezing bij *Congres Gezondheid en Financiën*, 17 oktober 1985.

te sluiten. Afschaffing van de contracteerplicht kan daarom bijdragen tot het verhogen van de doelmatigheid in het beheer van de Standaardverzekering en tot het uitbouwen van aanvullende verzekeringen en pakketrisico's naar gezondheidsstijlen.

Bij de contracteervrijheid speelt de *prijstelling* een voorname rol. Nu gelden COTG-richtlijnen als rechtens afdwingbare tarieven. Het is denkbaar dat de tarieven regionaal een punt van onderhandeling tussen instellingen van gezondheidszorg en de ziekenfondsen gaan worden. Hiermee worden de verantwoordelijkheden van zowel instellingen als ziekenfondsen vergroot. Teneinde ongewenste effecten te voorkomen kunnen grenzen gesteld worden waarbinnen de partijen zich dienen te bewegen. In eerste instantie kan daarbij gedacht worden aan het hanteren van de COTG-richtlijnen als maximumtarieven, zodat een zekere gewenning aan het benutten van het prijsmechanisme kan plaatsvinden. In de praktijk zal er regionaal consensus groeien over de tarieven van voorzieningen, welke onder de COTG-richtlijnen uitkomt. Met beroepsbeoefenaren (huisartsen en specialisten) zullen de onderhandelingen waarschijnlijk niet regionaal, maar evenals thans het geval is, landelijk plaatsvinden.

Vervolgens kan genoemd worden het *werkgebied* van de ziekenfondsen. Vergroting van de keuzevrijheid betekent voor de ziekenfondsen de uitbouw van de aanvullende verzekeringen en het ontwikkelen van een eigen gezondheidsstijl om aan de voorkeuren van de verzekerden tegemoet te komen. De verzekerde dient vrij te zijn in de keuze van het ziekenfonds binnen de regio waar hij woont. Dit betekent dat er meerdere ziekenfondsen in een regio moeten kunnen zijn. Overigens kan de uiteindelijke uitkomst van dit proces zijn dat per regio één ziekenfonds blijft bestaan. Indien verzekerden dit zelf willen is hier geen bezwaar tegen, het principe blijft de keuzevrijheid van de verzekerde, die wettelijk niet belemmerd moet worden.

Tegen deze benadering wordt wel als bezwaar ingebracht dat de beheersbaarheid van de kosten in de regio vermindert als meer fondsen één werkgebied hebben.⁴⁰ In de praktijk opereren naast ziekenfondsen echter ook de particuliere verzekeraars in dezelfde regio. Terzake van de gegevensverzameling moeten ook nu dus al afspraken gemaakt worden tussen verzekeraars en fondsen. Wij beogen dit probleem op te lossen door de instelling van Kamers voor Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening per regio. De huidige verbindingskantoren kunnen bureaus van deze Kamers worden.

Invoering van meer beheersinstrumenten heeft ook betrekking op *aansporingsmechanismen* aan aanbod- en vraagzijde ter bevordering van een doelmatige gezondheidszorg. Bij het inbouwen van aansporingsmechanismen wordt veelal uitgegaan van financieel-economische maatstaven. Belangrijk is echter dat aansporingsmechanismen aansluiten bij de achterliggende ideeën omtrent de gewenste ontwikkeling van de gezondheidszorg. Aan de aanbodzijde betekent dit het inbouwen van mechanismen waardoor erop toegezien wordt dat de potentiële reserves aan zelf- en mantel-

40. Een redactioneel commentaar in het VNZ-blad 'Inzet' 9-86, p. 3 neigt naar het afwijzen van concurrentie.

zorg eerst benut worden, voordat verdere verwijzing naar intramurale zorg plaatsvindt. Degene die daar het meest geschikt voor is, is de hulpverlener bij wie de zorgaanvraag het eerst geuit wordt. Dit zal veelal de huisarts zijn, maar het kunnen ook andere zorgaanbieders zijn. De huidige aansporingen werken een dergelijk beleid niet in de hand, integendeel. Om daar verandering in te brengen kunnen stimulansen worden ingebouwd. Dit betekent niet dat huisarts en specialist tegen elkaar uitgespeeld moeten worden. De betekenis zal juist moeten komen van samenwerking tussen de eerste en tweede lijn.

Een versterkte positie van de ziekenfondsen biedt de mogelijkheid tot deze aansporingen. Wanneer ziekenfondsen de verantwoordelijkheid krijgen om bepaalde afspraken inzake de behandelwijzen te maken, kunnen bijpassende stimulansen in de contracten worden vastgelegd. Er kunnen bijvoorbeeld bonussen worden gesteld op het handhaven van afgesproken normen inzake de bandbreedte waarbinnen het doorverwijzingsgedrag plaatsvindt. Extreme over- en onderconsumptie worden daarmee tegengegaan. De voordelen die hieruit voortvloeien kunnen dan deels worden besteed aan verlaging van de nominale premie en deels ten goede van de hulpverleners komen. Uitgangspunt hierbij is dat het medisch handelen geconfronteerd wordt met de bijbehorende kosten. Het medisch handelen moet dus niet afhankelijk zijn van de daarmee gepaard gaande kosten, maar wel hoort de kostenafweging er deel van uit te maken, net zo goed als andere elementen daarvan deel uitmaken.

Ook andere honoreringswijzen zijn mogelijk. Het is denkbaar dat de specialisten die bij een ziekenfonds zijn aangesloten, voor een vast budget een bepaalde productie leveren of zelfs in loondienst treden, hoe onwaarschijnlijk dit ook moge lijken. Belangrijk is dat de afspraken door de betrokken partijen zelf worden gemaakt. Loondienstverband kan, maar hoeft niet. Andere honoreringswijzen van huisartsen en specialisten kunnen, maar hoeven niet.

De reden dat de ziekenfondsen er inderdaad naar zullen streven de kosten te beheersen ligt in de klantenbinding: een ondoelmatig fonds zal discussie met zijn verzekerden krijgen, omdat zijn nominale premiedeel hoog blijft in vergelijking met fondsen in omliggende regio's. Een versterkte positie van de fondsen is hiertoe noodzakelijk: in de huidige situatie kunnen zij onnodig behandelen slechts constateren en hoogstens overleggen met de hulpverlener zonder dat sancties mogelijk zijn.

Aan de vraagzijde kunnen eveneens aansporingsmechanismen worden ingebouwd. Dit kan gebeuren via systemen van eigen risico's en eigen bijdragen. Zo kunnen er aan de verstrekkingen in het standaardpakket eigen bijdragen verbonden worden die aan een bepaald maximum gebonden zijn. Ook kan men verzekerden in de gelegenheid stellen vrijwillig eigen risico's te nemen in financiële zin of in de zin van pakketbeperking, eveneens tot een bepaald maximum (per inkomenscategorie). Hierbij dient in het oog te worden gehouden dat het veelal degenen met goede gezondheid zijn die voor een eigen risico kiezen. Dit betekent dat de lagere premie die zij betalen zijn weerslag heeft op de totale premie die door de overigen opgebracht wordt. Zodoende ontstaan relatieve 'free-rider' problemen wanneer deze gezonde mensen zich later zonder eigen risico gaan verzekeren. Het is der-

halve rechtvaardiger om het eigen risico niet volledig equivalent te laten doorwerken in een lagere premie zodat ook bij het nemen van eigen risico's een solidariteitselement behouden blijft. Regeling van één en ander kan aan de ziekenfondsen worden overgelaten.

Dit punt kan zich sterker voordoen in de aanvullende verzekeringen. Personen die geen behoefte hebben aan aanvullende verzekeringen zullen zich niet aanvullend verzekeren, zodat het draagvlak voor deze aanvullende verzekering kleiner zal worden. Degenen die wel prijs stellen op een dergelijke voorziening zullen derhalve hoge premies dienen te betalen. Het is te verwachten dat de fondsen en de verzekeraars, mede om dit soort problemen te ondervangen, niet losse extra verstrekkingen aanvullend zullen aanbieden, maar dat dit in complete pakketten zal gebeuren.

De aansporingen kunnen er op gericht zijn thuiszorg te bevorderen. Er kunnen alternatieven worden geboden waarbij zoveel mogelijk zelf en door de directe omgeving wordt gedaan. Dit kan geschieden aan de hand van de indicatie van de hulpverlener. In de polisvoorwaarden wordt opgenomen dat wanneer de indicatie gesteld is door de hulpverlener, slechts de lage kosten van thuiszorg worden vergoed. Wanneer iemand toch besluit zich in het ziekenhuis te laten behandelen in plaats van poliklinisch, dan zijn de meerkosten voor rekening van de betrokkene. Hiermee wordt voorkomen dat noodzakelijke ziekenhuishulp minder toegankelijk wordt: wanneer de indicatie passend is zal deze immers vergoed worden. Ook voor andere verwijzingen geldt dit: in de polisvoorwaarden kan gesteld worden dat wanneer verwijzing tot stand komt tegen de zin van de huisarts, er een eigen bijdrage geldt voor de tweede lijn.

Ook de mogelijkheden voor het bewerkstelligen van *substitutie* zijn dus aanwezig. Wanneer een verzekeraar contracten afsluit met verschillende hulpverleners kan een verzekerde (afhankelijk van de samenstelling van zijn pakket) terecht bij de bij die verzekeraar aangesloten hulpverleners. Contracteervrijheid en onderhandelingen kunnen derhalve substitutie bevorderen. Dit biedt de mogelijkheid tot zorg-op-maat. Door de voorgestelde aanpassingen in het verzekeringsstelsel is het tevens mogelijk dat de verzekerde een passende verzekering sluit: verzekering op maat. Hier blijkt dan tevens het belang van het in één hand brengen van AWBZ-, Standaardverzekering en maatschappelijke dienstverlening.

Vergroting van de keuzevrijheid van de verzekerde houdt in dat deze moet kunnen kiezen. Eén van de mogelijkheden om de verzekerde inzicht te geven in de werkwijze en doelmatigheid van een ziekenfonds kan zijn om door middel van een deel *nominale premie* voor het standaardpakket de verschillen tussen de fondsen duidelijk te maken.

Dit betekent dat, naast de premie naar draagkracht, een deel van de premie nominaal door de verzekerde rechtstreeks aan het ziekenfonds wordt betaald. De verschillen in werkwijze tussen de verschillende fondsen kunnen hiermee tot uiting worden gebracht. Naast hun voorkeuren voor bepaalde gezondheidsstijlen kunnen verzekerden dan deze premiehoogte mee laten wegen bij de keuze van een ziekenfonds. Het deel nominale premie moet een afspiegeling zijn van de werkwijze van het ziekenfonds en mag dus niet

afhangen van de risicogroepen die het fonds in zijn bestand heeft. Indien dit het geval zou zijn reflecteert het nominale premiedeel niet alleen verschillen in werkwijze maar ook in bestanden. Om dit te zuiveren worden aan de inkomstenkant van de ziekenfondsen aanpassingen aangebracht die de verschillen tussen fondsen met betrekking tot verschillende bestanden neutraliseren.

Daartoe kan gebruik worden gemaakt van een systeem van verevening, waarbij ziekenfondsen met veel ouderen in het bestand een compenserend bedrag ontvangen uit de Centrale Kas. Deze aanpassingen in de Centrale Kas betekenen een overgang van vergoeding van gemaakte kosten naar een vergoeding die is gebaseerd op een genormeed bedrag per verzekerde, zodat elk fonds een gelijk bedrag ontvangt voor een gelijke verzekerde. Dit bedrag kan dan bepaald worden aan de hand van criteria gebaseerd op risicogroepen. De fondsen worden hiermee in feite gebudgetteerd waarbij de premie-inkomsten het budget vormen. Dit kan de doelmatigheid bij de ziekenfondsen vergroten, daar budgetoverschrijding niet uit de Centrale Kas gecompenseerd wordt en budgetoverschotten niet teruggestort hoeven te worden. Het betreft dus uiteindelijk geen kostenbudgettering maar inkomstenbudgettering. Dit genormeerde bedrag per verzekerde kan dienen als voorschotpremie voor het door de verzekerde te betalen bedrag. De resterende kosten worden rechtstreeks met de verzekerde verrekend via het nominale premiedeel.

Nominale premies werken denivellerend: een nominale premie is voor een laag inkomen verhoudingsgewijs meer dan voor een hoog inkomen. Dit zou een relatieve achteruitgang in inkomen betekenen voor de laagstbetaalden. Invoering van nominale premie mag echter niet leiden tot koopkrachtverlies. Dit kan als volgt geschieden. Uitgaande van de laagstbetaalden kan de nominale premie zo gesteld worden, dat de totale kosten voor de verzekerde niet hoger zijn dan de totale ziekenfondspremie. De ondergrens van de nominale premie wordt dus bij de laagste inkomensgroepen gelegd.

De nominale premie moet in absolute hoogte zodanig zijn dat de sturende invloed zijn werking heeft. Een te lage nominale premie zal voor de verzekerden onvoldoende aansporing zijn om van ziekenfonds te wisselen. Een te hoge nominale premie geeft ondanks de eis van koopkrachtbehoud problemen bij de laagst betaalden.

5.2. *Aanpassingen bij de particuliere verzekeraars*

Bij de particuliere verzekeraars dienen de aanpassingen gezocht te worden in het inbrengen van meer kwalitatieve elementen gericht op de gewenste verdere ontwikkeling van de gezondheidszorg. Ook voor de particuliere verzekeraars gelden de beheersinstrumenten die wij zojuist bij de ziekenfondsen besproken hebben. Het gaat dus eerder om een andere marktgerichte benadering, dan om het verminderen van de marktgerichte aanpak door de particuliere verzekeraars.

Onderhandeling over de instellingstarieven is, evenals bij de ziekenfondsen het geval is, een instrument dat bij particuliere verzekeraars verder ontwikkeld kan worden. Toepassing van dit instrument maakt tevens de weg

vrij om andere kanten van het marktmechanisme meer aan te passen aan de gestelde voorwaarden. Particuliere verzekeraars dienen via hun regionale vertegenwoordiger bij de verbindingskantoren betrokken te worden bij het beheer van de AWBZ. Voorts kunnen zij het standaardpakket aanbieden, zodat optimale substitutie ook voor hen mogelijk wordt. Nu is het al zo dat een met het ziekenfondspakket overeenkomende polis in de vrije markt wordt aangeboden voor f 2100 nominale premie per jaar per verzekerde volwassene. Het staat de verzekeraars vrij om deze premie te verlagen op grond van doelmatig beleid, net zo als de ziekenfondsen het nominale premiedeel voor de Standaardverzekering op deze grond kunnen laten fluctueren. Informatie omtrent pakketten en premies dient gerelateerd te worden aan de kosten van het standaardpakket zodat door de cliënten afwegingen gemaakt kunnen worden waarbij onderlinge vergelijkingen mogelijk zijn. Daarbij past het instellen van een *acceptatieplicht* voor wat betreft de Standaardverzekering. Het gaat hier dus om het ondervangen van een negatieve zijde van het marktproces wanneer dit zich ongeclausuleerd kan afspeelen. Acceptatieplicht dient gekoppeld te worden aan een voorgeschreven maximale *premiestelling* voor het Standaardpakket zo dat niet via een omweg toch getracht zal worden de slechte risico's te mijden.

Om te voorkomen dat verzekeraars met een relatief 'ongunstig' bestand van verzekerden ondanks een goede bedrijfsvoering hoge premies dienen te heffen of niet kostendekkend kunnen werken zal er een verrekening tussen de particuliere verzekeraars plaats dienen te vinden. De premiereserve kan daartoe benut worden. De Verzekeringskamer ziet hierop toe. Deze voorwaarde betekent dus een beperking van de marktwerking met het doel aan de gestelde voorwaarden omtrent solidariteit tussen gezonden en ongezonden tegemoet te komen, voorzover het de verzekeraars betreft die het standaardpakket wensen aan te bieden.

Er ontstaat dan een situatie, waarbij particuliere verzekeraars niet gebudgetteerd worden voor de uitvoering van de Standaardverzekering en de ziekenfondsen wel. De particuliere verzekeraars ondervinden dus minder druk om tot lagere tarieven te komen en kunnen hun verzekerden extraatjes bieden, die de ziekenfondsen niet kunnen bieden. Aldus zou de verhouding bij de tariefsonderhandelingen niet evenwaardig zijn. Dit probleem kan worden ondervangen door een prijsbeschikking van het ministerie van Economische Zaken, die de premiestijging bij de particuliere verzekeraars gelijk trekt met de ontwikkeling van de Centrale Ziekenfondskas.

5.3. Aanpassingen bij de publiekrechtelijke verzekeraars

Bij de ambtenarenverzekeringen kan eveneens een standaardpakket worden gehanteerd. Verschillende andere kenmerken zoals de premie naar draagkracht en het gebruik van eigen bijdragen en eigen risico's e.d. kunnen zonder veel wijzigingen blijven bestaan.

Een belangrijke vraag ligt op het terrein van de *kring van verzekerden*. Ontwikkeling van gezondheidsstijlen kan ertoe leiden dat personen die onder deze regelingen vallen, een voorkeur hebben voor een bepaalde gezondheidsstijl. Er is geen reden om ambtenaren uiteindelijk niet de mogelijkheid te geven bepaalde voorkeuren te uiten. Ambtenaren dienen derhalve op

termijn vrij te zijn in hun keuze van verzekeraar. Dit impliceert in de toekomst een verandering van de bijzondere positie van publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen. Het is mogelijk dat ambtenarenverzekeringen zich ontwikkelen tot een eigen gezondheidsstijl. Dit vloeit dan niet voort uit de positie die men heeft, maar uit een voorkeur van verzekerden om zich bij een ambtenarenverzekering aan te sluiten. Dit betekent dat niet alle ambtenaren bij een ambtenarenverzekering zijn aangesloten, maar alleen diegenen die zich bij een dergelijke gezondheidsstijl willen aansluiten.

5.4. Gezondheidsverzekeringsraad

Voor het toezicht op de verschillende verzekeraars kan de Ziekenfondsraad worden uitgebreid tot een *Gezondheidsverzekeringsraad*. Daartoe dient de Raad te worden samengesteld uit VNZ, KLOZ, Kroonleden en op termijn ook de publiekrechtelijke ziektekostenverzekeraar. Dat zal de besluitvaardigheid ten goede komen en al te bureaucratische trekjes die de huidige Ziekenfondsraad heeft, wegwerken.

Er kan bij de verzekeraars gecontroleerd worden op de uitvoering van de Standaardverzekering, waarbij dan gelet wordt op de verstrekkingen, de betaalde premies e.d. Zeker wanneer de verzekeraars werken met systemen waarbij getracht wordt de productie zo laag mogelijk te houden, zal er toezicht moeten zijn of de benodigde hulp inderdaad wordt verleend en niet uit financiële overwegingen hulp wordt geweigerd. Het COTG zou dan voor de toetsing van de prijzen bij deze raad een plaats kunnen krijgen. Voorts kan de Gezondheidsverzekeringsraad aan de overheid adviseren over de hoogte van de premie voor AWBZ en Standaardverzekering. Ook kan de Gezondheidsverzekeringsraad de samenstelling van het FOGM op zich nemen. Belangrijk is dat alle (erkende) verzekeraars bij deze Gezondheidsverzekeringsraad zijn aangesloten.

5.5. Gefaseerde overgang naar een nieuw stelsel

Aldus kan een stelsel ontstaan waarin de verzekeraars (ziekenfondsen, particuliere en publiekrechtelijke verzekeraars) in een meer gelijkwaardige positie ziektekostenverzekeringen aanbieden. Vanuit alle drie de soorten verzekeraars worden de goede elementen overgebracht. Van de particuliere verzekeraars wordt overgenomen de stimulans tot kostenbeheersing, innovatie en goede dienstverlening en de stimulans om – binnen gegeven randvoorwaarden – zoveel mogelijk in te spelen op de wensen en voorkeuren van de consument. Van de ziekenfondsverzekering wordt de solidariteit tussen gezonden en ongezonden en de solidariteit naar draagkracht gehandhaafd. De ambtenarenverzekeringen kennen nu al eigen risico's en vormen van restitutie bij overschrijding van maxima in de ziektekosten per huishouden.

De situatie die dan kan ontstaan is aangegeven in het volgende schema:

	Ziekenfonds	Particulier	Standaardverzekering
premie	inkomensafhankelijk	vast bedrag per persoon	combinatie
keuzevrijheid	geen	volledig	enige
solidariteit gezonden-ongezonden	volledig	in enige mate	gelijk aan thans
concurrentie	geen	onbeperkt	aan regelgeving onderworpen
financieringswijze	100% vergoeding werkelijke kosten uit de centrale kas	premie-inkomsten is budget	genormeerde budgettering voor de ziekenfondsen, nominale premie voor de verzekeraar

De verzekerde kan dan kiezen uit verschillende ziekenfondsen, respectievelijk verzekeraars. Zij kunnen zich profileren door verschil in prijs en kwaliteit, waarbij doelmatigheidsoverwegingen een rol spelen. Veel belangrijker is dat deze verschillen zich verder kunnen uitbreiden tot de reeds genoemde gezondheidsstijlen.

Hieruit blijkt ook duidelijk dat invoering van grotere eigen verantwoordelijkheid en beleidsvrijheid (aan regelgeving onderworpen) niet hoeft te betekenen dat de gezondheidszorg commercieel ingericht wordt. Een structuur die de mogelijkheid biedt verschillende gezondheidsstijlen te doen ontwikkelen, kan de betrokkenheid van vragers, aanbieders en financiers van gezondheidszorg vergroten. Waar puur technisch-economische beleidsmaatregelen en -ontwikkelingen de gezondheidszorg een neutrale gezondheidsfabriek maken, kan een directe verantwoordelijkheid van de betrokkenen richting geven aan de aanwezige pluriformiteit in de samenleving, waarbij beheersing niet van bovenaf opgelegd, maar door de betrokkenen zelf opgebracht kan worden.

Vanuit de huidige situatie lijkt het niet mogelijk deze aanpassingen in één keer door te voeren. Er dient derhalve sprake te zijn van een aanpak waarbij via tussenfasen getracht wordt meer aan te sluiten bij de gestelde voorwaarden, zodat uiteindelijk het gewenste stelsel kan ontstaan. Bij deze tussenfasen zal telkens in het oog dienen te worden gehouden of inderdaad aan deze gestelde voorwaarden beter recht gedaan wordt. Voorts dient er bij elke tussenfase op te worden toegezien dat de veranderingen niet te schoksgewijs worden doorgevoerd.

