



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Geld voor GGZ : de financiering van de geestelijke gezondheidszorg en de invloed van geld op de zorgpraktijk (1884-1984)

Bakker, C.T.

Publication date
2009

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Bakker, C. T. (2009). *Geld voor GGZ : de financiering van de geestelijke gezondheidszorg en de invloed van geld op de zorgpraktijk (1884-1984)*. [Thesis, fully internal, Universiteit van Amsterdam]. Vossiuspers - Amsterdam University Press.

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, P.O. Box 19185, 1000 GD Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

INLEIDING

De organisatie en financiering van de gezondheidszorg worden dezer jaren flink op de schop genomen. In 2006 werd de Zorgverzekeringswet van kracht, waarbij een nieuw financieringsstelsel ter vervanging van de Ziekenfondswet werd geïntroduceerd en het aloude onderscheid tussen ziekenfondsverzekering en particuliere ziektekostenverzekering verdween. Sinds 2007 regelt de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor onderdelen van ‘welzijn’, ‘ondersteuning’ en ‘zorg’ die tot voor kort onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) vielen. De AWBZ vormde sinds 1968 de basis van het financieringsstelsel voor een belangrijk deel van vooral de chronische zorg. Anno 2008 wordt echter ook gediscussieerd over de toekomst van deze wet.

De zorg moet doelmatiger en beter worden, is de gedachte, en ze moet betaalbaar blijven. Dit laatste met het oog op de vergrijzing en de groeiende druk op de uitgaven voor de gezondheidszorg in de nabije toekomst. De overheid bepaalt op hoofdlijnen de spelregels, maar laat belangrijke onderdelen van de uitvoering en de financiering van de zorg meer dan voorheen over aan de ‘marktpartijen’: de zorgverleners en de verzekeraars. ‘Marktwerving’ is in de gezondheidszorg een paradigma geworden, en patiënten heten nu ‘zorgconsumenten’.

Al deze veranderingen hebben grote gevolgen voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). In de besluitvorming die ten grondslag ligt aan de veranderingen, speelt de GGZ zelf echter een opvallend bescheiden rol. Tot voor kort werd de GGZ grotendeels uit één pot - de AWBZ - gefinancierd. Sinds 2006 is dit verleden tijd. De financiering van de GGZ is in stukken geknipt. De ‘kortdurende’ GGZ is met veel pijn en moeite overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet, de openbare geestelijke gezondheidszorg is sinds de invoering van de WMO de verantwoordelijkheid van de gemeenten geworden en de zorg voor chronische patiënten is onder de AWBZ gebleven.¹ Daarmee is de ‘horizontale knip’ in de GGZ terug van weggeweest en is het voordeel van integrale financiering weer verdwe-

¹ Met openbare geestelijke gezondheidszorg wordt bedoeld: ‘alle activiteiten op het terrein van de geestelijke volksgezondheid die niet worden uitgevoerd op geleide van een vrijwillige en individuele hulpvraag’. (Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1991.) Wij denken hierbij met name aan de ambulante hulp aan ‘zorgmijders’. Onder ‘kortdurende’ GGZ verstaat de wet opname in een GGZ-instelling die korter duurt dan 365 dagen.

nen.¹ In de wereld van de GGZ heerst grote onzekerheid over de nieuwe situatie. Zal het nieuwe financieringsstelsel de zorg voor psychiatrisch patiënten wel beter maken?

Achter deze vraag gaat een andere schuil: in hoeverre is een financieringsstelsel (oftewel: het geld) eigenlijk van invloed op de zorgpraktijk? Het was deze vraag, die ook naar boven kwam in de onderzoeksgroep die betrokken was bij het NWO-programma *De gestoorde psyche: theorie en praktijk in Nederland in de twintigste eeuw*. Wij proberen in deze studie een antwoord te geven op die vraag.

De vraag valt uiteen in twee onderzoekgebieden. Het eerste betreft het financieringsstelsel. We willen weten hoe het stelsel voor de GGZ er uitzag en hoe het zich heeft ontwikkeld. Dit tegen de achtergrond van bredere sociaalpolitieke en economische ontwikkelingen. Ook willen we weten hoe de geldstromen liepen: wie betaalde hoeveel aan wat en waarom? Het tweede onderzoekgebied is de zorgpraktijk. We willen weten wat er in de zorgpraktijk van intramurale en extramurale instellingen veranderde en in hoeverre die veranderingen werden beïnvloed door de financiering van de GGZ.

