



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.

HOOFDSTUK V GESCHEIDEN WERELDEN

Intramurale en extramurale geestelijke gezondheidszorg: wetgeving, organisatie en financieringssystematiek vanaf de wederopbouw tot begin jaren tachtig

De Tweede Wereldoorlog zette de wereld van het inrichtingswezen en de geestelijke volksgezondheid volledig op zijn kop. In *Verward van geest* hebben Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra de deerniswekkende toestanden beschreven waarin een groot deel van de psychiatrische patiënten en hun verzorgers terechtkwamen als gevolg van evacuaties en overplaatsingen naar andere gestichten. Daarnaast hebben zij op indringende wijze de deportatie van bewoners en personeel van Het Apeldoornsche Bosch onder de aandacht gebracht. Veelzeggend is de mededeling dat het aantal patiënten tussen 1941 en 1945 met een zesde deel was gedaald en dat deze daling voor een derde te wijten was aan de deportatie van joodse patiënten. De sterfte onder de gestichtsbewoners in 1944-1945 was twee keer zo hoog als in 1938-1939.¹ Toch vormde de oorlog voor het inrichtingswezen en de geestelijke volksgezondheid niet zozeer een breuk, als wel een periode van stagnatie. Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra constateren dat er vanaf het interbellum tot en met de jaren van wederopbouw vooral sprake was van ‘een grote mate van continuïteit’ wat betreft de inrichting van de sector en wij onderschrijven deze visie.² De grote veranderingen vonden plaats na de oorlog.

Tijdens en na de oorlog vond er in de westerse wereld een fundamentele verandering plaats in het denken over sociale zorg en gezondheidszorg. Mede als gevolg van de toenemende welvaart kwam er een veel grotere aandacht voor de kwaliteit van het bestaan.³ De wereld van de geestelijke gezondheidszorg bestond inmiddels uit een breed scala aan voorzieningen. Er was een ingewikkelde landkaart ontstaan die twee min of meer gescheiden werelden omvatte: de wereld van de gestichten en inrichtingen aan de ene kant en de wereld van de opkomende extramurale geestelijke gezondheidszorg aan de andere kant. De voor- en nazorg zaten er tussenin, totdat deze zich als ‘sociaal psychiatrische dienst’ losmaakte van de inrichting en aansluiting vond bij de extramurale geestelijke gezondheidszorg. In de intramurale sector moest een enorme, mede door de oorlog veroorzaakte achterstand worden ingelopen. De extramurale sector groeide intussen zo snel dat sommigen spraken van wildgroei.⁴

¹ Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 471.

² Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 731.

³ Van Gerwen 2000b, 112-113.

⁴ ‘[E]n wilde ontwikkeling’, aldus Querido 1946, 14.

Het duurde nog enige tijd voordat de gewijzigde opvattingen over de sociale zorg en de gezondheidszorg in ons land hun weerslag kregen op de organisatie, financiering en wetgeving voor de GGZ. Maar nadat verschillende pogingen om de financieringsystemen aan te passen, niet veel verder gekomen waren dan wat lapmiddelen, werd vanaf midden jaren zestig voor de GGZ een compleet nieuw financieringsstelsel bedacht. De Algemene Bijstandswet zorgde er in 1965 voor dat de lasten van het inrichtingswezen niet meer op de gemeenten drukten. De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten bracht in 1968 een geheel nieuwe regeling voor de financiering van de intramurale GGZ. Gedurende de daaropvolgende decennia werd stapsgewijs ook de extramurale zorg onder de AWBZ gebracht. Deze veranderingen werden ingegeven door de groeiende welvaart en drastische wijzigingen in sociaalpolitieke opvattingen in het algemeen en opvattingen over de omgang met psychische aandoeningen in het bijzonder. Terwijl de veranderingen zich langzaam maar zeker voltrokken, ontstonden in Nederland (opnieuw) langdurige economische problemen en weerklonk de roep om matiging van de kosten.

Al deze ontwikkelingen vormen samen het onderwerp van dit hoofdstuk. We beschrijven de wederopbouwwetgeving en de mislukte pogingen om tot een nieuw GGZ-stelsel te komen, de knelpunten van het bestaande financieringsstelsel en de komst van de nieuwe wetgeving op dit gebied, die uiteindelijk de hele GGZ omvatte. Tenslotte komt aan de orde hoe onder invloed van het nieuwe financieringsstelsel de GGZ-structuur zelf ook veranderde. We eindigen midden jaren tachtig, toen de eerste contouren zichtbaar werden van een nieuwe grote stelselwijziging.

§ 1. Wederopbouw van psychiatrische inrichtingen

De economische en sociale omstandigheden in het naoorlogse Nederland werden gekenmerkt door grote materiële en psychische schade en schaarste aan vrijwel alles. Het overheidsbeleid was in de eerste plaats gericht op wederopbouw en herstel en pas daarna op een betere verdeling van rijkdom en armoede.¹ Om inflatie voor te zijn en de internationale concurrentiepositie niet in gevaar te brengen, hield de rijksoverheid de touwtjes strak in handen.² Dat paste bij het naoorlogse karakter van het politieke beleid: er was een ‘rooms-rode coalitie’ tot stand gekomen die aan de naoorlogse politieke besluitvorming een centralistische, op consensus gerichte snit gaf. Het macro-economisch beleid, dat inderdaad stoelde op een breed maatschappelijk draagvlak onder de Nederlandse bevolking, ging

¹ Van Zanden 1998, 123-124; Messing 1981, 25.

² Van Zanden 1998, 130.

uit van lage lonen en dito premies.¹ Het systeem van geleide loonpolitiek werd ingevoerd.² Strenge maatregelen werden genomen op het gebied van onder meer loon- en prijsbeleid, distributie en huisvesting. Economisch herstel en opheffing van de woningnood hadden voorrang op de politieke agenda. De volkshuisvesting had uitzonderlijk geleden. Vernietiging van gebouwen en gebrek aan nieuwbouw en vervanging leverden een tekort op van 300.000 woningen, waardoor een miljoen Nederlanders geen geschikte woonruimte had.³

Tabel V-1

Verdeling bouwvolume volgens het eerste Rijksbouwplan (1946)

industriebouw, boerderijen en overige bedrijfsgebouwen	55%
woningbouw	25%
overige bouwwerken (inclusief scholen, ziekenhuizen, kerken en dergelijke)	20%

Bron: Nycolaas 1974, 73.

De industriële productie en de landbouw kregen voorrang: het grootste deel van het bouwvolume werd aan de wederopbouw van fabrieken, boerderijen en bedrijfsgebouwen toegekend. Dankbaar werd gebruik gemaakt van het Europees Herstel Programma, beter bekend onder de naam ‘Marshallhulp’.⁴ Vergeleken met andere Europese landen kreeg Nederland relatief veel geld via dit kanaal voor de wederopbouw.⁵

Wat betekende dit voor de psychiatrische inrichtingen, die zo veel geleden hadden onder het oorlogsgeweld?

De Wederopbouwwet

In het inrichtingswezen moest heel veel gebeuren. Sinds het midden van de jaren dertig was er nauwelijks meer gebouwd. Voor zover bekend was de bouwstop van 1934 (hoofdstuk IV), nooit officieel opgeheven en sinds 21 mei 1940 golden daarenboven de door de bezetter genomen Besluiten Wederopbouw I en II, die alle bouw aan banden legden. Voor elk bouwwerk moest vergunning bij de Regeringscommissaris voor de Wederopbouw worden aangevraagd.⁶

¹ In ondernemerskringen en onder welgestelden, werkgeversorganisaties, en liberale en confessionele partijen waren andere geluiden te horen, vooral over de omvang en de duur van de strikte overheidsregulering op economisch gebied. (Klein 1981, 88, Van Zanden 1997, 180.)

² Van Zanden 1998, 79.

³ Klein 1981, 95.

⁴ Griffiths en Van Zanden 1989, 194.

⁵ Van Zanden 1998, 128.

⁶ Besluit van den Opperbevelhebber van Land- en Zeemacht van 21 mei 1940 [en 24 mei 1940] betreffende den Wederopbouw (I en II), in: Van Poelje en Van Wijnbergen 1950, 95-96 (Bijlage I en II).

De nieuwbouw in de GGZ-sector was daarmee volledig tot stilstand gekomen. Hetzelfde gold voor onderhoud, verbouwingen en renovaties. Veel instellingen hadden tijdens de depressiejaren bezuinigd op onderhoud, en door begrotingsposten als ‘afschrijvingen’ en ‘reserves’ te verlagen. De achterstand die dit tot gevolg had, werd tijdens de oorlog alleen maar groter. Daar kwam de immense materiële oorlogsschade nog eens bovenop. Verschillende inrichtingen waren ontruimd geweest vanwege de Atlantik Wall, of in gebruik genomen door de bezetter. Andere waren uitgewoond door overbezetting of hadden schade opgelopen door bombardementen.¹ Hoe groot de schade in totaal was, is moeilijk te schatten, maar een (overigens zeer conservatieve) schatting in 1946 sprak over ruim 11 miljoen gulden schade bij de vier zwaarst getroffen inrichtingen: Bloemendaal (Loosduinen), St. Servatius en St. Anna (Venray) en Wolfheze.² Er was, kortom, werk aan de winkel.

Op 1 december 1948 werd het ontwerp voor de ‘Wet houdende tijdelijke voorzieningen ten behoeve van de wederopbouw en de bevordering van de bouwnijverheid’ ingediend in de Tweede Kamer. Anderhalf jaar later (1 juli 1950) trad deze ‘Wederopbouwwet in werking. Voortaan moest het departement van Wederopbouw en Volkshuisvesting jaarlijks - tegelijk met de begroting - een bouwprogramma indienen in de Tweede Kamer. In dit bouwprogramma werd het bouwvolume in contingenten verdeeld over de verschillende sectoren van de maatschappij, uitgedrukt in geld. Het programma was een soort prioriteitenlijst op basis van gesignaleerde knelpunten. Hoewel de uitvoering van het bouwprogramma werd gedecentraliseerd, werd deze prioriteitenlijst centraal door de Minister vastgesteld.³ Minister J. in 't Veld verdedigde dit strakke beleid aldus:

Het geheel vrijlaten van het bouwen zou [...] onmiddellijk nieuwe spanningen in het leven roepen, omdat beschikbare materialen en arbeiders zeker in de eerste jaren nog ontoereikend zijn om in de behoeften, welke als gevolg van oorlogsschade en achterstand op alle gebied voorlopig abnormaal hoog blijven, te kunnen voorzien.⁴

¹ Voor een volledig overzicht zie Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 471-510.

² NA 2.15.40 inv. nr. 574, Afschrift van brief inspecteur J.H.M. Koenen aan de Minister van Binnenlandse Zaken, 13 augustus 1946. De kosten lagen in werkelijkheid misschien hoger. Dit was althans de inschatting van de geneesheer-directeur van de zwaar getroffen inrichting St. Anna te Venray. Hij kwam volgens zijn eigen berekening op 5 in plaats van de geschatte 1,7 miljoen gulden schade uit. (NA 2.15.40 inv. nr. 574, Brief van de geneesheer-directeur van Psychiatrische Inrichting St. Anna Venray aan het Staatstoezicht, 31 juli 1947.)

³ Ramakers 1992, 125 en 186-189.

⁴ Memorie van Antwoord aan de Tweede Kamer, geciteerd bij Van Poelje en Van Wijnbergen 1950, 69.

Het bouwen en verbouwen in de GGZ-sector was daarmee afhankelijk geworden van de vraag of de voornemens pasten in het centrale bouwplan.¹ Het was aan de Minister van Sociale Zaken om uit te maken hoe groot het bouwvolume moest worden per sectoronderdeel van de gezondheidszorg, waaronder de verpleeginrichtingen, inclusief de psychiatrische inrichtingen ook werden gerekend.² Er was daartoe een Ziekenhuiscommissie ingesteld, die werd gesecondeerd door bouwkundig ingenieur W.K. van Oppen.³ Van Oppen was in 1946 aangesteld als hoofd van de Afdeling Bijzondere Gebouwen van het Ministerie van Wederopbouw en Volkshuisvesting en in die hoedanigheid speciaal belast met de uitvoering van het wederopbouwprogramma voor de gezondheidszorg. Hij was het aanspreekpunt van de ziekenhuizen en verpleeginrichtingen die schade geleden hadden.⁴ Van Oppen liet zich weer door 'het veld' zelf informeren.⁵

Het contingent dat in de eerste vijftien jaar na de oorlog voor de ziekenhuisbouw (inclusief psychiatrische inrichtingen) was bestemd, bedroeg tussen de 1 en 2 procent van het wederopbouwprogramma.⁶ Van Oppen schetste in 1949 de smalle contouren van de gezondheidszorg aldus:

De mogelijkheid om aan de verschillende desiderata t.a.v. de volksgezondheid tegemoet te komen wordt bepaald door de economische omstandigheden waarin ons land verkeert. [...] Daar deze toestand zorgwekkend is, is het noodzakelijk ook op het gebied van de gezondheidszorg uiterste soberheid te betrachten.⁷

Financieringsregelingen

De verdeling van de bouwcontingenten was slechts een kant van de wederopbouw. Niet minder belangrijk was de vraag wie voor dit alles moest gaan betalen. In januari 1946 werd via het Ministerie van Financiën een voorschotregeling (renteloze voorschotten) in het leven geroepen in verband met herstel van oorlogsschade.⁸ Ook gestichten en inrichtingen kwamen ervoor in aanmerking. Zo lang er nog geen definitieve regeling

¹ Bijker 1994, 3, Van Oppen 1949, 78.

² Van Poelje en Van Wijnbergen 1950, 72-73.

³ Van Oppen 1949, 80.

⁴ NA 2.15.40 inv. nr. 574, circulaire Voorlopige regeling in zake verpleeginrichtingen en andere inrichtingen van geneeskundige aard, 14 juni 1946.

⁵ Van Oppen 1949, 80.

⁶ Garretsen en Raat 1989, 118; Juffermans 1982, 173. Juffermans baseert zich op CBS-cijfers.

⁷ Van Oppen 1949, 74.

⁸ NA 2.15. 40 inv. nr. 574, kopie circulaire Ministerie van Financiën aan provincies en gemeenten.

was, mochten de instellingen de kosten die werden gemaakt voor het herstel, niet in de kostprijs opnemen. Kosten voor achterstallig onderhoud (dus helemaal los van de oorlogsschade) mochten op den duur wel in de kostprijs worden verdisconteerd, maar alleen als het onderhoud 'urgent' was en ook uitvoerbaar (in verband met de beschikbaarheid van materiaal). Reserves die in het verleden voor onderhoud waren aangelegd, moesten eerst worden gebruikt.¹

Intussen werd bekend dat er vermoedelijk geld beschikbaar zou komen van de kort daarvoor opgerichte International Bank for Reconstruction and Development te Washington (de voorloper van het Internationaal Monetair Fonds). Omdat 'de omvang der financiering door de Bank voorloopig nog van bescheiden aard' zou blijven, wilde de Minister van Binnenlandse Zaken een overzicht hebben van de instellingen die voor deze vorm van financiering in aanmerking kwamen.² Op grond van door de betreffende besturen aangeleverde informatie kwam inspecteur J.H. Pameijer met het plan om alleen de zwaarst getroffen intichtingen via dit kanaal aan geld te helpen, te weten Bloemendaal, Wolfheze, St. Servatius en St. Anna.³

In dezelfde tijd werden de Voorlopige Regelingen Inzake de Financiering van de Wederopbouw van Publiekrechtelijke Lichamen en de Regelingen tot Steun van de Particuliere Bouw van kracht.⁴ Het kwam erop neer dat overheidsinstellingen onder een ander financieel arrangement zouden vallen dan particuliere instellingen. Voor de psychiatrische inrichtingen zou dit betekenen dat er verschillende regelingen zouden bestaan voor particuliere instellingen aan de ene kant en openbare (rijks-, provinciale en gemeentelijke) instellingen aan de andere kant. De inspecteurs van het Staatstoezicht hadden de bijbehorende commissie echter duidelijk gemaakt dat het hen beter leek bij de afwikkeling van oorlogs- en bezettingsschade uit te gaan van het principe: gelijke monniken, gelijke kappen. Particuliere psychiatrische inrichtingen moesten op dezelfde manier voor hulp in aanmerking kunnen komen als de inrichtingen die onder een overheidsbestuur vielen. De commissie nam deze gedachte over en zo kwam

¹ NA 2.15. 40 inv. nr. 574, circulaire van het Staatstoezicht op Krankzinnigen aan directies van gestichten en psychiatrische inrichtingen, 27 maart 1946. De kopie van de circulaire aan provincies en gemeenten was bijgevoegd bij deze brief.

² NA 2.15. 40 inv. nr. 574, afschrift van brief van het Ministerie van Binnenlandse Zaken aan Pameijer, 8 juli 1946.

³ NA 2.15. 40 inv. nr. 574, 26 juli 1946, brief van Pameijer aan collega-inspecteur J. Koenen. Het ging uiteraard om schattingen. In het jaarverslag over 1945 (dat in 1947 verscheen) lezen we dat de totale schade nog niet kon worden vastgesteld. Nog niet alle schade was hersteld. De verloren inventarisgoederen waren nog niet allemaal aangevuld. En de verwoeste gebouwen waren nog niet allemaal vervangen. (VCV s.a. [1947], 163)

⁴ Van Poelje en Van Wijnbergen 1950, 19.

het dat er voor de sector een aparte financiële regeling getroffen werd.¹ Deze Voorlopige Regeling Inzake Verpleeginrichtingen en Andere Inrichtingen van Geneeskundige Aard ging in de zomer van 1946 in. Niet alleen het herstel van oorlogsschade viel eronder, maar ook uitbreiding van bestaande inrichtingen en zelfs de bouw van nieuwe voorzieningen. Van Oppen was intussen aangesteld om alle zaken die met de verpleeginrichtingen te maken hadden, te behandelen.²

Alle getroffen inrichtingen konden nu voor een voorschot in aanmerking komen, totdat de nieuwe regeling klaar was. De inspecteurs moesten een lijst maken van het aantal plaatsen dat door oorlog en bezetting verloren gegaan was en het aantal dat in de nabije toekomst nodig was, voorzien van een predikaat al dan niet ‘urgent’. Dit alles uitgesplitst naar gezindte.³ Naar aanleiding van deze prioriteitenlijst werd de Financieringsregeling Verpleeg- en Behandelinrichtingen vastgesteld, vrijwel tegelijk met de Wederopbouwwet. Deze regeling ging van hetzelfde principe uit als de Wederopbouwwet, namelijk dat alleen bijdragen en garanties werden verstrekt voor (her)bouw, herstel of uitbreiding als de plannen pasten ‘in het algemeen landelijk plan voor de desbetreffende soort van inrichtingen’. De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid bepaalde hoe hoog de bijdragen en garanties konden zijn. Ook bepaalde deze welk percentage van de investeringen als rente en afschrijvingen in de exploitatiekosten mocht worden opgevoerd.⁴ Bij de vaststelling hiervan werd uitgegaan van het prijsniveau van 1941.⁵ De Financieringsregeling werd op 12 augustus 1957 ingetrokken.⁶ In hoofdstuk VI laten we zien hoe de regeling in de praktijk uitpakte.

§ 2. Verzuiling als basis van ordening

In een toespraak voor de ledenvergadering van de Afdeling Gezondheidstechniek van het Koninklijk Instituut van Ingenieurs op 25 maart 1949 had Van Oppen de hoop uitgesproken dat alle verenigingen op het gebied van het ziekenhuis- en inrichtingswezen door een centrale organisatie zouden

¹ NA 2.15.40 inv. nr. 574, afschrift brief Financiële Commissie Wederopbouw Publiekrechtelijke Lichamen aan Minister van Binnenlandse Zaken Afd. Armwezen, 27 augustus 1946.