De betrokken partijen zullen voor deze veranderingen toegerust moeten zijn, daar anders het eindresultaat haaks kan staan op de gewenste uitkomst. Voor de kortere termijn vergt invoering van meer beleidsvrijheid in de gezondheidszorg een zorgvuldig toerustingsbeleid. Niet alle ziekenfondsen zijn thans in staat om via onderhandelingen met de aanbieders meer tegemoet te komen aan de gestelde voorwaarden. De kans op onevenwicht-

tigheden is derhalve aanwezig. Ook de gebruikers moeten leren in te spelen op de extra mogelijkheden die hen geboden worden. Wij staan daarom een aantal gefaseerde overgangsregelingen voor die uiteindelijk kunnen leiden tot een verzekeringsstructuur die aansluit bij de gestelde voorwaarden. Een eerste stap kan voor de ziekenfondsen zijn het overschakelen van vergoeding van de exploitatiekosten uit de Centrale Kas naar een budgettering per verzekerde. In eerste instantie kunnen de ziekenfondsen worden gebudgetteerd voor de gedane uitgaven, waarna een omschakeling kan plaatsvinden naar een vergoeding per verzekerde. Dit betekent dus een verschuiving van vergoeding van gemaakte kosten via kostenbudgettering naar inkomstenbudgettering. Deze overgang dient gepaard te gaan met de reeds eerder genoemde contracteervrijheid en het loslaten van gefixeerde COTG-tarieven. Deze tussenfase is voor de ziekenfondsen reeds zeer ingrijpend en zal daarom de nodige tijd vragen. Op korte termijn is wel kostenbudgettering van ziekenfondsen denkbaar, de overgang naar inkomstenbudgettering vergt nog nadere studie. Indien dit echter naast het invoeren van contracteervrijheid en het loslaten van het afdwingbare karakter van de COTG-tarieven wordt gesteld, ontstaat al een aanzienlijke verbetering van de huidige situatie.

Dit budgetteringsmodel biedt derhalve voor de nabije toekomst mogelijkheden. De bestaande verdeling tussen particuliere verzekeraars en ziekenfondsen blijft hier mee gehandhaafd. Om de differentiatie naar gezondheidsstijlen kansen te geven dient er geen sprake meer te zijn van een verplichting om te komen tot één werkgebied per ziekenfonds. Ook de particuliere verzekeraars krijgen deze beheersinstrumenten ter beschikking.

Een volgende stap is het tot 90% beperken van het Ziekenfondspakket en de onderbrenging van maatschappelijke dienstverlening en bejaardenoorden in Standaardpakket en AWBZ. De Rijksbijdragen worden in een centrale kas en het AWBZ-fonds gestort. Ziekenfondsen en particuliere verzekeraars gaan de bijbehorende eigen bijdragen innen wat een verbetering is vergeleken met de huidige problematiek rond de bejaardenoorden.

Via deze aanpassingen kan toegewerkt worden naar een stelsel waarin de verantwoordelijkheden door betrokken partijen beter kunnen worden beleefd. De overige benodigde aanpassingen kunnen al naar gelang de aard gecombineerd worden met de aangegeven stappen.

6. Elitaire gezondheidszorg?

Voorkomen dient te worden dat er een elitaire gezondheidszorg ontstaat waarin verschillende soorten gezondheidszorg geboden wordt. Mensen met een hoger inkomen hebben de mogelijkheid meer aan gezondheidszorg uit te geven. Voorkomen dient dan te worden dat hierdoor ook verschillende verzekeraars ontstaan in die zin dat de verleende zorg t.a.v. Standaardverzekering en AWBZ verschillend van kwaliteit is. Voor de aanvullende verzekeringen is dit geen probleem. Een tweede vraag is of mensen uit bepaalde inkomensgroepen (bejaarden, uitkeringsgerechtigden) wel gebruik zullen maken van aanvullende verzekeringen en zich niet zullen beperken tot dit standaardpakket.

Een aantal opmerkingen is hier te maken. Om verschillen in behandeling en het onderscheiden van voorzieningen op basis van een wettelijk verplicht (collectief) deel en een privaat deel te voorkomen, dient de verstrekking conform Standaardverzekering en AWBZ gekoppeld te worden aan het ziekenfonds en de ziektekostenverzekeraar en niet aan de toegelaten zorgverlener. Indien de zorgverlener gekoppeld wordt aan ofwel dit verstrekkingspakket dan wel de private verstrekkingen, dan bestaat het gevaar dat hier Engelse en Amerikaanse situaties ontstaan, waarbij sprake is van een onderscheid in behandeling van mensen. Indien deze koppeling met de zorgverlener niet wordt gelegd, blijft deze hierdoor gericht op het leveren van een prestatie ter verkrijging van inkomen en continuïteit. De verzekeraar biedt het standaardpakket en de aanvullende verzekeringen in één geheel aan de verzekerden aan, zodat ook hier de scheiding tussen de collectieve en private voorzieningen niet tot elitaire gezondheidszorg in de zin van kwaliteitsverschil hoeft te leiden.

Voorts zorgt de acceptatieplicht ervoor dat mensen vrij zijn in hun keuze van verzekeraar. Wanneer een verzekeraar en de door hem gecontracteerde hulpverleners niet voldoen aan de verwachtingen zal een verzekerde over kunnen stappen naar een andere verzekeraar die deze mensen niet uit kan sluiten. De Standaardverzekering dient dus onder gelijke condities te worden aangeboden, zodat het verschil alleen in de nominale premie tot uiting kan komen. Dan dient door de verzekerde de afweging gemaakt te worden.

Wat betreft het tweede kan het volgende opgemerkt worden. De Standaardverzekering en de AWBZ bieden dekking voor de elementaire risico's. De totale premie hiervoor inclusief nominaal premiedeel, zal door te bereiken besparingen en te nemen eigen risico's uiteindelijk lager kunnen zijn dan die van het huidige ziekenfonds. Dit betekent dat er ruimte tussen de premie van de Standaardverzekering en de huidige verzekering vrij kan komen. De vergrote keuzevrijheid brengt met zich mee dat een ieder vrij is om dit deel naar eigen believen te besteden. Of dit gedeelte aan aanvullende verzekeringen wordt aangewend ligt in de vrijheid van de verzekerde. De vaststelling van de AWBZ en het standaardpakket zijn echter zodanig dat noodzakelijke zorg in ieder geval wordt verleend.

Desalniettemin kan zich de situatie voordoen dat mensen met een beter inkomen zich meer kunnen permitteren. Wij menen dat dit onontkoombaar is.⁴¹ De eigenlijke vraag is of van overheidswege voor allen elke mogelijke vorm van gezondheidszorg toegankelijk gemaakt moet worden, of dat de overheid een voor ieder noodzakelijk pakket garandeert en het meerdere ter beslissing aan betrokkenen overlaat. Wij menen dat het laatste het geval moet zijn. Het is denkbaar dat er in de vrije maatschappelijke sfeer initiatieven ontstaan die dit meerdere toch gemakkelijker toegankelijk willen maken voor lager betaalden door een aanvullende verzekering naar draagkracht te bieden. Juist de ontwikkeling van gezondheidsstijlen maakt dit mogelijk. Gedacht kan hierbij worden aan bijvoorbeeld vrijstelling van premiebetaling voor de aanvullende verzekeringen voor bepaalde groepen

41. Aldus ook de Harmonisatie Raad Welzijnsbeleid in zijn advies *Grenzen van de zorg*, Den Haag, 1985.

zoals gehandicapten. Voorts aan maximering van de kosten verbonden aan aanvullende verzekeringen per inkomensgroep. Voorts kan voor degenen die meer dan een bepaald percentage van hun inkomen uitgeven aan ziektekosten een fonds binnen de verzekering worden ingesteld zodat boven dit percentage de kosten worden terugbetaald. Op deze wijze kan solidariteit ook in de aanvullende verzekeringen worden ingebouwd. Maatschappelijke solidariteit zal hier moeten aanvullen waar de grenzen van de mogelijkheden van de overheid bereikt worden.

In dit licht moeten ook de problemen gezien worden van de grenzen aan de gezondheidszorg. Alarmerende berichten over ziekenhuizen die bepaalde categorieën patiënten niet meer willen of kunnen behandelen omdat hun budget dat niet toe zou staan, waarna iedereen de verlangende blik naar de overheid richt, kunnen dan tot het verleden gaan behoren. In het door ons voorgestane stelsel gaan de ziekenfondsen en de verzekeraars contracteren met de aanbieders van gezondheidszorg (waaronder ziekenhuizen). In deze contracten wordt de omvang van de zorg geregeld, met de AWBZ en de Standaardverzekering als basis. Verstrekkingen die daarin niet opgenomen zijn kunnen aanvullend verzekerd worden. Het accent bij de bepaling van de grenzen van de zorg verschuift naar de betrokkenen, terwijl de overheid de voor ieder geldende vloer heeft vastgesteld. Het kan in dit perspectief mogelijk zijn dat bepaalde verstrekkingen dan niet meer geboden kunnen worden, omdat zij niet verzekerd zijn. De bepaling daarvan is deels overheidstaak, deels een zaak van overleg tussen verzekerden en ziekenfondsen en particuliere verzekeraars. De patiëntenplatforms binnen de ziekenfondsen en verzekeraars krijgen dan bij de adequate democratisering van deze organisaties de mogelijkheid dit beleid effectief te beïnvloeden, op zodanige wijze dat direct ook de daarmee verbonden kosten zichtbaar beleefd worden. Dat zal het leren leven met beperkingen, wat onontkoombaar en uit een oogpunt van gezondheidsstijlen vaak ook wenselijk is, zoals wij in hoofdstuk II uiteenzetten, tot een normaal onderdeel maken van onze cultuur. Afwentelingsmechanismen staan niet meer open.

7. De verre toekomst: een Algemene Wet Ziektekostenverzekeringen?

Een nadeel van het voorgestelde verzekeringsstelsel in het licht van de in paragraaf 2 beschreven voorwaarden is de gebrekkige solidariteit, die blijft bestaan door de handhaving van de ziekenfondsgrens. Weliswaar groeien particuliere verzekeraars en ziekenfondsen al meer naar elkaar toe, het blijft zo dat de hogere inkomensgroepen niet meebetalen aan de kosten van de vloer in de gezondheidszorg voor mensen met minder draagkracht. Daartoe zou een Algemene Wet Ziektekostenverzekeringen nodig zijn.

Een dergelijk systeem waaronder alle verzekerden vallen, betekent dat het onderscheid tussen particulier verzekerden, ziekenfondsverzekerden en publiekrechtelijk verzekerden niet langer bestaansrecht heeft. De verschillende redenen waarom indertijd voor deze onderscheiden is gekozen zijn ook niet meer van voldoende betekenis om deze verschillen te laten voortbestaan, als de door ons voorgestelde grotere verantwoordelijkheidsbeleving wordt ingevoerd.

De premiebetaling zou in zo'n Algemene Wet Ziektekostenverzekeringen voor ieder gelijkvormig worden voor wat betreft de AWBZ en de Standaardverzekering, te weten naar draagkracht gecombineerd met een nominaal premiedeel. Dit zou de duidelijkheid naar de verzekerde vergroten en geeft de verschillende verzekeraars de mogelijkheid bestanden verzekerden te zoeken die geheel passen bij de gezondheidsstijl van de verzekeraar. Thans blijft de huidige marktverdeling op basis van de ziekenfondsgrens nog in stand.

Solidariteit naar draagkracht betekent dat hogere inkomens bijdragen voor degenen met lagere inkomens. Dit is terecht gezien de verantwoordelijkheid voor anderen die in dit opzicht getoond kan worden. Evenals bij de volksverzekeringen op het gebied van de sociale zekerheid zijn er echter grenzen aan de mate waarin solidariteit naar draagkracht gevraagd kan worden. Het ligt voor de hand deze premiegrens te stellen op een hoogte die vergelijkbaar is met de hoogte van de premiegrenzen voor deze volksverzekeringen. Dit resulteert dus in een premie gebaseerd op het draagkrachtbeginsel die door iedereen wordt opgebracht tot een premiegrens van rond de 65 000 gulden. Hiermee wordt dus niet alleen solidariteit betracht in een bepaalde groep verzekerden maar tussen alle verzekerden. Een dergelijke Algemene Wet Ziektekostenverzekeringen achten wij niet uitgesloten. De beoogde wijzigingen in de structuur van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening kunnen echter ook binnen het voorgestelde stelsel grotendeels worden gerealiseerd. Het is van belang dat deze wijzigingen nu op korte en middellange termijn tot stand komen, opdat de gewenste substitutie, normering van behandelwijzen en vergrijzingsreserve kunnen worden gerealiseerd met het oog op de demografische ontwikkelingen. Op lange termijn kan dan opnieuw de gedachte van een Algemene Wet Ziektekostenverzekeringen overwogen worden. Invoering daarvan zal na deze structuurwijzigingen eenvoudiger zijn dan thans.

8. Conclusies

1. Het stelsel van ziektekostenverzekeringen voldoet in een aantal opzichten niet aan de voorwaarden van gerechtigheid, gespreide verantwoordelijkheid, rentmeesterschap en solidariteit. Een aangepast stelsel kan deze knelpunten op korte, middellange en lange termijn opheffen. De kern van het voorgestelde nieuwe stelsel is een van rijkswege vastgestelde 'vloer' in de vorm van de AWBZ en een op basis van de hoofdmoot van het huidige ziekenfondspakket gevormde Standaardverzekering. Daaraan worden bovendien de bejaardenoorden, het maatschappelijk werk en de gezinszorg toegevoegd, voorzover zij tot de ziektekosten kunnen worden gerekend. Deze vloer geldt voor alle Nederlanders gelijkelijk en wordt door Ziekenfondsen en particuliere verzekeraars aangeboden. Hun vrijheid om door middel van een overeenkomst met de aanbieders van zorg de gewenste ontwikkelingen in de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening te bewerkstelligen, wordt vergroot. Naar dit nieuwe stelsel wordt gefaseerd toegewerkt.

2. Korte termijn

- a. De vergoeding van de ziekenfondsen uit de Centrale Kas wordt omgezet van exploitatiefinanciering (gemaakte kosten) naar inkomstenbudgettering op basis van naar risico genormeerde bedragen per verzekerde. Als eerste stap in die richting worden de ziekenfondsen gebudgetteerd op basis van hun gemaakte kosten in 1986.
- b. De contracteerplicht van de ziekenfondsen wordt afgeschaft, zodat zij net als de particuliere verzekeraars de vrijheid hebben om al of niet een overeenkomst te sluiten met aanbieders van zorg. In deze overeenkomsten kunnen beheersingsafspraken worden opgenomen die voortvloeien uit de normering van behandelwijzen, gewenste substitutie van duurder vormen van zorg door goedkopere, een betere capaciteitsbenutting, alsmede de tariefstelling van de instellingen.
- c. De tariefsrichtlijnen van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg verliezen hun rechtens afdwingbare karakter en worden als maximumtarieven behandeld. Ziekenfondsen en verzekeraars kunnen in onderhandelingen met de aanbieders van zorg tot lagere tarieven komen. Verwacht mag worden dat zich regionaal over tariefstelling voor concrete verrichtingen consensus vormt, die op een lager niveau ligt dan de huidige COTG-tarieven.

3. Middellange termijn

- a. De bejaardenoorden worden in de AWBZ gebracht door storting van de Rijksbijdrage WBO in het AWBZ-fonds. De AWBZ-verstrekingen worden door ziekenfondsen en particuliere verzekeraars beheerd teneinde de substitutiemogelijkheden te bevorderen.
- b. Het ziekenfondspakket wordt ontdaan van verstrekkingen die tot de eigen verantwoordelijkheid van mensen moet worden gerekend, dan wel niet strikt medisch noodzakelijk zijn. Voorts worden de verstrekkingen uit het ziekenfondspakket scherper van indicatiestelling voorzien en worden de behandelwijzen genormeerd. Aldus ontstaat een Standaardpakket op basis van circa 90% van het huidige ziekenfondspakket in gulden gerekend. Dit standaardpakket wordt aangeboden door de ziekenfondsen en ook de particuliere verzekeraars worden daartoe in de gelegenheid gesteld.
- c. Ziekenfondsen krijgen gelegenheid om de premie voor de Standaardverzekering deels nominaal rechtstreeks van de verzekerde te heffen. Deze nominale premie dient zodanig vastgesteld te worden dat procentuele en nominale premie samen op minimuminkomstenniveau niet hoger zijn dan de huidige ziekenfondspremie. Door verlaging van de nominale premiestelling kunnen de fondsen de door hen bereikte besparingen direct aan de verzekerden ten goede laten komen. Particuliere verzekeraars kunnen hetzelfde doen met de door hen geheven nominale premie over het standaardpakket. Voor de Standaardverzekering krijgen de particuliere verzekeraars een acceptatieplicht.
- d. Rijkssubsidies maatschappelijk werk en gezinszorg (voor zover behorend tot de thuiszorg in de sector volksgezondheid) worden gestort in de centrale kas voor de Standaardverzekering. Deze verstrekkingen worden in het pakket opgenomen, zodat door middel van het overeenkomstenstelsel

substitutie door de ziekenfondsen en verzekeraars nagestreefd kan worden.

e. De mogelijkheid wordt geopend om tot een zekere mate van kapitaaldekking te komen in de ziekenfonds- en verzekeraarskassen teneinde reserves op te bouwen waaruit demografische schommelingen kunnen worden opgevangen.

f. Door middel van aanvullende verzekeringen, eigen risico's, beheer van de nominale premie en de contracteervrijheid kunnen ziekenfondsen en verzekeraars zich profileren op basis van gezondheidsstijlen.

g. De Ziekenfondsraad wordt omgebouwd tot een Gezondheidsverzekeringsraad waarin de VNZ, de KLOZ, Kroonleden en in de toekomst ook de publiekrechtelijke verzekeraars zitting hebben. De Raad ziet toe op de uitvoering en het beheer van Standaardverzekering en AWBZ. Het COTG wordt bij de gezondheidsverzekeringsraad ondergebracht.

4. Lange termijn

a. AWBZ en Standaardverzekering worden samengevoegd tot één verzekering tegen elementaire ziektekosten.

b. De premiestelling voor deze verzekering wordt geharmoniseerd in die zin dat voor alle verzekerden, inclusief de huidige particulier verzekerden een deel van de premie procentueel wordt geheven en een deel van de premie nominaal.

Hoofdstuk V. De taken van de overheden

1. Het grondrecht inzake de volksgezondheid

In de *Grondwet* zijn verschillende grondrechten vastgelegd die van betekenis zijn voor de overheidstaken op het gebied van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening. Zo zijn er: het recht op de onaantastbaarheid van het menselijk lichaam (art. 1.10.a), het recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer (art. 1.10), het recht op bescherming en verbetering van het leefmilieu (art. 1.21) en het grondrecht inzake de volksgezondheid (art. 1.22). Naast de Nederlandse Grondwet zijn er nog de internationale verdragen en het *Statuut van de Wereldgezondheidsorganisatie*.⁴² Artikel 1.22 van de Grondwet luidt: 'De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid'. Het grondrecht wordt in de literatuur uitgelegd als een streven naar de volgende sub-doelstellingen:

- een kwalitatief zo goed mogelijke gezondheidszorg;
- een voor ieder financieel en geografisch bereikbare zorg;
- samenhang binnen de gezondheidszorg en tussen gezondheidszorg en het geheel van de samenleving;
- wettelijke vastlegging van rechten en plichten en financiering;
- de verwerkelijking van het recht valt toe aan personen, instellingen en overheden samen.⁴³

Conform de aard van de sociale grondrechten omvat dit artikel dus geen afdwingbaar recht, maar een zogenaamde inspanningsverplichting van de overheid. Evenzo is het niet noodzakelijk dat de overheid allerlei zaken zelf gaat doen, maar dat zij bewerkstelligt dat maatschappelijke organisaties die actief zijn op het gebied van de volksgezondheid goed functioneren. Zelfs met deze restricties die voor alle sociale grondrechten gelden, is het artikel nog opmerkelijk vaag. In theorie kan er zowel een sterk geleide gezondheidszorg als een minimale overheidstaak op gebaseerd worden. Duidelijk is wel – en daarmee stemmen wij in – dat het grondrecht niet een recht op gezondheidszorg bevat, noch een recht op gezondheid, maar een inspanningsverplichting ten behoeve van de volksgezondheid, die derhalve evenzeer naar professionele zorg als naar mantel- en zelfzorg wijst. Het is dus ook voor andere departementen dan het Ministerie van WVC van betekenis.

Tot dusver is het grondrecht vooral geïnterpreteerd als een aansporing aan de overheid om in de wetgeving een voor ieder financieel en geografisch bereikbare gezondheidszorg te garanderen. De AWBZ en Ziekenfondswet alsmede de WZV en de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg voorzien

42. Dr. H.J.J. Leenen, 'Grondrechten in de gezondheidszorg' in: *Bouw en werking van de gezondheidszorg in Nederland*, E.W. Roscam Abbing (red.), Utrecht, 1983.

43. Leenen, *a.w.*, p. 81.

daarin. Op deze financiële en geografische uitwerking van het grondrecht is wel kritiek geuit.⁴⁴ Bereikbaarheid heeft behalve een geografische en financiële kant ook een geestelijke kant. Levensbeschouwelijke nabijheid zou in dat verband soms nog wel eens belangrijker kunnen zijn voor patiënten dan geografische nabijheid. Die versterkt de beïnvloedings- en identificatiemogelijkheden voor de burger en de waardenoriëntaties die tot zelf- en mantelzorg prikkelen.

Intussen is echter een plannings- en fusiebeleid gevoerd waarbij de levensbeschouwelijke component niet bij voorbaat in de afweging wordt betrokken en slechts door druk vanuit de bevolking door de overheden wordt gehonoreerd. Die houding van de overheid is ook wel begrijpelijk omdat door de besturen in de gezondheidszorg dit aspect lange tijd als verouderd is beschouwd, met name waar het de ziekenhuizen betreft. In de sfeer van de langdurige zorg (verpleeghuizen, bejaardenoorden, zwakzinnigenzorg) is het levensbeschouwelijke karakter vanzelfsprekender. De hernieuwde belangstelling voor gezondheidsstijlen, die naar onze mening van betekenis is voor een kwalitatief goede ontwikkeling van de gezondheidszorg, heeft dit aspect van het overheidsoptreden echter in een nieuw daglicht geplaatst. Het grondrecht verwijst wel degelijk ook naar een beleid dat kansen biedt op de doorvoering van mensbeelden in de gezondheidszorg.

Ook in andere opzichten is ervoor te pleiten om het grondrecht opnieuw te interpreteren. Wij komen in dit rapport tot de conclusie dat de grenzen van de collectief via de staat gegarandeerde gezondheidszorg in zicht zijn. Het ware beter het grondrecht te formuleren als een inspannings- (misschien zelfs wel als een afdwingbare) verplichting van de overheid om een elementair pakket voorzieningen te garanderen dat voor iedere Nederlander gelijkelijk geldt en te bewerkstelligen dat het meerdere door maatschappelijke organisaties geregeld wordt. Dat zou in overeenstemming zijn met de in het rapport *Van verzorgingsstaat naar verzorgingsmaatschappij* neergelegde gedachte dat de overheid een 'vloer' garandeert. Weliswaar is dit beperkte aspect van de overheidstaak altijd wel onderkend,⁴⁵ maar de aspiraties waren in de zeventiger jaren desalniettemin hoog gespannen, terwijl de feitelijke beperking van de voorzieningen moest worden gerealiseerd door gemeentelijke en provinciale planning zonder dat men daar beschikkingsmacht over de financiën had. Beter lijkt het om al in de wetgeving van rijkswege de hoge aspiraties tot meer bij de overheidstaak passende proporties terug te brengen. Dat verschaft een steviger basis voor een stelsel dat ook in slechtere tijden de kern van de noodzakelijke zorg handhaafbaar maakt. De koppeling van deze 'vloer' (die overigens zelf afhankelijk blijft van conjuncturele omstandigheden, omdat zij gefinancierd wordt uit op de loonkosten drukkende premies) aan pakketdifferentiatie op basis van gezondheidsstijlen en een deel nominale premie, levert een stimulans om parasiteerend gedrag tegen te gaan. De prikkels om doelmatig met de zorg om te gaan worden dan in het systeem zelf ingebouwd.