§ 1. De plaats van het onderzoek in de historiografie

Over de ontwikkeling van de financiering van de GGZ gedurende de laatste 150 jaar is weinig bekend. Tot begin jaren zeventig van de twintigste eeuw stond in de geschiedschrijving van de psychiatrie de ontwikkeling van het gesticht of de inrichting, of het eigen – medische - vakgebied van de auteur centraal. De financiële en sociaaleconomische kanten van de zorg kwamen daar niet in voor. De geschiedenis werd destijds vooral vanuit een vooruitganggericht standpunt beschreven. Uitzonderingen daargelaten, ging het om beschrijvingen van de gruwelijke omstandigheden waaronder krankzinnigen vóór het midden van de negentiende eeuw opgesloten konden worden en de verbeteringen die daarna hadden plaatsgevonden.² Onwetendheid, bijgeloof, mishandeling en verwaarlozing hadden plaatsgemaakt voor een groeiend wetenschappelijk inzicht en een rationele en humane behandeling van de patiënten. Er was (in 1841) een

¹ De 'horizontale knip' in de psychiatrie werd in 1950 ingevoerd, toen de eerste 42 opnamedagen onder het Ziekenfondsenbesluit werden gebracht. Dit werd later uitgebreid naar achtereenvolgens 70 en 365 dagen. In de AWBZ (1968) werd de opdeling – zeer tegen de zin van de sector zelf - bekrachtigd. In 1989 werd vrijwel de gehele GGZ onder de AWBZ gebracht.

² Over de geschiedschrijving van de psychiatrie in Nederland zijn sinds de jaren negentig diverse publicaties verschenen, onder andere Van Belzen en Vijselaar 1991; Gijswijt-Hofstra en Oosterhuis 2001; Gijswijt-Hofstra 2005, 35-37; Oosterhuis 2003, 3-6; Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, Inleiding.

Krankzinnigenwet gekomen en er waren nieuwe, succesvolle therapieën geïntroduceerd. En ook al was het soms met horten en stoten gegaan: er was duidelijk sprake van vooruitgang.

De Grote Opsluiting

Mede als uitvloeisel van toenemende kritiek op de psychiatrische inrichtingen deden begin jaren zeventig kritische sociologen hun intrede in het historische onderzoek. Zij zochten aansluiting bij de mentaliteitsgeschiedenis. Voorloper en belangrijkste vertegenwoordiger van deze richting was Michel Foucault, die in zijn studie *Geschiedenis van de waanzin* de vloer aanveegde met het vooruitgangsgeloof in de psychiatrische geschiedschrijving.¹ Volgens Foucault had er sinds de vroegmoderne tijd een toenemende uitsluiting en opsluiting van onaangepaste mensen plaatsgevonden. Steeds meer mensen werden hierdoor buiten de maatschappij geplaatst. Dat kon hij geen ‘vooruitgang’ noemen. Met deze benadering, die onder de naam Grote Opsluiting bekendheid kreeg, baande Foucault de weg voor een nieuwe richting in het onderzoek, waarbij sociale, economische en politieke ontwikkelingen het interpretatiekader vormden voor de geschiedenis van de psychiatrie. Er kwam aandacht voor het bestempelen van sociaal deviant gedrag als geestesziekte, voor de belangen en de macht van de psychiatrische beroepsgroep en voor de bijdrage die psychiatrische voorzieningen hadden geleverd aan de disciplinerende en normaliserende van maatschappelijk ongewenste individuen en groepen. Voor geloof in vooruitgang was in deze radicale visie geen plaats meer. De financiële kanten van de zorg bleven echter buiten beeld.