² NA 2.15.40 inv. nr. 574, circulaire van het Staatstoezicht op Krankzinnigen aan directies van gestichten en psychiatrische inrichtingen, 1 augustus 1946.

³ NA 2.14.40 inv. nr. 574, afschrift brief Financiële Commissie Wederopbouw Publiekrechtelijke Lichamen aan Minister van Binnenlandse Zaken Afd. Armwezen, 27 augustus 1946.

⁴ N.n. 1950, 237. Zie ook: Van Oppen 1949, 78.

⁵ Van Zanden 1998, 130. Zie verder hoofdstuk VI.

⁶ Suurhoff 1958, 47.

worden overkoepeld. Dat communiceerde wat gemakkelijker en het voorkwam dat alle bouwcommissies van ziekenhuizen en inrichtingen zich moesten verdiepen in de allernieuwste ontwikkelingen op het gebied van de bouwtechniek. Wat hem betrof kon die overkoepelende organisatie het beste de pas opgerichte Stichting Het Nederlandse Ziekenhuiswezen zijn, die als belangenbehartiger zou gaan optreden in het ziekenhuiswezen en het inrichtingswezen. Het zou helemaal mooi zijn als de rijksoverheid hierbij als stimulator zou optreden.¹

De basis voor meer overleg op dit niveau was er al: in 1947 was het inrichtingswezen als beleidsterrein van Binnenlandse Zaken naar Sociale Zaken overgeheveld, waarvan ‘volksgezondheid’ - en dus ook het ziekenhuiswezen - al sinds 1919 deel uitmaakte. Ook het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten was meeverhuisd.² Daarmee was een begin gemaakt met de al zo lang nagestreefde ontkoppeling van de krankzinnigenzorg en de armenzorg, en de integratie van het werktein in de volksgezondheid. In 1957 werd het Staatstoezicht omgedoopt tot Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid. Vier jaar later werd deze als hoofdinspectie bij het Staatstoezicht op de Volksgezondheid ondergebracht. De extramurale geestelijke gezondheidszorg was al in 1946 onder toezicht gekomen van een inspecteur in algemene dienst van de Geneeskundige Inspectie voor de Volksgezondheid (GIV). Deze taak werd in 1957 overgeheveld naar de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid (vanaf hier: de Inspectie); het werkgebied omvatte nu de gehele geestelijke gezondheidszorg.³ Voor de financiering van het inrichtingswezen maakte deze ontwikkeling overigens geen verschil: deze werd nog altijd op de bekende wijze via de armenzorg geregeld.

Ook op andere niveaus werd binnen de (geestelijke) gezondheidszorg kort na de oorlog gezocht naar meer overleg en samenwerking. Dit maakte deel uit van een bredere heroriëntatie op de sociale zorg en de gezondheidszorg. In de landelijke politiek werd druk nagedacht over de manier waarop maatschappelijke hervorming kon plaatsvinden.⁴ De depressie lag eenieder nog vers in het geheugen en de gedachte was: dit nooit weer. Sociale risico's van het bestaan, oftewel de (financiële) gevolgen van ziekte, werkloosheid, invaliditeit en ouderdom, moesten worden afgedekt door een uitgebreid stelsel van sociale verzekeringen, was de gedachte; de wel-

¹ Van Oppen 1949, 79-80.

² Van der Grinten, 1987b, 38; De Wit 1991, 45; Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 550. In 1954 werd aan de naam Ministerie van Sociale Zaken ‘en Volksgezondheid’ toegevoegd.

³ Lucieer 2005, 54-65; Kappelhof 1990, 116; Querido 1965, 59; Van der Esch 1975-1980, III: 85-86; De Goei 2001, 128-132.

⁴ Van Zanden 1998, 124.

vaart moest beter worden verdeeld. Over het feit dat het stelsel van sociale verzekeringen moest worden uitgebouwd, was men het vrij snel eens.¹ Over de manier waarop de sociale zorg en de gezondheidszorg moesten worden gereorganiseerd, verschilden de meningen echter. Sommige barrières bleken in de praktijk minder gemakkelijk te slechten; vooral de verzuiling bleef als ordeningsbeginsel overeind, zo zullen wij hieronder laten zien.

Mislukte plannen voor de geestelijke gezondheidszorg

Tijdens de oorlog stelde een kleine vooraanstaande groep binnen de NFGV in het geheim plannen op voor een nieuwe structuur voor de geestelijke volksgezondheid, die de gehele geestelijke volksgezondheid (intramuraal en extramuraal) zou omvatten.² Meer samenhang in de geestelijke gezondheidszorg en het creëren van districtsconsultatiebureaus voor geestelijke gezondheidszorg maakten deel uit van deze plannen.³ Na de oorlog werd hierop voortgeborduurd. Een groot aantal experts werd uitgenodigd om mee te denken en mee te werken aan de opzet van een preadvies voor een wettelijke regeling; A. Querido en J. Kat zetten uiteindelijk alles op papier.

Querido wilde de verouderde Krankzinnigenwet vervangen, omdat deze het onmogelijk maakte adequaat toezicht te houden op psychiatrische patiënten buiten de inrichting. In zijn ogen moest het consultatiebureau het knooppunt worden van de geestelijke hulpverlening. Met uitzondering van de buitendienst van Maasoord en zijn eigen Amsterdamse bureau, vond Querido de bestaande consultatiebureaus voor deze rol ongeschikt, ze waren te klein en modderden maar wat aan.⁴ Die ondoelmatigheid moest ook meteen worden aangepakt. Ten slotte kon een nieuwe wet helpen om verbeteringen in het inrichtingswezen te bewerkstelligen. Dit verkeerde mede als gevolg van de verouderde financieringsstructuur en de oorlogsschade in een staat van ontreddering.

Kat werkte de plannen van Querido uit en ging nog een stapje verder. Hij kwam met een compleet bestuurlijk-organisatorisch kader dat als kolom naast de algemene gezondheidszorg kon functioneren. Kat streefde naar eenheid in organisatie, bestuur en financiering en een strakke overheidsregie. Zijn plannen omvatten niet alleen de voor- en nazorg en het inrichtingswezen, maar ook de MOB's, de BLGM's en de IMP's.

¹ Noordam 1998b, 808.

² Gebaseerd op Van der Grinten 1987b, 143-170. Zie ook De Goei 2001.

³ Van der Grinten 1987b, 112-113.

⁴ Querido spreekt van '...een chaos van kleinere en kleinst mogelijke bedrijfjes, die naar gelang van hun eigen inzicht en initiatief meehielpen, meemodderden, of een meesterlijke inactiviteit ontwikkelden'. (Geciteerd bij Van der Grinten 1987b, 146.)

De plannen leden uiteindelijk schipbreuk. Ze werden van twee kanten aangevallen: aan de ene kant konden de betrokkenen bij de MOB's zich niet vinden in de opgedrongen samenwerking met de andere werkgebieden, die volgens hen de kwaliteit van de bureaus in gevaar zou brengen. Zoals bekend waren de MOB's de enige bureaus die van meet af aan al werkten vanuit centraal (door de NFMOB) opgestelde kwaliteitscriteria. Aan de andere kant vreesden de voorstanders van het particuliere initiatief in de nieuwe opzet buiten spel te komen te staan doordat in de plannen aan de overheid een belangrijkere rol was toebedeeld.

Naar aanleiding van een uitgekleed concept voor een wetsvoorstel dat uiteindelijk aan de Minister werd aangeboden, werd in 1948 nog wel een Reorganisatiecommissie voor de Geestelijke Volksgezondheid in het leven geroepen, maar deze stief na een jaar of zes een stille dood. Tot een werkelijk wetsvoorstel zou het niet komen.

De Gezondheidswet (1956)

In de (ver)wording van de plannen van Querido en Kat ziet men een echo van wat er gebeurde met de ordeningsvoorstellen van de commissie-Van Rhijn met betrekking tot de algemene gezondheidszorg. Geïnspireerd door het gezaghebbende *Beveridge Report* (waarin onder meer de grondslag voor de Britse *National Health Service* werd gelegd) had de regering-inballingschap deze commissie - onder leiding van oud-minister A.A. van Rhijn (CHU, voorzitter van de Buitengewone Algemene Rekenkamer in Londen) - in 1943 in het leven geroepen met als opdracht richtlijnen op te stellen voor de toekomst van de sociale zorg en de gezondheidszorg.¹ Bedoeling was onder meer dat er uiteindelijk een nieuwe Gezondheidswet moest komen.

Zoals velen was Van Rhijn zeer geïnspireerd door de gedachten over sociale zekerheid van Beveridge.² In drie delen zette hij zijn plannen over dit onderwerp uiteen.³ De strekking was dat de centrale overheid een veel grotere rol moest gaan spelen op het gebied van de organisatie van de sociale zorg. Net als Querido en Kat zette hij in op een door de overheid gestuurde, districtsgewijs georganiseerde uitvoering van de gezondheidszorg. Over de plannen zullen we hieronder nog meer vertellen. Voor dit moment is het van belang te weten dat de reorganisatievoorstellen na de

¹ Juffermans 1982, 141-142.

² Hij schreef: 'Ik woonde op een snikheeten Augustusnamiddag, wanneer iedere Engelschman zich naar buiten pleegt te spoeden, een bijeenkomst bij, waar eenige duizenden met groote spanning luisterden naar wat de spreker over dit onderwerp te zeggen had.' (Van Rhijn 1947, 8.) Zie ook: De Gaay Fortman 1986, 674. Meer over het *Beveridge Report* en de totstandkoming van de NHS in Freeman 2005, 122-126.

³ Van Rhijn 1945[a-c].

oorlog onder vuur genomen werden. Kritiek kwam onder meer van particuliere organisaties.¹ In 1948 kwam de Centrale Commissie voor de Volksgezondheid met een voorontwerp voor een wet, waarin een complete ordening voor de gezondheidszorg werd voorgesteld. In de sector gingen de discussies over het ordeningsvraagstuk evenwel gewoon door en binnen deze debatten tekende het overwicht van het particuliere initiatief - lees: de confessionelen - zich af.

Tegen de tijd dat Nederland klaar was voor een nieuwe Gezondheidswet (in 1956) hadden de voorstanders van het particuliere initiatief het pleit gewonnen: van het rapport van de commissie-Van Rhijn en het naoorlogse hervormingsstreven met betrekking tot de gezondheidszorg was in de wet weinig meer terug te vinden. De Gezondheidswet voorzag in de komst van een Centrale Raad voor de Volksgezondheid met adviserende, coördinerende en stimulerende taken, maar geen uitvoerende bevoegdheden. De uitvoering bleef grotendeels in handen van het particuliere initiatief. In de Centrale Raad speelde het particuliere initiatief een belangrijke rol. De Raad werd samengesteld uit kroonleden, een breed scala aan belangenhartigers uit de zorg (waaronder veel particuliere organisaties) en de centrale organisaties van werkgevers en werknemers, die in die tijd ook verzuild waren. Verder werden er Provinciale Raden voor de Volksgezondheid in het leven geroepen die tot taak kregen ontwikkelingen in de gezondheidszorg te stimuleren en te coördineren. Hierin zaten eveneens vertegenwoordigers van het verzuilde particuliere initiatief.²

De Provinciale Raden gingen zich gaandeweg ook bemoeien met de geestelijke gezondheidszorg. Zij dienden de provinciebesturen van advies, onder meer over het verstrekken van subsidies. In enkele provincies kwamen in de jaren zestig structuurplannen tot stand met betrekking tot de geestelijke volksgezondheid.³

Intussen was er gaandeweg een nieuwe overlegstructuur in de (geestelijke) gezondheidszorg ontstaan. In verschillende publiekrechtelijke organisaties, zoals de Centrale Raad voor de Volksgezondheid en de Ziekenfondsraad, en privaatrechtelijke organen als het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven (zie verder paragraaf 5) werden de besturen gevormd door vertegenwoordigers van de overheid en de verschillende marktpartijen samen. Deze raden kregen in de loop der tijd meer en meer adviserende of soms zelfs beslissende bevoegdheden. Ook de verschillende overkoepelende organen, zoals de VKIN en de Vereniging van R.K. Gestichten en Inrich-

¹ Van der Grinten 1987b, 119.

² Gezondheidswet 18 januari 1956, Staatsblad 51; Juffermans 1982, 148; De Wit 1991, 46. Juffermans spreekt van een 'zwak bestuurlijk apparaat', Juffermans 1982, 204.

³ De Wit 1991, 47.

tingen voor Krankzinnigen en Zwakzinnigen, vonden een plaats in deze constellatie.

Verzuilde samenwerking

Ondanks de plannen om dit te doorbreken, was de verzuiling dus een belangrijke rol blijven spelen in de ordening van de gezondheidszorg. In de samenwerkingsverbanden op organisatieniveau was deze ook terug te zien. Al in 1949 waren de katholieken uit de pas opgerichte Stichting Het Nederlandse Ziekenhuiswezen gestapt met als reden dat het kerkelijke gezag (dat in de in 1933 opgerichte Vereniging van Katholieke Ziekenhuizen een sterke rol speelde) meer voelde voor samenwerking in eigen kring. Vanaf 1951 beschikten de katholieken over een eigen Economisch Instituut van het Katholieke Ziekenhuiswezen en in 1956 werd het Centraal Bureau voor het Katholieke Ziekenhuiswezen opgericht, dat het secretariaat vormde van de Vereniging van Katholieke Ziekenhuizen. Een eigen orgaan was er al sinds 1934: *Ons Ziekenhuis*.¹ Incidenteel overleg tussen katholieke en niet-katholieke koepelorganisaties kwam wel tot stand. Zo lieten leden van de beide koepelorganisaties geregeld over en weer artikelen van elkaar overnemen in *Ons Ziekenhuis* en *Het Ziekenhuiswezen*, die beide organisaties weer deelden met hun zusterkoepels in de inrichtingswereld.

Binnen de – ten opzichte van de algemene gezondheidszorg – relatief kleine wereld van de geestelijke gezondheidszorg vond eveneens incidenteel overleg plaats. Zo werd in 1948 ten behoeve van de communicatie over de wederopbouw een ‘commissie betreffende de regeling van de vergoeding van oorlogsschade’ in het leven geroepen, waarin de Vereeniging van R.K. Gestichten en Inrichtingen voor Krankzinnigen en Zwakzinnigen voor het eerst samenwerkte met de VKIN.² Ook zocht men samenwerking om het probleem van het verpleegsterstekort te lijf te gaan.³

Van lieverlee groeiden de VKIN (vanaf 1 januari 1956 Vereniging van Psychiatrische Inrichtingen in Nederland - VPIN) en de Vereeniging van R.K. Gestichten en Inrichtingen voor Krankzinnigen en Zwakzinnigen (in 1956 omgedoopt tot Katholieke Vereniging van Inrichtingen voor Behandeling en Verpleging van Geestelijk Gestoorden - KVI) toch naar elkaar toe. Vanaf 1960 gingen zij intensiever samenwerken in een Contactcommissie. Ook de samenwerking met de beide koepels voor het ziekenhuis-

¹ Duffhues, Felling en Roes 1985, 104-19=08. Zie ook: VRKGIKZ s.a. [1948], 6; VRKGIKZ s.a. [1949], 5-6. Zie ook: Sluiter 1949, 1728. Deze schrijver spreekt over een ‘eigen sectarische stichting’.

² NA 2.19.142 inv. nr. 19, Verslag van de secretaris van de Vereniging van Krankzinnigengestichten in Nederland, gevestigd te Utrecht, over het jaar 1948.

³ NA 2.19.142 inv. nr. 20, Verslag van de Vereniging van Psychiatrische Inrichtingen in Nederland over het jaar 1960.

wezen werd intensiever in de jaren zestig.¹ Toen eind jaren zestig de Stichting Het Nederlandse Ziekenhuiswezen en de Vereniging van Katholieke Ziekenhuizen samengingen in de Nationale Ziekenhuisraad, werd de samenwerking tussen de VPIN en de KVI voortgezet in de Sectie Psychiatrie van de Nationale Ziekenhuisraad, waarmee de krachtenbundeling compleet werd. De economische instituten van beide organisaties sloten eveneens de handen ineen.²

Hoe verging het intussen de extramurale GGZ? Na de Tweede Wereldoorlog kreeg het NFGV min of meer de status van woordvoerder van de extramurale instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. De vertegenwoordigers van de verschillende zuilen voerden overleg met elkaar over de verdeling van het Prophylaxegeld. De uitvoering van de zorg bleef echter gescheiden via de zuilen.³ Maar de instellingen zochten nu ook meer contact met elkaar, voorsnog vooral binnen de zuilen. Met name de katholieken maakten nogal veel werk van het onderling overleg tussen de verschillende extramurale voorzieningen. De R.K. Charitatieve Vereniging, die in 1950 haar naam veranderde in Katholieke Centrale Vereniging voor de Geestelijke Volksgezondheid (KCV) nam in 1952 het initiatief tot de oprichting van het Katholiek Nationaal Bureau voor de Geestelijke Gezondheidszorg (KNBGG), dat als zelfstandige organisatie een aantal praktische coördinerende en organisatorische taken van de KCV overnam. Het KNBGG trad op als stimulator en instigator van katholieke MOB's, bureaus voor voor- en nazorg, alcoholistenbureaus en bureaus voor huwelijksvoorlichting, en het voerde het secretariaat over de landelijke (katholieke) koepels van deze instellingen.⁴

De niet-katholieke extramurale instellingen verenigden zich gaandeweg meer in koepelorganisaties: de Nederlandse Federatie van Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden, de Nederlandse Vereniging van Sociaal-Psychiatrische Diensten en de Federatie van Instellingen voor de zorg van Alcoholisten. In de loop van de jaren zestig gingen echter ook de verschillende katholieke koepelorganisaties samenwerkingsverbanden met deze organisaties aan. Uiteindelijk zouden alle koepelorganen in 1972 de handen ineenslaan in de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, de NVAGG, die de gemeenschappelijke belangen in de

¹ N.n. 1966, 218.

² Duffhues, Felling en Roes 1985, 112; N.n. s.a. [ca. 1996], 3. Beide koepelorganisaties bleven overigens nog een poosje bestaan nadat de Sectie Psychiatrische Instituten met haar werkzaamheden was begonnen. In 1971 werd tot opheffing van de VPIN besloten. (N.n. s.a. [ca. 1996], 3). De KVI fuseerde in 1976 met de Katholieke Vereniging van Verpleeghuizen tot de Vereniging van Katholieke Ziekeninrichtingen. Duffhues, Felling en Roes 1985, 112.

³ Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 634.

⁴ Duffhues, Felling en Roes 1985, 111; Van der Grinten 1987b, 275.

sector ging vertegenwoordigen en de totstandkoming van regionale samenwerkingsverbanden hoog op de agenda plaatste.¹

§ 3. Financiering van het inrichtingswezen

De Gezondheidswet was alleen gericht op de *ordering* van de gezondheidszorg. De financiering viel er niet onder. De commissie-Van Rhijn had zich echter ook over het financieringssysteem gebogen en was uitgekomen bij een omvangrijk sociaal verzekeringsstelsel. Vergroten van de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg maakte onderdeel uit van de plannen. Dit was overigens een van de weinige punten waarop de commissie-Van Rhijn een vergelijkbare lijn volgde als het *Beveridge Report*.² Van Rhijn koos echter niet – zoals Beveridge – voor rechtstreekse staatsfinanciering maar voor een (verplichte) volksverzekering.³

Van Rhijn en de opmars van de verzorgingsstaat

Achtergrond van de plannen van Van Rhijn vormde de gedachte dat de sociale onrust in de jaren twintig en dertig mede de oorzaak waren geweest van het uitbreken van de wereldoorlog. De sociale onrust had betrekking op grote groepen in de samenleving. Het waren niet alleen arbeiders, maar ook *'ontwortelde middenstanders, verdrukte boeren, en een te laag beloond boorden-proletariaat'* die zich aangetrokken hadden gevoeld tot de nationaal-socialistische beweging. Het verlichten van de sociale problemen waarmee al deze mensen te kampen hadden, was een manier waarop een nieuwe catastrofe kon worden voorkomen.⁴ Deze gedachte werd overigens niet alleen door Van Rhijn vertolkt, maar ook in latere parlementaire debatten nadrukkelijk naar voren gebracht.⁵

In de krachtige roep om betere en vooral ook centraal geregelde sociale voorzieningen kan men het bescheiden begin van de opmars van de verzorgingsstaat herkennen.⁶ De aandacht voor betere sociale voorzieningen bracht ook de toenemende macht van de sociaaldemocraten tot uitdrukking. De van oudsher tot oppositie gedoemde SDAP was eind jaren dertig onder invloed van een grote groep gematigde politici opgeschoven naar

¹ Blankestijn en Geradts 1978, 22-23 en 29-30. Zie ook: Van der Grinten 1987b, 281.