Samenvattend: het grondrecht op gezondheidszorg is zo vaag geformu-

44. Drs. A.M. Oostlander, 'Christen-democratische principes en provinciaal beleid', in: *Dorps-despoten ontronen*, Franeker, 1985, p. 179.

45. Leenen, a.w., p. 81.

leerd dat de uitwerking die er tot dusver aan gegeven is in de wetgeving, als tijdgebonden en conjunctureel bepaald moet worden beschouwd. De Grondwet zelf verplicht daartoe niet. Het zou beter zijn om het grondrecht meer toegespitst te formuleren op een door de overheid te garanderen minumpakket enerzijds en een voorwaardenscheppend beleid ten opzichte van de maatschappelijke organisaties en de huishoudens anderzijds. Behalve financiële en geografische bereikbaarheid verdient ook de nabijheid op basis van gezondheidsstijlen in het beleid te worden betrokken. Vanuit deze hoofdlijnen ontwikkelen wij voorstellen voor het te voeren overheidsbeleid.

De overheden, EG, rijk, provincies en gemeenten, hebben thans op verschillende manieren te maken met de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening. Wij beperken ons hier tot het Nederlandse overheidsbeleid. Op het niveau van de regering zijn de volgende departementen bij de besluitvorming betrokken ten aanzien van de volgende onderwerpen:

- a. *Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur*: volksgezondheidswetgeving, capaciteitsplanning, maatschappelijke dienstverlening en ouderenbeleid, democratiseringswetgeving.
- b. *Ministerie van Sociale Zaken*: Wet op de inkomens van vrije beroepsbeoefenaren, budgettering van de arbeidskosten in de gepremieerde en gesubsidieerde sector, beleid inzake sociale verzekeringen, Ziekenfondswet en AWBZ;
- c. *Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen*: academische ziekenhuizen, medische opleidingen (ook het HBOV en MBOV), onderzoeksbeleid;
- d. *Ministerie van Binnenlandse Zaken*: ziektekostenverzekering ambtenaren, Wet Gemeenschappelijke Regelingen;
- e. *Ministerie van Economische Zaken*: tarieven van de particuliere verzekeraars, prijsstelling van de farmaceutische industrie, wet op de economische mededinging en mede ondertekenaar van de Wet Tarieven Gezondheidszorg;
- f. *Ministerie van Financiën*: goedkeuring en garantie van leningen t.b.v. grote investeringen (bouwplafond ziekenhuizen);
- g. *Ministerie van Volkshuisvesting*: bouw- en renovatie van geschikte woningen voor ouderen en gehandicapten;
- h. *Ministerie van Justitie*: wetgeving inzake huwelijk en andere samenlevingsverbanden; Strafrechtelijk optreden inzake de handel in drugs, abortus en euthanasie, medisch handelen.
- i. *Ministerie van Verkeer en Waterstaat*: wetgeving inzake autogordels, valhelmen, etc.

Ook gemeenten en provincies spelen een rol. De provincies voeren de Wet Ziekenhuisvoorzieningen uit en de Wet op de Bejaardenoorden. De gemeenten plannen de vestiging van huisartsen op grond van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg en bereiden zich voor op een eigen rol bij de planning van de eerste lijnsvoorzieningen. In een drietal proefgebieden

(Kennemerland, Eindhoven en Limburg) wordt met dit laatste geëxperimenteerd. Voorts subsidiëren zij het maatschappelijk werk.

Overziet men het geheel dan dringt zich de conclusie op dat de meest ingrijpende beslissingen ten aanzien van de volksgezondheid (nieuwbouw, arbeidsvoorwaarden, opleidingen, onderzoek) niet door het Ministerie van WVC worden genomen, maar op andere departementen of door andere overheden. Deze overheidstaken zouden moeten voortvloeien uit het grondrecht inzake de volksgezondheid en daarop gebaseerde wetgeving (AWBZ, ZFW, WZV, WVG, WTG, enz.) maar worden nu behartigd op grond van andere overheidstaken inzake de macro-economische ontwikkelingen in ons land en daarop gebaseerde wetgeving (WAGGS, wet inkomens vrije beroepsbeoefenaren, Wet Economische Mededinging), inzake het wetenschappelijk onderzoek en -onderwijs en inzake het binnenlands bestuur. Het ministerie zelf is daardoor ten onrechte nauwelijks in staat een samenhangend beleid te voeren. Met facetbeleid alleen lost men dit niet op. Bovendien ontbreekt voor dit samenhangend beleid een eigen minister in het kabinet.

2. Taken voor het Ministerie van WVC

In de beleidsrichting die in dit rapport is ontwikkeld, krijgt voor het ministerie het instrument planning een minder dominante plaats dan tot dusver het geval was. Van beleid terzake van de exploitatie van voorzieningen dient de overheid zich voorts te onthouden. Het accent komt te liggen op structuurmaatregelen, die verantwoordelijkheden in het maatschappelijk veld zelf op de juiste wijze gestalte doen krijgen. Deze maatregelen hebben betrekking op de instrumenten: wetgeving (inzake verzekeringen, overlegorganen en democratisering), openbare gezondheidszorg, budgettering, planning van de grote infrastructurele voorzieningen en de kwaliteitshandhaving. In dit kader zullen wij ook kort aandacht besteden aan de Nota 2000.

2.1. Wetgeving inzake de verzekeringen en de tarieven

De in voorafgaande hoofdstukken geschetste nieuwe structuur van het beleidsterrein volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening vergt wijziging van een aantal wetten. De AWBZ, de Ziekenfondswet, de Wet Tarieven Gezondheidszorg, etc. zullen moeten worden aangepast. Op benodigde aanpassingen van de planningswetgeving gaan wij nader in in paragraaf 2.6.

De Ziekenfondsverzekering wordt, conform de aanbevelingen in hoofdstuk IV, omgevormd tot een Standaardverzekering, die door elk ziekenfonds en elke particuliere verzekeraar kan worden aangeboden en waarvoor iedere Nederlander verplicht is zich te verzekeren. Het past niet in het kader van dit rapport om al te gedetailleerd op de benodigde wetswijzigingen in te gaan. Bij wijze van voorbeeld maken wij op deze regel een uitzondering voor de positie van de ziekenfondsen. Hun verantwoordelijkheidsbeleving dient te worden versterkt door o.m. de volgende wetswijzigingen:

art. 5 van de Ziekenfondswet (ZFW) eist inschrijving van de verzekerden bij een ziekenfonds in de woonplaats.

Omdat het aantal ziekenfondsen sterk is ingekrompen is er van keuzevrijheid meestal geen sprake meer voor de verzekerde. Deze beperking dient te worden opgeheven, zeker in het licht van het pleidooi voor differentiatie naar gezondheidsstijlen dat wij hebben gevoerd. Dit kan gebeuren door het woord 'woonplaats' te vervangen door 'regio'. De acceptatieplicht dient te blijven; toe- en uittreding kunnen aan tijdsvoorwaarden gebonden blijven.

art. 8 ZFW schrijft voor dat het verstrekkingenpakket bij algemene maatregel van bestuur uniform wordt vastgesteld met een wettelijk voorgeschreven minimum-inhoud.

Dit laatste moet voldoende zijn. Verdere uitbouw van het pakket dient aan de fondsen te worden overgelaten binnen de kostenbeheersing die zij kunnen bewerkstelligen.

art. 15 ZFW bepaalt de procentuele premie over het loon.

De mogelijkheid dient te worden geopend dat een deel van de premie nominaal wordt vastgesteld opdat fondsen hun besparingen door middel van verlaging van de nominale premie aan de verzekerden ten goede kunnen laten komen, dan wel het pakket uitbreiden.

art. 34 ZFW bepaalt het non-profitkarakter van ziekenfondsen, alsmede de toelatingscriteria voor nieuwe ziekenfondsen, voorts bevat het bepalingen met betrekking tot de werkgebieden van de fondsen.

Het hanteren van een nominale premie en het restitueren van kostenbesparingen dient door dit artikel niet belemmerd te worden. De toelatingmogelijkheden van nieuwe fondsen en particuliere verzekeraars die de Standaardverzekering willen aanbieden, moeten verruimd worden, met name waar het fondsen betreft die een andere gezondheidsstijl voorstaan.

art. 42 ZFW zal ruimte moeten maken voor het in eigen beheer nemen van verstrekkingen door ziekenfondsen. Met name de ontwikkeling van een aanbod gebaseerd op gezondheidsstijlen kan dit vergen.

art. 47 ZFW omvat de contracteerplicht van de ziekenfondsen.

Deze toelatingsplicht kan opgeheven worden. Alleen dan is normering van behandelwijzen door de fondsen te realiseren door middel van het overeenkomstenstelsel.

art. 101 en 19 ZFW dienen gewijzigd te worden in die zin dat het door nominale premies bestreken deel van de exploitatie niet onder de verevening door de Centrale Kas valt. Een verbod tot herverzekering door de fondsen van het met de nominale premie gelopen risico past daarbij.

De Wet Tarieven Gezondheidszorg dient te worden gewijzigd in die zin dat de COTG-richtlijnen als maxima voor de tariefstelling gaan fungeren en niet meer als rechtens opeisbare prijzen.

2.2. Budgettering

Als eerste stap op weg naar een verzekeringsstelsel waarin door middel van gereguleerde onderhandelingen en overeenkomsten een grotere efficiency en een betere keuzevrijheid voor betrokkenen bestaat, worden de ziekenfondsen gebudgetteerd, bijvoorbeeld op het kostenniveau 1986, met een

toeslag voor inflatie en nieuwbouwkosten. Art. 19 van de Ziekenfondswet biedt daartoe de mogelijkheid. Weliswaar staat een dergelijke budgettering op termijn op gespannen voet met het recht op verstrekkingen dat de verzekerden hebben, maar dat gold ook voor de ziekenhuisbudgettering, die desalniettemin is doorgezet. Motief daartoe was terecht dat er nog ruimte voor efficiencyverhoging in de ziekenhuizen was, hetzelfde geldt zoals gezegd voor de normering van behandelwijzen door de fondsen (en in hun spoor de particuliere verzekeraars). Als het voorgestelde verzekeringsstelsel volledig is ingevoerd kan deze kostenbudgettering van de fondsen worden vervangen door inkomstenbudgettering op basis van normbedragen naar risico per verzekerde. Het Rijk kan dan volstaan met de jaarlijkse vaststelling van de premies AWBZ en Standaardverzekering, als financieel beheersingsinstrument.

Het gevolg van deze budgettering zal zijn dat het management van de fondsen versterkt wordt en op zoek gaat naar kostenbeheersingsmogelijkheden. Men zal deze vooral vinden in de grote variatie van voorschrijfgedrag tussen de huisartsen en de variatie van omvang van de behandelwijzen in de ziekenhuizen.⁴⁶ Door middel van de overeenkomsten die men afsluit met de aanbieders van gezondheidszorg zal een normering van behandelwijzen en voorschrijfgedrag tot stand komen, welke niet meer de nadelen van overleg kent (te grote afhankelijkheid van vrijwillige medewerking). De ziekenhuisbudgettering kan dan vervallen.

Regionale overzichten van de patiëntenstromen en de kostenontwikkelingen kunnen behulpzaam zijn bij het overleg tussen de financiers en de aanbieders op regionaal niveau, met name ten behoeve van substitutie en normering van behandelwijzen. Regionale budgettering is daartoe niet noodzakelijk. Het is bovendien niet wenselijk in een systeem waarin binnen een regio verschillende verzekeraars functioneren.

De verantwoordelijkheid voor de kostenontwikkeling in de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening zal in het voorgestane systeem meer komen te liggen bij een in te stellen Gezondheidsverzekeringsraad. Deze raad kan jaarlijks het FOGM gaan uitbrengen, dat voor hemzelf dan een verplichtend karakter gaat krijgen. Thans heeft het FOGM een onduidelijke status en geeft het voedsel aan de gedachte dat het ministerie de totale sector volksgezondheid dient te beheersen.

Er is wel bepleit om de SER te betrekken bij het opstellen van de financieringsregels met betrekking tot de gezondheidszorg. Zinvol lijkt dat de SER de regering adviseert over het percentage premie AWBZ en Standaardverzekering dat op de loonkosten zal drukken, omdat dit een beslissing is die tot de economische sfeer behoort. Niet zinvol lijkt het om de SER verdergaande bevoegdheden in de gezondheidszorg te geven, aangezien dit de bevoegdheid van de Raad inhoudelijk te buiten gaat. De beslissing of en hoe bepaalde verstrekkingen om budgettaire redenen in of uit het pakket moeten blijft voorbehouden aan de wetgever, geadviseerd door de Gezondheidsverzekeringsraad.

46. Dr. D. Post, *Verwijzen en prescriptie, een paar apart*, Zwolle, 1984.

2.3. Overlegorganen

Waar de markt onvoldoende de reikwijdte-aspecten van besluiten kan of wil verdisconteren biedt overleg een noodzakelijke aanvulling, stelden wij in het hoofdstuk over de structuur van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening. Deze lijn van denken leidt ertoe om op elk van de niveaus van besluitvorming na te gaan waar aan overleg behoefte is en of daartoe platforms bestaan. Zonodig dient de overheid rechtsbescherming te verlenen aan deze vormen van overleg teneinde te bereiken dat de beoogde correctie op de gereguleerde concurrentie tussen ziekenfondsen, verzekeraars en aanbieders van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening ook daadwerkelijk gestalte krijgt.

a. het meso-niveau

Op micro-niveau dienen de beoogde ontwikkelingen in de richting van een zorgzame samenleving doorgang te kunnen vinden. Vanuit de verzekeraars en de ziekenfondsen kan de benodigde substitutie, door normering van behandelwijzen en het opwerpen van drempels voor doorgang naar de tweede lijn, bewerkstelligd worden in overeenkomsten die men met de betrokken hulpverleners afsluit. Het ontbreekt bij deze bilaterale relaties echter aan een regionaal overzicht op meso-niveau. Er opereren immers verschillende verzekeraars en fondsen in hetzelfde werkgebied. Tussen de vier eerstelijns werksoorten groeit informeel overleg, zoals wij in hoofdstuk II hebben geschetst en ook de afstemming binnen de tweede lijn (ziekenhuis, verpleeghuis, bejaardenoord) is in ontwikkeling. De beoogde substituties tussen tweede- en eerste-lijnszorg vergen echter eerder een goed overlegkader tussen tweede en eerste lijn, dan binnen deze echelons. Daarom is het van belang om in de sector zelf overlegorganen te creëren, waarin de verbinding tussen tweede en eerste lijn wordt gelegd en waarin met name het probleem van het gebrek aan overzicht van de verschillende 'marktpartijen' wordt opgelost.

Een dergelijk overlegkader kunnen de in het CDA-verkiezingsprogram *Uitzicht* voorgestelde Kamers voor Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening bieden. Weliswaar kent dit program aan de Kamers een plannende functie toe, te verrichten door verzekeraars en ziekenfondsen enerzijds en aanbieders van gezondheidszorg anderzijds, achteraf getoetst door de provinciale overheid, maar in het in dit rapport voorgestelde verzekeringsstelsel wordt de afstemming van vraag en aanbod primair bewerkstelligd door gereguleerde concurrentie tussen deze organisaties en instellingen. De overlegorganen dienen daarom met name een correctie aan te brengen op de onvolkomenheden die aan deze concurrentie kleven. Wanneer de Kamers over de bevoegdheid beschikken om zichzelf een inzicht te verschaffen in de werking van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening binnen de regio die onder de Kamer ressorteert, dan kan zij dit overlegkader inderdaad bieden.

Zij dienen daartoe in elk geval te bestaan uit vertegenwoordigers van de financiers enerzijds en de aanbieders van zorg anderzijds. De voorzitter van de Kamer zou een onafhankelijke positie moeten innemen en benoemd kunnen worden door het provinciebestuur. De Kamers dienen over een ves-

tigingsregister te beschikken, zodat zij ook kunnen toetsen of een elementair aanbod van voorzieningen in de regio aanwezig is. Voorts kunnen zij belast worden met het opstellen van een jaaroverzicht waarin de knelpunten kunnen worden gesignaleerd inzake de doelmatigheid binnen de sector en inzake een goede geografische spreiding van het aanbod. Zij doen terzake voorstellen aan de organisaties van aanbieders van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening en aan de financiers. Voorts adviseren de Kamers de besturen van gemeenten en provincies inzake het ruimtelijke beleid en inzake het facetbeleid volksgezondheid. Tenslotte kunnen daartoe ook contacten gelegd worden met particuliere organisaties in de volkshuisvesting en de sociaal-economische sfeer met het oog op gezondheidsbevorderende huisvesting en arbeidsomstandigheden. De Kamers kunnen ook belast worden met het behandelen van geschillen tussen cliënten en aanbieders of financiers, met name waar het de indicatiestelling betreft. Het verdient aanbeveling om de Kamers bij wet in te stellen (analoog aan de Kamers van Koophandel en Fabrieken) maar terwille van het voorkomen van onnodige bureaucratie de kosten te laten dekken door contributies van de aangesloten instellingen.

b. het macro-niveau

Op het meso-niveau fungeren thans tal van 'bedrijfstakgewijze' organisaties, zoals de Nationale Ziekenhuisraad, de KLOZ, de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, het Nationale Centrum Kruis zorg, de JOINT, de Landelijke Huisartsenvereniging, etc. Daarnaast zijn er de organisaties van werkgevers en werknemers. Op macro-niveau zijn deze 'bedrijfstakken' en belangenorganisaties vertegenwoordigd in nationale organen met een regelende of adviesbevoegdheid, zoals COTG, de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, het College voor Ziekenhuisvoorzieningen en de Ziekenfondsraad. Een specifiek wetenschappelijk adviesorgaan is nog de Gezondheidsraad.

Op het macro-niveau is behoefte aan een orgaan dat de overheid adviseert inzake de vaststelling en de financiering van het pakket dat tot de Standaardverzekering en de AWBZ behoort. Het ligt voor de hand daartoe de tot Gezondheidsverzekeringsraad om te vormen Ziekenfondsraad aan te wijzen. De particuliere verzekeraars en op termijn ook de publiekrechtelijke ziektekostenverzekeraar dienen daartoe volwaardig zitting te krijgen in de raad, die immers ook toezicht dient uit te oefenen op de uitvoering van de Standaardverzekering door hen.

De Gezondheidsverzekeringsraad dient uiteindelijk in zijn besluitvorming slechts gebonden te worden aan de jaarlijks mede op advies van de SER, door de overheid vast te stellen premiepercentages en aan het wettelijk omschreven verstrekkingenpakket. Werkgevers en werknemersdelegaties kunnen als zodanig uit de Ziekenfondsraad verdwijnen evenals de medewerkers. Hun sociaal-economische verantwoordelijkheid beleven zij immers in de SER en in het arbeidsvoorwaardenoverleg per gezondheidsbedrijfstak c.q. in een centraal overleg, en als premiebetalers fungeren de verzekerden. Dat de werkgever deze in een aantal gevallen inhoudt doet niet terzake. Te benoemen kroonleden kunnen de samenhang met andere sectoren van de maatschappij (waaronder de sociale partners) bewaken. De

Raad krijgt dan een tripartite samenstelling: VNZ, KLOZ en kroonleden. Dat zal de besluitvaardigheid ten goede komen.

Het is de vraag of er naast de Gezondheidsverzekeringsraad en de Gezondheidsraad en de bedrijfstakorganisaties enerzijds en de Kamers voor Volksgezondheid en Maatschappelijke Dienstverlening anderzijds nog behoefte bestaat aan een Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Deze Raad adviseert de overheid over organisatie en de planning van de gezondheidszorg. Omdat wij planning een mindere rol toekennen dan tot dusver het geval was, vermindert de bestaansgrond voor de Nationale Raad. Integratie van de Nationale Raad, de Gezondheidsraad en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen is wenselijk.

Resteert op landelijk niveau nog het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG). Er blijft behoefte aan een controlerende instantie in het kader van de Wet op de economische mededinging en ter beheersing van de maximum-tarieven. Het COTG zou daartoe in beperkter samenstelling kunnen worden ondergebracht bij de Gezondheidsverzekeringsraad.

2.4. Democratisering

Analyses van de democratisering in de welzijnssector wijzen op de paradox, dat het met de democratie in deze sector over het algemeen minder goed gaat dan vóór de periode van de democratisering.⁴⁷ Het paradoxale van deze conclusie is ontstaan doordat democratisering lange tijd is gebruikt om aan te geven dat bepaalde begeerde goederen, diensten en activiteiten toegankelijk moesten worden voor brede lagen van de bevolking.⁴⁸

De democratisering in de zin van grotere toegankelijkheid van voorzieningen is echter over het algemeen ten koste gegaan van democratie in de zin van betrokkenheid bij en deelname in beslissingen in diverse organisatorische verbanden, omdat deze rol werd overgenomen door niet rechtstreeks controleerbare overheidsinstanties. De verantwoordelijkheidsbeleving is daardoor verminderd, hoewel de democratie in naam meer te vertellen kreeg. Het feitelijke democratische gehalte van deze verstatelijking is echter zeer gering. Ambtenaren nemen ongewild in feite de macht over, omdat volksvertegenwoordigende organen niet bij machte zijn deze bestuursfunctie werkelijk uit te oefenen. Ook in de Structuurnota 1974 is dit vervaagende democratie-begrip te herkennen. Democratisering wordt daar, behalve van medezeggenschap in instellingen, ook verwacht van betrokkenheid van burgers en werkers in de gezondheidszorg bij gewestelijke besturen die de planning van de gezondheidszorg moesten gaan uitvoeren. In dit rapport kiezen wij echter voor de term democratisering om er de invloed van direct betrokkenen op voorzieningen mee uit te drukken.

Gespreide verantwoordelijkheid brengt met zich mee dat mensen invloed kunnen uitoefenen op hun dagelijkse leven en op de ontwikkeling van de samenleving. Het privatiseren van taken op het gebied van de volksgezondheid en de maatschappelijke dienstverlening kan niet zonder tevens bezien

47. *Sport en democratisering*, Nederlandse Katholieke Sportfederatie, Den Bosch, 1986, pag. 40.

48. A. v.d. Berg, *Equality versus liberty*, Amsterdam, 1981.

te hebben in hoeverre de betreffende maatschappelijke organisaties beïnvloedbaar zijn voor betrokkenen. Terzake van deze democratisering is er een wetsontwerp Democratisch functioneren van gesubsidieerde instellingen. Van belang zijn voorts: de Wet op de Ondernemingsraden, democratiseringsbepalingen in de AWBZ en de ZFW (met daarop gebaseerde erkenningenbesluiten), de algemene welzijnsovereenkomsten en financieringsregelingen, democratiseringsregelingen bejaardenoorden, Rijksbijdrage-regeling maatschappelijke dienstverlening, etc.⁴⁹

a. Democratisering van instellingen

De betrokkenheid van cliënten en patiënten in instellingen voor gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening dient op een andere wijze gestalte te krijgen dan in de politieke democratie het geval is. De spanning tussen directe medezeggenschap en het eigensoortig functioneren van de gezondheidszorg vergt oplossingen die niet a priori dezelfde hoeven te zijn als in de politieke democratie. Een aantal kenmerken van deze maatschappelijke democratie zijn:

- openbaarheid van jaarstukken en jaarvergaderingen (waardoor ook de media hun kritische rol kunnen spelen);
- beleidsadvisering door ondernemingsraden (ten behoeve van het personeel, waarbij ook de vrijwilligers een eigen positie dienen te hebben) en cliëntenraden;
- klachtenbehandeling ten behoeve van cliënten, alsmede patiëntenrechten;
- het recht van een achterban die de instelling draagt vanuit betrokkenheid op de gezondheidsstijl of vanuit het belang bij de geboden dienstverlening, tot verkiezing van bestuursleden.