De revisionistische benadering was vooral een buitenlandse aangelegenheid. In Nederland werd de radicale boodschap niet omarmd. De Nederlandse psychiatrische geschiedschrijving bleef tot ver in de jaren tachtig overwegend gericht op (deelaspecten van) de intellectuele, institutionele en organisatorische aspecten van de psychiatrie. Deze werden wel meer dan voorheen in hun maatschappelijke context beschreven, waardoor de geschiedschrijving van de psychiatrie in die tijd eerder relativerend genoemd kan worden. De patiënten en het verplegend personeel bleven grotendeels buiten beschouwing, evenals de relatie tussen de idealen en de praktijk. De studies waren beschrijvend van aard en gebaseerd op empirisch onderzoek.

Nieuwe historici van de psychiatrie

Begin jaren negentig gingen ook wetenschappers uit de hoek van de sociale geschiedenis en de antropologie zich met het onderwerp bezighouden.

¹ Foucault 1961; Foucault 1975.

Geïnspireerd door ontwikkelingen in de Angelsaksische *social history of medicine* richtten zij de aandacht op de geestelijke gezondheidszorg als ‘markt’ van vraag en aanbod. De ‘nieuwe historici van de psychiatrie’, zoals Frank Huisman ze in navolging van Roy Porter noemt, koesterden niet zozeer de ambitie om de traditionele geschiedenissen te vervangen, maar streefden ernaar ze te integreren in een compleet overzicht met meer oog voor de complexe werkelijkheid rondom het fenomeen geestelijke gezondheid.¹

De laatste tien tot vijftien jaar is er vanuit deze hoek een indrukwekkende reeks publicaties verschenen, zowel over de intramurale psychiatrie als over de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Het gaat onder meer om deelstudies gebaseerd op empirisch onderzoek, waarbij de maatschappelijke context ook in beeld wordt gebracht, veelal in de vorm van gedenkboeken. Daarnaast zijn er vergelijkende en analyserende studies verschenen en is er tevens aandacht gekomen voor onder meer de zorgpraktijk, psychiatrische ziektebeelden, therapieën, de beroepsgroep van psychiaters, de rol van godsdienst in de psychiatrie en de psychiatrische verpleegkunde. Het voorlopige sluitstuk van deze ontwikkeling vormt het onderzoeksprogramma *De gestoorde psyche: theorie en praktijk in Nederland in de twintigste eeuw*, dat in 2008 is uitgemond in het driedelige boekwerk *Verward van geest en ander ongerief*.² In deze synthese brengen de programmaleiders, Harry Oosterhuis en Marijke Gijswijt-Hofstra, de resultaten van de hiervoor bedoelde studies samen. De ontwikkeling van de Nederlandse psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg beschrijven Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra in de context van de toenmalige maatschappij en cultuur. De auteurs beschouwen de geestelijke gezondheidszorg als een markt van vraag en aanbod, en het domein en de inhoud van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg zien zij als een sociaal en cultureel bepaald gegeven.

Geld en gekte past in de traditie van de *social history of medicine*. In deze studie wordt een antwoord gezocht op de vraag welke invloed veranderingen in het financieringsstelsel precies hebben gehad op ontwikkelingen in de praktijk van de zorgverlening. Om deze vraag te beantwoorden, is vooral gekozen voor een economisch-historische benadering. Deze aanpak, waarbij niet alleen gekeken wordt naar de sociaaleconomische kanten, maar ook veel aandacht besteed wordt aan bedrijfseconomische ontwikkelingen, is in de Nederlandse geschiedenis van de geestelijke ge-

¹ Huisman 2005, 405; Porter 2003, 3.

² Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008.

zondheidszorg niet eerder toegepast en ook uit buitenlandse literatuur zijn ons geen voorbeelden bekend van een werkwijze die erop lijkt.¹

§2. Ons onderzoek

De vraag welke invloed ‘het geld’ had op de ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg, valt - zoals gezegd - uiteen in twee onderzoeksvragen. Kort gezegd: waar kwam het geld vandaan en hoe werd het geld besteed?

Waar het geld vandaan kwam

De eerste onderzoeksvraag beschrijft de ontwikkeling van het financieringsstelsel, de feitelijke geldstromen en de omvang van de gelden in relatie tot bredere sociaalpolitieke en economische ontwikkelingen. Hieruit komen de volgende onderzoeksvragen voort.