² 'Betrekkelijk weinig van de in dit laatste [i.e. het *Beveridge Report*, CB] voorgestelde maatregelen worden overgenomen', aldus J. Mannoury, die beide rapporten met elkaar vergeleek. Mannoury 1989.

³ Juffermans 1982, 149.

⁴ Rapport-Van Rhijn geciteerd bij Mannoury 1989, 453. Cursivering origineel. Dezelfde gedachten zijn te vinden in Van Rhijn 1947, 9. Juffermans drukte zich in 1982 veel voorzichtiger uit: 'Wellicht speelde hier het motief mee, dat voor het behoud van de maatschappelijke en politieke stabiliteit in Nederland zekere sociaal-politieke concessies moesten worden gedaan aan de vanuit het antifascisties verzet geboren drang naar vernieuwing.' (Juffermans 1982, 149.)

⁵ Mannoury 1989, 453. Dit aspect werd - volgens de auteur - niet in het Beveridge-rapport genoemd.

⁶ Van Maarseveen 1995, 177.

het politieke midden. Dit werd in 1939 beloond met regeringsdeelname.¹ De regering-in-ballingschap (Gerbrandy-I en II) telde drie sociaaldemocraten, onder wie een op Sociale Zaken (J. van den Tempel). Ook na de oorlog bleven de sociaaldemocraten sterk vertegenwoordigd. Nadat tijdens de oorlogsjaren geducht werd nagedacht over de ‘doorbraak’ van het verzuilde politieke stelsel, werd in 1945 de Partij van de Arbeid opgericht, waarin de meeste SDAP-ers samen met links-liberalen en links georiënteerde christen-democraten zitting namen. Tot deze laatste groep behoorde ook Van Rhijn. Al in 1939 had hij in een brochure laten weten tot een nieuw inzicht te zijn gekomen. Als overtuigd christen was hij van mening dat de staat een veel actievere rol moest spelen in de creatie van een ‘verantwoordelijke maatschappij’.² In 1946 stapte hij uit de CHU om zich aan te sluiten bij de nieuwe partij.

De verzuiling bleef, maar de regeringsdeelname van de sociaaldemocraten - nu vertegenwoordigd in de Partij van de Arbeid - was vanzelfsprekend geworden. Tot 1958 werd de politiek gedomineerd door rooms-rode coalities, vanaf 1948 geleid door sociaaldemocraat Willem Drees, wiens voorname doelstelling de consolidatie en uitbreiding van het stelsel van sociale zekerheid was.³ Hij greep daarbij terug op de plannen van Van Rhijn, die inmiddels partijgenoot was geworden. De laatste raakte zelf nauw betrokken bij de uitvoering van de maatregelen, eerst als secretaris-generaal (1945-1950) en daarna als staatssecretaris (1950-1958) op het Ministerie van Sociale Zaken.

Van Rhijns invloed op de uitbreiding van de sociale zekerheid was ‘onmiskkenbaar’.⁴ Toch kon hij niet al zijn voorstellen verwezenlijken. Hierboven zagen we reeds dat zijn plannen voor de reorganisatie van de gezondheidszorg waren verwaterd. Wat betreft de financieringsregelingen maakte de schaarste van de beschikbare middelen het maken van keuzen vooraf noodzakelijk. Voorrang werd verleend aan de leniging van de ‘nood der ouden van dagen’, het meest dringende sociale vraagstuk van dat moment.⁵ Zo werd in 1947 de Noodwet Ouderdomsvoorziening aangevaard, gevolgd door de Algemene Ouderdomswet (AOW, 1957).⁶ De gezondheidszorg moest wachten.

¹ Van Zanden 1997, 93.

² De Gaay Fortman 1986, 674.

³ Van Zanden 1997, 93.

⁴ De Gaay Fortman 1986, 674.

⁵ Van Rhijn geciteerd bij Mannoury 1989, 454.

⁶ Over de rol van Van Rhijn bij de totstandkoming van deze wetten: zie Mannoury 1989.

Tarieven aan banden

Direct na de oorlog werden de tarieven in de ziekenhuiswereld door de centrale overheid geregeld met behulp van de Prijsopdrivings- en Hamsterwet van 1939. De rijksoverheid had nog twee instrumenten om premiestijgingen te vermijden: het verstrekkingspakket werd lange tijd nauwelijks uitgebreid en de ziekenfondsen kregen de opdracht tekorten te dekken door in te teren op de reserves die ze tijdens de oorlog hadden opgebouwd. Deze situatie gold voor de ziekenhuizen nog tot 1965, toen de Wet Ziekenhuistarieven (WZT) werd aangenomen.¹

De psychiatrische inrichtingen vielen aanvankelijk ook onder de regeling. Hierdoor veranderde er echter niet veel in de tot dan toe bestaande situatie. De tarieven werden namelijk nog steeds na onderhandelingen over de kostprijs met de provincies vastgesteld. Verzoeken om verhoging van het verpleegtariaf moesten nu weliswaar worden gericht tot het Directoraat voor de Prijzen van het Ministerie van Economische Zaken, maar als het om contracttarieven ging, moest de betreffende provincie toch eerst toestemming hebben gegeven.² In 1952 werden de psychiatrische inrichtingen vrijgesteld van de regeling. De verpleegtariafen werden daarna weer op de oude manier vastgesteld: op basis van de exploitatiecijfers en na onderhandeling met de provincies.³

J. Verduyn en M.J. Kapteijn den Bouwmeester schatten de totale uitgaven aan krankzinnigenzorg in 1953 op 60 miljoen gulden. In absolute cijfers was dit vier keer zo veel als in 1940, afgezet tegen de inflatie nog altijd een verdubbeling. Van deze 60 miljoen gulden werd 51 miljoen direct door gemeenten betaald. Van die 51 miljoen werd 9 miljoen gedekt door provinciale subsidies en kon nog eens 8 miljoen worden verhaald via de eigen bijdragen. Bleef over: ongeveer 34 miljoen oftewel 56 procent van de totale kosten.⁴ Enkele jaren later zou het CBS die cijfers bevestigen: zie tabel V-2. In de tabel is ook te zien dat de verhoudingen na 1960 waren veranderd. Hierop komen wij nog terug.

¹ Jeunissen en Putters 2001, 81; Bijker 1994, 52. Deze wet bepaalde dat het maken van prijsafspraken overgelaten kon worden aan de sector zelf.

² NA 2.15. 40 inv. nr. 574, circulaire van het Staatstoezicht op Krankzinnigen aan directies van gestichten en psychiatrische inrichtingen, 27 maart 1946. Het Staatstoezicht liet in maart 1946 weten dat een inrichting die een tariefsverhoging wenste, zich het beste eerst met de Afdeling Krankzinnigenwelen van Binnenlandse Zaken in verbinding kon stellen.

³ HDCNP 501, inv. nr. 23, Notulen Centraal Bestuur VCV 17 juni 1952. Zie ook: Bijker 1994, 52; De Vaal 1956a, 127.

⁴ Verduyn en Kapteijn den Bouwmeester 1955, 29-33. De Wit suggereert dat er sprake is van een groei van de provinciale bijdrage aan de krankzinnigenverpleging. (De Wit 1991, 25.) In absolute cijfers klopt dit ook wel, maar wanneer men de bijdrage afzet tegen de totale kostenomvang van de krankzinnigenverpleging, blijkt er sprake te zijn van een daling van ongeveer 35 procent in 1892 naar 15 procent in 1953.

Tabel V-2

Uitgaven aan krankzinnigenverpleging in miljoen guldens en als percentage van de totale uitgaven (1953-1963)

	totaal	rijk		provincies		gemeenten		overigen*	
		bedrag	%	bedrag	%	bedrag	%	bedrag	%
1953	59,2	3	5	8,7	15	33,9	57	13,6	23
1958	85,7	4,1	5	13,6	16	47,3	55	20,8	24
1963	139,0	6,6	5	4,7	3	91,8	66	35,9	26

* Dit betrof voornamelijk de particuliere bijdragen. Het CBS rekende hiertoe ook premiebetaling en dus de bijdrage van de ziekenfondsen en andere verzekeringen.

Bron: CBS [1957-1964b].

Uitbreiding, maar (nog) geen vervanging van het Ziekenfondsenbesluit

De financiering van de verpleegkosten van armlastige psychiatrische patiënten was, zoals gezegd, nog steeds deel van de armenzorg. Dit beleidsterrein viel vanaf 1952 onder het in dat jaar opgerichte Ministerie van Maatschappelijk Werk. In de regelgeving bracht dit verder geen verandering.¹ Wat wel veranderde was het feit dat - als gevolg van een wijziging in het Ziekenfondsenbesluit in 1950 - de eerste 42 dagen van de opname in een psychiatrische inrichting voortaan via de ziekenfondsen werd bekostigd. Het Ziekenfondsenbesluit was tijdens de oorlog - in 1941 - van kracht geworden en regelde dat werknemers beneden een loongrens en hun gezinsleden verplicht werden verzekerd. (Vrijwillige ziekenfondsverzekering onder een bepaalde welstandsgrens bleef mogelijk.) Het aantal verzekerden was aanvankelijk niet spectaculair toegenomen. Aan de vooravond van het Ziekenfondsenbesluit was al bijna de helft van de bevolking bij een ziekenfonds aangesloten, daarna groeide het aantal ziekenfondspatiënten tot 60 procent van de bevolking.² Het Ziekenfondsenbesluit had echter wel geleid tot een belangrijke uitbreiding van het verstrekkingenpakket, onder meer met de betaling van de eerste 42 opnamedagen in een ziekenhuis. Hoewel het besluit na de oorlog door velen werd verfoeid omdat het onder de Duitse bezetting tot stand gekomen was, werd het terugdraaien ervan niet verstandig gevonden. De wet had de weerbaarheid van de lagere inkomens vergroot en dit werd als een groot goed beschouwd, niemand wilde immers terug naar de vooroorlogse verhoudingen.³ Bovendien leek het niet erg praktisch om de hele discussie over het financieringsstelsel, die al ruim voor de oorlog was begonnen, weer opnieuw te gaan voeren.⁴ Het besluit werd in gewijzigde vorm verder ingevoerd.

¹ De Wit 1991, 45.

² Van der Hoeven 1989, 54.

³ Companje 1997, 343; Companje 2001, 182.

⁴ Van der Grinten 1987b, 117.

Een belangrijke aanpassing betrof de instelling van de Ziekenfondsraad in 1948, een publiekrechtelijk orgaan dat diverse taken met betrekking tot de besluitvorming uit handen nam van de overheid en verordenende bevoegdheid had. De Ziekenfondsraad bestond uit vertegenwoordigers van de overheid, de sociale partners, de medische beroepsgroepen en de ziekenfondsorganisaties.¹ Het pakket van de vrijwillige verzekering werd al eerder (1947) gelijkgeschakeld met dat van de verplichte verzekering. Het aantal verzekerden nam intussen toe. Rond 1950 was al bijna 70 procent van de bevolking verplicht of vrijwillig ziekenfondsverzekerd.² Ook groepen uitkeringsgerechtigden waren onder de verplichte verzekering gebracht en steeds meer gemeenten hadden hun armlastigen bij de vrijwillige ziekenfondsverzekering ingeschreven.³

Op 23 maart 1950 maakte de Ziekenfondsraad bekend dat opname in een psychiatrische inrichting gelijkgesteld werd met opname in een ziekenhuis. Vanaf nu werden dus de eerste opnamedagen in de psychiatrische inrichting ook via de ziekenfondsen bekostigd. Er moest wel sprake zijn van een medische indicatie. Andere verstrekkingen die onder het Ziekenfondsenbesluit vielen – zoals specialistische of tandheelkundige hulp, of medicijnen – werden al langer vergoed via de ziekenfondsen, maar dit werd door de gemeenten die de verpleegkosten betaalden, met de betreffende ziekenfondsen verrekend. Het ging echter maar om een kleine groep patiënten.

Bij het oude

Met betrekking tot het grootste deel van de financiering van de exploitatiekosten van de inrichtingen bleef alles dus min of meer bij het oude. Het aandeel van de gemeenten in de bekostiging van de krankzinnigenzorg was in de jaren dertig flink opgeklommen (in 1929 was het nog ruim 49 procent, maar eind jaren dertig was het meer dan 60 procent) en het was na de oorlog niet veel minder geworden.⁴

De uitgaven aan de krankzinnigenverpleging waren nog altijd zeer ongelijk over de gemeenten verdeeld. Ze waren afhankelijk van het aantal krankzinnigen, van de contracten die provincies hadden gesloten en van de omvang van de provinciale bijdragen, die varieerden van f0,23 per hoofd van de bevolking in Zeeland tot f1,28 in Zuid-Holland.⁵ De verschillen in de financiële inspanningen die de gemeenten moesten leveren, werden sinds de introductie van het Gemeentefonds in 1930 evenwel ge-

¹ Companje 2001, 182. Zie ook: Godefroi 1963, 61.

² Schut en Van der Velden 1998, 855.

³ Schut en Van der Velden 1998, 859.

⁴ Vergelijk tabel V-2. Zie ook: hoofdstuk I en Bakker en Van der Velden 2004a, 86-87.

⁵ Verduyn en Kapteijn den Bouwmeester 1955, 65-73.

matig: een percentage van de landelijke belastingopbrengst ging immers naar de gemeenten (zie hoofdstuk I).¹ De betreffende verdeelsleutel was weliswaar sinds de jaren dertig niet meer veranderd; er werd bijvoorbeeld geen rekening gehouden met de sinds de oorlog gestegen verpleegkosten. Maar de verdeelsleutel hield wel rekening met de hoogte van de provinciale subsidies: die werden van de kosten voor de krankzinnigenverpleging afgetrokken. Gemeenten gelegen in relatief vrijgevege provincies profiteerden dus minder van de provinciale bijdragen. Gemeenten die relatief weinig provinciesubsidie ontvingen werden door de bijdrage van het Gemeentefonds gecompenseerd.²

De regelgeving met betrekking tot de betaling van de verpleegkosten was door de komst van aangewezen inrichtingen en sanatoria en later het Ziekenfondsenbesluit, complexer geworden. W. Schoonderbeek, ambtenaar op het Ministerie van Binnenlandse Zaken (wij kennen hem nog uit de commissie-Frederiks, zie hoofdstuk IV), sprak van een ingewikkelde briefwisseling tussen gemeenten, provincie en het Ministerie. Een gemeentelijke collega had hem wanhopig gevraagd: ‘ben ik nu g... of u, of horen wij beiden in een gesticht thuis en de patiënt op onze plaats?’³ Schoonderbeek legde de betalingsregels opnieuw uit aan de gemeentebesturen: eerst betaalde de gemeente (of in onduidelijke gevallen: het rijk), daarna zocht de betreffende gemeente uit bij wie hoeveel geld kon worden verhaald. Schoonderbeek vond dat onduidelijkheid hierover nooit mocht leiden tot uitstel van opname, omdat daarmee de kans op genezing én de openbare orde in het geding konden komen. De hoofdzaak was dat als opname noodzakelijk was, de gemeente direct in actie kwam en de kosten betaalde. Was de patiënt eenmaal opgenomen, dan had zij nog alle tijd om uit te zoeken waar ze verhaal kon halen.⁴

Bij de begrotingsbehandeling van 1950, 1952 en 1953 werd over het financieringsstelsel gedebatteerd in de Tweede Kamer; het stelsel begon volgens Kamerleden te knellen.⁵ Ten eerste werd gesteld dat sommige gemeenten door de toevallige aanwezigheid van veel psychiatrische patiënten onder de inwoners onevenredig zwaar belast werden met de kosten voor de verpleging.⁶ Zoals Verduyn en Kapteijn den Bouwmeester het in 1955 omschreven: ‘de geestesziekten [kiezen] haar prooi met grote griligheid’.⁷ Een element van toevalligheid werd ook gevormd door de pro-

¹ Bonnema 1980, 4. Dit vormde een onzekere inkomstenbasis voor de gemeenten en was zeer conjunctuurgevoelig.

² Verduyn en Kapteijn den Bouwmeester, 66-68.

³ Schoonderbeek 1951a en 1951b.

⁴ Schoonderbeek 1951a, 82.

⁵ Verduyn en Kapteijn den Bouwmeester 1955, 9.

⁶ Oud en Nap 1955, 4; Verduyn en Kapteijn den Bouwmeester 1955, 9.

⁷ Verduyn en Kapteijn den Bouwmeester 1955, 9.

vinciale bijdrageregeling, die geen wettelijke basis kende en dus zo maar door de provincie kon worden bijgesteld, of zelfs afgeschaft. Ten slotte konden patiënten die toevallig woonachtig waren in een gemeente die krap bij kas zat, de pech hebben dat het gemeentebestuur om financiële redenen een noodzakelijke opname trachtte te voorkomen.¹

Hoewel er geen feitelijke voorbeelden van bekend zijn, is het niet helemaal ondenkbaar dat sommige gemeentebesturen het gedoe over het geld inderdaad gebruikten om onder de betaling van de verpleegkosten uit te komen. De gemeentelijke kassen hadden tijdens de bezetting flinke klappen opgelopen en door allerlei maatregelen van de bezetter was de toestand op financieel gebied 'vrij chaotisch' geworden. De tekorten waren zo hoog opgelopen, dat in 1948 een Wet noodvoorziening gemeentefinanciën in het leven geroepen werd.² Deze noodwet, bedacht door een staatscommissie onder leiding van de vroegere minister van Financiën P.J. Oud (Vrijzinnig Democratische Bond, later VVD), had echter - voor zover bekend - geen enkele invloed op de financiering van opname en behandeling in een psychiatrische inrichting. De kosten hiervoor maakten dan ook uiteindelijk maar een klein deel uit van de totale gemeentebegrotingen; typeringen in de zin van een 'zwaar drukkende last' en 'verpleegkosten... die de gemeentebegrotingen vaak zwaar belasten' moeten als retoriek worden gekenschetst.³ Het staat dus niet vast dat gemeenten werkelijk uit financiële overwegingen patiënten een noodzakelijke opname onthielden.

De hiervoor genoemde bezwaren moeten dan ook vooral gezien worden als argumenten die vaker te horen waren in de discussie over de toekomst van de sociale zorg. In het kort kwam het erop neer dat het bestaande stelsel rechtsongelijkheid veroorzaakte en dat de kosten voor de gemeenten te hoog waren. Een centraal geregelde financiering zou hieraan een einde kunnen maken. De gedachten die Van Rhijn hierover op papier had gezet, begonnen terrein te winnen, echter niet in de vorm van een volksverzekering, zoals Van Rhijn had voorgesteld, maar in de vorm van rechtstreekse overheidsfinanciering.

In het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid* had bijvoorbeeld ook eerder genoemde Kat een plan ontvouwd voor de instelling van een *fonds commun* naar Belgisch model, waaruit de verpleegkosten werden betaald en waaraan rijk, provincies en gemeenten zouden bijdragen. In België was de financiële en bestuurlijke bijdrage aan de krankzinnigenzorg van de centrale overheid veel groter dan in Nederland.⁴ Ook buiten

¹ Verduyn 1947, 259.