Over het algemeen zijn de wettelijke voorschriften terughoudend: cliëntenraden worden verplicht gesteld, maar de mate van bevoegdheid wordt ter regeling aan de instellingen zelf overgelaten. Ondernemingsraden zijn in de wet wel gedetailleerd van bevoegdheden voorzien. Beslechting van geschillen tussen cliëntenraden en het bestuur wordt overgelaten aan de kantonrechter. Invloed op de bestuursamenstelling hebben cliëntenraden door middel van een recht tot het doen van een voordracht of een aanbeveling.

De keuze van bestuursleden blijft over het algemeen voorbehouden aan de rechtspersoon die drager is van de instelling. Merkwaardigerwijze ontbreekt in de wetgeving die ontworpen wordt, een democratisering van deze besturen naar de achterbannen in de bevolking die het werk als sympathisant of betrokkene dragen. De betrekkelijke geslotenheid van stichtingsbesturen door het coöptatiesysteem blijft daardoor intact. Op zichzelf achten wij het juist dat het personeel niet zelf in het bestuur komt en volstaan moet met een adviesbevoegdheid. Voor cliënten en vrijwilligers geldt eenzelfde redenering. De wenselijkheid om bij een terugtrekkende overheid de instellingen weer in de bevolking te verankeren wijst echter in de richting van een openbreking van gesloten besturen naar (levensbeschouwelijke of andere) achterbannen. Zeer betrokken cliënten, vrijwilligers en personeelsleden

49. *Democratisering in wet en regel*, Harmonisatie Raad Welzijnsbeleid, 1986.

dienen ook via bijvoorbeeld de verenigingsvorm samen met sympathisanten als leden het bestuur te verkiezen en te beoordelen. Een overheersing van bepaalde deelbelangen kan daarbij worden voorkomen door de ledenraad onder te verdelen in secties. De wet laat daartoe de mogelijkheid open. Langs deze weg kunnen professionele instellingen ook weer bestuurlijke lijnen opnemen met vrijwilligersorganisaties als diaconieën, charitatieve verenigingen en patiëntenorganisaties. Dat kan de betrokkenheid bij het werk alleen maar ten goede komen. Uiteraard mag van bestuursleden gevraagd worden dat zij de gezondheidsstijl van de instelling onderschrijven.

b. Democratisering van ziekenfondsen en verzekeraars

Niet alleen de instellingen dienen gecontroleerd te worden door bevolkingsgroepen die zich daarmee verbonden voelen, ook de financiers kunnen een belangrijk kanaal van betrokkenheid vormen. Thans is de positie van verzekerden bij de meeste ziekenfondsen eerder die van consument dan van meebeslissend verenigingslid. In een op actieve zelf- en mantelzorg en betrokkenheid bij gezondheidsstijlen ingesteld verzekeringswezen past een dergelijke passieve rol voor de verzekerde niet meer. Het verdient aanbeveling om, evenals voor instellingen van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening werd betoogd, de rol van de medewerkers terug te dringen ten gunste van de directe betrokkenheid van de verzekerden, c.q. de mensen die de verzekering ideëel willen dragen. Uiteraard mag van bestuursleden daarbij gevraagd worden dat zij de eventueel aanwezige gezondheidsstijl onderschrijven.

Het bestand van verzekerden dat weinig mensen met bestuurlijke ervaring omvat, belemmert deze vorm van zelfbestuur. Opheffing van de loongrens zou democratisering van de fondsen vergemakkelijken, maar dat lijkt niet op korte termijn realiseerbaar. Te verwachten valt wel dat invoering van een nominaal premiedeel de participatie van de verzekerden aan de besluitvorming en de belangstelling van de regionale media zal vergroten. Oeigenlijke elementen als het opnemen van medewerkers in het bestuur moeten verdwijnen. Een medewerkersraad is voor de inspraak van hen de aangewezen plaats. Ook het wettelijk vastleggen van kwaliteitszetels voor bepaalde organisaties (zoals vakbonden en werkgevers) is niet wenselijk. Niets staat hun verkiezing door de verzekerden in de weg.

Als particuliere verzekeraars en ziekenfondsen in het door ons beoogde verzekeringsstelsel meer naar elkaar toegroeien qua functioneren, dienen ook de particuliere verzekeraars hun verzekerden te betrekken bij de beleidsvorming op bij hun ondernemingskarakter passende wijze. Regionale premiedifferentiatie kan daartoe een eerste stap zijn.

c. Externe democratisering

Als de betrokkenheid van verzekerden, cliënten en personeel en vrijwilligers bij de instellingen en de verzekeringen optimaal gewaarborgd wordt, is er minder reden om de organisaties op het macro- en meso-niveau apart te democratiseren. Kamers voor Gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening, Gezondheidsverzekeringsraad, etc. kunnen dan bestaan uit vertegenwoordigers van instellingen en verzekeringen die thuis verantwoording afleggen. Voorwaarde daartoe is wel dat in de instellingen op

macro- en meso-niveau de besturen participeren en niet de directeuren. Het is niet uitgesloten dat daartoe in sommige gevallen tot het aanstellen van betaalde bestuursleden moet worden overgegaan.

2.5. Inhoudelijke ontwikkeling van de volksgezondheid, de Nota 2000

Voorjaar 1986 publiceerde het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur de *Nota 2000*. Op uitnodiging van de Wereldgezondheidsorganisatie brengen alle landen ter wereld een dergelijk plan uit, waarin doelstellingen en streefdata op het gebied van de volksgezondheid zijn opgenomen. De Nota stelt een heroriëntatie voor van het beleid. In plaats van een gezondheidszorgbeleid wil men een gezondheidsbeleid gaan voeren. Facetbeleid en voorzieningenplanning dienen te worden afgestemd op inhoudelijke doelstellingen op het gebied van de volksgezondheid (bijvoorbeeld: een verlenging met 10% van de periode waarin mensen gemiddeld zonder ernstige aandoeningen leven, of: een vermindering van het aantal sterfgevallen aan kanker met een bepaald percentage, op een bepaald tijdstip in de toekomst). Deze doelstellingen worden geformuleerd op grond van statistische gegevens, terwijl de inzet van beleidsinstrumenten bepaald wordt op grond van scenario's.

Deze aanpak ademt een technocratische geest: onder leiding van de overheid, die de doelen stelt, wordt het gehele apparaat op het gebied van de volksgezondheid ondergeschikt gemaakt aan planning.⁵⁰ Een dergelijke centralistische aanpak, met inspraak van de betrokkenen, maar niet met eigen verantwoordelijkheid van het veld, ligt voor de hand als men in het kader van de WHO aan ontwikkelingslanden denkt, waarin centrale regeringen dikwijls het enige bestuursapparaat vormen. Zelfs bij de ontwikkelingslanden plaatsen wij echter terzake van dit centralisme kritische kanttekeningen.⁵¹ In de Nederlandse situatie is het een bureaucratische machtsgreep, waarbij vergeleken de Structuurnota 1974 nog maar een gematigd stuk is. De nota is een interessant document ten behoeve van de openbare gezondheidszorg. Verderstreckende pretenties horen daarbij niet. Overigens erkent de Nota 2000 zelf ook dat bijvoorbeeld het overheidsbeleid inzake de eerste lijn niet effectief geweest is.

In onze voorstellen behoort de verbetering van de zorg voor de volksgezondheid en de afstemming daarvan op de behoeften primair tot de verantwoordelijkheid van betrokkenen in de zorgsector. Verbetering van het aanbod komt in onze visie tot stand door overleg tussen aanbieders van zorg, die een scherpe kijk hebben op de feitelijke noden, en de ziekenfondsen en de verzekeraars, die daarvoor geld ter beschikking kunnen stellen als zij daar van hun verzekerden toestemming voor verkrijgen, c.q. als zij voor het door hun op de markt gebrachte verstrekkingpakket verzekerden kunnen vinden.

50. *Nota 2000*, Tweede Kamer, 1985-86, 19 500, 1-2, pag. 345.

51. *Wereldeconomie en ontwikkeling*, Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, Den Haag, 1986, bepleit ook in de Derde Wereld structuren waarin gespreide verantwoordelijkheid gestalte krijgt, opdat de ontwikkeling inderdaad door de bevolkingen van de landen zelf gedragen wordt.

Men kan zich afvragen of het beleid van deze instellingen wel primair gedragen wordt door zorg om de volksgezondheid en niet in de eerste plaats bepaald wordt door ofwel financiële motieven teneinde tot een concurrerende premie te komen, ofwel motieven van eigenbelang waar het de verdediging van de werksoort tegen vernieuwing van het aanbod betreft. Deze vrees is niet ongegrond. Toch menen wij dat de risico's niet dusdanig groot zijn dat tot een centralisatie besloten zou moeten worden als waarvan de Nota 2000 doortrokken lijkt te zijn. Zeker niet als er een adequaat voorwaardenscheppend beleid gevoerd wordt om gestalte te geven aan deze gespreide verantwoordelijkheidsbeleving. De Nederlandse gezondheidszorg is van een kwalitatief behoorlijk niveau en de artsen, verplegend personeel en besturen worden gemotiveerd vanuit een ambachtelijke zorg voor een goede dienstverlening. In zulk een situatie betekent een centralisatie van het inhoudelijke beleid met betrekking tot de volksgezondheid een vernietiging van creativiteit en dynamiek, zonder welke de gewenste verbeteringen niet tot stand zullen kunnen komen.

Voor de overheid zijn er wel degelijk taken in dit systeem. Deze taken komen aan het licht als wij kijken naar de beslissingen die qua reikwijdte de verantwoordelijkheid van betrokkenen te boven gaan en die een specifiek beroep doen op het eigene van de overheidstaak.

Deze taken betreffen enerzijds het *facetbeleid*: in de sector volksgezondheid kunnen financiers en aanbieders geen invloed uitoefenen op de volkshuisvesting, op fiscale, juridische en sociaal-economische aspecten van het gezinsbeleid, op het binnenlands bestuur, op het onderwijs- en wetenschapsbeleid, etc. Binnen elk van deze beleidsterreinen heeft elk ministerie op zijn beurt weer te maken met een systeem van gespreide verantwoordelijkheid (sociale partners, onderwijsorganisaties, woningbouwcorporaties, etc.). Het overheidsbeleid terzake vergt bewaking van het facet volksgezondheid en deze taak dient door het Ministerie van WVC, respectievelijk de gedeputeerden en wethouders die verantwoordelijk zijn voor de volksgezondheid, verricht te worden. Het verdient in dit licht aanbeveling dat de volksgezondheid tot het takenpakket van de minister van WVC behoort. In samenhang met dit facetbeleid zijn er ook binnen de sector volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening zelf uitdrukkelijke overheidstaken met betrekking tot de volksgezondheid. Het departement legt in wetgeving en ministeriële besluiten tal van zaken vast die betrekking hebben op de kwaliteit van de volksgezondheid en die voor ieder verplichtend moeten worden voorgeschreven. Vanouds werd dit de *openbare gezondheidszorg* genoemd: collectieve en preventieve zorg voor de volksgezondheid. Dit betrof met name het wettelijk regelen van ontwikkelingen die een gevaar voor de volksgezondheid vormen (besmettelijke-ziektebestrijding, riolering, quarantaine, sanitaire controle, ontsmettingsdiensten, schoolgezondheidszorg, keuringsdienst van waren, etc.). De GGD en inspectie spelen hier ook een belangrijke rol bij.

Allengs is deze openbare gezondheidszorg uitgebreid met taken die mede door het particulier initiatief worden uitgevoerd: ambulancediensten, geslachtsziekten- en tuberculosebestrijding, gezondheidsvoorlichting en opvoeding. Bovendien heeft de verzameling van statistische gegevens een

hoge vlucht genomen en is het preventief bevolkingsonderzoek in zwang gekomen. De *Nota 2000* geeft er blijk van al deze ontwikkelingen te willen laten cumuleren in door de overheid geleide gezondheidszorg. Beter is het de openbare gezondheidszorg als brede 'public health'-taak te beschouwen, waarbij geen taken van het particulier initiatief worden overgenomen, die daar eigenlijk thuishoren.

Van groot belang voor de *kwaliteitshandhaving* is naast de wettelijke bescherming van beroepsgroepen, het straf- en medisch tuchtrecht ook het onderwijs- en opleidingsbeleid. Wij stelden eerder al dat zorgkunde een vast onderdeel van de beroepsopleidingen dient te worden. Thans wordt het opleidingsbeleid te veel door het Ministerie van O & W bepaald. Het verdient aanbeveling om de invloed van de zorgsector zelf op de opleidingen te vergroten.

Kwaliteitshandhaving zal voorts in belangrijke mate het gevolg zijn van de normering van behandelwijzen zoals wij die in het door ons voorgestelde stelsel van verzekeringen gestalte zien krijgen. De structuurwetgeving zal daardoor kwaliteitshandhaving door betrokkenen uitlokken en dat is een goede zaak.

Voorts ligt er een belangrijke overheidstaak op het gebied van de *informatieverzaffing*. De plicht tot het verschaffen van gegevens is in diverse wetten opgenomen ten behoeve van statistieken op het gebied van de gezondheidszorg. Voor de beleidsbepalers bij de maatschappelijke organisaties zijn dit uitermate relevante gegevens. Wij wezen de koppeling af die *Nota 2000* aanbrengt tussen deze statistieken en de geleide gezondheidszorg die de nota voorstaat, maar dat wil niet zeggen dat deze gegevensverzameling niet uiterst relevant is voor het in gespreide verantwoordelijkheid verder ontwikkelen van de sector. Het verdient aanbeveling dat de informatieverzameling zo goed mogelijk op behoeften van ziekenfondsen, verzekeraars en aanbieders van zorg is afgestemd, thans is dit nog onvoldoende het geval.

Tenslotte kan het ministerie een *stimulerend beleid* voeren met betrekking tot de vernieuwing van het aanbod, als men van mening is dat de organisaties in het veld zelf daar onvoldoende toe komen. Dit vernieuwingen-stimulerend beleid dient echter niet de trekken aan te nemen van een centraal geleide volksgezondheid, maar dient zich tot experimenten te beperken, welke bij succes in het reguliere systeem worden opgenomen. Het departement kan ook de discussie bevorderen over ontwikkelingen op het gebied van de volksgezondheid door congressen te financieren en door een gericht onderzoeksbudget te hanteren naast de geldstroom van het Ministerie van onderwijs.

Samenvattend: voor zover de naar politiek inzicht benodigde vernieuwing onvoldoende tot stand komt vanuit de aanbieders en de financiers zelf, staat het de overheid vrij om

- onderzoek te entameren
- discussies te bevorderen
- experimenten te financieren
- de medische, verpleegkundige en verzorgingsopleidingen af te stem-

men op de ontwikkelingen in de volksgezondheid, voor zover dit tot de overheidsbevoegdheid behoort.

Derhalve: facetbeleid, alsmede een voorwaardenscheppende en zondig gebiedende rol waar negatieve ontwikkelingen de volksgezondheid bedreigen. Het meerdere ten aanzien van de inhoudelijke ontwikkeling dient de overheid aan de organisaties binnen de sector zelf over te laten, die naar eigen inzicht en inspiratie (gezondheidsstijlen) tot vernieuwing moeten kunnen komen.

2.6. Planning van de grote infrastructurele voorzieningen, de rol van gemeenten en provincies

De Wet Gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening is vooralsnog ingetrokken bij het aantreden van het kabinet in 1986. In de in dit rapport ontwikkelde structuur past ook een planningswet als de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg niet meer. Deze wet dient te worden bijgesteld en samengevoegd met enkele elementen van de WZV en de WBO. Zolang de investeringen in nieuwbouw nog niet gedekt worden door een afschrijvings- en reserveringsbeleid naar vervangingswaarde bij de ziekenhuizen, de verpleeghuizen en de bejaardenoorden, dient een tamelijk nauw overheidstoezicht op de capaciteitsplanning gehandhaafd te blijven. In het verlengde van hetgeen wij opmerken bij het hoofdstukonderdeel over het facetbeleid bij het Ministerie van Financiën, verdient het aanbeveling om naar een zodanige situatie toe te groeien dat de grote intramurale instellingen zelf bedrijfs-economisch gaan boekhouden.

Daarna blijft over dat terwille van de in samenhang met het nieuwbouwbeleid te bereiken *beddenreductie en functieverdeling over de ziekenhuizen*, de WZV (of de omgebouwde WVG) aan de provincies en de grote steden en het Rijk de bevoegdheid moet blijven verlenen om capaciteitsbeheersing op hoofdlijnen te blijven opleggen. Markt en overleg vormen daartoe besluitvormingsmechanismen met onvoldoende reikwijdte en onvoldoende afdwingbaarheid. Uiteraard dienen de Kamers voor Gezondheidszorg gehoord te worden alvorens beslissingen worden genomen. Gewenst is wel dat de bevoegdheden van de provincies en het Rijk duidelijk gescheiden worden. Het Rijk dient de planning van boven-provinciale grote infrastructurele voorzieningen voor zijn rekening te nemen (bijv. top-specialisaties), de provincies en de grote steden bepalen de planning van de onder hen ressorterende voorzieningen. Afgestapt dient te worden van de adviesrol van de provincies jegens het Rijk. Ook dient het Rijk niet met knelpuntenpotjes het provinciaal beleid te doorkruisen.

Het is de vraag of de aldus gewijzigde Wet Voorzieningen Gezondheidszorg aan de vestigingsregeling voor huisartsen die door de gemeentebesturen wordt uitgevoerd, de wettelijke grondslag moet blijven bieden. Het vestigingsbeleid van huisartsen kan beter een zaak van contractering door de ziekenfondsen en de particuliere verzekeraars in overleg met de plaatselijke huisartsenvereniging en onder auspiciën van de Kamers voor Volksgezondheid en Maatschappelijke Dienstverlening worden. De inspraak van de verzekerden verloopt in de nieuwe situatie niet meer via het gemeentebestuur dat voor de belangen van de burgerij opkomt, maar direct via hun

betrokkenheid bij het beleid van de verzekering, c.q. het ziekenfonds. In het vorige hoofdstukonderdeel zijn terzake van deze democratisering voorstellen gedaan.

Een soortgelijke redenering geldt voor de vestiging van alle andere werksoorten en instellingen. Dit behoeft gemeenten er niet van af te houden aandacht te hebben voor de plaatselijke voorzieningen op het gebied van volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening. Daar is uit hoofde van het facetbeleid volksgezondheid (de samenhang met huisvesting bijvoorbeeld), zelfs een noodzaak toe aanwezig. Het instrumentarium bestaat echter voornamelijk uit overleg met de samenwerkingsorganen die in de eerste lijn bestaan, alsmede met de Kamers voor Volksgezondheid en Maatschappelijke Dienstverlening. Een dergelijke vorm van optreden bestaat ook in de sociaal-economische sector ten opzichte van de Kamers van Koophandel en de plaatselijke middenstandsvereniging.

3. Andere overheidstaken die de volksgezondheid raken (facetbeleid)

Naast het WVC-beleid blijft er altijd het zogenaamde *facetbeleid* nodig: de mate waarin de volksgezondheid aan de orde komt in het beleid van andere ministeries dan WVC. Wij zullen deze taken beoordelen op de vraag of het werkelijk facetbeleid is, dan wel dat een te grote verantwoordelijkheid voor het zorgbeleid bij een ander departement dan WVC berust. In dat geval is correctie nodig.

3.1. Sociaal-economisch beleid

Het moet mogelijk zijn om het arbeidsvoorwaardenoverleg zoals dat thans via de *Wet Arbeidsvoorwaarden Gepremieerde en Gesubsidieerde Sector (WAGGS)* wordt ingeperkt, weer vrij te laten. De verantwoordelijkheid van de regering dient zich te beperken tot de vaststelling van de premies voor AWBZ en Standaardverzekering. Het verdient aanbeveling dat de verantwoordelijkheid daarvoor bij de minister van WVC wordt gelegd in plaats van bij de minister van Sociale Zaken. De toetsing van de premiehoogte aan de arbeidskostenontwikkeling is immers een randvoorwaarde, het primaat voor de overheidstaken op het gebied van de zorg hoort bij WVC. Deze vaststelling bepaalt het collectief voorziene deel van de budgetten in de gezondheidszorg. Binnen deze budgetten en de aanvulling daarop uit particuliere bronnen (nominale premie, aanvullende verzekeringen, eigen risico's en eigen bijdragen) welke jaarlijks door de Gezondheidsverzekeringsraad worden berekend, dienen werkgevers en werknemers vrij te kunnen onderhandelen over de arbeidsvoorwaarden. De CAO's kunnen op soortgelijke wijze als de CAO's in het bedrijfsleven al of niet verbindend worden verklaard. Dat blijft uitdrukkelijk een overheidstaak.

Het inkomensbeleid voor vrije beroepsbeoefenaren zal in het voorgestane systeem minder onder druk staan van gelijktijdig met de beroepsgroepen afgesloten convenanten. De verdere beleidsontwikkeling met betrekking tot de budgettering van specialisten, de afschaffing van de goodwillssommen, etc., wordt een zaak van overleg tussen financiers en aanbieders,

waarbij de overheid veel meer vanuit haar eigen verantwoordelijkheid opereert. De inkomensontwikkeling zou kunnen worden gekoppeld aan de uit CAO-afspraken voortkomende ontwikkelingen in de arbeidsvoorwaarden.

3.2. Opleidingen en wetenschappelijk onderzoek

Het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen is verantwoordelijk voor het onderwijs en onderzoek aan de universiteiten en de beroepsopleidingen en oefent derhalve invloed uit op het potentieel aan beroepsbeoefenaars in de volksgezondheid, alsmede op de research. Met name op dit laatste vlak ligt een belangrijk aangrijpingspunt om de internationale solidariteit in de volksgezondheid te beleven: er vindt aan onze universiteiten onderzoek plaats dat direct relevant is voor de ontwikkelingslanden. Ook de ontwikkelingen in ons land worden door het universitaire onderzoek bevorderd. Op het gebied van de zelf- en de mantelzorg is minstens even baanbrekend werk verricht als op het gebied van de curatieve medische techniek. Deze inspanningen blijven belangrijk en verdienen met name op het punt van de geriatrie uitbouw.

De opleiding van academisch gevormde medici was in principe een onderwerp van vrije keuze van studenten. Uit hoofde van bezuinigingen wordt thans capaciteitsplanning in de opleidingen nagestreefd. Omdat de ontwikkelingen in de zorgsector in belangrijke mate bepaald worden door de kwaliteit en het aanbod van beroepsbeoefenaars is het de vraag of het Ministerie van WVC zelf niet meer invloed op de beroepsopleidingen zou moeten hebben in plaats van het Ministerie van O & W. Wij zijn daarvan voorstander. De opleiding van medische specialisten in de academische ziekenhuizen vormt hiervan een voorbeeld.