Welke wetten bestonden er? Welke zorg werd gefinancierd? Hoe was deze zorg georganiseerd? Hoeveel geld ging er precies om in de GGZ? Wie betaalde dit? Wie stelde de tarieven vast? Welke regels bestonden daarvoor? Wie bepaalde de gang van zaken en wie controleerde? En wanneer, hoe en waarom veranderde dit alles? De beschrijving van het financieringsstelsel, met name de beantwoording van de vraag welke zorg werd gefinancierd, leidt tot een bredere kwestie, namelijk die van de definitie van GGZ. Wat verstaan wij in deze studie onder GGZ?

Mensen die werden geplaagd door onverklaarbare angsten en waanbeelden die tegenwoordig als ‘psychiatrische’ of ‘neurotische’ aandoeningen zouden worden bestempeld, verbleven van oudsher meestal thuis. Wanneer mensen vanwege geestelijke beperkingen niet in eigen onderhoud konden voorzien, konden ze financieel ondersteund worden in de vorm van bedeling. Sommige krankzinnigen, mannen of vrouwen die in een toestand van totale razernij een gevaar voor de openbare orde of voor zichzelf vormden, konden worden ondergebracht in gasthuizen, of worden opgesloten in een dolhuis.² Hiermee hebben we twee sociale motieven te pakken, die tot op de dag van vandaag van grote invloed zijn geweest op de organisatie en financiering van de GGZ: aan de ene kant het onvermogen van patiënten om volledig voor zichzelf te kunnen zorgen en aan de andere kant de bescherming van de maatschappij tegen patiënten die over-

¹ Porter noemt enkele studies waarin de economie van zorgvoorzieningen wordt behandeld, maar deze betreffen alleen de achttiende en negentiende eeuw. (Porter 2003, 5.) William Llewellyn Parry-Jones wordt door Porter ‘pionier’ genoemd op dit terrein. Parry-Jones’ studie is vooral gericht op veranderingen in patiëntenbestanden en behandelingen in de negentiende eeuw. Hij legt geen relatie tussen financieel-economische ontwikkelingen en de zorgpraktijk. (Parry-Jones 1971.) Jones (1993) schrijft wel uitgebreid over financiering, maar legt geen relatie tussen veranderingen in de financiering en de zorgpraktijk.

² Van die laatste categorie waren er overigens maar een paar in ons land. (Vijsselaar 1992, 9.)

last zouden kunnen veroorzaken.¹ Om de ontwikkeling van de GGZ te kunnen begrijpen, moeten wij deze dus in verband brengen met veranderingen in sociaalpolitieke opvattingen over psychisch gestoorden.

Wij hanteren het begrip GGZ in deze studie echter voor de periode vanaf het moment dat aan deze opvattingen een medisch motief werd toegevoegd en er een geheel eigen organisatorisch, wettelijk en financieel kader voor werd geschapen. Het idee leefde al geruime tijd dat krankzinnigheid een ziekte was en dat krankzinnigen door een doeltreffende behandeling zouden kunnen genezen. Dit idee werd in de eerste helft van de negentiende eeuw daadwerkelijk omgezet in zorg en behandeling in geneeskundige gestichten. Voor de financiering van die zorg werd een wettelijk en bestuurlijk kader geschapen. Sindsdien is de doelgroep van wat wij de GGZ noemen, bijna voortdurend uitgebreid, zijn er nieuwe vormen van GGZ ontstaan en zijn de bijbehorende financiële verhoudingen veranderd. Volgens deze definitie is er dus sprake van GGZ sinds er mensen worden behandeld voor gestoord gedrag én daarvoor ook een organisatie en financieringsstelsel werd ontwikkeld.