² Van Maarseveen 1995, 175-176.

³ De eerste typering is van Verduyn en Kapteijn den Bouwmeester 1955, 9; de tweede van de Minister zelf, geciteerd in *ibidem*, 10.

⁴ Kat 1946. Zie ook: Verduyn en Kapteijn den Bouwmeester 1955, 12.

de psychiatrische wereld waren wel voorstanders van deze ideeën te vinden. De provincie Gelderland had in 1948 op provinciaal niveau zo'n fonds ingesteld om de uitgaven beter over de Gelderse gemeenten te spreiden.¹ Een staatscommissie - onder leiding van hierboven genoemde Oud - kwam in 1955 met een voorstel voor een Wet betreffende de financiering van de kosten van verpleging van arme krankzinnigen ('Wet kosten krankzinnigenverpleging'), waarin eveneens werd uitgegaan van een centrale financieringsregeling uit een soort *fonds commun*.

Directe of indirecte rijksfinanciering van de verpleegkosten was voor veel belanghebbenden echter nog altijd een brug te ver. Velen (eerder aangehaalde Verduyn inclus!) gingen ervan uit dat gemeenten bij gebrek aan een financiële prikkel geen moeite meer zouden willen doen om de patiënten uit de inrichting te krijgen of te houden. F.M. Havermans (geneesheer-directeur van St. Servatius te Venray) en F.J.M. Schmidt schreven bijvoorbeeld naar aanleiding van het stuk van Kat:

Wanneer de geesteszieke eenmaal geïnterneerd is, wenscht de gemeente geen risico te lopen andermaal de beslommingen van een opname te moeten meemaken. De mogelijkheid dat zoo'n patiënt met verlof of na gekregen ontslag kosten voor voeding, kleeding e.d. zal veroorzaken, welke niet op het gemeen-fonds verhaald kunnen worden, zal de gemeentebesturen weerhouden bijzonder actief te zijn.²

Deze gedachte laat zich lezen als het spiegelbeeld van de veronderstelling dat gemeenten uit geldnood patiënten een noodzakelijke opname onthielden. Of het ooit in de praktijk zou gebeuren, vertelt het verhaal niet. Als argument werkte de stellingname in ieder geval goed: een centrale financieringsregeling kwam er voorlopig niet. De Wet kosten krankzinnigenverpleging kwam niet van de grond en andere plannen in die richting evenmin.³ Hiervan zal geldgebrek mede de oorzaak zijn geweest: de ouderdomsvoorziening kreeg immers prioriteit.

Gemeenten langs een omweg ontlast

Centrale financiering van het inrichtingswezen zat er dus niet in; niet via een nieuwe wet en ook niet via een herziening van het Ziekenfondsenbesluit. Alles bleef bleef dus nog enige tijd bij het oude. Maar in 1960 veranderde dit.

¹ Verduyn en Kapteijn den Bouwmeester 1955, 10-11.

² Havermans en Schmidt 1946, 242. Ook Verduyn schreef er meer dan eens over. (Verduyn 1947; Verduyn en Kapteijn den Bouwmeester 1955, 73-76.)

³ Oud en Nap 1955, 16-18.

De commissie-Oud, die destijds de noodwet voor de gemeentefinanciën had voorbereid en het wetsvoorstel voor een nieuwe financiering van de krankzinnigenzorg had bedacht (zie hierboven), bracht in 1956 haar eindrapport uit. Basisgedachte was dat financiering van gemeentelijke taken voortaan voor een belangrijk deel via de rijkskas zou gebeuren en dat gemeenten voor een bepaald deel ook over eigen middelen via gemeentelijke belastingen konden beschikken. Niet alles uit het rapport werd overgenomen, maar het rapport vormde wel de grondslag voor de nieuwe Financiële Verhoudingswet van 1960.¹ De wet van 1960 bood een verfijnd stelsel van rijksuitkeringen aan de gemeenten, op basis van een objectieve verdeelsleutel met als uitgangspunt onder meer het inwonertal en de grondoppervlakte van de gemeente. De gemeenten verloren het grootste deel van wat er nog aan eigen belastinggebied was overgebleven en werden dusdanig afhankelijk van het Gemeentefonds dat het verschil tussen gemeentelijke financiering en rijksfinanciering zijn betekenis vrijwel verloor.²

Voor de gemeenten betekende de komst van de Financiële Verhoudingswet van 1960 een definitief einde van de grote rol die het toeval speelde bij de verdeling van de beschikbare gelden voor onder andere de opname en behandeling in een psychiatrische inrichting.

De provincies hadden - zoals bekend - in het verleden met behulp van de provinciale bijdragen in de verpleegkosten een rol gespeeld in het dempen van de grootste ongelijkheid die dit had veroorzaakt. Nu was deze rol overbodig geworden. De nieuwe wet was daarmee aanleiding voor de provincies om zich uit de medefinanciering van de psychiatrische inrichtingen terug te trekken en dat deden ze dan ook. Vreemd is dat allerminst. De provinciale bijdragen in de verpleegkosten konden ook na de oorlog nog altijd wel 10 tot 20 procent of zelfs meer van de provinciebegrotingen opslokken. Overigens bleven de provincies wel de onderhandelingspartner van de inrichtingen waar het de tarieven betrof; de verpleegcontracten waarin deze werden vastgelegd, bleven gewoon bestaan. Ook bleven de provincies nog een rol spelen bij het verstrekken van leningen en garanties.³

Met de komst van de nieuwe Financiële Verhoudingswet werd in feite een ontwikkeling afgerond die al ruim voor de oorlog was begonnen. Het rijk was via het stelsel van rijksuitkeringen in deze decennia steeds meer betrokken geraakt bij het gemeentelijk beleid, terwijl de gemeenten beleidsvrijheid verloren, in ruil voor een grotere waarborg van continuïteit.⁴ De-

¹ Van Maarseveen 1995, 176-177. Zie ook: Dolman 1964, 32; De Wit 1991, 50.

² Van Maarseveen 1995, 177.

³ De Wit 1991, 48-49.

⁴ Bonnema 1980, 5.

ze ontwikkeling sloot aan bij de groeiende behoefde aan een adequaat voorzieningenniveau dat voor elke burger in principe gelijk en toegankelijk zou moeten zijn en waaraan ook iedereen (via de rijksbelastingen) meebetaalde. Ook al leek het op een lapmiddel: met de komst van de Financiële Verhoudingswet was er een nieuwe fase ingeluid in de financiering van de intramurale GGZ. Dit kan men beschouwen als een kenmerk van de vestiging van de verzorgingsstaat.¹ En passant kon ook de extramurale GGZ meeprofiteren van de Financiële Verhoudingswet. Bij Besluit van 7 maart 1963 werd vastgelegd dat de wet ook van toepassing was op tal van subsidieregelingen voor organisaties op het terrein van de maatschappelijke gezondheidszorg. Het principe werd aanvaard dat er geen onderscheid mocht worden gemaakt tussen de betaling van kosten voor gemeentelijke diensten en de subsidies voor particuliere organisaties. Gemeenten konden voortaan de subsidiekosten voor onder andere medisch opvoedkundige bureaus en sociaal psychiatrische diensten via de verdeelsleutel op het Rijk overbrengen. Gemeenten die voor- en nazorg via de gemeentelijke gezondheidsdiensten hadden geregeld, konden deze kosten eveneens via de rijksoverheid terugkrijgen.²

§ 4. Financiering van de extramurale geestelijke gezondheidszorg

Het ging de extramurale voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg na de Tweede Wereldoorlog voor de wind. Als gevolg van de breed gevoelde vrees dat de oorlogsjaren voor ontwrichting van de maatschappij hadden gezorgd, konden de verschillende instellingen rekenen op grote belangstelling van de overheid, ook in financiële zin. Gemeenten, provincies en het rijk verhoogden hun subsidies voor de verschillende diensten en in de loop der jaren steeg ook het subsidiebedrag dat het Prophylaxefonds uitkeerde, flink.³ Voor de instellingen die via de NFGV Prophylaxefondssubsidie kregen uitgekeerd, betekende dit echter niet dat het vanaf dat moment een vetpot was. Integendeel: ook het aantal bureaus dat werd bedeed was enorm toegenomen. In hoofdstuk VI zullen wij nader ingaan op deze ontwikkeling.

Veel verandering zat er voorlopig niet in. Wetgeving op het gebied van de GGZ was, zo zagen we hierboven, mislukt en bestaande regelingen, zoals het Ziekenfondsenbesluit, konden niet worden aangewend om de extramurale geestelijke gezondheidszorg bij te staan: in de sfeer van inkomensma-

¹ Van Maarseveen 1995, 177.

² Dolman 1964, 113-114.

³ Dolman 1964; NA 2.19.145 inv. nr. 49 jaarverslagen 1934-1948.

tiging zat een verdere uitbreiding van het ziekenfondspakket er voorlopig niet in.

Niettemin steeg het bedrag dat in ons land aan extramurale GGZ-voorzieningen werd uitgegeven, vrij snel: in 1953 ging het om drie miljoen gulden, tien jaar later was het totale bedrag vervijfvoudigd en in reële bedragen tegen de inflatie vier keer zoveel (ter vergelijking: in dezelfde periode vond in de intramurale GGZ 'slechts' een verdubbeling van de uitgaven plaats).¹

Dubbelbesluiten voor de voor- en nazorg

De bureaus voor voor- en nazorg hoefden niet te rekenen op veel (financiële) steun vanuit de hoek van de psychohygiënische beweging. De NFGV (en via deze het Prophylaxefonds) en later ook het Praeventiefonds lieten de voor- en nazorg min of meer links liggen. Net als (aanvankelijk) de rijksoverheid. De achterliggende gedachte daarvan was dat het meer voor de hand lag deze voorziening met gemeentesubsidies in verband te brengen, vanwege de sterke band met de inrichtingspsychiatrie.²

Zo kon het komen dat vooral de provincies - of liever... de gemeenten - de beurs voor de voor- en nazorg trokken.³ Precies vanwege die band met de inrichtingspsychiatrie. Geholpen door het aloude argument dat goede voor- en nazorgvoorzieningen kostenbesparend werkten, werd nogal eens gebruik gemaakt van een 'dubbelbesluit', of een 'tweelingbesluit', waarbij steun aan extramurale voorzieningen werd gefinancierd met gelden die voorheen waren bestemd voor de verpleegkostensubsidies aan de gemeenten. De subsidies op de verpleegkosten werden verlaagd en de bijdrage aan de voor- en nazorg verhoogd.⁴

Een sprekend voorbeeld van de argumentatie die hierbij werd gehanteerd, vinden wij in het archief van het Staatstoezicht, in een dossier over de sociaal psychiatrische diensten eind jaren vijftig. De provinciale voor- en nazorgdiensten van de kruisverenigingen bepleitten bij de provincie hun wens om uit te breiden omdat de hulpverlening niet meer zou aansluiten bij de moderne tijd. De kosten werden geraamd op ruim drieëneenhalve ton. Waar moest het geld vandaan komen?

Aangezien een doeltreffende sociaal-psychiatrische voorziening in eerste aanleg ten goede komt aan de gemeenten - in de vorm van in de toekomst lagere uitgaven voor de verpleging van behoeftige geesteszieken - en de kosten in totaal zwaar zouden

¹ CBS [1957-1964b]. Voor de precieze bedragen: zie tabel V-2 en V-3.

² Van der Grinten 1987b, 171.

³ Van der Grinten 1987b, 141, 172.

⁴ Van der Grinten 1987b, 172; Dolman 1964, 199.

drukken op het provinciaal budget, werd bij het overleg met de diverse instanties overwogen dat, aansluitend bij het reeds bestaande stelsel, de kosten van zulk een voorziening door de provincie op de gemeenten zouden worden verhaald. Technisch werd die mogelijkheid op een eenvoudige wijze te realiseren geacht, indien zij zou geschieden door een verdere inkorting van de provinciale bijdrage in de gemeentelijke verpleegkosten voor krankzinnigen. [...] De hierdoor vrijgekomen bedragen zouden voldoende zijn om de geprojecteerde sociaal-psychiatrische voorzieningen - nieuwe stijl te financieren.¹

Het argument werkte. De provincie stelde geld beschikbaar voor het aantrekken van twee fulltime psychiaters, zeven districtverpleegsters met het B-nazorgdiploma en administratieve ondersteuning en... het geld was afkomstig uit de subsidiepot voor de verpleegkosten. De bijdrage was – mede naar aanleiding van een door het Rijk opgelegde bestedingsbeperking – van 30 naar 25 procent verlaagd en een deel van het vrijgekomen geld werd nu aan de voor- en nazorg besteed.²

De totstandkoming van de nieuwe Financiële Verhoudingswet (1960, zie paragraaf 3) versterkte de trend. De provincies achtten zich ontslagen van de morele plicht de inrichtingspsychiatrie met subsidies te steunen, nu de gemeenten hun uitgaven aan verpleegkosten voor 80 procent uit het Gemeentefonds vergoed kregen.³ Het bedrag dat in de provinciekas achterbleef, kon worden gebruikt om de voor- en nazorg te subsidiëren.⁴

Het is lastig aan te geven om hoeveel geld het precies ging. Net als de provinciale subsidieregelingen voor de verpleegkosten in de inrichting, verschilden ook de regelingen voor de voor- en nazorgdiensten per provincie en per gemeente. De bedragen die in de sector omgingen, werden nergens goed vastgelegd.⁵ Volgens een schatting van T.E.D. van der Grinten kwamende uitgaven voor de voor- en nazorg in 1952 in totaal op iets meer dan een miljoen gulden.⁶ Twee jaar later zou het volgens een schatting van Verduyn en Kapteijn den Bouwmeester gaan om een bedrag van ongeveer f1.279.000,-. Hiervan werd ongeveer 47 procent door de provincies betaald, maar de verschillen tussen de provincies waren groot.⁷

¹ NA 2.15.40 inv. nr. 1123. Kopie brief Provinciale Noordbrabantsche Bond van het Wit-Gele Kruis en de Provinciale Vereniging Het Groene Kruis aan Gedeputeerde Staten van Noord-Brabant, 12 december 1957.

² Willemsen 2001, 120-121.

³ Zie o.a. GAT III, doos begrotingen 1960-1962, begroting 1960 voor het stopzetten van de verpleegkostenbijdrageregeling van de provincie Noord-Holland.

⁴ Dolman 1964, 199;

⁵ Dolman 1964, 200.

⁶ Van der Grinten 1987b, 173.

⁷ Verduyn en Kapteijn den Bouwmeester 1955, 134. De auteurs geven niet aan waarop de schatting

In Groningen, Friesland, Gelderland, Zeeland, Noord-Brabant en Limburg werden de totale kosten voor voor- en nazorg door de provincies betaald, in Zuid-Holland, Drente, Overijssel, Utrecht en Noord-Holland ging het om een deel van de kosten (respectievelijk ongeveer 50, 40, 23, 15 en 14 procent).¹

Praeventiefonds laat de bestaande structuur intact

De ziekenfondsen zorgden via een omweg voor uitbreiding van de geldstroom. In september 1950 werd de taak van het Prophylaxefonds overgenomen door het Praeventiefonds. Anders dan het Prophylaxefonds, dat gevuld werd met geld van de Ziektewet, ontving het Praeventiefonds zijn geld uit de ziekenfondskas. In 1950 werd een bedrag van vier miljoen gulden in het nieuwe fonds gestort, met als oogmerk maatregelen te stimuleren die het voorkomen van ziekte en het bevorderen van de gezondheid tot doel hadden.² In de daaropvolgende jaren werd jaarlijks een bedrag van zes miljoen gulden in het Praeventiefonds gestort. Hiervan gingen al snel enkele tonnen richting de extramurale geestelijke gezondheidszorg.³ De Ziekenfondsraad had zich in zijn advies naar aanleiding van de totstandkoming van het Praeventiefonds laten leiden door de inmiddels zeer bekend klinkende gedachte dat ‘door het op deze wijze bevorderen van de gezondheidstoestand op den duur de uitgaven voor curatieve doeleinden [zouden] verminderen’.⁴ Deze gedachte werd door de Minister overgenomen.

Het feit dat de inkomsten van het Praeventiefonds werden betaald uit ziekenfondsgelden, wordt door D. Dolman gezien als een manier van de overheid om een brug te slaan tussen preventie en curatie.⁵ Van der Grinten beschouwt dit juist als een bevestiging van de splitsing tussen beide, die al door het Ziekenfondsenbesluit was aangebracht. De Wet op het Praeventiefonds erkende immers dat preventie niet onder de hoofdverzekering van de ziekenfondsen thuishoorde.⁶ Over de vraag of de scheiding tussen preventie en curatie nu wel of niet werd overbrugd, valt dus te twisten. Wat de komst van het Praeventiefonds in elk geval zeker *niet* overbrugde was de scheiding tussen algemene gezondheidszorg en geestelijke gezondheidszorg, en de scheiding tussen intramurale en extramurale geestelijke gezondheidszorg.

gebaseerd was. (Zie ook: De Wit 1991, 21.)

¹ De Wit 1991, 21.

² Van der Grinten 1987b, 125. Zie ook Van der Spek 1952, Dolman 1964, 27; Querido 1965, 82.

³ NA 2.19.145 inv. nr. 50, Jaarverslag NFGV 1953.

⁴ Memorie van Toelichting bij het ingediende Wet van het Praeventiefonds, geciteerd bij Van der Spek 1952, 249.

⁵ Dolman 1964, 27.

⁶ Van der Grinten 1987b, 125.

Het Praeventiefonds werd - net als het Prophylaxefonds en ook de Ziekenfondsraad - bekleed met publiekrechtelijke bevoegdheden. Er was een sterke band met de rijksoverheid. De geneeskundig hoofdinspecteur werd in 1950 door de Minister van Sociale Zaken benoemd tot voorzitter van het fonds. De directeur-generaal van het departement en de geneeskundig inspecteurs waren ook lid van het bestuur.¹ Het nieuwe fonds nam zelf de verdeling van de subsidiegelden ter hand, maar liet zich hierbij 'gaarne' leiden door het advies van de NFGV.² In hoofdstuk VI bekijken we wat de gevolgen waren van de instelling van het fonds voor de praktijk.

Structurele rijkssubsidie

Al direct na de oorlog was de rijksoverheid begonnen met het subsidiëren van extramurale geestelijke gezondheidszorg. Het betrof de MOB's. Het ging aanvankelijk om incidentele subsidies, waar volgens Dolman niet een of andere berekeningsmethode aan ten grondslag lag.³ Met rekenkundig gegoochel werden tekorten op de begrotingen geconstrueerd die voor dekking door het rijk in aanmerking zouden komen. Zo werd in 1946 een subsidiebedrag getoucheerd van f67.000,-, dat maar liefst 60 procent van de exploitatiekosten van de MOB's dekte.⁴

Toch bleef de situatie voor de MOB's onbevredigend. Het subsidiebedrag groeide niet met de organisatie mee. In de loop van de volgende jaren kwamen er nieuwe bureaus bij, die ook voor een bijdrage in aanmerking kwamen, en het Federatiebureau zelf groeide eveneens in omvang, maar de totale subsidiesom van het rijk bleef hetzelfde.⁵ Secretaris van de NF-MOB E. Lekkerkerker vroeg belet bij het Ministerie van Sociale Zaken om te praten over de ongelukkige situatie. Dit resulteerde uiteindelijk in de benoeming van een ministeriële commissie, bestaande uit inspecteur voor de Volksgezondheid P.A.F. van der Spek, F.A. Peet, hoofd accountantsdienst van het departement, en J. Meubelblok, hoofdcommissies bij de Afdeling Volksgezondheid. Deze commissie moest een voorstel uitwerken om tot een rijksregeling te komen.⁶

De beschikking van 1959, die hieruit voortvloeide, stelde aan de MOB's eisen met betrekking tot het personeel (bezetting en scholingsgraad), de organisatie, de huisvesting, de inrichting en de administratie. Deze eisen waren ontleend aan de voorwaarden die door de NFMOB zelf waren opgesteld. Alleen erkende bureaus kwamen voor subsidie in aanmerking. De

¹ Van der Grinten 1987b, 126.