Voor ons thema is voorts van belang de mate waarin de beroepsopleidingen aan zorgkunde aandacht besteden. De indruk bestaat dat dit nog te weinig het geval is. Zorgkunde kan beschouwd worden als een interdisciplinaire toegepaste wetenschap waarin maatschappijwetenschappelijke aspecten toegesneden aan bod komen. Wij bevelen aan dit vak verplicht in alle opleidingen op te nemen en daartoe uren die besteed worden aan sociologie en psychologie te schrappen.

3.3. Binnenlandse Zaken

Het Ministerie van Binnenlandse Zaken beheert samen met de vakbonden de ambtelijke ziektekostenverzekeringen. Zoals in het hoofdstuk over de verzekeringen is aangegeven dienen deze in het voorgestelde verzekeringsstelsel te worden opgenomen.

Inzake decentralisatie van het rijksbeleid vervult het departement een coördinerende rol. Bij deze decentralisatie doet zich voortdurend een spanning voelen tussen bestuurlijke decentralisatie naar lagere overheden en spreiding van verantwoordelijkheid naar het particulier maatschappelijk veld. Deze spanning kan alleen worden opgelost als men een duidelijke omschrijving weet te geven van de te decentraliseren overheidstaak. Tot dusver betekende decentralisatie dikwijls tevens een vergroting van de totale greep van de drie overheden op het maatschappelijk leven. De particuliere

organisaties kwamen daar uiteraard tegen in het verweer met als resultaat dat decentralisatie een moeizame operatie is geworden. Ook in de volksgezondheid doet zich deze spanning voelen. De wetgeving in het kader van de decentralisatie van de planning van de volksgezondheid en de maatschappelijke dienstverlening is daarvan een goed voorbeeld: de gezondheidsregio's worden bepaald op grond van de samenwerkingsmogelijkheden voor gemeenten conform de Wet Gemeenschappelijke Regelingen (WGR) en niet conform de verzorgingsgebieden van bijvoorbeeld ziekenhuizen. Het verdient aanbeveling om hier niet het bestuurlijke gemak voorrang te geven boven de gegroeide natuurlijke verbanden, maar het functioneren van de sector zelf voorop stellen.

3.4. Tarieven- en prijsbeheersing

Prijsbeheersing bij de particuliere verzekeraars geschiedt thans door middel van het toezicht van het Ministerie van Economische Zaken, waar men toestemming voor premieverhogingen moet verkrijgen. De tarieven in de gezondheidszorg worden beheerst door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) op basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). De COTG-richtlijnen zijn rechtens opeisbaar, waardoor zij de tariefstelling feitelijk bepalen.

In het door ons voorgestelde model van onderhandelingen tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars enerzijds en instellingen voor gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening anderzijds, vormen premies en tarieven het onderwerp van concurrentie en moeten dus kunnen fluctueren. De premie voor de AWBZ en de Standaardverzekering (zonder aftrek van eigen bijdragen en eigen risico) wordt door de minister vastgesteld op basis van voorstellen van de Gezondheidsverzekeringsraad. De premiestelling voor aanvullende verzekering is vrij. Wel zal op basis van de Wet Economische Mededinging toezicht dienen plaats te vinden op ongewenste kartelvorming en prijsafspraken. De COTG-richtlijnen kunnen als maximum tarieven voor de instellingen gaan fungeren, waar men al concurrerend wel onder kan, maar niet bovenuit mag. De WTG dient daartoe te worden aangepast, zodat de richtlijn niet meer rechtens opeisbaar is.

3.5. Financiën en bouwplafonds

Grote investeringen in de gezondheidszorg, zoals de bouw van ziekenhuizen, zijn voorbehouden aan toestemming van de provincies, het Ministerie van WVC en het Ministerie van Financiën. Provincies en WVC toetsen met name de vraag of de investering gewenst is. Financiën kan een veto uitspreken als de kapitaalmarkt een dergelijke lening niet toestaat en geeft een overheidsgarantie op de geldlening. Het beleid is de afgelopen jaren uitermate restrictief geweest. Het is de vraag of dit zo moet blijven. Enerzijds heeft het Ministerie van Financiën een legitieme macro-economische zorg voor de financierbaarheid van de overheidsuitgaven, anderzijds kan men zich afvragen of in een stelsel waarin de overheid in de volksgezondheid meer op afstand opereert, het Rijk niet zou moeten concurreren op de kapitaalmarkt met de ziekenhuizen die een fiat op hun investering van provin-

cies en Ministerie van WVC hebben verkregen. Het Rijk moet immers ook met andere investeerders concurreren en niet valt in te zien waarom de relatief gemakkelijk te controleren ziekenhuizen wel en de particuliere investeerders niet aan deze restricties onderhevig dienen te zijn. Een principiële argument is daarvoor niet te vinden, terwijl het de verantwoordelijkheidsbeleving bij de ziekenhuisbesturen ten goede komt als zij die vrijheid wel hebben.

Wij bevelen derhalve aan de voorafgaande goedkeuring van het Ministerie van Financiën op begrote investeringen in de gezondheidszorg te laten vervallen. Dan dient wel een loskoppeling plaats te vinden met het systeem van overheidsgaranties. Het is immers legitiem dat de minister van Financiën een plafond stelt aan de afgegeven garanties. Bij overschrijding van dit plafond zullen geen garanties meer worden afgegeven zodat investeerders een hogere rente moeten betalen omdat de banken meer risico nemen. De beslissing of deze hogere kosten toch exploitabel zijn berust bij betrokken aanbieders van zorg en verzekeraars, getoetst door de provincie.

3.6. Volkshuisvesting

In het kader van de volkshuisvesting zijn een zestal regelingen van betekenis voor de volksgezondheid:

1. subsidieregelingen woningaanpassing ten behoeve van ouderen en gehandicapten;
2. regelingen in het kader van de woningtoewijzing en ter bevordering van doorstroming;
3. de regelingen ten behoeve van de stadsvernieuwing;
4. capaciteitsbeheersing bejaardenoorden;
5. regeling individuele huursubsidie;
6. maatregelen van stadsinrichting.

Het beleid terzake van huisvesting van ouderen is volledig gedecentraliseerd naar gemeenten en provincies. De subsidies voor woningaanpassing worden gestort in het Gemeentefonds (10 miljoen per jaar), zodat gemeentebesturen zelf verantwoordelijk zijn voor een actieve benutting van deze bijdragen. De indruk bestaat dat dit lang niet altijd het geval is en dat het geld soms ook voor andere doeleinden besteed wordt.⁵² Stadsvernieuwing, stadsinrichting, woonruimteverdeling, het zijn allemaal maatregelen van de gemeentebesturen. Onlangs is nog een subsidieregeling t.b.v. verhuiskosten van ouderen ingesteld, welke door de gemeentebesturen wordt uitgevoerd.⁵³

Slechts indirect oefent het ministerie invloed uit door jaarlijks in het nationale woningbouwprogramma aantallen 'geschikte woningen' vast te stellen. De subsidiëring van de (nieuw)bouw van bejaardenoorden is aan de provincies gedecentraliseerd. In het kader van de capaciteitsbeperking van de oorden is het nationale woningbouwprogramma met 2000 woningen per jaar uitgebreid. Of deze feitelijk ter beschikking komen in de vorm van

52. 'Woningaanpassing en de stofkam', *Bestuursforum*, 1984, p.174.

53. Het Model Gemeente- en Provincieprogramma van het CDA voor de periode 1986-1991 bepleit bovendien een eigen gemeentelijke financiële bijdrage daarbij.

aangepaste woningen is een zaak van planning bij de gemeentebesturen en van aanvragen daartoe door woningbouwcorporaties.

De problematiek van de niet uit huursubsidie vergoedbare servicekosten in aanleunwoningen heeft inmiddels tot een subsidieregeling bij het Ministerie van WVC geleid, waardoor deze zorgkosten wel voor subsidie in aanmerking kunnen komen voorzover zij tenminste niet tot de verantwoordelijkheid van betrokkenen gerekend moeten worden.

Terzake van het wonen in groepsverband neemt het ministerie van volkshuisvesting het standpunt in dat dit binnen het kader van de bestaande regelgeving met enige flexibiliteit mogelijk is. Onderscheiden worden projecten van 'centraal wonen' (zelfstandige huishoudens met enige gemeenschappelijke verblijfs- en gebruiksruimten) en 'groepswonen' (de woongroep vormt in beginsel een huishouden in een zeer grote woning). Voor deze woonvormen is thans groeiende belangstelling. Een vijftigtal projecten is in voorbereiding.

Tot slot zijn van belang de stadsinrichting en de stadsvernieuwing. Als gevolg van het proces van schaalvergroting van economische activiteiten is het fijnmazig netwerk van buurtwinkels en andere voorzieningen vervangen door een grofmazig, geconcentreerd voorzieningenapparaat. De loopafstanden en de algemene mobiliteit zijn groter geworden en de mogelijkheden voor ontmoeting in de directe woonomgeving afgenomen. De woonwijken zijn anoniemer geworden en kennen minder ontmoetingspunten. De sluiting van scholen vanwege het dalen van het leerlingenaantal en het sluiten van kerken in grote steden versterkt dit proces. De stadsvernieuwing waarbij, op zichzelf begrijpelijk, de voormalige bewoners niet allen terugkeren, doet ook een aanslag op gegroeide verbanden. Ontmoetingspunten moeten welbewust gecreëerd worden in de sociaal-culturele sfeer, terwijl de functionele ontmoetingsmogelijkheden van het 'normale dagelijkse leven' versralen.

Voor de totstandkoming van zorgnetwerken is het nodig deze ontwikkelingen om te keren. De planologie kan daar niet alles aan doen – zij is op haar beurt afhankelijk van het economisch proces – maar oefent er wel invloed op uit. Het mixen van generaties in de sociale opbouw van wijken is van belang. Ook hier weer berust de verantwoordelijkheid met name bij de gemeentebesturen. Het vergrijzingsproces zal zelf impulsen geven aan het beleid: in de toekomst woont in één op de vier huishoudens iemand van 65 jaar of ouder. Dat zal potentieel behoefte aan ontmoetingsgelegenheden scheppen. Daartoe is een openbaar leven nodig waaruit de criminaliteit wordt teruggedrongen en waarin de ontmoetingsmogelijkheden kunnen groeien.

3.7. *Justitie*

Van groot belang voor het toegroeien naar een zorgzame samenleving is de publieke erkenning van samenlevingsverbanden van mensen. Andere samenlevingsverbanden dan het huwelijk dienen zich te kunnen laten registreren en aldus een adequaat pakket rechten en plichten te verkrijgen. Met name de onderlinge zorgzaamheid van ouderen kan ondersteund worden als de wetgeving niet een individualiserende weg inslaat, maar rechtsbe-

trekkingen scheidt, waar nu mensen juridisch op zichzelf worden teruggevoerd en dus sneller een beroep op collectieve voorzieningen moeten doen. Eenzaamheid en het wegvallen van omgevingshulp zijn dikwijls de oorzaken van opname. De aanbevelingen van het rapport *1+1=SAMEN*⁵⁴ terzake van de zogenaamde 'samenwoners' dienen te worden uitgevoerd, opdat bijvoorbeeld twee oudere alleenstaanden die een gezamenlijke huishouding willen voeren, ook als zodanig erkend kunnen worden. Aldus wordt ook een juridische basis verschaft voor het sociaal-economisch en fiscaal beleid en de herstructurering van de ziektekostenverzekering terzake van de onderlinge lotsverbondenheid van mensen.

4. Conclusies

1. Het grondrecht inzake de volksgezondheid zou meer toegespitst moeten worden op een door de overheid te garanderen minimumpakket dat voor elke Nederlander gelijkelijk geldt enerzijds en een voorwaardenscheppend beleid ten aanzien van maatschappelijke organisaties die het meerdere realiseren anderzijds. Behalve financiële en geografische bereikbaarheid, verdient ook de bereikbaarheid op basis van gezondheidsstijlen uitdrukkelijker als uitvloeisel van het grondrecht te worden beschouwd.
2. Het Ministerie van WVC is ten onrechte slechts zijdelings betrokken bij de belangrijkste beslissingen inzake de volksgezondheid. Deze liggen thans te veel op het gebied van andere ministeries (arbeidsvoorwaarden, bouwbeleid, opleidingen en prijzen). Versterking van de rol van WVC is gewenst.
3. De taken van het Ministerie van WVC dienen te worden toegespitst op:
 - a. wetgeving inzake de verzekeringen, conform de aanbevelingen uit hoofdstuk IV;
 - b. kostenbudgettering van ziekenfondsen voor de korte termijn, inkomstenbudgettering op basis van normbedragen per ingeschreven verzekerde voor de langere termijn;
 - c. wetgeving inzake overlegorganen op regionaal niveau: Kamers van Volksgezondheid en Maatschappelijke Dienstverlening, waarin financiers en aanbieders van zorg een gezamenlijke verantwoordelijkheid aanvaarden voor een adequate zorg-opbouw op regionaal niveau.
 - d. de Ziekenfondsraad wordt omgebouwd tot Gezondheidsverzekeringsraad, welke de wettelijk verplichte verzekeringen gaat beheren. Deze verzekeringen kunnen ook door particuliere verzekeraars worden aangeboden. Het COTG wordt bij deze Gezondheidsverzekeringsraad ondergebracht. De richtlijnen worden maximumtarieven. De Gezondheidsverzekeringsraad brengt jaarlijks het FOGM uit dat een verplichtend karakter krijgt.
 - e. wetgeving inzake de democratisering van ziekenfondsen, verzekeraars en instellingen van gezondheidszorg opdat patiënten en cliënten en verzekerden medeverantwoordelijkheid kunnen dragen voor de ontwikkelingen in de sector.

54. Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, *1+1=SAMEN!*, Den Haag, 1986.

-
- f. inzake de verdere ontwikkeling van de volksgezondheid behartigt het ministerie evenals de gemeenten het facetbeleid in samenhang met de openbare gezondheidszorg. Voorts de kwaliteitshandhaving, de informatieverzameling en verstrekking en een onderzoek- en discussiebevorderend beleid als men van mening is dat uit het veld zelf onvoldoende impulsen tot vernieuwing voortkomen.
 - g. de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg wordt samengevoegd met de Wet Ziekenhuisvoorzieningen en de Wet Bejaardenoorden, zodat de provincies en de grote steden de bouwbeslissingen inzake kostbare grote voorzieningen toetsen op het punt van de exploitbaarheid, de beddenreductie en de spreiding van specialisaties. Het vestigingsbeleid van de overige voorzieningen wordt overgelaten aan de onderhandelingen tussen de financiers en de aanbieders, onder auspiciën van de Kamers voor Gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening.
 4. Het arbeidsvoorwaardenoverleg wordt binnen door de gezondheidsverzekeringsraad vast te stellen financiële randvoorwaarden overgelaten aan werkgevers en werknemers in de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening.

Hoofdstuk VI. Financiële kaders gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening

De gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening zijn de laatste jaren sterk in de belangstelling geweest vanuit de financiële invalshoek. De scheve verhouding tussen de doorgaande stijging van de kosten van de gezondheidszorg en de wegvallende economische groei gaf daartoe aanleiding. Kostenbeheersing is echter geen doel op zichzelf maar hangt samen met het verantwoord omgaan met de eigen gezondheid, de beschikbare middelen en de verantwoording jegens anderen. Kostenbeheersing dient het resultaat te zijn van het zoveel mogelijk voorkomen van onnodige kosten, voor de betrokkene zelf evenals voor anderen. Goed rentmeesterschap verplicht daartoe. Wijzen om tot kostenbeheersing te komen dienen in dat licht te worden gezocht. Wanneer kostenbeheersing wordt opgelegd en alleen vanwege financieel-economische overwegingen plaatsvindt zullen ontsnappingsmogelijkheden worden gezocht en zullen deze pogingen minder kans van slagen hebben dan wanneer kostenbeheersing voortvloeit uit het opnemen van verantwoordelijkheid van de betrokken partijen.

1. Economische ontwikkelingen in de gezondheidszorg

In 1958 kostte de gezondheidszorg 1,4 miljard, dit is opgelopen tot ongeveer 34 miljard in 1984. De totale zorgsector (gezondheidszorg en maatschappelijk welzijn) kostte in 1984 meer dan 40 miljard.⁵⁵ Het nationaal inkomen steeg in diezelfde periode ook aanzienlijk. Desalniettemin is het relatieve aandeel van de gezondheidszorg in het nationale inkomen toegenomen van 3,8% in 1958 tot bijna 10% in 1986.

Wanneer een splitsing wordt gemaakt in de prijs- en de volumecomponent zijn de volgende ontwikkelingen op te merken: het *prijsindexcijfer* van de gezondheidszorg heeft de afgelopen decennia een sterke stijging te zien gegeven. Uitgaande van een index van 100 in 1970 steeg het prijsindexcijfer van de gezondheidszorg van 21 in 1953 tot 332 in 1982.⁵⁶ Hiertegenover staat de ontwikkeling van het algemene prijsindexcijfer dat steeg van 48 in 1953 tot 224 in 1982. Dit betekent dat de prijzen in de gezondheidszorg veel sterker zijn gestegen dan de prijzen in het algemeen.

Wanneer we kijken naar de *volumecomponent* ontstaat een ander beeld. De uitgaven in constante prijzen kennen een verandering van 52 in 1953 tot 137 in 1982 (index 1970 = 100). De uitgaven per hoofd in constante prijzen gaan van 65 in 1953 tot 125 in 1982 (index 1970 = 100).⁵⁷ De volumecomponent van het netto-nationaal inkomen wijkt hier minder af dan bij de prijs-

55. FOGM, 1987, p.9.

56. *Onder behandeling: strategische keuzen bij de kostenbeheersing in de gezondheidszorg*, Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven, nr. 14, Den Haag, 1984, p. 43.

57. *Idem*, p. 48.

component. In 1982 had de volumecomponent van het nationaal inkomen een waarde van 123 bereikt (index 1970 = 100). Dit tezamen betekent dat de stijging van de uitgaven voor gezondheidszorg voor het grootste deel te vinden is in de stijging van de prijzen in de gezondheidszorg en voor een geringer deel in de stijging van het volume. Die prijsontwikkeling heeft te maken met dure nieuwe behandelwijzen en daarbij horend duur hoog gespecialiseerd personeel en apparatuur.

Ook bij *de financieringsbronnen* vinden verschuivingen plaats. Van de kosten van de zorgsector wordt het grootste deel collectief gefinancierd. Het aandeel van de ziekenfondsverzekeringen is tot 1985 ongeveer 36%. In 1986 zal dit dalen als gevolg van de kleine stelselwijziging. Het aandeel van de ziekenfondsverzekering is vrij stabiel geweest gedurende de laatste jaren. Het aandeel van de AWBZ bedroeg in 1984 23%. In 1980 heeft de opname van het kruiswerk in de AWBZ tot een stijging van de AWBZ-financiering geleid ten opzichte van particuliere en overheidsbronnen. Het aandeel van de particuliere bijdragen is de laatste jaren ongeveer 24% geweest. Hieronder vallen tevens de particuliere en publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen.

De overheid droeg eveneens een gedeelte van de financiering. De overheidsfinanciering van de gezondheidszorg is aan het afnemen (van bijna 7% in 1979 tot minder dan 5% in 1984) maar door de verschuiving van de financiering in het welzijnsdeel van de zorgsector (m.n. de financiering van de bejaardenoorden die voorheen uit de Algemene Bijstands Wet gefinancierd werden) is een relatieve stijging van de overheidsfinanciering waar te nemen. Voor het collectieve deel betekent dit dat grofweg driekwart van de kosten van gezondheidszorg collectief gefinancierd wordt.

De verhouding in de zorgsector tussen verschillende groepen *voorzieningen* vergt eveneens de nodige aandacht. Het aandeel van de intramurale sector is sinds eind jaren vijftig sterk toegenomen van 42,8% tot 65% begin jaren tachtig. Pas de laatste jaren is er een afvlakking in deze groei gekomen. Het aandeel van de extramurale zorg dat in 1958 nog zo'n 42% bedroeg is afgenomen tot ongeveer 28% in begin jaren tachtig. Ook hier geldt dat pas de laatste tijd deze trend (enigszins) is omgebogen.

Ter verduidelijking kunnen de volgende tabellen dienen waarin achtereenvolgens de kosten van de totale zorgsector, de financiering van de zorgsector en het aantal bezette arbeidsplaatsen in de zorgsector worden weergegeven.

Opvallend is dat er de komende jaren nog steeds sprake zal zijn van groei. Er is dus geen sprake van achteruitgang, maar van matiging van de groei.

2. De oorzaken van kostenstijging in de gezondheidszorg

2.1. Absolute groei

Er is op verschillende gebieden een absolute groei geweest. Zo is de *bevolking* na de Tweede Wereldoorlog aanzienlijk toegenomen. Dit betekende een absolute toename van de gezondheidsconsumptie doordat het aantal

Figuur 3

De kosten van de zorgsector 1981–1990 (in mln. gld.)										
	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Eerstelijnszorg	9 153	9 751	10 219	10 589	11 139	11 627	11 794	11 820	11 875	11 930
Tweedelijnszorg	23 842	25 496	26 682	27 063	27 460	27 915	27 925	28 070	28 210	28 350
Beleid, administratie, beheer en overig	2 533	2 753	2 974	3 108	3 176	3 240	3 259	3 274	3 289	3 304
Subtotaal	35 528	38 000	39 875	40 760	41 775	42 782	42 978	43 164	43 374	43 584
Nominale aanpassingen							74	270	467	610
Totaal	35 528	38 000	39 875	40 760	41 775	42 782	43 052	43 434	43 841	44 194
De financiering van de kosten van de zorgsector (in mln. gld.)										
	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987			
Ziekenfondswet	13 015	14 134	14 389	14 643	15 057	14 775	14 340			
AWBZ	8 068	8 723	9 078	9 434	9 805	9 931	10 009			
Overheid	3 259	3 310	3 947	6 099	6 344	6 534	6 712			
Particulieren	8 829	9 329	10 040	10 234	10 519	11 572	12 088			
Overig	2 357	2 504	2 421	352	51	∕ 110	∕ 172			
Totaal	35 528	38 000	39 875	40 762	41 776	42 702	42 997			
Het aantal bezette arbeidsplaatsen in de zorgsector 1981–1987										
	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987			
Eerstelijnszorg	96 154	97 751	98 429	100 485	102 715	104 062	104 811			
Tweedelijnszorg	309 906	314 746	318 804	320 620	323 585	330 104	320 946			
Beleid, administratie, beheer en overig	27 446	28 204	28 977	30 637	31 131	31 482	31 592			
Totaal	433 506	440 701	446 210	451 742	457 431	465 648	465 349			

Bron: FOGM 1987

personen dat gebruik maakt van gezondheidszorgvoorzieningen steeg. Vervolgens is er sprake geweest van een uitbouw van het *voorzieningenpakket*. Het ziekenfondspakket is sinds de invoering van de Ziekenfondswet steeds verder uitgebreid. Er zijn voorzieningen bijgekomen, er zijn slechts weinig verstrekkingen uit het pakket genomen. Voorts betekende de uitbouw van het collectieve financieringssysteem een verhoging van de kosten. Zo werd in 1967 de AWBZ ingevoerd waarin op den duur ook steeds meer voorzieningen kwamen. De ontwikkeling van de *medische technologie* is eveneens een punt van belang. De nieuwe apparatuur werd steeds geavanceerder en vergde hoger gekwalificeerd personeel. Deze apparatuur was dus niet alleen zelf duurder, maar vergde ook *hogere personeelskosten*.