Het gehele terrein van de GGZ is daarmee vaag begrensd. De intramurale sector is nog als een tamelijk duidelijk afgebakend terrein te beschouwen, waarbij men hoogstens vraagtekens kan plaatsen bij instellingen als inrichtingen voor verstandelijk gehandicapten en verpleeghuizen voor dementerenden, omdat het hierbij niet in de eerste plaats om behandelinstellingen gaat. Voor de semi-murale geestelijke gezondheidszorg wordt het alweer iets lastiger. Vandaag de dag bestaat voor semi-murale GGZ-instellingen het etiket van Regionale Instelling voor Beschermd Wonen en vallen deze instellingen onder de AWBZ. Zo'n duidelijk label was er vroeger niet voor de pensionachtige verpleeginrichtingen voor mensen met minder ernstige psychiatrische problemen en een financieringsregeling die daaraan vorm gaf evenmin. Bovendien was ook hier 'behandeling' niet het uitgangspunt. Bij de ambulante GGZ wordt de afbakening helemaal ingewikkeld. Men leze de proefschriften van Tom van der Grinten uit 1987 en Leonie de Goei uit 2001 erop na om te begrijpen dat ook tijdgenoten het lang niet altijd gemakkelijk vonden om hun psychohygiënische interesse en het werkterrein van hun hulpverleningsinstanties te definiëren.² Het grootste definitieprobleem betreft waarschijnlijk wel het werkterrein van een specifiek onderdeel van de ambulante GGZ, de preventie.³

¹ In deze constatering kunnen we een echo horen van de 'overlevings- en beheersingsstrategie' van Van Leeuwen (Van Leeuwen 1992).

² Van der Grinten 1987b; De Goei 2001.

³ Brand, Brinxma en Hosman 1982, 18-19.

Met dit probleem hebben wij lange tijd geworsteld, alvorens ervoor te kiezen de definitiekwestie niet eenvoudigweg te omzeilen, maar juist te problematiseren. Immers, de vraag ‘wat rekenen we wel en wat niet tot de GGZ?’ werd ook door de beleidsmakers zelf gesteld. Het antwoord dat zij er in de loop van de geschiedenis op gaven, gaf richting aan het beleid én omgekeerd was het beleid zelf richtinggevend voor het vinden van een antwoord op die vraag. Eenmaal erkend als GGZ-instelling, kon men aanspraak maken op betreffende financieringsregelingen, eenmaal bekostigd via GGZ-financieringsregelingen, kon men een bepaalde werkvorm beschouwen als GGZ-voorziening. Daarmee wordt de vraag ‘wat is GGZ’ een rode draad door het boek: het domein van de GGZ beschouwen wij als een begrip waarvan de grenzen (mede) door de financiering werden bepaald.

Hoe het geld besteed werd

De tweede onderzoeksvraag betreft de zorgpraktijk, oftewel de zoektocht naar de invloed van de financiering op de ontwikkeling van de zorg. Om dit goed te kunnen bestuderen moet eerst gekeken worden naar welke verschuivingen er optraden in de kosten en in hoeverre deze verschuivingen een gevolg waren van prijsontwikkelingen. Wat overblijft, zijn de reële kosten. Daarna komt de invloed van de financiering op de zorgpraktijk zelf aan bod. Deze valt uiteen in twee componenten: de relatie tussen de reële kosten en het volume (de omvang) van de zorg, en de verhouding tussen de reële prijs (de reële kostprijs per verpleegdag of per behandel eenheid) en de inhoud van de zorg.

De vraag is, hoe dit te onderzoeken. Hoe een antwoord te vinden op vragen als: wat veranderde er in de zorgpraktijk, welk verband was er met de financiering en hoe werden de veranderingen door belanghebbenden beoordeeld? Een analyse-instrument vonden wij in de jaarverslagen van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten. Gedurende lange tijd hebben de inspecteurs verslag gedaan van veranderingen in de krankzinnigenverpleging, vanaf 1930 inclusief de voor- en nazorg en - sinds het begin van de jaren zeventig - van de intramurale en extramurale GGZ. Behalve aan de omvang van de sector, besteedden zij in hun beschrijvingen ook aandacht aan de inhoud van de zorg. Achteraf kunnen we enkele aspecten aanwijzen die daarbij een vrij constant aandachtspunt waren. Aanvankelijk werd veel aandacht geschonken aan *voeding* en *huisvesting* (inclusief de beschikbare ruimte per patiënt). Het *personeel* (met name het aantal personeelsleden en het opleidingsniveau) en de *behandelingsmethoden* hebben de gehele periode de belangstelling genoten van de

inspecteurs.¹

Wij hebben deze aspecten gebruikt ter analyse van de overvloedige informatie over de zorgpraktijk. Wij bestuderen verschuivingen in het menu en de huisvesting van de patiënten (dit geldt uit de aard der zaak alleen de intramurale GGZ²), en veranderingen in behandelingsmethoden en de omvang, de salariëring, de samenstelling en het opleidingsniveau van het personeel. Dit laatste aspect, het personeel, is het belangrijkste. Uit vooronderzoek is namelijk gebleken dat veranderingen in het financieringsstelsel en in de kosten het meest terug te zien waren in de kosten voor het personeel.³