² Van der Spek 1952, 254.

³ Dolman 1964, 69.

⁴ Van der Grinten 1987b, 194. De auteur baseert zich op financiële stukken van de NFMOB.

⁵ Dolman 1964, 69.

⁶ NA 2.19.146 inv. nr. 50, Jaarverslag NFMOB 1948, 6.

geneeskundig inspecteur voor de geestelijke volksgezondheid hield er toezicht op. Het subsidiebedrag bedroeg 40 procent van de honoraria en bruto salarissen van de stafleden en het administratieve personeel, tot een bepaald maximum. Het subsidiebedrag werd gebaseerd op dat van het voorgaande jaar en voor 80 procent als voorschot uitgekeerd. Na rekening en verantwoording volgde de definitieve vaststelling van het totale bedrag.¹

De regeling van 1961 voor de voor- en nazorg, vanaf eind jaren vijftig aangeduid als Sociaal Psychiatrische Diensten (vanaf hier: SPD), stelde vergelijkbare eisen aan de bureaus die voor subsidie in aanmerking wilden komen. In de begeleidende tekst werd vrij expliciet als doel van de regeling gesteld dat deze ‘de ontwikkeling in deze schakel in het geheel van de geestelijke volksgezondheid [moest] begeleiden, evenals dit reeds het geval is met de medisch-opvoedkundige bureaus, de bureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden en de sociaal-medische consultatiebureaus voor alcoholisme’.²

De rijkssubsiestroom richting de extramurale geestelijke gezondheidszorg groeide snel (zie tabel V-3). Maar de bijdragen aan de sector uit andere potjes groeiden eveneens (zie tabel V-4). Ook na de komst van de rijksregelingen bleef de extramurale geestelijke gezondheidszorg afhankelijk van verschillende geldbronnen. De onderlinge verhoudingen tussen de verschillende geldstromen ver schoven. Het aandeel van de rijks gelden in de totale financiering veranderde nauwelijks. De provinciale en gemeentelijke subsidies werden relatief belangrijker.

Tabel V-3

Rijkssubsidies voor organisaties van extramurale geestelijke gezondheidszorg in duizenden guldens (1946-1964)

	MOB	voor- en nazorg / SPD	algemene geestelijke gezondheidszorg*
1946	150		
1950	350		
1955	455	53	96
1960	2.623	120	158
1964	3.840	1.720	386

* Dit wordt in het betreffende overzicht niet nader gespecificeerd.

Bron: Dolman 1964, 33

Deze subsidiestromen hadden echter een incidenteel karakter. Het belang van het Praeventiefonds nam aanvankelijk toe. In 1957 werd tot een wetswijziging besloten om het totale Praeventiefondsbedrag van vier naar zes

¹ Dolman, 70-71.

² Dolman 1964.

miljoen te verhogen. Het bedrag dat aan geestelijke volksgezondheidszorg werd uitgekeerd, kon daardoor flink groeien. Toen een paar jaar later opnieuw een verhoging nodig leek, keerde de Sociaal Economische Raad (SER, het in 1950 bij de Wet op de bedrijfsorganisatie opgerichte adviesorgaan van werkgevers en werknemers) zich daar principieel tegen. De reden was dat men het eigenlijk niet correct vond dat de gelden die door de ziekenfondsverzekerden bijeengebracht waren, aan preventieve doelen ten behoeve van de *gehele* bevolking ten goede kwamen. Verdere verhoging van preventiefondsen moest onderdeel uitmaken van een geheel nieuw financieringsstelsel, vond de SER.¹

Tabel V-4

Financiering extramurale GGZ in Nederland, in miljoenen guldens en procenten (1953-1963)

jaar	rijk		provincie		gemeente		overheid totaal		Praeventie- fonds		eigen bijdrage		totaal
		%		%		%		%		%		%	
1953	0,6	20	0,2	7	1	33	1,8	60	0,8	27	0,4	13	3
1958	1,2	16	1,3	18	3,1	42	5,6	77	0,8	11	0,9	12	7,3
1963	3,1	21	2,9	19	6,2	42	12,2	82	0,8	5	1,9	13	14,9

Bron: CBS [1957-1964b].

Financieel bleven de verschillende organisaties zwak staan door hun afhankelijkheid van incidentele provinciale en gemeentelijke subsidieregelingen, en cliëntbijdragen.² In het jaarverslag over de periode 1962-1964 van het KNBGG wordt de situatie helder beschreven:

In het algemeen mag met dankbaarheid gewag worden gemaakt van de aandacht die de geestelijke gezondheidszorg ondervindt van de subsidieverleners (rijksoverheid, provinciale en gemeentelijke overheden) en van de andere mede-financierende instanties (praeventiefonds, kerkelijke instellingen, kruisverenigingen, landelijke fondsen, ziekenfondsen, etc.). Toch heerste er in brede kringen van de geestelijke gezondheidszorg ongerustheid omtrent de wijze waarop deze vorm van gezondheidszorg ook in de toekomst gefinancierd kan worden. De situatie is immers zo dat geen gesloten systeem van financiering bestaat; de instellingen leven in de meeste gevallen van jaar tot jaar in onzekerheid omtrent de aantrekking van voldoende middelen.³

¹ Verrijn Stuart 1963.

² Blankestijn en Geradts 1978, 24.

³ KNBGG 1965, 13 erratum.

In hoofdstuk VI gaan we dieper op de komst van de rijksregelingen in. Aan de hand van enkele voorbeelden zullen we laten zien met welke problemen de hulpverleningspraktijk kampte voordat de rijksregelingen van kracht werden, waarom de regelingen werden ingevoerd en wat er in de bedrijfsvoering en de praktijk veranderde als gevolg van de komst van de rijksregelingen.

§ 5. Een nieuw financieringsstelsel voor het inrichtingswezen

Querido noemde in 1946 de intramurale geestelijke gezondheidszorg het ‘leelijke eendje’, dat in het gelijknamige sprookje veranderde in een prachtige zwaan. Anno 1946 ontwaarde hij al mooie veren tussen het grauwe dons.¹ Deze omschrijving is misschien wat al te poëtisch, maar feit is dat er in de jaren vijftig al veel veranderde in de behandeling die patiënten in de psychiatrische inrichtingen ontvingen. Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra spreken niet voor niets van een ‘kentering in het therapeutisch regime’.² Zij laten zien dat deze ontwikkeling de zogenaamde ‘kraamkamerthese’ ondersteunt.³ Deze theorie haalt het (verouderde) beeld van de jaren vijftig als een grauwe, starre, conservatieve, maar ook stabiele periode tussen twee turbulente perioden (de Tweede Wereldoorlog en de jaren zestig) onderuit. Dat er op technisch, economisch en sociaal terrein langzaamaan allerlei verschuivingen plaatsvonden, wees niet op behoudzucht, maar juist op een vernieuwingsgezindheid die in de decennia daarop volgend tot tastbare en onomkeerbare veranderingen in de maatschappij zou leiden. Dit gold ook voor de ontwikkelingen in de psychiatrie.⁴

In hoofdstuk VI zullen wij hierop dieper ingaan, maar voor dit moment is het van belang te constateren dat het inrichtingswezen vanaf medio jaren vijftig een langzame transformatie onderging. In paragraaf 3 hebben wij echter geconstateerd dat in het financieringsstelsel waarmee de instellingen te maken hadden, in de jaren vijftig weinig beweging te bespeuren viel. Na 1960 veranderde dit.

Achtergrond

De Nederlandse economie was aan een opmars begonnen die zijn weerga niet kende, met groeicijfers van gemiddeld bijna 5 procent per jaar en een groeiende vraag naar arbeidskrachten, aanvankelijk vooral in de industrie,

¹ Querido 1946, 14.

² Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 553. Voor een beschrijving van deze veranderingen zie ibidem, 552-575.

³ Schuyt en Taverne 2000.

⁴ Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 556. De auteurs spreken in dit opzicht van een ‘trendbreuk’.

later ook in de dienstensector.¹ Aan de jaren van soberheid en spaarzaamheid was een einde gekomen. De geleide loonpolitiek was in 1963 verdwenen en het besteedbare inkomen van veel mensen was explosief gestegen. Het aandeel van de gezondheidszorg in het Bruto Nationaal Product groeide van ruim 3 procent in 1953 naar rond de 8 procent vanaf 1975. Deze kostengroei, die zijn oorsprong al in de eerste helft van de twintigste eeuw had, hing samen met demografische ontwikkelingen (vergrijzing!), innovaties op medisch gebied, verbeterde toegankelijkheid van de gezondheidszorg en een toenemende aandacht voor kwaliteit van zorg.² In de jaren na 1975 bleef het percentage rond de acht schommelen, mede als gevolg van de invoering van maatregelen die verdere groei aan banden moesten leggen. Hierop komen wij nog terug. Dat deze ontwikkeling zijn weerslag heeft gehad op het leven in de psychiatrische inrichting, ligt voor de hand. In de hoofdstukken VI en VII zullen wij laten zien hoe.

In de jaren zestig en begin zeventig bereikte de verzorgingsstaat zijn hoogtepunt. Waar in de jaren vijftig wegens een krap overheidsbudget nog uitdrukkelijk keuzen moesten worden gemaakt, kon nu op de golven van de *welvaartsboom* en de gelijktijdig optredende democratiseringsbeweging het stelsel van sociale zekerheid en sociale zorg verder worden uitgebreid.

Onderwijl kwam er ruimte voor een fundamentele heroverweging van de taken van de verschillende overheden ten aanzien van de sociale zorg. Wij zagen hierboven (paragraaf 3) al hoe de financiering steeds meer een rijksverantwoordelijkheid werd in de vorm van onder andere de nieuwe Financiële Verhoudingswet. Ook daarna werd aan gemeenten steeds nauwkeuriger voorgeschreven hoe zij de sociale zorg in medebewind moesten uitvoeren. Het belangrijkste voorbeeld van deze ontwikkeling was de vervanging van de Armenwet door de Algemene Bijstandswet (ABW) in 1965.

In 1966 verscheen de eerste rijksnota over de gezondheidszorg als afzonderlijk beleidsdomein, de *Volksgezondheidsnota*, waarin minister G.M.J. Veldkamp en staatssecretaris A.J.H. Bartels (beiden KVP) een beschrijving gaven van het bestaande stelsel, met zijn voor- en nadelen. Tot grote beleidsvoornemens leidde het geschrift vooralsnog echter niet.³ De nota vormde wel het begin van een grote reeks overheidsgeschriften die in toenemende mate vorm en inhoud trachtten te geven aan de ontwikkeling van een integraal volksgezondheidsbeleid. De centrale overheid leek daarmee de regie over de gezondheidszorg naar zich toe te trekken. Zij liet zich

¹ Van Zanden 1998, 134-135, 145.

² Van Gerwen 2000b, 112-113, 124-125.

³ Veldkamp s.a. [1966]; Juffermans 1982, 205.

daarbij echter leiden door adviezen uit ‘het veld’, dat zich gaandeweg in sterke koepels en al dan niet zuil- en/of disciplineoverstijgende overlegorganen had verenigd en als ‘maatschappelijk middenveld’ een serieus te nemen plaats verwierf in de beleidsontwikkeling.

Er kwamen steeds meer commissies, adviesraden en publiekrechtelijke of zelfs privaatrechtelijke organen met bevoegdheden die voorheen alleen aan de Minister waren toevertrouwd. De uitvoerders van de zorg lieten zich in deze organen vertegenwoordigen. In naam waren ze soms nog verzuild, maar in de praktijk hadden ze een steeds minder innige band met een confessionele achterban; de Nederlandse samenleving ontkerkelijkte in hoog tempo.

De overlegcultuur die zo ontstond, een compromis tussen een nationale gezondheidszorg aan de ene kant en gezondheidszorg als particuliere verantwoordelijkheid aan de andere kant, werd kenmerkend voor het Nederlandse zorgstelsel in de tweede helft van de twintigste eeuw. De GGZ had in deze constellatie ook een plek. Maar voordat het zover was, was het financieringsstelsel al op de schop genomen.¹

De Algemene Bijstandswet

Na de Financiële Verhoudingswet, die er al voor zorgde dat ook gemeenten met relatief hoge uitgaven voor de GGZ, ruimer in hun financiële jasje kwamen te zitten, bood de ABW de volgende doorbraak op het gebied van de financiering van de GGZ. De sociale zorg werd vanaf nu als een recht gedefinieerd en dit gold ook voor de opname in een verzorgende instelling als dat nodig was. In het vervolg droegen gemeenten nog maar 10 procent van de kosten voor de bijstand (voorheen de armenzorg) en dit was - vooralsnog - *inclusief* de kosten voor de verpleging van psychiatrische patiënten. De overige 90 procent van de bijstandskosten werd nu door het rijk aan de gemeenten uitgekeerd.

Doordat de gemeenten optraden als doorgeefluik van de rijks gelden, veranderde er voor de psychiatrische inrichtingen zelf niet zo verschrikkelijk veel. Maar doordat er ineens veel meer verpleeghuizen en zwakzinnigeninrichtingen konden worden gebouwd, veranderde er wel het een en ander in de samenstelling van de bevolking van de psychiatrische inrichtingen. Meer hierover in hoofdstuk VII.

Voor de extramurale zorg veranderde er echter wel iets, namelijk voor de IMP's. Voor de IMP's was er eind jaren vijftig geen rijkssubsidieregeling geschapen, maar via de ABW kwam er vanaf midden jaren zestig ineens

¹ ‘Het is een typerende karaktertrek van het volksgezondheidsbeleid in deze periode, dat er geen wetten op het gebied van de organisatie, maar wel op het terrein van de financiering tot stand kwamen’, schrijft Juffermans. (Juffermans 1982, 205.)

veel geld. Psychotherapie werd in verschillende gemeenten - waaronder Amsterdam - zonder veel discussie onder de 'noodzakelijke kosten van het levensonderhoud' geschaard.¹ Dit veroorzaakte een flinke toename van het aantal behandelingen en ook van het aantal bureaus. Begin jaren zestig waren er nog maar 3 IMP's, twintig jaar later 25, waaronder grote instellingen als het IMP te Amsterdam, dat met 270 medewerkers in dienst 2.500 cliënten bediende.²

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

In januari 1966 werd onder de 'rooms-rode coalitie' van het kabinet-Cals het wetsontwerp voor - toen nog - de Algemene Wet Zware Geneeskundige Risico's ingediend. Er ging een lange tijd van voorbereidingen aan vooraf. De discussies begonnen in 1962, toen minister Veldkamp bij de SER, de Ziekenfondsraad en de Centrale Raad voor de Volksgezondheid advies inwon over zijn plannen voor een nieuw financieringssysteem.³

Iedereen kon door zware geneeskundige risico's getroffen worden, stelde Veldkamp in zijn adviesaanvraag. Vrijwel niemand was evenwel in staat de financiële gevolgen ervan zelf te dragen. Ook de particuliere sector was onvoldoende uitgerust om hiervoor een oplossing te bieden. De bewindsman vond het daarom gerechtvaardigd dat de overheid met wetgeving kwam op dit gebied. Over de gevoelde noodzaak van een nieuwe wet bestond een 'grote mate van eensgezindheid'.⁴ Uit de rapporten die in 1964 en 1965 over het voorstel werden uitgebracht, blijkt dat iedereen het erover eens was dat er een nieuwe wet moest komen. Over hoe de nieuwe wet er dan uit moest zien, waren de meningen echter verdeeld.

Een belangrijk onderling verschil van inzicht was dat de SER en de Ziekenfondsraad vonden dat de ziekenhuisopname in zijn geheel buiten de nieuwe wet moest vallen, terwijl de Centrale Raad voor de Volksgezondheid van mening was dat na een jaar de ziekenhuisopname wel onder de nieuwe wet moest komen.⁵ Over opname in psychiatrische inrichtingen waren de meningen eveneens verdeeld. De SER vond dat na één jaar opname de kosten moesten worden betaald via de nieuwe volksverzekering, van de Ziekenfondsraad was een minderheid deze mening ook toegedaan. De Centrale Raad voor de Volksgezondheid en een meerderheid van de Ziekenfondsraad wilden een overgangsregeling. De VPIN stelde zich op het standpunt dat zij liever de gehele intramurale psychiatrie onderge-

¹ Brinkgreve, Onland en de Swaan 1979, 113-114.

² Blankestijn en Geradts 1978, 26; Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 971.

³ Juffermans 1982, 207.

⁴ Andriessen 1966, 71.

⁵ Andriessen 1966, 72-73; Juffermans 1982, 207.

bracht zag onder de nieuwe wet.¹ De oproep van de VPIN werd echter niet gehoord.

In het uiteindelijke wetsvoorstel, dat begin 1966 bij de Tweede Kamer werd ingediend, werd voor wat betreft de opname in psychiatrische ziekenhuizen het advies van de SER gevolgd, inclusief de horizontale knip na 365 dagen.² Het duurde nog geruime tijd voordat het wetsvoorstel werd aanvaard. De meeste bezwaren die via de Kamer tegen het voorstel werden geuit, hadden betrekking op de financiële en verzekeringstechnische kanten, bijvoorbeeld de vraag hoe groot het verstrekkingenpakket mocht worden, en of de wet wel of geen eigen bijdragen moest kennen. Dit had veel te maken met het feit dat zich de eerste voorboden aankondigden van een conjuncturele recessie. Tussen 1966 en 1967 verdubbelde het aantal werklozen en in reactie hierop streefde de regering ernaar het financieringstekort te beperken. Dat betekende dat de nieuwe wet bij voorkeur budgettair neutraal ingevoerd moest worden.³ In hoofdstuk VII zullen wij uiteenzetten wat dit voor de psychiatrische inrichtingen betekende.

Na heftige druk van belangengroepen en langdurige discussies werd het wetsvoorstel ruim anderhalf jaar later (in oktober 1967) onder een volgend (centrum-rechts) kabinet door de Tweede Kamer aanvaard.⁴ De wet passeerde de Eerste Kamer met Querido als enige tegenstemmer. Querido richtte zich in zijn toespraak - die op veler verzoek integraal werd gepubliceerd in het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid* - hoofdzakelijk op de inhoudelijke kanten van het voorstel. Volgens hem zou de wet er onder andere toe leiden dat de intramurale en extramurale voorzieningen verder uit elkaar zouden worden getrokken, omdat de extramurale zorg niet voor vergoeding in aanmerking ging komen. Querido vond dat het wetsvoorstel ten onrechte uitging van de pessimistische opvatting dat men van de aanpassings- en genezingsmogelijkheden van opgenomen patiënten niet veel hoefde te verwachten. De voorgestelde financiering richtte zich immers alleen op de opname en het verblijf in een inrichting, niet op het voorkómen van een opname of het bekorten van de duur van een opname. De sociale psychiatrie was ten onrechte niet opgenomen in het

¹ Andriessen 1966, 72; NA 2.19.142 inv. nr. 20, Jaarverslag van de Vereniging van Psychiatrische Inrichtingen in Nederland over 1967, 7-8.

² Juffermans noemt bij vergissing 24 september als datum van indiening in de Kamer (Juffermans 1982, 207).

³ Juffermans 1982, 207-208. Zie ook: Van Zanden 1997, 120.