De bevolkingsgroei kon worden opgevangen door parallelle groei van het Nationaal Inkomen, zodat het relatieve aandeel gelijk bleef. Pakketuitbreiding en arbeidsspecialisatie gekoppeld aan nieuwe technologieën leidden

tot de grote groei van dit relatieve aandeel in het Nationaal Inkomen in de afgelopen decennia.

2.2. *Ontbreken centraal kader*

Als een van de belangrijkste oorzaken van de doorgaande kostenstijging kan genoemd worden het ontbreken van een vastgestelde grens voor de uitgaven aan gezondheidszorg voorzover gefinancierd uit collectieve middelen. Zolang het aandeel van de gezondheidszorg in het Nationale Inkomen nog relatief gering was kon deze sector groeien. Deze stijging kwam tot stand in een periode van algehele welvaartsgroei.

Afname van de economische groei en het steeds groter wordend gewicht van de kosten voor gezondheidszorg als onderdeel van het nationaal inkomen bepalen ons bij het belang van het stellen van een ruimte waarbinnen collectieve financiering van de gezondheidszorg dient te blijven. De effecten van de groei van de gezondheidszorg blijven namelijk niet beperkt tot de sector zelf. Groei in de sector zelf betekent beperking van de groei op andere gebieden. Wanneer de werkgevers en werknemers via premies bijdragen aan de kosten van gezondheidszorg, betekent dit dat kosten van gezondheidszorg deel uitmaken van bedrijfskosten en dus doorwerken in de concurrentiepositie van het bedrijfsleven. Voorzover het gaat om niet-collectieve financiering speelt dit minder: men is immers vrij de keuze te maken tussen gezondheidszorg en andere uitgaven. Kostenbeheersing heeft dus betrekking op meer dan alleen de verantwoordelijkheid van de betrokkenen in de sector zelf, het werkt ook door naar andere sectoren.

De laatste jaren is de gezondheidszorg, en met name tot begin jaren tachtig, fors blijven groeien. De relatieve lasten namen toe zodat via deze weg herstel van de concurrentiepositie bemoeilijkt werd. Hier wreekte zich het ontbreken van een centraal kader voor de collectieve financiering. De uitgaven voor gezondheidszorg dan wel het aandeel van de uitgaven voor gezondheidszorg in het Nationaal Inkomen waren niet aan een bovengrens gebonden. En voorzover er sprake was van een afweging omtrent de relatieve positie van de gezondheidszorg in financieel opzicht heeft dit niet geresulteerd in een effectieve kostenbeheersing.

2.3. *Optimale omvang*

Naast het ontbreken van een maximumgrens waaraan de uitgaven voor gezondheidszorg gebonden zijn, is ook de vraag naar de optimale omvang van belang. Evenals in andere sectoren worden niet alle handelingen verricht die technisch mogelijk zijn. De beschikbare middelen zijn hiervoor ontoereikend. De vraag is dan waar het punt bereikt wordt waar aanwending van meer middelen niet in verhouding staat tot de meer-opbrengst van de verleende zorg.

Met andere woorden: de vraag is op welk punt de marginale kosten de marginale opbrengsten overtreffen. Het ontbreken van een grens aan de collectieve uitgaven voor gezondheidszorg heeft er tevens toe geleid dat de afweging tussen marginale kosten en marginale opbrengsten te weinig is gemaakt. Dit houdt in dat *binnen* de sector deze afweging eveneens onvol-

doende heeft kunnen plaatsvinden. Wanneer kostenstijging kan worden doorberekend hoeft prioriteit voor een bepaalde zaak niet te leiden tot evenredige vermindering bij andere onderdelen van de sector: per saldo treedt een kostenstijging op ter grootte van de extra uitgaven. Wanneer er een maximum aan de collectieve uitgaven dan wel de hoogte van de premie gesteld wordt, zal toekenning van prioriteit van een bepaalde ontwikkeling automatisch het lager stellen van een andere prioriteit betekenen.

In die zin is het vraagstuk over de optimale omvang een ander dan dat van de grenzen van de zorg, al liggen er duidelijke verbanden. Bij optimale omvang gaat het meer om de afweging tussen de (marginale) kosten en de (marginale) opbrengsten, terwijl bij de grenzen van de zorg veeleer aan het totaal van de kosten en met name opbrengsten gedacht moet worden. Het gaat bij het laatste dan ook nadrukkelijk om de kwaliteit van het leven. Eveneens komt duidelijk het probleem van het meten van de opbrengsten van de gezondheidszorg naar voren. Aan de kostenzijde is nog wel te kwantificeren welke middelen ingebracht worden, met andere woorden de kostenzijde kan in guldens uitgedrukt worden. De opbrengstzijde vormt echter een probleem: de opbrengsten zijn nauwelijks te kwantificeren. Opbrengsten zijn eerder in fysieke termen weer te geven, zoals verwachte langere levensduur. Daarbij speelt echter het probleem dat dezelfde behandeling bij verschillende personen verschillende resultaten heeft. Met andere woorden, zelfs wanneer gemeten wordt in termen van: '2 x behandeling y', betekent dat niet een opbrengst van '2 x y.' Nadrukkelijk komt dan het probleem van de kwaliteit van het leven naar voren. Meting van 'gezondheidswinst' is een moeilijke, zo niet onmogelijke taak.

2.4. Vraag en aanbod van zorg

De positie van vragers en aanbieders t.o.v. elkaar speelt tevens een rol bij de bepaling van de optimale omvang. Veelal zijn de aanbieders van zorg in een sterkere positie dan de vragers. De vrager van gezondheidszorg verkeert in een afhankelijke positie van de zorgaanbieder. De aanbieder beschikt over meer informatie, de vrager wil graag meer informatie. De zorg die verleend wordt, kan vaak niet door de ontvanger van die zorg beoordeeld worden. Dit betekent van twee kanten een versterkend effect: de vrager wil meer zekerheid omtrent de eventuele ziekte en behandeling en zal daarom steeds meer vragen. Wanneer er 95% zekerheid bestaat wil de zorgvrager 98% zekerheid. In dit verband kan ook worden gewezen op het ontbreken van functionele eigen risico's die een sturende werking kunnen hebben op de vraag naar gezondheidszorg.

Aan de kant van de aanbieder bestaat de mogelijkheid om extra onderzoeken en behandelingen te verrichten die niet als noodzakelijk worden beschouwd ('over-servicing'). Aan de kant van de vrager bestaat onvoldoende kennis om te bepalen of deze verrichtingen inderdaad nodig zijn. Zeker wanneer er sprake is van overcapaciteit of tijdelijk lage benutting van beschikbare middelen zullen extra onderzoeken kunnen plaatsvinden. Om in voorgaande termen te spreken: de marginale kosten gaan omhoog zonder dat duidelijk is welke de marginale opbrengsten zijn.

2.5. *Collectieve financiering en afwenteling*

Bij het collectief gefinancierde deel van de voorzieningen bestaat het gevaar van afwenteling. Risico's en claims konden worden afgewenteld op de collectieve voorzieningen. Degenen die de claims moeten beoordelen hadden er geen direct belang bij die claims niet te honoreren. Ziekenfondsen konden de druk overdragen aan de Ziekenfondsraad, die vervolgens in de vorm van advisering terzake van de premiehoogte en het verstrekkingenpakket deze druk weer doorspeelde naar het parlement dat, tenzij er dringende redenen waren hieraan geen gehoor te geven, de claims honoreerde. Men stond zelfs eerder onder druk om die claims wel te honoreren. Dit betekent dat groepen wel de extra voorzieningen claimen, maar de extra kosten afwentelen op de totale gemeenschap dan wel een grote groep mensen. Uiteraard moeten deze kosten wel opgebracht worden. Deze onduidelijkheid over 'van wie de gezondheidszorg nu eigenlijk is' kan leiden tot overconsumptie, overinvestering en dus uiteindelijk tot verspilling. Dit betekent dat de afweging over voorzieningen weer bij de partijen zelf dient te worden gelegd en niet mag worden afgeschoven.

2.6. *Arbeidsproductiviteit*

De ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit kan eveneens gezien worden als reden voor de relatieve toename van de gezondheidszorg in het Nationaal Inkomen. Een van de voornaamste elementen hierin is het moeilijk beïnvloedbaar zijn van de personeelskosten in de gezondheidszorg. Enerzijds is tweederde van de totale kosten toe te schrijven aan personeelskosten, anderzijds zijn deze door loon- en prijsontwikkelingen in andere sectoren moeilijk te beïnvloeden. Indien namelijk de loonontwikkeling die van de overige sectoren volgt, hetgeen direct dan wel indirect kan geschieden, betekent dit dat tweederde al moeilijk is te beïnvloeden. Bovendien geldt voor deze kosten dat ze nauwelijks door mechanisatie en/of automatisering naar beneden te brengen zijn. Het specifieke karakter van het verpleegkundig beroep maakt dit niet mogelijk. Waar wél mechanisering of automatisering plaatsvindt, zal dit juist hogere personeelskosten betekenen omdat dit hoger gekwalificeerd personeel vereist. Dit betekent dat de personeelskosten in vergelijking met het bedrijfsleven, dat meer mogelijkheden heeft tot automatisering, relatief hoog zullen blijven. Thans worden deze kosten beheerst in regeringstoezicht door middel van de Wet Arbeidskosten Gepremieerde en Gezondheidssector (WAGGS). Indirect leidt deze beheersing tot een prikkel om de arbeidsproductiviteit te verhogen.

2.7. *Samenvatting: noodzaak tot beheersing*

De afgelopen decennia is de noodzaak tot beperking van de kosten onderbelicht gebleven. De verschillende partijen hadden geen direct belang bij kostenbeheersing, hetgeen mede heeft geleid tot een uitbouw van de gezondheidszorg.

De *vragers* van gezondheidszorg krijgen de verstrekkingen veelal in natura. Deze (overigens bewuste) keus voor dit systeem betekent een loskoppeling

van premie en verstrekkingen. Vraag naar en betaling van zorg zijn gescheiden. De premiebetaling (veelal via de werkgever) wordt niet beschouwd als het kopen van een bepaalde hoeveelheid zorg maar meer als entreebewijs. De noodzaak tot kostenbeheersing werd, indien al beleden, belemmerd door dit systeem.

De aanbieders van zorg hadden door het systeem van open-einde financiering de mogelijkheid extra zorg direct te vertalen in extra aanbod. Extra verrichtingen werden betaald. Wanneer capaciteit eenmaal beschikbaar was, was het voordelig deze maximaal te benutten. Noodzaak tot kostenbeheersing betekende in dat systeem dat het niet benutten van de volledige capaciteit interne inefficiency betekende. Datgene dat maatschappelijk goedkoper was betekende voor de betrokken aanbieder juist hogere (relatieve) kosten.

Evenmin was er voor de *financiers* (ziekenfondsen, particuliere verzekeraars en publiekrechtelijke verzekeraars) directe aanleiding om te trachten tot kostenbeheersing te komen. Aan de ene kant was er de druk om tot uitbouw van het verstrekkingenpakket te komen, aan de andere kant waren er de financiële verplichtingen aan de aanbieders van zorg. Om aan die druk te ontkomen konden de ziekenfondsen een uitweg vinden in de hoogte van de premie. De noodzaak om tot kostenbeheersing te komen kon zich dus gedeeltelijk uiten in de premiehoogte. Voor het overige waren er weinig mogelijkheden om de vragers dan wel de aanbieders tot (zelf)beperking te laten komen. De noodzaak tot kostenbeheersing in de gezondheidszorg leek ook minder van belang toen er (nog) sprake was van hoge economische groei. Relatieve groei van de gezondheidszorg t.o.v. het Nationale Inkomen kon tamelijk ongehinderd plaatsvinden.

Pas toen terugdringing van de collectieve lasten en versterking voor de positie van het bedrijfsleven belangrijk werd, kreeg de noodzaak tot kostenbeheersing van de gezondheidszorg meer aandacht. De overheid had belang gekregen bij beperking van de gezondheidszorg, gezien de overige gestelde doelen. Overigens blijkt uit het voorgaande dat de kostenstijgingen niet voortkomen uit onwil van de betrokkenen, dan wel het bewust zoveel mogelijk profiteren van het systeem. De kostenstijgingen komen veeleer voort uit het ontbreken van stimulansen en de directe noodzaak voor de betrokken partijen om tot kostenbeheersing te komen.

3. Mogelijkheden tot kostenbeheersing

Zoals reeds gesteld dienen maatregelen om tot kostenbeheersing te komen voort te vloeien uit een visie op de gewenste ontwikkeling van de zorg. In combinatie met het voorgaande betekent dit dat kostenbeheersing niet alleen opgebracht dient te worden wanneer de economische situatie (conjunctureel dan wel structureel) tot beperking aanleiding geeft maar eveneens wanneer de economische ruimte tot groei aanwezig is. Kostenbeheersing dient dus altijd plaats te vinden, ook in tijden van hoogconjunctuur en hoge welvaarts groei. Goed rentmeesterschap vereist te allen tijde een antwoord omgaan met mensen en middelen. Welke zijn nu de mogelijkhe-

den die ons ter beschikking staan om tot effectieve kostenbeheersing te komen?

3.1. Kostenbeheersing door het stellen van een centraal kader

Allereerst is er de mogelijkheid tot het stellen van centrale kaders waarbinnen de gezondheidszorg zich dient te bewegen. Motief daartoe is de collectieve lastendruk: de doorwerking van een steeds hogere premiedruk op de positie van het bedrijfsleven noopt hiertoe. Dit betekent dat een maximum moet worden gesteld aan de uitgaven aan gezondheidszorg voor zover gefinancierd uit wettelijk verplichte premiestelling. De totale hoogte van uitgaven aan gezondheidszorg is hier niet mee gebonden, wel het gedeelte dat collectief gefinancierd wordt.

Ook betekent dit niet dat de wettelijk verplicht gestelde verzekeringen noodzakelijkerwijs geheel collectief gefinancierd worden. Het nominale premiedeel speelt daarbij ook een rol. Daarnaast is voor het centrale kader van belang welke verstrekkingen in de verschillende verzekeringen zijn opgenomen. Ook is het stellen van een centraal kader nodig voor zaken die uitstijgen boven regionaal niveau, met name de grote infrastructurele voorzieningen. De wegen waarlangs een centraal kader bereikt kunnen worden hebben dus betrekking op:

- a. het collectieve versus niet-collectief gefinancierde deel van de zorg (met daaraan gekoppeld de wettelijke premiestelling);
- b. de verstrekkingen in de AWBZ en Standaardverzekering;
- c. capaciteitsbeheersing;
- d. bureaucratie, rijksbijdragen en oneigenlijk gebruik van volksgezondheidsmiddelen.

a. Collectieve versus niet-collectieve financiering

Verlaging van de collectieve lasten is geen doel op zichzelf. De collectieve sector is geen molensteen die om de nek van de gemeenschap, of zelfs om de nek van alleen maar het bedrijfsleven hangt. Bezien dient te worden of collectieve financiering terecht is gezien de aard van de voorzieningen, de wettelijk vastgestelde verplichting daartoe en de achterliggende gedachte dat de collectieve sector beheersbaar dient te zijn en niet leidt tot afwenteling via bijvoorbeeld looneisen of het uitbreiden van de collectief gefinancierde voorzieningen.

In dit rapport kiezen wij voor de definitie van het begrip 'collectieve uitgaven' waarin alleen die uitgaven daartoe gerekend worden welke door een wettelijk ingesteld orgaan geheven worden op basis van een wettelijk voorgeschreven premie-hoogte, zodat de invloed van de burger op het te betalen bedrag nihil is.

Voor de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening geldt dat het collectief gefinancierde deel maximaal gelijk is aan de kosten van de AWBZ, de Standaardverzekering en de maatschappelijke dienstverlening die niet uit premieheffing maar uit de algemene middelen wordt betaald.

Een wettelijke verzekeringsplicht voor iedereen en een verplichte premiebetaling conform de ziekenfondsverzekering zou betekenen dat het aandeel van de collectieve financiering sterk zou stijgen. De particulier verzekerden

zouden dan immers ook onder de collectieve financiering vallen. Dat is echter niet noodzakelijk om de gewenste structuurwijziging te bereiken. Vanuit de huidige situatie is het denkbaar om particulier verzekerden een nominale premie te laten betalen, maar wel een verzekeringsplicht in te voeren. Een analogie valt dan te ontdekken met de WA-autoverzekeringen: deze verzekering is wettelijk verplicht maar wordt niet tot collectieve financiering gerekend omdat de premie niet wordt vastgesteld en ingehouden door een instantie die daartoe publiekrechtelijk gemachtigd is. Zelfs invoering van premies naar draagkracht bij de particuliere verzekeraars hoeft hen niet tot de collectieve sector te bestempelen, mits de premiehoogte niet wettelijk wordt vastgelegd.

Voor de ziekenfondsverzekering is in dit verband het onderscheid tussen procentuele en nominale premie van belang. Invoering van een deel nominale premie, zoals beschreven in hoofdstuk IV, kan onder bepaalde voorwaarden leiden tot verlagening van de collectieve lasten. De inning van het collectieve deel procentuele premie kan op dezelfde wijze als nu geschiedt gebeuren, en valt dus onder collectieve financiering. Indien de hoogte van het nominaal te betalen premiedeel echter niet wettelijk vastligt maar wordt overgelaten aan de ziekenfondsen (welke een privaatrechtelijk karakter hebben), dan valt dit nominale premiedeel dus niet onder de collectieve lasten. Hiermee is dus ook in de ziekenfondsverzekering een verschuiving van collectieve naar private financiering mogelijk.

Beheersing van het procentueel gedeelte van de Standaardverzekering ligt in de *vaststelling van de wettelijk verplichte premies*. Deze vaststelling geschiedt door de Rijksoverheid op advies van de Gezondheidsverzekeringsraad, gehoord de Sociaal-Economische Raad.

Invoering van een *nominaal premiedeel* levert een verschuiving op van de collectieve naar de private sector van, ruw geschat, 1000 miljoen. De uiteindelijke hoogte van dit nominale premiedeel zal afhankelijk zijn van het hanteren van de beheersingsinstrumenten zoals die in hoofdstuk IV zijn genoemd. Toepassing hiervan zal, na verloop van tijd, bij de ziekenfondsen meer besparingen te zien kunnen geven daar de kosten per verzekerde in de ziekenfondsverzekering op een aanzienlijk hoger niveau liggen dan bij de publiekrechtelijke en particuliere verzekeringen. Toepassing van deze instrumenten kan er ook toe leiden dat niet alleen absolute besparingen worden bereikt, maar dat zij worden aangewend ter verbetering van de zorg. Zo kan contracteervrijheid substitutie bevorderen, gecombineerd met een betere benutting van de capaciteit. De verschillende beheersinstrumenten hangen dus met elkaar samen. Toch is het waarschijnlijk dat uit het voorgestelde stelsel besparingen naar voren komen.

b. De verstrekkingen in AWBZ en Standaardverzekering

De AWBZ en Standaardverzekering dienen zoals in hoofdstuk IV gesteld de elementaire risico's te dekken. De overige risico's dienen door de burgers zelf gedragen te worden, hetzij door aanvullende verzekeringen, hetzij door deze direct te betalen. Deze aanvullende voorzieningen hoeven niet collectief geregeld te worden en onttrekken zich dus ook aan de bepaling door een centraal kader. Daarvoor zijn alleen de AWBZ en Standaardverzekering

van belang. Deze dienen daarom ook slechts de elementaire risico's te verzekeren omdat anders verstrekkingen oneigenlijk collectief gefinancierd zouden worden.

Daartoe dient het huidige ziekenfondspakket gezuiverd te worden zoals in hoofdstuk IV is voorgesteld. De collectieve lasten zullen dalen, niet met het doel de collectieve lasten te laten dalen, maar omdat het voortvloeit uit de aard van de verstrekkingen. Dit gezuiverde ziekenfondspakket kan dienen als standaardpakket. Kostenbeheersing via het centrale kader kan aldus geschieden door collectief alleen de elementaire risico's te verzekeren. Dit hoeft geen besparing te zijn wanneer de overige verstrekkingen worden herverzekerd in de aanvullende verzekeringen. Het betreft dan slechts een verschuiving. Wij hebben deze pakketbeperking in hoofdstuk IV begroot op 1450 miljoen gulden.

Naast de verschuiving van collectief gefinancierde financiële voorzieningen naar privaat gefinancierde verstrekkingen kan er kostenbesparing optreden wanneer de vergrote keuzevrijheid het kostenbesef bij de verzekerde en het ziekenfonds vergroot. Het verzekeringseffect (er wordt gebruik gemaakt van voorzieningen waarvoor men merkbaar premie betaalt) speelt hier een nadrukkelijke rol. Zeker wanneer zowel Standaardverzekering als aanvullende verzekering bij dezelfde verzekeraar zijn afgesloten, is het aannemelijk dat een vergroting van het kostenbesef zich niet alleen beperkt tot de aanvullende verzekeringen. Een verschuiving naar private financiering kan dan een gunstige uitwerking hebben op gebruik van collectieve voorzieningen.

c. Capaciteitsbeperking

Het bepalen van de benodigde capaciteit valt eveneens onder het centrale kader. Optimale *benutting* van de aanwezige capaciteit is een zaak van financiers en aanbieders, de bepaling van de optimale *omvang* van de capaciteit onttrekt zich deels aan deze marktwerking. Dit betekent dit investeringsbeslissingen met betrekking tot de nieuwbouw van grote voorzieningen en de functiespreiding niet geheel bij financiers en aanbieders kan worden gelegd. Bij grote onevenwichtigheden m.b.t. de beschikbare en de benodigde capaciteit kan ongeclausuleerde marktwerking tot ongewenste effecten leiden zoals overcapaciteit, prijsopdrijving of concurrentie, die een optimale allocatie van de beschikbare middelen belemmert.

Dit betekent dat er, evenals in het geval van de prijsstelling, sprake zal dienen te zijn van een bepaalde bandbreedte om te grote onevenwichtigheden te voorkomen. Investeringsbeslissingen dienen dan ook in dat kader te worden getoetst. In eerste instantie zal in overleg tussen de aanbieders en financiers bezien moeten worden welke capaciteit aansluit bij de gevraagde hoeveelheid gezondheidszorg. Indien dit echter niet leidt tot vrijwillige beperking van de capaciteit zal ingrijpen door de overheid noodzakelijk zijn. In hoofdstuk V is de daartoe benodigde wetgeving beschreven.

Op korte termijn zijn hier nog aanzienlijke besparingen te bereiken. Dit vergt een hardere opstelling van met name de provinciebesturen. Van beddenreductie, waartoe zij de verantwoordelijkheid uitdrukkelijk geclaimd hebben, is nog weinig terecht gekomen. De te bereiken besparingen zullen vooral tot uitdrukking komen in substitutie. Ziekenhuizen zuigen zorgvraag aan,

die anders elders verholpen wordt, zo leert de ervaring, zonder dat dit met aantoonbaar kwaliteitsverlies gepaard gaat.