Met een beschrijving van de veranderingen in voeding, huisvesting, behandeling en personeel zijn we er echter niet. Wij willen ook weten hoe we deze veranderingen moeten duiden. Uitgaande van de gedachte dat kwaliteit een contextgebonden begrip is, kunnen we deze vraag alleen beantwoorden in termen van de tijd zelf.⁴ Uit de inventarisatie van de verslagen van het Staatstoezicht blijkt dat de inspecteurs gedurende de hele onderzoeksperiode ‘verbeteringen’ en ‘voortgang’ in de zorg signaleerden. Zij hechtten daar groot belang aan. Hun opvattingen over wat onvoldoende, voldoende of goed was, en dus ook wat als een verbetering kon worden beschouwd, verschoven echter telkens. Hetzelfde geldt voor de ideeën van andere belanghebbenden in de GGZ. Bovendien: hoe gezaghebbend de inspecteurs op zeker moment ook waren, hun ideeën zeggen weinig over wat bijvoorbeeld de verpleegkundigen belangrijk vonden en vrijwel niets over wat de patiënten er zelf van vonden.⁵

In hun reflectieve slotbijdrage aan de internationale bundel *Psychiatric cultures compared* (2005) – gebaseerd op de gelijknamige conferentie twee jaar eerder in Amsterdam – stelden Ido de Haan en James Kennedy de vraag waarmee men ‘voortgang’ in de geestelijke gezondheidszorg zou kunnen meten. Is een kwantitatieve groei (meer patiënten, artsen, verpleegkundigen, behandelaars) een teken van een beter, of juist slechter gezondheidszorgsysteem? Is de graad van professionalisering een maatstaf? En zo ja, welke professionele karaktertrekken zijn dan belangrijk: zelfbewustzijn, expertise, technische kennis van zaken, of andere vormen van expertise? Of gaan al deze punten juist weer voorbij aan dat wat patiënten als verbeterde zorg zouden omschrijven? En om welke patiënten

¹ Met dank aan Jurian Glas, die de jaarverslagen van het Staatstoezicht – later de Inspectie - voor ons heeft bestudeerd en de gegevens heeft geanalyseerd.

² N.b. de semimurale zorg wordt in deze studie niet meegenomen.

³ Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1990, 7-8.

⁴ Harteloh 2000. Zie ook: Harteloh en Casparie 1991; Wennink 1998; Van der Kooij 2003, 29.

⁵ Over de positie van het Staatstoezicht - later de Inspectie – zie onder meer Lucieer 2005. Wij zullen in de komende hoofdstukken ruim aandacht schenken aan de rol van dit orgaan.

gaat het dan: de patiënten die er het slechtst aan toe zijn, of juist de grootste groep patiënten? Zijn zelfreflectie, zelfontplooiing en individuele onafhankelijkheid kenmerken van vooruitgang? De Haan en Kennedy namen aan de hand van de bijdragen aan de conferentie de proef op de som. Ze hielden enkele onderwerpen die op het eerste gezicht als indicator voor vooruitgang zouden kunnen worden beschouwd, tegen het licht en bekeken wat de verschillende auteurs over deze indicatoren te zeggen hadden. Het ging onder meer om gegevens over patiëntenaantallen, opname, ontslag en mortaliteit, over de omvang van de hulpverlening, de behandelmethoden, enzovoort. Uiteindelijk bleken geen van de indicatoren een eenduidig antwoord op de vraag naar vooruitgang te kunnen geven. ‘Much dynamism’, concludeerden zij, ‘but is it progress?’¹