⁴ Juffermans beschrijft de hele discussie rond de invoering van de AWBZ. Hij noemt als 'hete hangjijzers' onder andere de omvang van het verstrekkingenpakket, de verhouding tussen publieke, parapublieke en private financiering en het al dan niet financieren van extramurale hulp uit de AWBZ. (Juffermans 1982, 211.)

verstrekkingenpakket.¹ Overigens stemde Querido tegen, nadat hij er zich van had vergewist dat zijn partijgenoten in de Eerste Kamer wel voor zouden stemmen. Voor de Bühne spreken was nuttig, maar er moesten geen risico's met deze ook in zijn ogen zeer noodzakelijke wet worden gelopen. Uitbreiden kon altijd nog.² Daarmee was bij de indiening van het voorstel in 1966 overigens al rekening gehouden. In de Memorie van Toelichting werd toegezegd dat er ten aanzien van de extramurale gezondheidszorg in een latere fase besluiten genomen zouden worden.³

Op 1 januari 1968 trad de AWBZ in werking. Volgens de wet, die wel wordt gekarakteriseerd als de belangrijkste financieringswet die na de oorlog werd ingevoerd,⁴ hadden de verzekerden (oftewel: alle Nederlandse ingezetenen) 'aanspraak op verstrekkingen ter voorziening in hun geneeskundige behandeling, daaronder begrepen voorzieningen tot behoud, herstel of ter bevordering van de arbeidsgeschiktheid of strekkende tot verbetering van de levensomstandigheden'.⁵ De wet was - net als de Ziekenfondswet - een raamwet. De omvang van het verstrekkingenpakket werd bij Algemene Maatregel van Bestuur vastgesteld: het zogenaamde Verstrekkingenbesluit. Hetzelfde gold voor de inrichtingen die onder de wet zouden vallen.⁶ Voorlopig werden de volledige kosten van opname in een verpleegtehuis en in inrichtingen voor geestelijk en lichamelijk gehandicapten onder de verstrekkingen gebracht, evenals de langdurige opname in een psychiatrisch ziekenhuis, een ziekenhuis of een sanatorium.⁷

Om dit alles te bekostigen werd een bedrag van 310 miljoen gulden overgeheveld van de ABW naar de AWBZ en werd nog eens 165 miljoen gulden aan algemene middelen bij elkaar geschraapt. Die 310 miljoen gulden was het bedrag dat in de voorgaande jaren gemiddeld via de ABW was uitgekeerd ten behoeve van de voortaan via de AWBZ betaalde kosten. De overige kosten moesten uit de premiegelden worden bestreden. Voor personen in loondienst en uitkeringsgerechtigden werd de premie door respectievelijk de werkgever en de uitkerende instantie betaald. De verdere kostengroei zou vooral door verhoging van de premie moeten worden opgevangen.⁸

Een belangrijk neveneffect van de wet was de mogelijkheid om voor de gehele intramurale gezondheidszorg op centraal niveau kwaliteitseisen te stellen, en wel op dezelfde manier als gebeurde bij de rijksregelingen voor

¹ Querido 1968.

² Juffermans 1982, 212.

³ V. 1966, 43.

⁴ Juffermans 1982, 206.

⁵ Art. 6 van de AWBZ, geciteerd bij: Sneep 1981, 20.

⁶ Sneep 1981, 3-4 en 20-21.

⁷ Van der Hoeven en Van der Hoeven 1993, 235-236.

⁸ Van der Hoeven en Van der Hoeven 1993, 235-236; De Wit 1991, 48; Juffermans 1982, 207, 211.

de extramurale GGZ: alleen opname in *erkende* instellingen (ziekenhuizen, verpleeghuizen en inrichtingen) werd vergoed en erkenningen werden alleen verleend als de instellingen aan de eisen voldeden. Het Staatstoezicht op de Volksgezondheid speelde hierbij een cruciale rol. Voor de psychiatrische inrichtingen veranderde er niet zoveel, want deze waren al sinds de invoering van de eerste Krankzinnigenwet in 1841 gebonden aan het hebben van een erkenning.

Er werden twee vormen van erkenning geïntroduceerd: categorale erkenning (erkenning van een bepaalde categorie van instellingen, bijvoorbeeld dagopvang voor verstandelijk gehandicapten) en individuele erkenning (van een met name genoemde inrichting). De erkenningen konden permanent of voorlopig zijn.¹

Door maar mondjesmaat nieuwe instellingen te erkennen, werd gedurende de eerste jaren na afkondiging van de AWBZ gepoogd een al te snelle toename van het aantal intramuraal verpleegden en daarmee van de kosten te voorkomen. Maar dit beleid was niet vol te houden; de AWBZ gaf burgers individuele rechten die vanwege een tekort aan erkende instellingen niet konden worden waargemaakt. Nadat bekend werd dat veel patiënten - al dan niet met steun via de Bijstandswet - hun toevlucht moesten zoeken in niet-erkende en dus ook niet-gefinancierde instellingen, besloot de Minister op aandringen van de Tweede Kamer het erkenningenbeleid te verruimen.²

Het vaststellen van tarieven

De verpleegkosten voor de langdurige opname in een psychiatrisch ziekenhuis werden nu niet langer door de gemeentelijke overheden betaald en nu was de vraag wie er dan moest beslissen over de hoogte van de verpleegtarieven. De beantwoording van deze vraag brengt ons een paar jaar terug in de tijd, toen de ziekenhuistarieven nog onder de Prijzenbeschikking van Economische Zaken vielen en het 'Bureau Wouters' daarover waakte.³ De toenmalige minister van Economische Zaken, J.W. de Pous (CHU), hield de teugels strak. Prijsverhogingen in het ziekenhuiswezen zouden volgens hem 'extra olie op het inflatievuur' veroorzaken, want met de ziekenhuistarieven zouden ook ziekenfondspremies omhooggaan, en dit zou weer tot een loonexplosie leiden, waardoor de concurrentiepositie van het land in gevaar werd gebracht.⁴

De ambtenaar die vanaf begin jaren vijftig belast was met de beoordeling van de ziekenhuistarieven, was de uit de economische hoek afkomstige

¹ Sneep 1981, 3 en 35.

² Juffermans, 1982, 212-213.

³ Festen 1984, 14.

⁴ J.W. de Pous, geciteerd bij Rogaar 1980, 16.

H.J. Wouters. Wouters stelde een richtsnoer op in de vorm van calculatieschema's die hij ook in de schoenindustrie had gebruikt.¹ De snelle kostenstijgingen in het ziekenhuiswezen maakten echter soms tussentijdse aanpassingen nodig. Het 'Bureau Wouters' trad daarbij nogal solistisch op en dit leidde tot irritatie bij de ziekenfondsen, die het gevoel hadden buiten spel te staan, vooral omdat zij van Economische Zaken de premies niet aan de tariefstijgingen mochten aanpassen; ze moesten maar interen op hun vermogen.²

Mede uit boosheid hierover werd in 1961 het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven (COZ) opgericht, een privaatrechtelijk overlegorgaan waarin de ziekenhuizen en de ziekenfondsen waren vertegenwoordigd.³ Doel van het orgaan was invloed uit te oefenen op de tarieven en de samenwerking tussen de partijen te bevorderen. Het was de betrokkenen van meet af aan duidelijk dat het COZ het werk van het 'Bureau Wouters' zou kunnen overnemen zodra de Prijzenbeschikking opgeheven werd. Van tevoren werd al helemaal uitgedokterd hoe dit zou moeten. Het COZ zou richtlijnen opstellen voor de tariefsberekening, inclusief de gronden waarop daarvan kon worden afgeweken. Ziekenhuizen en ziekenfondsen zouden dan onderling over de tarieven kunnen onderhandelen en het COZ zou de uitkomsten daarvan aan de richtlijnen toetsen. Bij gebrek aan overeenstemming zou het COZ zelf het tarief vaststellen, terwijl de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over alles de eindverantwoordelijkheid zou krijgen.⁴ Zo had men het zich voorgesteld, maar het duurde enkele jaren voordat de nieuwe constructie, die wel 'gereguleerde zelfordening' wordt genoemd, werkelijkheid werd. Eerst moest er nog een nieuwe wet komen ter vervanging van de Prijzenbeschikking. Een voorstel hiertoe werd op 25 augustus 1962 ingediend door minister Veldkamp, tegelijk met het eerste voorstel voor de nieuwe financieringsregeling.⁵

In het oorspronkelijke voorstel voor de Wet Ziekenhuistarieven (WZT) was aan het Ministerie een grote rol in de besluitvorming toegekend, maar het veld, en daarmee ook de Tweede Kamer, verzette zich hiertegen. Uit de debatten blijkt dat er inmiddels een andere politieke wind was gaan waaien: de sociaaldemocraten hadden een deel van hun invloed prijsgegeven aan de confessionele partijen, die geen voorstander waren van vèrgaande overheidsbemoeyenis. Tijdens de parlementaire behandeling werd telkens benadrukt dat het vaststellen van de tarieven geen overheidstaak

¹ Opgetekend uit de mond van H.J. Wouters, bij De Wolff 1984a, 129.

² Festen 1984, 14.

³ Het COZ bestond - volgens het beginsel van 'pariteit' - uit vijf vertegenwoordigers van de ziekenfondsen en vijf van het ziekenhuiswezen, plus drie onafhankelijke deskundigen.

⁴ De Groot 1998, 12-13.

⁵ De Groot 1998, 10-11.

was, maar aan de ziekenhuizen en ziekenfondsen zelf moest worden overgelaten.¹ Daarmee was de status van het COZ verzekerd.

Veldkamp paste de plannen aan en in 1965 werd de WZT aanvaard. Het COZ kreeg officiële overheidserkenning als tarieforgaan. Het bleef een privaatrechtelijke instelling.² Met de evenwichtige vertegenwoordiging van ziekenhuizen en ziekenfondsen in het COZ-bestuur was in de ogen van Veldkamp de kwaliteit van de ziekenhuiszorg voldoende gewaarborgd. De overheid hoefde zich daarmee verder niet te bemoeien.³

De bemoeienissen van het COZ strekten zich aanvankelijk alleen uit over de ziekenhuistarieven en de tarieven van het ambulancevervoer.⁴ Dit ondanks pogingen van de Minister om ook de psychiatrische inrichtingen onder de wet te laten vallen, omdat ze niet allemaal contracten met provincies hadden afgesloten en daardoor wat betreft hun tarievenbeleid onder overheidscontrole konden uitkomen. De VPIN en de KVI hadden zich hiertegen echter met succes verzet.⁵ De tarieven van de psychiatrische inrichtingen kwamen daarmee nog steeds tot stand op de oude en vertrouwde manier, ook al werd het eerste opnamejaar van ziekenfondspatiënten door de ziekenfondsen betaald.⁶

De WZT liet echter de ruimte om desgewenst het werkingsgebied te kunnen uitbreiden en bij KB van 12 januari 1968 gebeurde dit daadwerkelijk. Het COZ, dat als tarieforgaan voor het ziekenhuiswezen intussen al enige jaren ervaring had, kreeg er een nieuwe taak bij. Het vaststellen van de tarieven van de psychiatrische inrichtingen, die (net als korte tijd later de verpleeghuizen) in verband met de toepassing van de wet voor het gemak werden omgedoopt tot ‘ziekenhuis’, behoorde voortaan ook tot zijn verantwoordelijkheid.⁷ Zo kwam na ruim een eeuw een einde aan de provinciale bemoeienis met het vaststellen van de verpleegtarieven in de psychiatrische inrichtingen. Voortaan werden deze net als die van de ziekenhuizen jaarlijks vastgesteld op basis van richtlijnen die door het COZ waren

¹ De Groot 1998, 15.

² De Ziekenfondswet volgde in 1966. Deze liet overigens de bestaande situatie grotendeels bestaan.

³ De Groot 1998, 14-15. De patiënten maakten overigens (toen nog) geen deel uit van deze overlegstructuur. De schrijver suggereert dat Querido hierover in de Eerste Kamer een opmerking maakte.

⁴ N.n. 1966, 223.

⁵ NA 2.19.142 inv. nr. 20, Verslag van de Vereniging van Psychiatrische Inrichtingen in Nederland over het jaar 1964, 9. Het is niet bekend welke inrichtingen de Minister in gedachten had. Het verslag van de VPIN citeert: ‘Uit verkregen informatie is dit gelegen in het feit, dat een aantal psychiatrische inrichtingen geen bindingen met provincies hebben en deswege geen controle door enige overheidsinstelling op de prijsvaststelling e.d. uitgeoefend wordt.’

⁶ N.n. 1966, 223.

⁷ De Groot 1998, 15. Volgens de auteur, die met deze publicatie promoveerde op de juridische kanten van de tariefstelling in de gezondheidszorg, was dit ‘minstgenomen een kunstgreep [...] te noemen’. In hoofdstuk VII zullen wij laten zien in hoeverre deze terminologische kunstgreep onvermoede consequenties heeft gehad.

opgesteld. De provincies behielden wel de regie over de planning van de opnamecapaciteit. In hoofdstuk VII zullen we laten zien wat daarvan de gevolgen waren voor de praktijk.

§ 6. De AWBZ ook voor de AGGZ

Een paar jaar nadat hij zijn ongenoegen had geuit over het feit dat de sociale psychiatrie werd uitgesloten van de AWBZ, kon Querido alsnog opgelucht ademen. De AWBZ werd uitgebreid tot het extramurale werkterrein en de ‘ambulante geestelijke gezondheidszorg’ (AGGZ, deze term - van ambulare, oftewel wandelen (Lat.) - raakte midden jaren zestig in zwang¹) was het eerste extramurale werkveld van de gezondheidszorg dat stap voor stap onder de werking van de wet terechtkwam. Deze operatie zou uiteindelijk bijna twintig jaar in beslag nemen.

Achtergrond

De AGGZ-sector werd in die tijd nog altijd een ‘lappendeken’ genoemd. De verschillende organisaties hadden zich onafhankelijk van elkaar ontwikkeld en ze kwamen via hun koepelorganisaties allemaal op voor hun eigen belangen, ook al vertoonden ze op het niveau van de hulpverleningspraktijk grote overeenkomsten.² Gaandeweg waren er echter gemeenschappelijke belangen ontstaan, zowel tussen de verschillende werkgebieden als tussen de zuilen. De instellingen groeiden naar elkaar toe. De methodiekontwikkeling ging steeds meer onderlinge verwantschap vertonen, en terwijl de cliëntèle groeide, werd de vraag bij welke instelling een cliënt het beste geholpen kon worden, steeds vaker beantwoord door toevallige omstandigheden, zoals bereikbaarheid van de instelling of beschikbaarheid van hulpverleners.

De in 1972 opgerichte NVAGG streefde naar samenwerking van alle disciplines. Zij was echter georganiseerd langs de lijnen van de voormalige koepelorganisaties en kon daardoor minder voortvarend aan dit doel werken dan sommige instellingen in de praktijk.³ Verdergaande samenwerking werd vooral bemoeilijkt door de financiële structuur waarbinnen ze moesten werken. De afhankelijkheid van onzekere financieringsbronnen (zie paragraaf 4) maakte de instellingen kwetsbaar. Het was jaarlijks een verrassing hoeveel geld er binnenkwam. In Amsterdam waren bijvoorbeeld subsidieverzoeken vaak al meer dan anderhalf jaar oud voordat zij in de raad werden behandeld. Als de betreffende instelling de uitslag te

¹ De term ‘ambulante geestelijke gezondheidszorg’ werd gemunt door het Katholiek Nationaal Bureau voor de Geestelijke Gezondheidszorg. (Van der Grinten 1987b, 18.)

² Blankestijn en Geradts 1978, 23.

³ Schrijvers 1977, 43. De auteur noemt als voorbeeld Limburg, waarop wij hieronder ook nog even terugkomen.

horen kreeg, was het boekjaar al om. De accountantgegevens waarop de verzoeken berustten, waren natuurlijk intussen allang niet meer van toepassing. Bovendien bedroegen de voorschotten dikwijls meer dan het uiteindelijke subsidiegeld; het teveel ontvangen geld moest worden terugbetaald.¹ Dit soort taferelen leidde in een groeisector als de AGGZ onvermijdelijk tot problemen.

Of andere gemeenten het ook zo bont maakten, is niet bekend, maar vaststaat dat de sector het zelf als een probleem begon te beschouwen dat men afhankelijk was van incidentele subsidie. Planning – zelfs op korte termijn – was bijna onmogelijk. De behoefte aan financiële stroomlijning en structuur groeide en de vraag hoe dit moest worden bewerkstelligd, werd steeds vaker beantwoord met: ‘regionalisatie’.

KNBGG-plan model voor regionalisatie

Regionalisatie van de (geestelijke) gezondheidszorg was geen nieuw streven. De plannen van Van Rhijn, en ook die van Querido en Kat wezen al in deze richting. Nederland was ook niet het enige land ter wereld waar in deze tijd over regionalisatie werd gedacht.² Na de Tweede Wereldoorlog was het begrip een nationaal en internationaal streven geworden.

In ons land kwamen begin jaren zestig weer nieuwe plannen tot stand. Opmerkelijk genoeg waren het nu vooral confessionelen die in de pen klommen. Sommige van deze plannen namen de psychiatrische inrichting als het centrum van waaruit de intramurale en extramurale GGZ regionaal zou moeten worden georganiseerd. Dit betrof onder andere een schets voor een ‘psychiatrisch centrum in de regio’, die begin 1961 door een werkgroep ‘Differentiatie’ in katholieke kring werd gelanceerd.³ Ook in protestantse gelederen werden dergelijke gedachten ontwikkeld.⁴

Andere plannen gingen juist uit van de centrale rol van de extramurale GGZ. Het belangrijkste voorbeeld van deze benadering was het plan dat het Katholiek Nationaal Bureau voor de Geestelijke Gezondheidszorg (KNBGG, de denktank van de katholieke beweging voor geestelijke volksgezondheid) in 1964 uitbracht onder de titel *Geestelijke gezond-*

¹ SA, Gemeentebled Amsterdam II, 1962, 929-930. ‘Op deze manier blijft men in het moeras steken’, aldus een kritisch raadslid.

² Tijdens het International Congress on Mental Health in 1948 in Londen was al duidelijk geworden dat er een verschuiving plaatsgevonden had van het streven naar het uitbannen van geestelijke ongezondheid naar het bevorderen van geestelijke gezondheid. (Van der Grinten 1987b, 133-136; De Goei 165-167.) De stap naar GGZ dichtbij de mensen was daarna snel gemaakt. Mede naar aanleiding van het congres, waaruit ook de World Mental Health Federation voortgekomen was, pleitten vanaf 1949 verschillende Amerikaanse psychohygiënisten, onder wie Leonard Scheele en Samuel Withman, in het gezaghebbende Amerikaanse tijdschrift *Mental Health* voor lokaal georganiseerde geestelijke gezondheidszorg.

³ Simons 1959; Werkgroep Differentiatie 1961.