Tot dit capaciteitsbeleid rekenen wij op dit moment ook nog het beleid dat erop gericht is het aantal apotheekhoudende huisartsen tot nul te reduceren ten gunste van zelfstandige apothekers. Wij zijn er voorstander van om de apotheekhoudende huisarts te laten voortbestaan waar hij nog is, het akkoord tussen KNMP en KNMG dat er ligt, kan worden uitgevoerd. Verdergaande maatregelen zijn niet nodig. Dit bespaart 200 miljoen gulden.

d. Bureaucratie, rijksbijdragen, oneigenlijk gebruik van volksgezondheidsmiddelen en prijsstelling

In verband met het centrale kader kan verder nog worden genoemd: *apparaatskosten overheden*. Wanneer de beheersing van de gezondheidszorg grotendeels tot de verantwoordelijkheid van de betrokken partijen wordt gerekend, kunnen de kosten voor de overheden die anders betrokken zouden zijn bij de planstructuren, naar beneden worden gebracht. Met name op het Ministerie van WVC en bij de gemeenten worden aanzienlijke aantallen ambtenaren overbodig. Hun werkgelegenheid wordt in feite ondergebracht waar die hoort: bij financiers en aanbieders van zorg. Bepaalde toezichtsfuncties zullen wel deel uitmaken van de overheidstaak, echter de planningskosten kunnen bij de overheden worden geschrapt.

De apparaatskosten van de overheden kunnen omlaag voorzover deze kosten uitstijgen boven hetgeen nodig is voor de functies zoals beschreven in hoofdstuk V. Vergeleken met planning betekent dit het volgende: indien elke gemeente gemiddeld 1 ambtenaar aan het plannen zet, leidt dit tot een kostenpost van zo'n 41 miljoen gulden (namelijk $750 \text{ gemeenten} \times 1 \times f 55 000 = 41,25 \text{ miljoen gulden}$). Ook bij het Ministerie van WVC kan met minder ambtenaren worden volstaan. Inclusief de kosten van de arbeidsplaatsen, tezamen: 80 miljoen gulden.

rijksbijdragen AWBZ

Rijksbijdragen zijn nuttig als de sociale fondsen niet alle wettelijk voorgescreven verstrekkingen kunnen financieren uit hun premies en er toch een draagkrachtelement in de bekostiging behoort te worden opgenomen. Het belastingstelsel voorziet daar dan in.

Er is reeds een begin gemaakt met het terugtrekken van de Rijksbijdrage voor de AWBZ. In de Rijksbijdrage 1987 is nog slechts een bedrag van 7 miljoen gulden opgenomen. Uiteindelijk kan dit leiden tot een complete terugtrekking van rijksbijdragen uit de AWBZ-financiering. De besparing die hieruit voortvloeit komt dus nu reeds vrij. Voor de collectieve lastendruk maakt terugtrekking van Rijksbijdragen doorgaans echter geen verschil omdat de premies navenant omhoog moeten.

oneigenlijk gebruik volksgezondheidsmiddelen

Voor het centrale kader is het voorts van belang om te zien of alle begrotingsposten wel reëel verband hebben met de gezondheidszorg. De verschillende posten zullen moeten worden beoordeeld vanuit de afweging omtrent de taak van de overheid, gespreide verantwoordelijkheid en rentmeesterschap. Met name is dit van belang voor voorzieningen die tot de

openbare gezondheidszorg worden gerekend. Deze dienen uit belastingmiddelen te worden bekostigd. Ook dit maakt voor de collectieve lastendruk geen verschil, omdat in plaats van premies de belastingmiddelen worden aangesproken. Wel wordt de afweging van ter beschikking gestelde middelen zuiverder.

prijstelling COTG

Prijstelling valt voor een deel onder het centrale kader. Indien COTG-prijzen niet meer als dwingend gehanteerd worden, kan een situatie ontstaan waarbij binnen een bepaalde bandbreedte een vrije prijsstelling kan ontwikkelen. De minimum- en maximumprijzen vallen dan onder het centrale kader.

3.2. Kostenbeheersing door de financiers

Budgettering van ziekenfondsen kan een aanzet betekenen tot een versterking van de positie van ziekenfondsen zoals voorgestaan in hoofdstuk IV. Uiteindelijk kan dit leiden tot een aanpassing van de positie van ziekenfondsen, die gekenmerkt wordt door vergrote verantwoordelijkheid. Daartoe dienen de ziekenfondsen meer beheersingsinstrumenten ter beschikking te krijgen. Dit geldt trouwens ook voor particuliere verzekeraars. De belangrijkste instrumenten zijn:

- a. contracteervrijheid,
- b. onderhandelen over de tarieven onder de COTG-maxima,
- c. substitutie bevorderen,
- d. het benutten van aansporingsmechanismen aan zowel vraag- als aanbodzijde om doelmatig gebruik te bevorderen,
- e. normering behandelwijzen, waaronder voorschrijfgedrag geneesmiddelen,
- f. capaciteitsbenutting,
- g. het deel nominale premie.

Deze elementen zijn reeds in hoofdstuk IV aan de orde geweest zodat we er hier niet dieper op in hoeven te gaan. Bovendien is de invulling hiervan juist een zaak van de betrokken partijen. Wij kunnen de initiatieven daartoe overlaten aan de fondsen en verzekeraars. Belangrijk is dat de mogelijkheden hiertoe aanwezig zijn.

De toegenomen kosten voor *beleid, administratie en beheer* zijn bij de ziekenfondsen de afgelopen jaren gebudgetteerd. Op zich is het begrijpelijk dat op deze wijze getracht wordt de kosten van deze post te beheersen. Het is eigenlijk een vreemde zaak dat juist de werkzaamheden gebudgetteerd worden die er voor moeten zorgen dat er doelmatig gewerkt wordt. Budgettering van de beheerskosten betekent een beperking van de (mogelijke) beheersing. Vergroting van de verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen betekent dat het nodig kan zijn om juist de eerste jaren te investeren in beheersen en in de opleiding en training van bestuursleden.

Het is gewenst de beheerskosten en kosten van adviesorganen e.d. niet via directe budgettering te beheersen maar via de budgettering van de ziekenfondsen voor de totale uitgaven. De ziekenfondsen zullen dan via interne budgettering zelf invloed kunnen uitoefenen op de bijdrage die ze willen

besteden aan beheerskosten en de kosten van adviesorganen. Voorzover deze adviesorganen bekostigd worden uit contributies van aangesloten verzekeraars betekent dit dat de ziekenfondsen er belang bij hebben dat deze adviesorganen zo min mogelijk bureaucratisch zullen werken.

3.3. Gecumuleerde effecten op de collectieve en de private sector

a. De collectieve sector

Als gevolg van de door ons voorgestelde ingrepen zal de collectieve sector in de sfeer van de ziektekostenverzekeringen de volgende wijzigingen ondergaan:

– beperking ziekenfondspakket	1450
– invoering nominale premie	1000
– afschaffing bureaucratie overheden	<u>80</u>
verkleining collectieve sector	2530 miljoen

Thans omvat de collectieve sector op dit beleidsterrein circa 26 miljard gulden, zodat een verkleining met 10% bereikt wordt, *zonder verplichte herverzekering van elementaire risico's*. De kostenbeheersingsmogelijkheden, beter nog: de mogelijkheden om de verdere ontwikkeling van de gezondheidszorg te doen plaatsvinden conform de principiële visie die wij daarop ontvouwd hebben, zijn enorm vergroot. De demografische schommelingen kunnen binnen het systeem worden opgevangen door zowel goede substitutie, als door het opbouwen van vergrijzingsreserves op basis van kapitaaldekking.

b. De private sector

De gevolgen voor de private sector omvatten:

- invoering van een nominaal premiedeel voor het ziekenfonds;
- het opnemen van de mogelijkheid tot het aanvaarden van eigen risico's tot maximaal het nominale premiedeel;
- de beperking van het ziekenfondspakket;
- invoering van een verzekeringsplicht voor het standaardpakket.

Invoering van een nominaal premiedeel zal voor de laagste inkomensgroepen geen consequenties met zich meebrengen, aangezien de hoogte zodanig wordt vastgesteld dat er geen verschil optreedt met de huidige ziekenfondspremie. Als de fondsen erin slagen dit premiedeel laag te houden kan er zelfs een inkomensvoordeel ontstaan. Ook de mogelijkheid tot het aanvaarden van eigen risico's kan tot inkomensvoordelen leiden.

De beperking van het ziekenfondspakket, zoals omschreven in hoofdstuk IV, behelst voor circa éénderde het niet meer verzekeren van bepaalde verstrekkingen. Voor tweederde blijft dit wel het geval, maar wordt de verstrekking scherper aan indicatiestelling gebonden, dan wel anderszins genormeerd. Het is mogelijk dat de uit het pakket te verwijderen verstrekkingen aanvullend worden verzekerd, waartoe besparingen op het nominale premiedeel benut kunnen worden. Per saldo zullen de inkomensconsequenties voor de ziekenfondsverzekerden dus gering zijn.

De verzekeringsplicht voor het Standaardpakket is nieuw voor de thans par-

ticulier verzekerden. Feitelijk is vrijwel elke Nederlander nu al tegen dit pakket verzekerd, zodat er praktisch nauwelijks een verandering optreedt. Wij hebben eerder betoogd dat aldus ook geen verkleining van de particuliere sector optreedt, aangezien een dergelijke verplichting niet tot een verzekering leidt die tot de collectieve sector gerekend kan worden. De premielasten op de loonkosten gaan voor de bedrijven omlaag.

4. Aanwendungen van besparingen

De voorgestelde structuur leidt t.o.v. de huidige structuur tot besparingen. Deze besparingen vloeien uit het systeem zelf voort. De vraag is hoe deze besparingen dienen te worden aangewend.

a. Premieverlaging

Allereerst kan gesteld worden dat besparingen ten goede kunnen komen aan degenen die de premie betalen. Kostenbesparing dient derhalve te leiden tot premieverlaging. Een belangrijk punt hierbij is de verhouding tussen de procentuele premie en de nominale premie. De nominale premie dient de verschillen tussen verzekeraars tot uiting te brengen. Kostenbesparing kan derhalve verlaging van de nominale premie betekenen. Voorzover het echter gaat om kostenbesparingen die niet voortvloeien uit de specifieke werkwijze van een verzekeraar, zullen kostenverlagingen hun weerslag moeten vinden in verlaging van de procentuele premie. Dit betekent bij onveranderde demografische omstandigheden bijstelling van de genormeerde bedragen per verzekerde. Dit proces zal in eerste instantie in overleg binnen de Gezondheidsverzekeringsraad dienen te geschieden.

b. Vergrijzing

Een veranderende bevolkingssamenstelling kan dit beeld wijzigen. De vergrijzing die zich de komende jaren aandient, betekent dat bij onveranderd beleid de kosten van volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening zullen stijgen. Aangezien de voorzieningen die ouderen nodig hebben (veelal) tot AWBZ en standaardpakket behoren, zou dit verhoging van de premiedruk betekenen. Grote schommelingen in premiedruk kunnen voorkomen worden door een zekere vorm van kapitaaldekking in te bouwen. De besparingen die bij de verzekeraars en de fondsen uit de veranderde beheersstructuur voortvloeien, kunnen worden aangewend om deze kostenverhoging via kapitaaldekking op te vangen.

Hieruit blijkt dat bij onveranderd beleid als gevolg van demografische veranderingen in het jaar 2000 ongeveer zeven miljard meer nodig is dan nu. Indien gebruik wordt gemaakt van een 'zorg-op-peil' beleid is er nog steeds ongeveer 5,5 miljard per jaar meer nodig.

Voor zover deze besparingen niet opwegen tegen de verhoogde totale vraag dient de kostenverhoging te worden opgevangen door andere middelen. Een 'logische' financieringsbron voor de volksgezondheid is te vinden in de accijnzen op tabak en alcohol. Deze belastingen worden mede uit

Figuur 4. *Vergelijking ontwikkeling collectieve uitgaven 1985 (feitelijk), 1990 en 2000 volgens demografische projectie en zorg-op-peilprojectie (collectieve uitgaven; in mln. gulden, constante prijzen 1985)*

	1985		1990		2000		
	feite- lijk	demo- gr. pro- jectie	zorg- op-peil- pro- jectie	ver- schui- vingen	demo- gr. pro- jectie	zorg- op-peil- pro- jectie	ver- schui- vingen
1. Ziekenhuizen	8 480	9 375	8 864	- 511	11 166	9 831	- 1335
2. Verpleeghuizen	3 490	4 146	3 978	- 168	5 099	4 773	- 326
3. Specialisten	970	999	999	0	1 048	1 049	0
4. Geneesmiddelen	1 820	1 893	1 893	0	2 020	2 020	0
5. Huisartsen	970	999	1 010	- 41	1 057	1 113	- 56
6. Tandartsen	760	760	760	0	752	752	0
7. Uitw. geneeswijze	610	647	647	0	689	689	0
8. Kruiswerk	640	691	774	+ 83	768	911	- 143
9. Bejaardenoorden	2 270	2 978	2 839	- 139	4 201	3 837	- 364
10. Gezinsverzorging	1 330	1 463	1 641	+ 178	1 729	2 119	- 390
Totaal	21 340	23 951	23 435	- 516	28 529	27 093	- 1436

Bron: *Zorg voor later, zorg van nu*, Ministerie van WVC, 1986.

preventie-overwegingen geheven en het ligt dus voor de hand er ook gezondheidszorg van te betalen via de storting van Rijksbijdragen in de kassen. Te denken valt voorts aan mogelijk te verwachten economische groei, die via de inkomensafhankelijke premie automatisch tot hogere opbrengsten leidt, als deze groei in loonstijgingen vertaald wordt.

Een eventuele uiterste noodzaak om toch premieverhogingen door te voeren lijkt zich dan ook pas voor te doen na 2010 wanneer de geboortegolf van na de Tweede Wereldoorlog met pensioen gaat. De toename van deze pensioenen zal echter een steeds nadrukkelijker rol spelen. Niet vanzelfsprekend is dat deze draagkracht voor collectieve financiering wordt aangesproken. Veel aantrekkelijker lijkt het om in de aanvullende verzekeringen zorg op maat naar gezondheidsstijlen gedifferentieerd, door de mensen zelf te laten inkopen.

5. Conclusies

1. De kosten van de volksgezondheid zijn in de afgelopen decennia sterk gestegen. Met name de verbetering van de zorg heeft tot kostenverhoging in personeel en materieel geleid, die geen gelijke tred hebben gehouden met de groei van het nationaal inkomen. Vanwege het ontbreken van prikkels tot kostenbeheersing is de premiedruk op de arbeidskosten tot aan zijn uiterste grenzen uitgegroeid. Terugdringing is wenselijk.

2. Deze terugdringing is mogelijk door het gecombineerde effect van een beperking van het ziekenfondspakket, invoering van een nominaal premiedeel, afschaffing van bureaucratie bij de overheden en uitbreiding van de bevoegdheden van ziekenfondsen en particuliere verzekeraars om de ontwikkelingen in de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverle-

ning te beheersen en in vernieuwende zin te sturen. De collectieve sector kan daardoor met 2,5 miljard, oftewel 10% worden verkleind. Dit verlaagt ook de premiedruk op de loonkosten.

3. De bereikte besparingen dienen te worden aangewend om het nominale premiedeel zo klein mogelijk te houden en om via kapitaaldekking een reserve op te bouwen, waarmee demografische schommelingen in de medische consumptie kunnen worden gefinancierd. Mede afhankelijk van de economische groei zijn er voor een afzienbare periode (tot 2010) geen onoverkomelijke problemen voor het handhaven van een passend zorgniveau voor de Nederlandse bevolking. De differentiatie naar gezondheidsstijlen en de toename van de pensioenen zullen na dat jaar hun betekenis doen voelen. De zorgzame samenleving is in dit licht een goed beleidsperspectief.

Hoofdstuk VII. Samenvatting

Door de overheid collectief geregelde gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening enerzijds en de zorgzame samenleving anderszijds zijn niet met elkaar in strijd. Zij dienen samen te gaan en elkaar te completeren. Alleen overheidszorg loopt uit op een kille, verbrokkelde consumptiemaatschappij van onbetaalbare beroepszorg. Alleen zorg van burgers voor elkaar zou tekortschieten op al die punten waar de burger en zijn omgeving niet opgewassen zijn tegen situaties van gebrek, ziekte, handicap, ouderdom en calamiteiten in een ingewikkelde maatschappij met veel technische mogelijkheden.

Omdat in het verleden het evenwicht tussen beide verloren ging, moet de zorgzame samenleving worden bevorderd totdat ze een nieuwe balans heeft gevonden met de verzorgingsstaat. Beide moeten daartoe veranderen. De overheid moet zijn alomvattende pretenties laten varen en zich met name richten op het garanderen van een bodem in het bestaan, die in wisselende economische en culturele omstandigheden kan worden gehandhaafd. Voor het meerdere dient de overheid voorwaarden te scheppen, waaronder vrije maatschappelijke organisaties in de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening (zowel aanbieders van zorg als ziekenfondsen en verzekeraars) de verdere ontwikkeling van de zorg gestalte kunnen geven. Zij dienen daartoe aansluiting te zoeken op de zorg die burgers voor zichzelf en voor elkaar kunnen bieden. De mogelijkheden tot deze zelf- en mantelzorg zijn in een aantal opzichten groter dan voorheen en kunnen nog verder versterkt worden.

Dat is het antwoord dat dit rapport geeft op de vraagstukken die op het terrein van volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening aan de orde zijn gesteld bij de afronding in 1984 van de partijpolitieke discussie in het CDA over het rapport *Van verzorgingsstaat naar verzorgingsmaatschappij*. Deze vragen worden ook door anderen buiten het CDA gesteld bij het beleidsconcept van de zorgzame samenleving. De conclusie van het rapport luidt dat dit een goed houdbaar concept is, mits er veranderingen worden aangebracht in de verdeling van verantwoordelijkheden in de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening. Dan kunnen de demografische ontwikkelingen die in de toekomst op ons afkomen, op een verantwoorde wijze worden opgevangen.

Zelfzorg en omgevingshulp

Zelfzorg en hulp van familie, vrienden en burens zijn normale functies van huishoudens en zogenaamde zorgnetwerken buitenshuis. Deze zelfzorg en omgevingshulp voorzien in het leeuwendeel van de totale in onze samenleving verrichte zorg. Georganiseerd vrijwilligerswerk en beroepsmatige

hulpverlening zijn in omvang veel geringer. Het beleid dient er daarom op gericht te zijn dat deze normale functies van huishoudens en zorgnetwerken in stand blijven en znodig versterkt worden. Samenlevingsverbanden van mensen dienen daartoe te worden beschermd en niet ontmoedigd door in de wetgeving mensen uitsluitend als individuen te beschouwen, los van het huishouden waarvan zij deel uitmaken. De juridische mogelijkheden tot het vormen van huishoudens dienen juist te worden verruimd, met name voor ouderen die niet een huwelijk kunnen of willen aangaan, maar wel een gezamenlijke huishouding willen voeren teneinde de levensavond niet als alleenstaande door te brengen (hoofdstuk II, conclusie 1.a).

Het beleid dient er voorts van uit te gaan dat in meerpersoonshuishoudens zorg voor de leden van het huishouden een normale zaak is en tot de verantwoordelijkheid van de huisgenoten moet worden gerekend. Wie zonder medisch-sociale indicatie toch voor beroepsmatige hulpverlening kiest, zal deze hulp zelf moeten betalen of zich aanvullend moeten verzekeren. Een van overheidswege geregelde collectieve voorziening kan daarvoor niet worden ingeroepen. Dat betekent een overspanning van de collectief leefbare solidariteit (II.1.b). Ook voor alleenstaanden is het van belang, dat zij een netwerk van sociale contacten onderhouden dat hen in geval van nood terzijde kan staan. Thans worden zeer veel mensen in bejaardenoorden opgenomen, louter omdat de omgevingshulp niet beschikbaar is. Ouderen met gelijke gezondheid die nog wel een partner of een zorgnetwerk hebben, vragen beduidend minder om opname. Het onderhouden van deze contacten, ook wel sociale zelfzorg genoemd, is in onze samenleving onderontwikkeld. De normale menselijke behoefte daaraan, die in andere landen veel vanzelfsprekender geuit wordt, is belemmerd door de verzorgingsstaat met zijn anonimiserende en individualiserende effecten (II.1.c).

Het stads- en dorpsinrichtingsbeleid, de woningverbetering en het sociaal beheer van buurten en wijken dienen er meer op ingesteld te worden dat in de toekomst één op de vier huishoudens uit ouderen zal bestaan. Het flankerend beleid, waarbij bejaardenoorden en verpleeghuizen in samenwerking met wijkverpleging en gezinszorg, service verlenen aan ouderen die zelfstandig in de omringende wijken wonen, zal dit zorgzaam klimaat op een geografisch gebied versterken. Ook vrijwilligerscentrales, diaconieën, en andere vrijwilligersorganisaties zullen daarbij hun rol spelen. Terugdringing van criminaliteit en vergroting van de mogelijkheden tot onderling contact in het openbare leven passen daarbij. Deze maatregelen vergen met name inzet van gemeenten en particulier initiatief (II.1.d).

Om de cliënten toe te rusten tot zelfzorg en omgevingshulp is het moment waarop zij met een hulpverlener in contact zijn vruchtbaarder dan algemene gezondheidsvoorlichting via de massamedia, ook al mag deze niet veronachtzaamd worden. Om de opleiding van hulpverleners daartoe nog verder te verbeteren dient zorgkunde in de opleidingen geïntroduceerd te worden (II.1.e).

Vrijwilligerswerk

Een grotere deelname van vrouwen aan het arbeidsproces zal het zorgvermogen van huishoudens niet hoeven doen afnemen, mits vastgehouden wordt aan de onder II.1.b opgenomen norm dat meerpersoonshuishoudens zelf verantwoordelijk zijn voor de onderlinge zorg. Indien bij het arbeidsvoorwaardenoverleg het onbetaald partnerverlof wordt geïntroduceerd valt zelfs een versterking van het zorgzame vermogen van huishoudens te verwachten die gelijk opgaat met de verdere emancipatie van mannen en vrouwen. Wel zal de deelname van vrouwen aan vrijwilligerswerk buitenshuis afnemen. Dit gat lijkt echter te worden gevuld door vervroegd uittreedende oudere mannen en vrouwen (II.4.a.b). Het verdient aanbeveling dat mannen en vrouwen betaalde en onbetaalde arbeid delen. Daartoe dient het beleid gericht op de totstandkoming van meer deeltijdbanen te worden voortgezet.

Vrijwilligersorganisaties dienen als zodanig meer erkend te worden, ten einde als continuïteitsbewakende, competentieverhogende en motiverende centra voor vrijwilligers te fungeren. Een aantal aanbevelingen worden daartoe gedaan inzake onkostenvergoedingen, verzekering tegen ongevallen, de outillage van de organisatie en hun inbreng in het bestuurlijk beleid van de professionele instellingen, waaraan zij hun diensten verlenen (II.4.c).