Op basis van het voorgaande mogen we constateren dat indicatieve factoren als voeding, huisvesting, enzovoort de hedendaagse geschiedschrijver *iets* kunnen vertellen over veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg.² Het is echter niet mogelijk deze informatie te koppelen aan veranderingen in kwaliteit van zorg op langere termijn, oftewel verbetering en vooruitgang, dan wel verslechtering of achteruitgang, zowel op instellingsniveau als voor de sector als geheel. Dat gaan wij in ons onderzoek dan ook niet doen. Voor zover we iets over vooruitgang en achteruitgang van kwaliteit zullen zeggen, dan betreft het uitspraken van tijdgenoten over kwaliteit in relatie tot de financiering: kwaliteit van zorg als argument in discussies over financiering en financiële argumenten in discussies over kwaliteit van zorg.

Opbouw van het boek

Het eerste gedeelte van dit boek (de hoofdstukken I t/m IV) begint met een hoofdstuk waarin de wetgeving, organisatie en financieringssystematiek van het gestichtwezen en de extramurale geestelijke gezondheidszorg in de negentiende en eerste helft van de twintigste eeuw worden beschreven. Hierin komen de totstandkoming van de Krankzinnigenwetten, de Armenwet en verschillende wetswijzigingen aan de orde en worden de voorzieningen op het gebied van de intramurale en extramurale GGZ geïntroduceerd. Ook wordt uiteengezet hoe deze voorzieningen werden gefinancierd.

De hoofdstukken II tot en met IV behandelen de zorgpraktijk op momenten in de geschiedenis waarin er een wezenlijke verandering leek te hebben plaatsgevonden in de financiering van de GGZ. Hoofdstuk II gaat in op de sterke kostengroei die eind negentiende en begin twintigste eeuw in

¹ De Haan en Kennedy 2005, 435.

² Uit de aard der zaak gelden de indicatoren ‘voeding’ en ‘ruimte’ niet voor de extramurale GGZ.

de gestichten plaatsvond. Hoofdstuk III behandelt de blijvende gevolgen van een nieuwe tariefstructuur die rond de Eerste Wereldoorlog werd ontwikkeld. In hoofdstuk IV komen de activiteiten van de bezuinigingscommissie Frederiks in de jaren dertig aan de orde.

Het tweede gedeelte van het boek (de hoofdstukken V t/m VIII) begint met een hoofdstuk waarin wetgeving, organisatie en financieringsstructuur van de intramurale en extramurale geestelijke gezondheidszorg in de tweede helft van de twintigste eeuw centraal staan. De Wederopbouw komt aan de orde, evenals de introductie van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de wetgeving die de vaststelling van tarieven regelde. We laten zien hoe er steeds meer overheidsbeleid kwam voor de geestelijke gezondheidszorg en hoe het streven naar regionalisatie in de geestelijke gezondheidszorg gestalte kreeg. Hierna volgen weer drie thematische hoofdstukken. Hoofdstuk VI beschrijft de gevolgen van maatregelen die tijdens de wederopbouw zijn genomen voor de intramurale en extramurale GGZ. In hoofdstuk VII wordt de vermeende invloed van de AWBZ (1968) kritisch onderzocht. Hoofdstuk VIII behandelt ten slotte de periode waarin de extramurale zorg onder de AWBZ werd gebracht, al snel gevolgd door de eerste bezuinigingsronden in de jaren tachtig van de vorige eeuw.

In het Besluit proberen wij vervolgens antwoord te geven op de aan het begin van deze inleiding gestelde vraag, namelijk welke invloed de veranderingen in het financieringsstelsel van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) hebben gehad op ontwikkelingen in de praktijk van de zorgverlening. We eindigen met een vooruitblik, waarin wij de lijnen die we in de conclusie uiteengezet hebben, doortrekken naar het einde van de twintigste eeuw en daarbij de omslag in het denken over de financiering van de zorg beschrijven, die uiteindelijk zou uitmonden in de komst van de Zorgverzekeringswet. Achterin het boek zijn nog enkele bijlagen opgenomen waarin we cijfermateriaal presenteren en een uitgebreide verantwoording geven van de keuzes die we hebben gemaakt bij het selecteren van instellingen voor de detailstudies en de bronnen die we hebben gebruikt.