⁴ Jacobs 1966, Zie ook: Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 539-340.

heidszorg. Structuur en organisatie. Het plan, dat voor een belangrijk deel was gebaseerd op het ideeëngoed van psychiatrisch adviseur C.B.J.B. Trimbos, was een antwoord op de chaotische AGGZ-structuur, die volgens de schrijvers onvermijdelijk zou leiden tot een crisis van ‘ondoelmatigheid en formalisme’.¹ Trimbos had zijn ideeën al in 1959 neergelegd in zijn proefschrift, waarin hij zich een felle tegenstander toonde van overheidsingrijpen in de sector: de GGZ moest vanwege de levensbeschouwelijke component door particuliere organisaties worden uitgevoerd. Trimbos vond wel dat de samenwerking tussen de verschillende extramurale diensten moest worden geïntensiveerd.²

De gedachten van Trimbos werden in het KNBGG-plan uitgewerkt tot een voorstel om de instelling van ‘regionale instituten voor geestelijke gezondheidszorg’ in het hele land te bevorderen. Het ging alleen om extramurale diensten, de psychiatrische inrichtingen vielen erbuiten. Naar eigen zeggen was dit vooral door praktische overwegingen ingegeven; de inrichtingen hadden de steun van het KNBGG niet nodig omdat ze zelf sterk genoeg waren en een eigen financieel kader hadden (toen nog de Armenwet).³ De uitsluiting van de psychiatrische inrichtingen had waarschijnlijk ook een andere reden. In psychohygiënische kringen werd vaak met *dédain* gesproken over de inrichtingspsychiatrie en de drijvende krachten achter het rapport uit 1964 waren exponenten van deze houding. Een van hen was de latere staatssecretaris A.J.H. Bartels (KVP), tot 1963 directeur van het KNBGG en in die hoedanigheid betrokken bij de voorbereidingen, de ander was Trimbos.⁴ Beiden staken hun grote afkeer van ‘de achterlijke gestichtspychiatrie van die jaren’ niet onder stoelen of banken.⁵

Bartels werd in 1963 staatssecretaris van Volksgezondheid, hetgeen als ‘de kroon op het werk’ van de geestelijke volksgezondheid kon worden beschouwd.⁶ De verwachtingen van de AGGZ-sector waren dan ook hooggespannen; met Bartels op Volksgezondheid zou het allemaal wel goed komen. Trimbos sprak bijvoorbeeld de hoop uit dat er nu wel snel een ‘Meesterplan’ zou komen om orde te scheppen in de ‘warwinkel van de geestelijke gezondheidszorg’.⁷ De verwachtingen kwamen echter niet uit. Ook al was Bartels medeauteur van de *Volksgezondheidsnota* van

¹ Jongmans et al. 1964, 3.

² Trimbos 1959. Trimbos vond hierbij A. Querido van de Amsterdamse GG&GD tegenover zich. De felle discussie is te volgen in Van der Grinten 1989.

³ Jongmans et al. 1964, 11-12.

⁴ Vlak voordat het rapport werd uitgebracht, werd hij als directeur opgevolgd door C.H.G.M. Kuitenbrouwer.

⁵ Geciteerd bij De Goei 2001, 221.

⁶ De Goei 2001, 229.

⁷ C.J.B.J. Trimbos in *De Nieuwe Linie* van 31 augustus 1963, geciteerd bij De Goei 2001, 246.

1966, en werd de GGZ hierin inderdaad als onderdeel van de volksgezondheid beschouwd, het verwachte ‘Meesterplan’ voor de GGZ stond er niet in.¹

Toch was op termijn de invloed van het gedachtegoed van het KNBGG zeer groot. Het regionalisatieplan uit 1964 werd bekritiseerd in vele tijdschriften en bestudeerd door de collega-verenigingen voor geestelijke volksgezondheid, van wie de reacties ook weer werden gepubliceerd, enzovoort. Deze ‘litanie van kanttekeningen, tegenwerpingen en kritiek’, leidde echter niet tot een aanvaardbaar alternatief. Het plan van het KNBGG zou uiteindelijk model staan voor de vorming van de RIAGG.²

SPD en MOB onder de AWBZ

Vanaf 1970 werd de regionalisatie van de geestelijke gezondheidszorg ook door de landelijke overheid bepleit, om te beginnen in de *Nota geestelijke volksgezondheid* van staatssecretaris R.J.H. Kruisinga (CHU).³ Deze nota bevatte - net als de *Volksgezondheidsnota* - een schets van de bestaande situatie, maar dan van alleen de geestelijke gezondheidszorg. De nota pleitte voor een betere spreiding van de intramurale voorzieningen, de ontwikkeling van zogenaamde ‘tussenvoorzieningen’ (voorzieningen waar patiënten die uit de inrichting ontslagen zouden worden, konden leren voor zichzelf te zorgen), en voor regionalisatie.

Het was ondenkbaar dat regionalisatie in de AGGZ gerealiseerd zou kunnen worden onder het bestaande financieringsstelsel. Kruisinga schreef in deze tijd in een brief aan de Tweede Kamer dat de AGGZ voortaan ook via de AWBZ gefinancierd moest gaan worden. Dit op advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid.⁴ In dat advies werd uiteengezet dat de AWBZ te verkiezen was boven financiering uit algemene middelen, omdat de AWBZ als sociale verzekeringswet minder te lijden had van de jaarlijkse politieke strijd om de verdeling van belastinggelden. De AWBZ viel te prefereren boven de financiering via de ziekenfondsen omdat de AWBZ als volksverzekering voor *iedereen* gold in plaats van alleen voor mensen beneden een bepaalde inkomensgrens. Een vrijwillige particuliere verzekering lag voor de AGGZ net zo min voor de hand als voor de intramurale GGZ.⁵

¹ De Goei 2001, 376. . De stem van Bartels klonk in het document nauwelijks door, de grote invloed die minister Veldkamp had op de inhoud van de nota zou te maken kunnen hebben met zijn dominerende aard. Deze karakterisering is afkomstig van Trimbos, die een uitspraak in deze richting deed in een interview in 1977.

² Van der Grinten 1987b, 278.

³ Kruisinga 1971a.

⁴ Festen 1971.

⁵ Van der Grinten 1976, 580-582.

Het was volgens de Centrale Raad organisatorisch niet mogelijk alle diensten in een keer over te hevelen, de operatie moest stapsgewijs verlopen. De SPD's, die van oudsher de meest directe relatie hadden met de intramurale sector, werden aangewezen om als eerste vorm van extramurale hulpverlening onder de AWBZ gebracht te worden. Aldus geschiedde.

In 1971 vaardigde de Ziekenfondsraad het Besluit Sociaal Psychiatrische Diensten uit, waarin werd vastgelegd dat de SPD-hulpverlening - anders dan bij de somatische gezondheidszorg - voorlopig zou worden gefinancierd uit het algemene fonds van de AWBZ.¹ Deze op een subsidie gelijkende constructie was een noodoplossing. In hoofdstuk VIII wordt het hoe en waarom hiervan nader toegelicht.

Het besluit gold aanvankelijk alleen voor 1971, maar het bleek een lange houdbaarheid te hebben. In 1975 was er nog geen definitieve constructie bedacht en werden ook de MOB's op deze wijze gefinancierd.² Pas op 1 juli 1977 werd het uiteindelijke Besluit Ziekenfondsraad Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg definitief van kracht. De MOB- en SPD-instellingen kregen voortaan structureel via de AWBZ exploitatiegelden ter beschikking, die werden verstrekt via de verbindingkantoren van de ziekenfondsen.³

De Structuurnota

Intussen verschenen diverse rapporten van de verschillende adviesorganen en al dan niet daarop gebaseerde overheidsnota's, waarin gepleit werd voor regionalisatie. De ontwikkelingen werden vanuit verschillende invalshoeken benaderd en de nota's sloten op elkaar aan als een 'legpuzzel'.⁴

In 1974 verscheen er een vervolg op de *Nota geestelijke volksgezondheid* van de opvolger van Kruisinga, J. Hendriks (KVP), getiteld *Nota betreffende geestelijke gezondheidszorg*, waarin de beleidsvoornemens van Kruisinga verder werden geconcretiseerd: de huisvesting voor patiënten in de inrichting moest worden verbeterd, de inrichtingen moesten beter worden verspreid en het aantal plaatsen in psychiatrische 'hostels' moest worden uitgebreid, en dit alles moest via de AWBZ worden bekostigd.⁵ In de *Structuurnota gezondheidszorg*, die in hetzelfde jaar uitkwam, pleitte Hendriks voor meer regionale samenhang, kleinschaligheid, een accent-

¹ Van der Grinten 1976, 585.

² Blankestijn en Geradts 1978, 45.

³ Besluit van de Ziekenfondsraad van 24 maart 1977, *Staatscourant* 123 (*Besluit Ziekenfondsraad ambulante geestelijke gezondheidszorg 1977*) zoals laatstelijk gewijzigd bij besluit van 28 juni 1979, *Staatscourant* 158, geparafraseerd bij Sneep 1981, 320-322.

⁴ Bijker 1994, 43.

⁵ Hendriks 1974a, 18.

verschuiving van intramurale naar extramurale zorg en preventie in de vorm van een eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg (zie verder onder paragraaf 8). Voor het eerst viel hier de term ‘regionale instelling voor geestelijke gezondheidszorg’ (RIAGG.)¹

De *Structuurnota* komt in een volgende paragraaf nog uitgebreider ter sprake. Op deze plaats is het van belang te constateren dat de invloed van de nota op de regionalisatiediscussie enorm was. In de nota werd regionalisatie gepresenteerd als hét middel om meer samenhang te brengen in de gezondheidszorgvoorzieningen, als mogelijkheid om de stijgende kosten in te dammen en als instrument om de patiënten meer invloed te geven in de gezondheidszorg. Er ging een grote suggestieve invloed vanuit. Groeperingen in de regio richtten nieuwe regionale overlegstructuren op, of probeerden met gebruikmaking van bestaande regionale overlegorganen de regionalisatie vorm te geven. Tegenkrachten waren er nauwelijks; het doel was onomstreden. Iedereen wilde wel een ‘samenhangend, goed functionerend en overzichtelijk stelsel van voorzieningen’.²

De NVAGG zette de regionalisatie ook in haar doelstellingen. Ze nam alle regionalisatienota’s onder de loep en formuleerde naar aanleiding daarvan een samenhangende visie.³ Het was prima, zo luidde het NVAGG-standpunt, als de overheid, c.q. de financier, een zekere regie in handen zou nemen en instellingen zou dwingen te gaan samenwerken. Die regie mocht echter nooit zover gaan dat een instelling gedwongen werd zichzelf op te heffen of te fuseren. Het was evenmin de bedoeling dat de overheid zich met de inhoud van de hulpverlening zou bemoeien. Verder vond de NVAGG dat de regionalisatie er niet toe mocht leiden dat ‘kleine werkeenheden tegen hun zin op een grote, multifunktionele hoop’ gegooid zouden worden. ‘In de hulpverlening is altijd de kleine, menselijke schaal nodig.’ De NVAGG stond gereserveerd tegenover de door Hendriks nagestreefde echelons, de andere peiler van zijn gezondheidszorgbeleid (zie paragraaf 8). ‘[H]et hulpaanbod van de aggz is ook rechtstreeks toegankelijk voor cliënten en dat moet zo blijven,’ schreef ze.⁴

Het RIAGG-concept werd verder uitgewerkt in twee *Discussienota’s ambulante geestelijke gezondheidszorg*, ook wel *RIAGG-nota’s* genoemd. De NVAGG werkte mee aan de totstandkoming van deze stukken. Bedoeling was dat het MOB, de SPD, het BLGM en het IMP op regionaal niveau moesten gaan samenwerken. De tweede - definitieve - *RIAGG-nota* bevatte procesbeschrijvingen van de verschillende manieren waarop die sa-

¹ Hendriks 1974b. Zie ook: Bijker 1994, 29; De Wit 1991, 54.

² Van der Ham 1981, 1079. Volgens de auteur viel de regionalisatiediscussie deels ook samen met de gedachtevorming over decentralisatie van het openbare bestuur.

³ N.n. 1974.

⁴ Blankestijn en Geradts 1978, 33-34.

menwerking gestalte kon krijgen en een stevig onderbouwd concept voor ‘normen en voorwaarden’ waaraan toekomstige RIAGG’s zouden moeten voldoen, wilden ze erkend worden en dus onder de AWBZ-financiering (blijven) vallen.¹ Daarmee werd voor het eerst het brede takenpakket van de hele ambulante geestelijke gezondheidszorg scherp afgebakend en gedefinieerd. Doel, taken, omvang en planning werden in de nota gedetailleerd omschreven. (Meer hierover in hoofdstuk VIII.)

De financieringsstructuur staat in de weg

De bestaande financieringsstructuur was eind jaren zeventig nog altijd geregeld op de manier zoals in paragraaf 4 is omschreven. Nu de integratie van de verschillende werksoorten zo hoog op de beleidsagenda was gekomen, werd dit door steeds meer betrokkenen als een ‘hindernis’ beschouwd. De financieringsstructuur werd ‘verbrokeeld’ genoemd en dit paste niet meer bij de beleidsplannen. In de woorden van de NVAGG:

Het is de opvatting van het NVAGG-bestuur, dat de gewenste ontwikkelingen naar integratie en regionalisatie van de aggz in de huidige situatie nog in belangrijke mate worden belemmerd door het feit, dat er voor de vijf meest vermelde werkvormen van aggz thans nog tenminste vier verschillende financieringsstromen bestaan, waarbij elke financieringsstroom weer een plaats heeft in een systeem van eigen beleidsdoelstellingen van de financier, hetgeen ook weer een eigen beleidsregie met zich meebrengt.²

Ook de Centrale Raad voor de Volksgezondheid was van mening dat de financieringsstructuur de integratie en regionalisatie in de weg stond. In een advies aan de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne van 1976 stelde de Centrale Raad dat de ‘verbrokeelde wijze van financiering van de verschillende voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg’ de bestaande situatie in stand hield waarbij de voorzieningen ‘geïsoleerd’ functioneerden, ‘zonder voldoende samenhang’. ‘De vrijwillige samenwerking heeft wel tot resultaten gevoerd, maar heeft niet kunnen leiden tot een integratie van de hulpverlening in zijn onderscheiden vormen.’³

Ten tijde van de publicatie van deze woorden waren de SPD’s en MOB’s al onder de AWBZ gebracht, terwijl de BLGM’s nog onder het Ministerie van CRM vielen en de CAD’s deels door Justitie en deels door Volksgezondheid werden bekostigd. Al deze instellingen kenden een vorm van

¹ Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne 1976.

² Blankestijn en Geradts 1978, 39.

³ Jacobs 1976, 19.

budgetfinanciering, waarbij (een deel van) de kosten van de organisatie werden gefinancierd. Het Ministerie van CRM hanteerde daarbij lossere criteria dan de Ziekenfondsraad die de AWBZ-pot beheerde. De BLGM's hadden daardoor een grotere vrijheid in de allocatie van de middelen (de besteding van de gelden) dan de SPD's en de MOB's. De IMP's werden niet volgens een vorm van budgetfinanciering gefinancierd. De financiering was niet, zoals bij de andere instellingen, gebaseerd op (een percentage van) de kosten van de hele organisatie, maar op een tarief per behandelingsuur. Niet-curatieve activiteiten, zoals (bij)scholing en consultatie, werden apart gesubsidieerd (via het Preventiefonds en het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne). De kosten voor de behandeling werden aan de cliënt in rekening gebracht, die hiervoor (soms vooraf) een vergoeding kon krijgen vanwege bijvoorbeeld de Algemene Bijstandswet (zie paragraaf 5) of in sommige gevallen een particuliere verzekering.

Er waren, kortom, nogal wat verschillen in de manieren waarop de instellingen aan hun geld konden komen. Dit kon leiden tot rechtsongelijkheid. In adviezen aan de Minister werden voorbeelden hiervan aangehaald. De strekking van de argumenten die de adviesorganen naar voren brachten, leek daarmee sterk op de pleidooien die midden jaren vijftig werden gehouden ten faveure van een nieuw financieringsstelsel voor de intramurale geestelijke gezondheidszorg.

Zo werd gesteld dat de AWBZ-financiering een veel zekerder financieringsbron was dan de andere geldbronnen. Hierdoor bestond rechtsongelijkheid tussen de instellingen op het gebied van de continuïteit van hun dienstverlening.¹ De diensten waren ongelijk over het land verspreid en dit leidde tot rechtsongelijkheid tussen de cliënten: niet iedereen had even gemakkelijk toegang had tot de voorzieningen. Het ging niet om een wettelijk geregelde verstrekking, dus de cliënten konden de hulp niet via de rechter afdwingen.² De losse subsidieregelingen waren niet kostendekkend, zodat de werksoorten die niet onder de AWBZ vielen, eigen bijdragen moesten berekenen. Dit kon betekenen dat cliënten van een bureau dat verschillende werksoorten herbergde, voor de ene tak van hulpverlening wel en de andere niet de eigen portemonnee moest trekken.³ Of, zoals te lezen staat in het jaarverslag van de Noord-Hollandse SGV:

¹ Blankestijn en Geradts 1978, 41; Ziekenfondsraad 1981, 23.

² Ziekenfondsraad 1981, 23.

³ Blankestijn en Geradts 1978, 41. De auteurs schrijven voegen hieraan toe: 'al naar gelang de problematiek, waarmee hij [de cliënt] zich tot de betreffende geïntegreerde instelling wendt', maar gelet op de hiervoor gedane constatering dat niet de hulpvraag maar toevallige omstandigheden bepaalden door welke instantie een cliënt werd geholpen - zou dit moeten zijn: 'al naar gelang de beschikbaarheid van hulpverleners'.

Als medewerker A in door de AWBZ gefinancierde tijd aan zoon a van een cliënt, gratis advies verstrekt terwijl een andere zoon van dezelfde cliënt, als hij een paar dagen later op het bureau komt en een onderzoek in het kader van de afdeling Jeugd- en Schoolpsychologie aanvraagt (dat ook door medewerker A, maar niet in AWBZ-tijd wordt verricht), moet betalen, dan begrijpt de cliënt hier hoogstwaarschijnlijk niets van.¹

De verschillende financieringsvormen hadden ook personele consequenties: de staven van de verschillende werksoorten hadden ongelijke kansen om te groeien en de samenwerking werd erdoor tegengewerkt. Ten slotte was het door de verschillende financieringsvormen mogelijk dat het ene bureau wel en het andere niet in de gelegenheid was om niet-curatieve activiteiten te ontplooiën, bij voorbeeld op het gebied van preventie. Alleen de BLGM's kregen hiervoor (vanaf 1970) rijkssubsidie.²

De laatste hindernis

De RIAGG was eind jaren zeventig nog een concept waarover werd gediscussieerd. Eén instelling was moeilijk voor dit concept te winnen: het IMP. Van alle AGGZ-werksoorten was het IMP vanaf midden jaren zestig het snelst gegroeid. Een belangrijke veroorzaker van deze groei was, zoals we hierboven zagen, de ABW, die gemeenten een instrument verschafte om indirect subsidie te verschaffen. Deze constructie werd als 'oneigenlijk gebruik' van de Bijstandswet in 1976 afgeschaft, maar de in dat jaar ingevoerde Algemene arbeidsongeschiktheidswet (AAW) nam de vergoeding van de psychotherapie van de ABW over. Daarnaast konden cliënten van het IMP gebruik maken van vergoedingen via de ziekenfondsen: namelijk 45 psychotherapiezittingen van 45 minuten, of behandelingen van minder dan een keer per week. De Wet op de Arbeidsongeschiktheid (WAO, 1967) deed er nog een schep bovenop. De bij de WAO ingestelde Gemeenschappelijke Medische Dienst erkende psychotherapie als 'voorziening'. Deze dienst was een uitvoerend orgaan van de bedrijfsverenigingen en beoordeelde de mate van arbeidsongeschiktheid en de noodzaak van voorzieningen. Op 1 juli 1971 besloot de Gemeenschappelijke Medische Dienst psychotherapeutische behandelingen die niet via de ziekenfondsen werden betaald, zelf te gaan vergoeden.³

Met dit al wordt duidelijk dat de erkenning van psychotherapie ook in de samenleving zelf was gegroeid. De expansie van het IMP hing dan ook mede samen met een toenemende vraag naar deze voorziening. Door een

¹ NHA 380 inv. nr. 2, Jaarverslag 1972-1973, 41.

² Blankestijn en Geradts 1978, 41; Brand, Brinxma en Hosman 1982, 13.

³ Brinkgreve, Onland en De Swaan 1979, 114-116.

steeds groter wordende groep mensen werd het acceptabel gevonden psychotherapeutische hulp te zoeken voor vormen van ongemak die vroeger niet als psychisch probleem werden gezien, of waar men toen andere oplossingen voor had.¹ Dat de voorziening ook voor minder kapitaalkrachten betaalbaar geworden was, had daarbij natuurlijk een rol gespeeld.