Professionele hulpverlening

Bij gezinszorg en kruiswerk zijn ontwikkelingen in gang die ertoe leiden dat thuiszorg door beide instellingen in de toekomst op samenhangende wijze kan worden aangeboden. Het verdient aanbeveling dat deze (eventueel tot 'zorg-corporaties' gefedereerde) instellingen hun sociale aanbod aan dienstverlening nog beter afstemmen op de mogelijkheden die zelf- en mantelzorg in huishoudens en zorgnetwerken hebben. Familieconsultatie is een methode die tot een moderne vorm van samenwerking tussen beroepsmatige en informele hulpverlening kan leiden: per patiënt dient er in de familie een zorgplan opgesteld te worden door een medewerker, waarbij in onderling overleg en verantwoordelijkheid wordt vastgesteld, welk deel van de zorg door de familie wordt verricht (II.2.a). Voor mensen die er de voorkeur aan geven om niet van omgevingshulp gebruik te maken zouden deze zorgcorporaties een thuiszorg-aanbod tegen kostprijs moeten kunnen bieden (II.2.b).

Bejaardenoorden en verpleeghuizen groeien naar elkaar toe. Tot hun bewoners behoren in toenemende mate slechts mensen die ook met mantelzorg en thuiszorg niet langer zelfstandig kunnen wonen. De capaciteit van bejaardenoorden en verpleeghuizen kan bij een doorzetten van het flankerend beleid als voldoende beschouwd worden om de toekomstige verzorgingsbehoefte van hoogbejaarden op te vangen. Het verdient aanbeveling om beide voorzieningen onder één financieel regime (de AWBZ) te brengen opdat de onderlinge afstemming en de substitutie met thuiszorg optimaal gerealiseerd kunnen worden (II.2.c).

Kruiswerk, gezinszorg, bejaardenoorden en verpleeghuizen dienen bij wet voorgeschreven te worden dat zij een bestuurlijk samenwerkingsverband aangaan teneinde de geboden zorg op elkaar af te stemmen en de indicatiestelling te harmoniseren. Alternatieven voor de opname-vraag bij ouderen en gehandicapten dienen te worden ontwikkeld. Thans is het: wel of geen opname-indicatie voor verpleeghuis of bejaardenoord. Er is behoefte aan een getrap opgebouwd pakket van zorg-op-maat:

- thuisblijven met versterking van omgevingshulp en met woningaanpassing c.q. -ruil;
- thuisblijven met een nader vast te stellen hoeveelheid beroepshulp van wijkverplegende, bejaardenhulp, gezinshulp, etc.;
- dagverzorging waarbij men enkele dagen per week overdag in een tehuis terecht kan;
- nachtverzorging in een tehuis, indien noodzakelijk. Aldus kan men mantelzorg zodanig verlichten dat zij intact kan blijven;
- lichte opname-indicatie bijvoorbeeld voor aanleunwoning, etc.;
- opname in bejaardenoord;
- opname in verpleeghuis (altijd om te beginnen bijvoorbeeld voor een half jaar).

Het bekostigings- en verzekeringsstelsel zou een dergelijke pakketopbouw moeten mogelijk maken. In het kader van een overeenkomstensysteem tussen ziekenfondsen, verzekeraars en aanbieders van zorg lijkt een zorg-op-maat-systeem betere kansen te hebben dan thans het geval is.

Dat geldt ook voor de gemiddelde ligduur in ziekenhuizen, die drastisch is afgenomen ten gunste van thuiszorg. Verdere substitutie met andere vormen van zorg vereist ook hier een vergroting van de mogelijkheden van verzekeraars en de ziekenfondsen tot beheersing van de verstrekkingen (II.2.d.e).

Als deze ontwikkelingen in gang gebracht kunnen worden is er uitzicht op een zorgzame samenleving, die in een viertal opzichten een stap vooruit betekent vergeleken met de 'dorpssamenleving' van vroeger:

- de competentie van de mensen tot zelf- en mantelzorg is groter,
- er staan meer en betere hulpmiddelen ter beschikking,
- er zijn naast de bestaande nieuwe sociale kaders (zelfhulpgroepen),
- er is een adequaat samenspel mogelijk met meer en betere beroepsmatige hulpverlening dan vroeger aanwezig was.

Het normen- en waardenpatroon in ons land verschaft ook de inspiratie voor het sociale elan dat bij deze zorgzame samenleving hoort. In combinatie met een meer doeltreffende en doelmatige toepassing van het huidige niveau van beroepsmatige zorg, hoeven de demografische uitdagingen in de sector van de volksgezondheid en de maatschappelijke dienstverlening ons niet voor onoverkomelijke problemen te stellen (II.5).

De rol van de levensbeschouwelijke zinvraag

Na een lange periode waarin de geneeskunde grote successen heeft geboekt is het vertrouwen van de bevolking in de medische techniek zeer groot geworden. Tegelijk zijn er steeds meer signalen dat het bijbehorende

mensbeeld, de Cartesiaanse mechanische mens, niet meer voldoet. De opbloei van de alternatieve geneeswijzen wijst daarop. Maar ook de vraag naar de zin van leven en sterven, actueel in het licht van de euthanasie en de reageerbuisbevruchting, roept een nadere verantwoording op in het licht van het mensbeeld dat in de gezondheidszorg wordt gehanteerd. Voorts zijn er de etnische groeperingen, de witte-geneesmiddelenwinkels, de prolife-beweging en de vrouwenhulpverlening, die eigen gezondheidsstijlen claimen.

Ruimte voor deze stijlen is gewenst, opdat de medische techniek ons niet de baas wordt, maar een middel blijft, dat verantwoord wordt toegepast. Deze gezondheidsstijlen zullen ook het sociale elan inspireren dat stimuleert tot creatieve vormen van zelf- en mantelzorg in balans met werkelijk noodzakelijke beroepsmatige hulpverlening. Voor doorwerking van deze stijlen dient in de structuur van het beleidsterrein volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening ruimte gemaakt te worden (II.3).

De structuur van het beleidsterrein

Tot begin jaren '80 is voortgewerkt op de visie die is neergelegd in de Structuurnota Volksgezondheid 1974. Deze visie behelsde o.m. planning van voorzieningen door gemeenten en provincies, tariefbeheersing door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg en een (niet gerealiseerde) volksverzekering tegen ziektekosten. Later kwam daar de budgettering bij als beheersingsinstrument, dat heeft geleid tot een stabilisatie van het kostenniveau in de volksgezondheid. Nadeel van deze financiële beheersingsmechanismen is dat zij niet voortvloeiën uit een juiste spreiding van verantwoordelijkheden, maar dat zij deze verantwoordelijkheden juist in toeneemende mate aan de overheid onttrokken. Begrijpelijk in het licht van de bezuinigingsnoodzaak, maar op termijn niet houdbaar. De intensiteit en de reikwijdte van de verantwoordelijkheidsbeleving in de sector volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening laat te wensen over. De beslissingen over de uitgaven geschieden op andere plaatsen dan waar de kosten gemaakt worden, terwijl er kwalitatief een verzwaring van de zorgvraag optreedt (III.1).

Het commerciële marktmechanisme, dat door sommigen als de oplossing voor de bureaucratiseringsproblematiek wordt voorgesteld, past niet in de christen-democratische visie op de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening (III.2). Een door rentmeesterschap en solidariteit georiënteerde gespreide verantwoordelijkheid lijkt wel mogelijk door over te gaan op een systeem van onderhandelingen en overeenkomsten tussen de ziekenfondsen en de particuliere verzekeraars enerzijds en de instellingen voor gezondheidszorg en de beroepsbeoefenaren (huisartsen, specialisten) anderzijds. Dit biedt zowel betere mogelijkheden voor zorg-op-maat, voor de uit een oogpunt van de zorgzame samenleving te bereiken substitutie van intramurale vormen van zorg door extramurale, alsmede voor de kostenbeheersing (III.3).

Teneinde deze verantwoordelijkheid bij ziekenfondsen en particuliere verzekeraars te kunnen leggen dient daar een adequate democratisering

plaats te vinden, zodat duidelijk wordt wie namens de patiënt invloed uitoefent op de gezondheidszorg. Het overheidsbeleid dient navenant te veranderen: van alomvattende gedetailleerde planning, naar het scheppen van voorwaarden waaronder ziekenfondsen, particuliere verzekeraars, instellingen voor gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening en beroepsbeoefenaren deze verantwoordelijkheden dragen, zonder dat ze de lasten ten onrechte op de collectiviteit kunnen afwentelen. De overheid is er voor verantwoordelijk dat in dit systeem van gespreide verantwoordelijkheid een 'vloer' aanwezig is van een voor iedere Nederlander gelijkelijk geldend pakket voorzieningen in elementaire gezondheid risico's (III.4.5). Voorts blijft de overheid verantwoordelijk voor de openbare gezondheidszorg.

Ziektekostenverzekeringen (IV)

Om de zorgzame samenleving te kunnen realiseren dienen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars meer beheersinstrumenten te krijgen en dienen de financieringsstromen in de gezondheidszorg geharmoniseerd te worden voor wat betreft de uitvoering. Daartoe worden gefaseerd de volgende stappen gezet:

Korte termijn

- a. De vergoeding van de ziekenfondsen uit de centrale kas wordt omgezet van exploitatiefinanciering (gemaakte kosten) naar inkomstenbudgettering op basis van naar risico genormeerde bedragen per verzekerde. Als eerste stap in die richting worden de ziekenfondsen gebudgetteerd op basis van hun gemaakte kosten in 1986.
- b. De contracteerplicht van de ziekenfondsen wordt afgeschaft, zodat zij de vrijheid hebben om al of niet een overeenkomst te sluiten met aanbieders van zorg. In deze overeenkomsten kunnen beheersingsafspraken worden opgenomen die voortvloeien uit de normering van behandelwijzen, gewenste substitutie van duurdere vormen van zorg door goedkopere, een betere capaciteitsbenutting, alsmede tariefstelling.
- c. De tariefsrichtlijnen van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg verliezen hun rechtens opeisbare karakter en worden als maximumtarieven behandeld. Ziekenfondsen en verzekeraars kunnen in onderhandelingen met de aanbieders van zorg tot lagere tarieven komen die afwijken van de richtlijnen. Verwacht mag worden dat zich regionaal over tariefstelling voor concrete verrichtingen consensus vormt, die op een lager niveau ligt dan de huidige COTG-tarieven.

Middellange termijn

- d. De bejaardenoorden worden in de AWBZ gebracht door storting van de Rijksbijdrage in het AWBZ-fonds. De AWBZ-verstrekingen worden door ziekenfondsen en particuliere verzekeraars beheerd via verbindingskantoren.
- e. Het ziekenfondspakket wordt ontdaan van verstrekkingen die tot de eigen verantwoordelijkheid van mensen moet worden gerekend, dan wel

niet strikt medisch noodzakelijk zijn. Voorts worden de verstrekkingen uit het ziekenfondspakket scherper van indicatiestelling voorzien en worden de behandelwijzen genormeerd. Aldus ontstaat een Standaardpakket dat circa 90% van het huidige ziekenfondspakket omvat in guldens gerekend. Dit standaardpakket wordt aangeboden door de ziekenfondsen en ook de particuliere verzekeraars krijgen daartoe de gelegenheid.

f. Rijkssubsidies maatschappelijk werk en gezinszorg (voor zover behorend tot de thuiszorg in de sector volksgezondheid) worden gestort in de Centrale Kas voor de Standaardverzekering. Deze verstrekkingen worden in het pakket opgenomen, zodat door middel van het overeenkomstenstelsel substitutie door de ziekenfondsen en verzekeraars nagestreefd kan worden.

De onder d, e en f omschreven pakketopbouw vormt de 'vloer' die van rijkswege in de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening voor iedere Nederlander gelijkelijk geregeld wordt.

g. Ziekenfondsen krijgen gelegenheid om de premie voor de Standaardverzekering deels nominaal rechtstreeks van de verzekerde te heffen. Deze nominale premie dient zodanig vastgesteld te worden dat procentuele en nominale premie samen op minimuminkomstenniveau niet hoger zijn dan de huidige ziekenfondspremie. Door verlaging van de nominale premiestelling kunnen de fondsen de door hen bereikte besparingen direct aan de verzekerden ten goede laten komen. Particuliere verzekeraars kunnen hetzelfde doen met de door hen geheven nominale premie over het standaardpakket. Voor de Standaardverzekering krijgen de particuliere verzekeraars een acceptatieplicht.

h. De mogelijkheid wordt geopend om tot een zekere mate van kapitaaldekking te komen in de ziekenfonds- en verzekeraarskassen teneinde reserves op te bouwen waaruit demografische schommelingen kunnen worden opgevangen.

i. Door middel van aanvullende verzekeringen, eigen risico's tot maximaal het nominale premiedeel en beheer van de nominale premie en contracteervrijheid kunnen ziekenfondsen en verzekeraars zich profileren op basis van gezondheidsstijlen. Aldus ontstaan eigentijdse mogelijkheden voor doorwerking van levens- en wereldbeschouwelijke visies op de gezondheid(szorg). Binnen één regio kunnen meerdere ziekenfondsen gevestigd zijn.

j. De Ziekenfondsraad wordt omgebouwd tot een Gezondheidsverzekeringsraad waarin de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ), het Kontaktorgaan Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars (KLOZ), Kroonleden en in de toekomst ook de publiekrechtelijke ziektekostenverzekeraars, zitting hebben. De Raad ziet toe op de uitvoering en het beheer van Standaardverzekering en AWBZ. Het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) wordt bij de Gezondheidsverzekeringsraad ondergebracht. De Raad gaat jaarlijks het Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening (FOGM) uitbrengen.

Lange termijn

k. AWBZ en Standaardverzekering worden samengevoegd tot één verzekering tegen elementaire ziektekosten.

l. De premiestelling voor deze verzekering wordt geharmoniseerd in die zin dat voor alle verzekerden, inclusief de huidige particulier verzekerden een deel van de premie procentueel wordt geheven en een deel van de premie nominaal.

Als de korte en middellange termijnfasen gerealiseerd zijn komen de vragen naar de grenzen van de zorg in een ander daglicht te staan. Nu wendt ieder geschrokken de blik naar de overheid als een ziekenhuis in de publiciteit komt omdat men patiënten niet wil of kan behandelen. In het voorgestane stelsel is dit allereerst een kwestie van overleg tussen ziekenfonds of verzekeraar en ziekenhuis op basis van de vraag of men zich al of niet voor de behandeling (aanvullend) verzekerd heeft. Dat betekent dat de afweging verschuift van de politiek naar de verantwoordelijke instanties in het veld van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening. Mits deze organisaties democratisch functioneren en patiëntenplatforms hun weg vinden binnen de ziekenfondsen en de verzekeraars, zal de intensiteit van de verantwoordelijkheidsbeleving optimaal zijn.

De politiek blijft dan verantwoordelijk voor de 'vloer' in de vorm van de AWBZ en Standaardpakket. Ook daarop kan nog een opwaartse druk vanuit de samenleving blijven bestaan. Dat probleem zal een politiek probleem blijven en verschilt niet van bijvoorbeeld de vaststelling van het sociaal minimum door de minister van Sociale Zaken. Verwacht mag echter worden dat de politieke discussie onder invloed van het geschetste nieuwe verzekeringsstelsel zuiverder zal blijven en dat de betrokken ziekenfondsen en verzekeraars een nieuw zelfbewustzijn zullen tentoonspreiden in het regelen van hun eigen zaken op een creatieve en innoverende manier.

Taken van de overheden

Sinds 1983 is in de Grondwet een grondrecht inzake de volksgezondheid opgenomen. Dit grondrecht is zo vaag geformuleerd, dat het geen richting geeft aan het overheidsbeleid, zoals christen-democraten dat voorstaan. Het grondrecht inzake de volksgezondheid zou meer toegespitst moeten worden op een door de overheid te garanderen minimumpakket dat voor elke Nederlander gelijkelijk geldt enerzijds en een voorwaardenscheppend beleid ten aanzien van maatschappelijke organisaties die het meerdere realiseren anderzijds. Behalve financiële en geografische bereikbaarheid, verdient ook de bereikbaarheid op basis van gezondheidsstijlen uitdrukkelijker als uitvloeisel van het grondrecht te worden beschouwd (V.1).

Het Ministerie van WVC is ten onrechte slechts zijdelings betrokken bij de belangrijkste beslissingen inzake de volksgezondheid. Deze liggen thans te veel op het gebied van andere ministeries (arbeidsvoorwaarden, bouwplafond, opleidingen en prijzen). Versterking van de rol van WVC enerzijds en van maatschappelijke organisaties anderzijds is hierbij gewenst (V.2). De taken van het Ministerie van WVC dienen te worden toegespitst op:

a. wetgeving inzake het stelsel van ziektekostenvoorzieningen;

- b. kostenbudgettering van ziekenfondsen voor de korte termijn, de ziekenhuisbudgettering komt daarmee te vervallen;
- c. wetgeving inzake overlegorganen op regionaal niveau: Kamers van Volksgezondheid en Maatschappelijke Dienstverlening, waarin financiers en aanbieders van zorg een gezamenlijke verantwoordelijkheid aanvaarden voor een adequate zorg-opbouw op regionaal niveau;
- d. wetgeving inzake de democratisering van ziekenfondsen, verzekeraars en instellingen van gezondheidszorg opdat patiënten en cliënten en verzekerden medeverantwoordelijkheid kunnen dragen voor de ontwikkelingen in de sector;
- e. inzake de verdere ontwikkeling van de volksgezondheid behartigt het ministerie, evenals de gemeentebesturen, het facetbeleid in samenhang met de openbare gezondheidszorg. Voorts: de kwaliteitshandhaving en de informatieverzameling en -verstrekking;
- f. de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg wordt gewijzigd en samengevoegd met de Wet Ziekenhuisvoorzieningen en de Wet Bejaardenorden, zodat de provincies en de grote steden de investeringsbeslissingen inzake kostbare grote voorzieningen toetsen op het punt van de exploitbaarheid, de beddenreductie en de spreiding van specialisaties. Het vestigingsbeleid van de overige voorzieningen wordt overgelaten aan de onderhandelingen tussen de financiers en de aanbieders, onder auspiciën van de Kamers voor Gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening (V.3).

Het arbeidsvoorwaardenoverleg wordt binnen door de Gezondheidsverzekeringsraad vast te stellen financiële randvoorwaarden overgelaten aan werkgevers en werknemers in de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening. De minister verklaart de CAO al of niet verbindend, net als in het bedrijfsleven het geval is (V.4).

Voor de *lagere overheden* zijn in onze visie enkele belangrijke taken weggelegd die met kracht ter hand dienen te worden genomen. De *provincies en de grote steden* toetsen de investeringsbeslissingen terzake van grote intramurale voorzieningen aan het beleid terzake van de beddenreductie en de spreiding van specialisaties, gehoord het advies van de Kamers van Volksgezondheid en Maatschappelijke Dienstverlening. Op dit gebied is nog veel te doen, de in 1974 afgesproken norm van 3.7 ziekenhuisbed per duizend inwoners is nog steeds niet gehaald.

De *gemeenten* zijn verantwoordelijk voor de openbare gezondheidszorg in samenhang met het facetbeleid. De samenhang tussen milieubeleid, volkshuisvesting en de behoefte aan gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening maakt een geïntegreerd gemeentelijk beleid noodzakelijk. Dit is nog lang niet overal het geval. Ook de openbare gezondheidszorg vergt voortdurende aandacht van de gemeentebesturen.

Financiële kaders volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening

De kosten van de volksgezondheid zijn in de afgelopen decennia sterk gestegen. Met name de verbetering van de zorg heeft tot kostenverhoging in personeel en materieel geleid, die geen gelijke tred heeft gehouden met de groei van het nationaal inkomen. Vanwege het ontbreken van prikkels tot

kostenbeheersing is de premiedruk op de arbeidskosten tot aan zijn uiterste grenzen uitgegroeid. Terugdringing is wenselijk (VI.1).

Deze terugdringing is mogelijk door het gecombineerde effect van een beperking van het ziekenfondspakket, invoering van een nominaal premiedeel, afschaffing van bureaucratie bij de overheden en uitbreiding van de bevoegdheden van ziekenfondsen en particuliere verzekeraars om de ontwikkelingen in de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening te beheersen en in vernieuwende zin te sturen. De collectieve sector kan daardoor worden verkleind. Dit verlaagt ook de premiedruk op de loonkosten (VI.2).

De te bereiken besparingen dienen door de ziekenfondsen en de verzekeraars te worden aangewend om het nominale premiedeel zo klein mogelijk te houden en om via kapitaaldekking een reserve op te bouwen waarmee demografische schommelingen in de medische consumptie kunnen worden gefinancierd. De differentiatie naar gezondheidsstijlen, de toename van de pensioenen en te verwachten economische groei zullen er verder toe bijdragen dat er voor een afzienbare periode geen onoverkomelijke problemen zijn voor het handhaven van een passend zorgniveau voor de Nederlandse bevolking. De zorgzame samenleving is in dit licht een goed beleidsperspectief.

Bijlage. Lijst van veel gebruikte afkortingen en begrippen

aanleunwoning	een woning dicht bij een bejaardenoord, waarop de bewoner in geval van nood een beroep kan doen
ADL	Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
Centrale Kas	Een bij de Ziekenfondsraad ondergebracht fonds waarin de werkgevers de ingehouden ziekenfondspremies storten en waarbij de ziekenfondsen hun uitgaven declareren
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
eerste lijn	huisarts, wijkverpleging, gezinszorg, maatschappelijk werk, vrijwilligerswerk
extramuraal	hulp die geboden wordt in poliklinieken etc., waarbij de patiënt weer naar huis gaat. Hieronder valt dus ook de thuiszorg en de huisartsen-hulp
FOGM	Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijk Welzijn
indicatiestelling	het oordeel van een arts of een andere hulpverlener over de vraag of iemand in aanmerking komt voor een bepaald soort hulp (bijvoorbeeld voor opname in een bejaardenoord)
intramuraal	verzorging binnen instellingen als zieken- en verpleeghuizen, waarbij de patiënt wordt opgenomen
JOINT	Stichting Landelijke organisatie voor Maatschappelijke Dienstverlening
KLOZ	Kontaktorgaan Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LSV	Landelijke Specialisten Vereniging
mantelzorg	de zorg van de partner, de familie, de burens, kennissen, enz.
nulde lijn	de patiënt/cliënt en zijn omgeving (huishoudens en zorgnetwerken)
omgevingshulp	een ander woord voor mantelzorg
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg

SER	Sociaal-Economische Raad
substitutie	het vervangen van de ene vorm van zorg door de andere
tweede lijn	ziekenhuizen, verpleeghuizen, bejaardenoorden, psychiatrische inrichtingen, etc.
verzorgingstehuis	een ander woord voor bejaardenoord
VNZ	Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen
vrijwilligerswerk	het in min of meer georganiseerd verband onverplicht (maar niet vrijblijvend) en onbetaald ontplooiën van activiteiten, die in het belang van anderen of de samenleving zijn
WAGGS	Wet Arbeidsvoorwaarden Gepremieerde en Gesubsidieerde Sector
WGM	Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
WVC	Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen
zelfzorg	de zorg die de persoon aan eigen welbevinden besteedt, variërend van gezonde voeding en kleding tot hygiënische verzorging, etc.
ZFW	Ziekenfondswet

99020496