Het ging de IMP's kortom voor de wind. Maar in 'het veld' stond het IMP ter discussie. In het IMP van de jaren zeventig werd psychotherapie al lang niet meer door psychiaters alleen gegeven. Een heel scala van psychologen en andere therapeuten werkte met allerlei psychotherapievormen. De Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie streefde naar professionalisering van de 'psychotherapie' als apart beroep met een eigen domein. Dat domein moest worden bevochten ten opzichte van enerzijds de vrijgevestigde psychiaters en anderzijds de SPD's, de MOB's en de BLGM's, waar ook psychotherapeutische activiteiten plaatsvonden. Van beide zijden werd kritiek geuit op het functioneren van het IMP. De Ziekenfondsraad wilde de resultaten afwachten van deze 'domeindiscussie' en gaf in 1977 een negatief advies over de toekomstige financiering van psychotherapie via de AWBZ.²

De discussie was nog niet uitgewoed toen de Ziekenfondsraad in 1979 alsnog besloot het IMP onder de AWBZ te brengen. De NVAGG had dit al geruime tijd bepleit, als onderdeel van de door haar gewenste herstructurering van de AGGZ.³ Om tot een RIAGG te komen, was harmonisatie van de financiering onontbeerlijk en dit gold dus ook voor het IMP.

Het IMP moest echter over de streep getrokken worden. De zorgen van de Ziekenfondsraad over de bereidheid van de IMP's om mee te werken aan het RIAGG-concept, weerklinken in het Besluit Multidisciplinaire Psychotherapie, dat in 1979 werd vastgesteld. Het besluit legde hen veel meer aan banden dan de MOB's en SPD's. Het IMP moest verregaande inmeninging dulden in interne aangelegenheden (bijvoorbeeld met betrekking tot de bepaling van de omvang van een behandeling) en de IMP's moesten zich expliciet openstellen voor samenwerking met de andere AGGZ-instellingen in de regio.⁴ In hoofdstuk VIII gaan wij dieper in op deze kwestie.

Aan de vooravond van de invoering van het RIAGG-besluit werd nog een laatste barrière geslecht, die - anders dan bij de IMP's - geen inhoudelijke, maar een puur formele achtergrond had. De BLGM's ontvingen nog altijd rijkssubsidie via het Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk werk, maar werden vanaf 1981 ook via de AWBZ betaald.

¹ Oosterhuis 2005; Oosterhuis en Gijswijf-Hofstra 2008, 983-984.

² Blankestijn en Geradts 1978, 42 en 79-80.

³ Blankestijn en Geradts 1978, 42-43.

⁴ Besluit multidisciplinaire psychotherapie 1980, geparafraseerd bij Sneep 1981, 329-335.

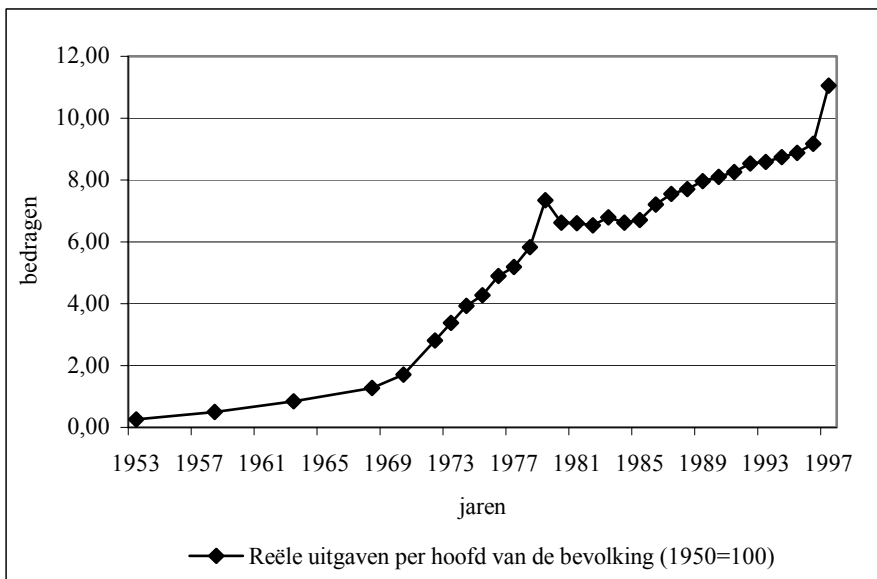
Met de keuze om het IMP onder de AWBZ te trekken, werd deze wet (onbedoeld) een wapen in de strijd tegen de ‘verkokering’ in de AGGZ en vóór de RIAGG-vorming. De nieuwe financieringsstructuur maakte het getouwtrek om het domein tussen het IMP enerzijds en de vrijgevestigde psychiaters, het BLGM en het MOB anderzijds, overbodig. Anders gezegd: de harmonisatie van de tot dan toe verbrokkelde AGGZ-financiering en de daaraan gekoppelde centrale beleidsmatige verantwoording plaveiden de weg van de AGGZ naar de RIAGG. De RIAGG werd in 1982 in het hele land uniform ingevoerd. Deze uniformering zou allerminst harmonieus verlopen, maar het voert te ver om in dit bestek dieper daarop in te gaan. In hoofdstuk VIII zal hieraan ruimschoots aandacht worden besteed.

Meer geld aan AGGZ

De komst van de AWBZ en de invoering van de RIAGG-structuur zijn ontegenzeggelijk van grote betekenis geweest voor de groei van de uitgaven aan de ambulante geestelijke gezondheidszorg.

Grafiek V-1

Reële uitgaven AGGZ per jaar per hoofd van de bevolking in guldens (1953-1997)



Bron: CBS [1957b-2000b].

Grafiek V-1 laat zien hoe snel de uitgaven aan GGZ-hulpverlening stegen. Het aantal financieringsbronnen waaruit deze bedragen werden opgebracht, liep drastisch terug.¹

Tabel V-5

Financiering AGGZ-instellingen in miljoenen gulden (1972-1987)

	rijk	provincie	gemeente	AWBZ	eigen bijdrage	totaal
1972	23	4	7	43	12	89
1973	39	4	4	55	15	117
1974	49	5	6	69	19	148
1975	36	2	6	99	39	182
1976	45	3	6	137	36	227
1977	51	3	9	152	44	259
1978	59	3	14	169	57	302
1979	76	2	14	184	73	349
1980	87	2	18	270	12	389
1981	68	1	19	319	12	419
1982	72	0	17	341	13	443
1983	81	0	17	358	12	468
1984	76	0	23	365	8	472
1985	76	1	18	378	10	483
1986	78	0	19	414	8	519
1987	82	1	19	447	8	557

Bron: CBS [1973b-1990b].

Zoals we in tabel V-5 kunnen zien, maakte het stelsel echter niet meteen een einde aan de financiële bemoeienis van rijk, provincies en gemeenten met de AGGZ.

Het rijk bleef ook na de invoering van de RIAGG's verantwoordelijk voor de financiering van de Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs en het rijk verstrekke daarnaast vanaf 1983 ook subsidie aan de Regionale Instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg (RIGG, zie hoofdstuk V).² Pro-

¹ Het rijk compenseerde de bijdrage voor verslavingszorg deels. (SA, Gemeentebled I,1982, Bijlage W, 67.)

² Lendering en Van der Meer 2002, 53-58. De auteurs beschouwen de 'tijdelijke' regeling waarbij de SPD's (sinds 1971) en MOB's (sinds 1975) onder de AWBZ werden geschaard (via subsidie uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten) óók als rijkssubsidieregeling. Ofschoon de regeling sterk op de rijkssubsidieregelingen geleek, wordt deze gedachtegang evenwel niet door andere primaire en secundaire literatuur gesteund. In de nieuwe regeling was het niet het rijk (c.q. de Minister), maar de Ziekenfondsraad die de subsidiebedragen bepaalde. (Zie paragraaf 1 en 2 van dit hoofdstuk.)

vincies betaalden tot de komst van de AWBZ-financiering voor de AGGZ ook nog altijd mee aan de kosten voor MOB's en BLGM's. Daarnaast steunden zij ook allerlei alternatieve vormen van AGGZ-hulpverlening, zoals inloop- en wegloophuizen en dergelijke.¹ Gemeenten betaalden nog lange tijd mee aan de IMP's en waren verder een groeiende bijdrage kwijt aan de verslavingszorg.

§ 7. Toezicht en 'kwaliteit'

Het overheidsbeleid dat in de periode 1966-1985 werd neergelegd in de vele nota's en rapporten, waarvan we in het voorgaande al verschillende titels hebben genoemd, had als uitgangspunt dat de samenhang, samenwerking en spreiding van de zorg moesten verbeteren. De zorg moest gedifferentieerd zijn, aansluiten op de vraag, goed bereikbaar zijn, kortom aan bepaalde kwaliteitseisen voldoen.² In hoofdstuk I kwam al aan de orde dat in Nederland tot begin jaren zeventig voor kwaliteit van zorg geen systematische aandacht bestond. Wel werd er geschreven en gedacht over wat 'goede zorg' inhield, maar dit maakte nauwelijks deel uit van het (overheids)beleid. Nu werd dit anders. Daarmee veranderde ook de rol van het orgaan dat belast was met het toezicht op de 'kwaliteit' in de geestelijke gezondheidszorg: de Inspectie.

Kwaliteit

Via het werk van met name A. Donabedian, die vanaf eind jaren zestig zocht naar een wetenschappelijke onderbouwing van het begrip 'kwaliteit' in de gezondheidszorg, kwam het 'kwaliteitsdenken' rond 1970 uit de Verenigde Staten in de Nederlandse gezondheidszorg terecht. Donabedian had op basis van medische statistieken een raamwerk voor kwaliteitsbeoordeling ontwikkeld en zijn gedachtegoed oefende (en oefent) een grote invloed uit op het debat in Nederland, getuige de vele malen dat aan zijn werk werd (en wordt) gerefereerd.³

Donabedian deelde het begrip 'kwaliteit' op in deelaspecten: doeltreffendheid, doelmatigheid, patiëntgerichtheid, beschikbaarheid, toegankelijkheid, bereikbaarheid, continuïteit van zorg, deskundigheid, geschiktheid van de bejegening, veiligheid van middelen en apparatuur, en – vanuit het standpunt van de patiënt – zelfstandigheid (autonomie) en zelfbehandeling.⁴ Deze en vele andere termen komen we tegen in de manier waarop in die tijd in Nederland het begrip 'kwaliteit' werd gebruikt.

¹ De Wit 1991, 51-52, 69.

² Bijker 1994, 43-44.

³ Harteloh 2003.

⁴ Lucieer 2005, 110.

Om zo maar eens wat voorbeelden te noemen: ‘doelmatigheid’ werd in het jaarverslag van Santpoort (1968) gebruikt in de betekenis van een zo goed mogelijke behandeling en verpleging van zo veel mogelijk patiënten als de accommodatie toeliet, dan wel het scheppen van zodanige condities (accommodatie, middelen en mensen) dat een bepaald aantal patiënten ‘optimaal’ kon worden behandeld en verpleegd. ‘Kwaliteit’ werd daarmee benaderd als kostenvraagstuk en als een kwestie van efficiëntie.¹

‘Kwaliteit’ werd elders weer gebruikt in normerende zin, zoals in de *Nota betreffende de geestelijke volksgezondheid* (1970). De norm van één verplegende op vier patiënten werd hierin als niet langer acceptabel beschouwd. Bovendien mochten eerste- en tweedejaarsleerlingen niet langer als volwaardige arbeidskrachten worden ingezet.²

De *Nota betreffende de geestelijke gezondheidszorg* van 1974 gebruikte ‘kwaliteit’ in de sfeer van ‘kwaliteitsbewaking en -verbetering’. De Minister wilde ‘nu eens serieus aandacht’ schenken ‘aan de vragen en klachten, die gedurende de laatste tijd uit de wereld van de psychiatrie naar buiten’ kwamen. Hierbij ging het vooral om de rechtspositie van de opgenomen patiënten.³ ‘Kwaliteit’ kon dus van alles betekenen. Gaandeweg ontstond terminologische verwarring over het begrip en dit werd alleen maar erger.

In 1976 publiceerde de Inspectie voor het eerst sinds bijna veertig jaar weer een verslag over haar werkzaamheden. Het derde hoofdstuk van het verslag - maar liefst 23 pagina’s lang - werd geheel gewijd aan ‘De kwaliteit van de zorg’. Dat was niet voor niets; de Inspectie had zich van oudsher ‘overeenkomstig de opdracht – met de kwaliteitsbewaking en – bevordering beziggehouden’. In het hoofdstuk verwoordde de Inspectie wat ze onder ‘kwaliteit van zorg’ verstond, en dat was vooral heel veel. ‘Kwaliteit’ werd gebruikt als einddoel, als norm, als minimumeis, als proces, in de sfeer van mentaliteitsverandering en in relatie tot financiën, eigenlijk op alle mogelijke manieren en vooral als subjectief en niet te meten begrip.

‘Kwaliteit’ werd niet per se alleen door de behandelaar gedefinieerd; ook het verplegend personeel had een aandeel in het vaststellen van wat het begrip inhield:

De deskundigheid van deze medewerkers heeft grotere invloed gekregen op het totale gebeuren; de wisselwerking tussen de diverse disciplines wordt intensiever en draagt bij aan het realiseren van goede kwaliteit van de zorg!⁴

¹ N.n. s.a. [1969], 18.

² Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 801. Zie ook: Kruisinga 1971a, 93, 135 en 138.

³ Hendriks 1974a, 2.

⁴ Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1976, 17.

Kwaliteit in de sfeer van de minimumeisen betekende voor de Inspectie dat er moest worden voldaan aan een aantal randvoorwaarden, zoals “voldoende gekwalificeerd” personeel, al gaf ze niet aan wat hieronder moest worden volstaan. Een van de problemen die de Inspectie had gesignaleerd was dat er binnen de verplegingsdienst te veel leerlingen en ongekwalificeerde krachten werkzaam waren.

Wil men kunnen spreken van kwaliteit van verpleegkundige zorg, zal, evenals voor de andere werkers in de gezondheidszorg, tenminste aan de voorwaarde “voldoende gekwalificeerd” personeel voldaan moeten worden. Het creëren van een therapeutisch klimaat, het plaatsen van patiënten in kleinere eenheden en de intensievere begeleiding van de patiënten waarbij wordt uitgegaan van datgene dat de patiënt zelf (nog) kan, eist een beter toegeruste verplegingsdienst, zowel kwalitatief als kwantitatief.¹

De financiële norm bepaalde echter volgens de Inspectie hoe groot het personeelsbestand kon zijn. Tussen kwaliteit en geld bestond dus een relatie, maar deze relatie werd niet expliciet gemaakt. De norm hoeveel procent van de verpleegprijs aan personeel kon worden besteed, was ‘niet altijd voldoende aangepast aan de ontwikkelingen in de gezondheidszorg’.²

Uit bovenstaande opsomming van opvattingen over ‘kwaliteit’ kunnen we aflezen dat er in de jaren zeventig geen eenduidig beeld bestond van wat ‘kwaliteit’ in de GGZ precies inhield. Wel wordt duidelijk dat er een relatie werd gelegd tussen kwaliteit en geld. Een gangbare gedachte was dat de beschikbare financiële middelen de grenzen van de kwaliteit bepaalden. Ook werd - vooral door de Inspectie - duidelijk gemaakt dat er een relatie bestond tussen financiering, kwaliteit, en de omvang, de samenstelling en het opleidingsniveau van het (verplegend) personeel.

Nieuwe ideeën over psychiatrie

Bij ‘kwaliteit’ dacht de Inspectie ook aan

nieuwe behandelingsvormen, het creëren van een therapeutisch klimaat, een afstemmen van instituten op de maatschappij, het begeleiden van de patiënt, waarbij wordt uitgegaan van datgene, dat de patiënt zelf (nog) kan en vooral ook aan het werken in teamverband.³

¹ Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1976, 91.

² Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1976, 17.

³ Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1976, 17.

In deze woorden weerklanken nieuwe ideeën over de manier waarop tegen geestesziekten werd aangekeken, ideeën die in die tijd leefden in de wereld van de psychiatrie zelf, maar ook daarbuiten. Ook de in 1969 aange-treden hoofdinspecteur P. Baan stond open voor dit gedachtegoed en het verslag van de Inspectie ademde duidelijk zijn geest.¹

De periode waarover we hier schrijven, eind jaren zestig tot eind jaren zeventig, worden wel omschreven als ‘de roerigste periode in de geschiedenis van de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg’.² De psychiatrische inrichting was in die tijd een van de plaatsen waarin protestbewegingen en de roep om democratie, openheid en inspraak samenkwamen. Een groeiende groep mensen uitte kritiek op de tot dan toe heersende opvatting over de behandeling van geesteszieken. Het vigerende ‘medische model’ werd fundamenteel ter discussie gesteld. De gedachte kwam op dat een psychiatrische stoornis een reactie was op ziekmakende maatschappelijke factoren en dat niet de patiënt maar de maatschappij moest veranderen.

Deze (internationale) kritische beweging vond onder de - volgens G. Blok - ‘ongelukkige term “antipsychiatrie”’ via publicaties als het vele malen herdrukte *Wie is van hout?* van Jan Foudraine een weg naar het grote publiek.³

De term ‘antipsychiatrie’ wordt door Blok ‘ongelukkig’ genoemd omdat de beweging vele verschillende kritische geluiden herbergde, die zeker lang niet allemaal uit waren op opheffing van de intramurale psychiatrie, maar veel meer op hervorming ervan. Sommigen keerden zich bijvoorbeeld tegen de autoritaire gezagsverhoudingen, of tegen het gebruik van psychofarmaca of elektroshocks. Onder dit protest ging een groot geloof in de genezingsmogelijkheden van psychiatrische patiënten schuil.⁴

De ‘antipsychiatrie’ keerde zich dus niet zozeer tegen de psychiatrische inrichting als zodanig, maar wel tegen de – naar de mening van de critici – inhumane en autoritaire verhoudingen in de inrichting. De strijd werd vooral uitgevochten in de inrichting zelf. Niet het opheffen, maar het verbeteren van de psychiatrie was het doel.

De protestbeweging in de psychiatrische inrichtingen wist vooral via de ‘Dennendalaffaire’ een grote maatschappelijke indruk te maken.⁵ Dennendal was de in 1969 verzelfstandigde afdeling voor verstandelijk ge-

¹ Baan overleed in 1975, interim-hoofdinspecteur C. Buis redigeerde het verslag, dat in 1976 uitkwam. (Kappelhof 1990, 117-118.)

² Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 745.

³ *Wie is van hout?* beleefde in twee jaar tijd zijn 25^{ste} druk. (Foudraine 1973).

⁴ Blok 2004, 164, 201.

⁵ Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 846-848; Dankers en Van der Linden 1996, 257-316; Tonkens 1999.

handicapten van de Willem Arntsz Stichting in Den Dolder. Begin jaren zeventig werd deze instelling het middelpunt van conflicten, die zodanig escaleerden dat de regering in 1974 een paviljoen liet ontruimen en de bewoners tijdelijk elders liet onderbrengen. De ‘Dennendal-affaire’ bracht grote maatschappelijke en politieke commotie teweeg en leidde tot een stroom van publiciteit.

De groeiende maatschappelijke belangstelling voor de psychiatrie is onder andere terug te zien in de grote hoeveelheid nota’s van de overheid en de adviesorganen over zowel de intramurale als de extramurale geestelijke gezondheidszorg in deze tijd. De inbreng van ‘het veld’ was in sommige van deze nota’s heel groot. Zo was de eerste van de twee *RIAGG-nota’s* in 1973 aan de NVAGG gezonden met het expliciete doel deze te verspreiden onder de leden. Nadat in oktober 1974 een bestuurlijk commentaar van de NVAGG door de leden was vastgesteld en een zestal regionale studieronden plaatsgevonden had, werd naar aanleiding van het commentaar de tweede discussienota geschreven.¹ In de opzet, de inhoud en het soms wat onambtelijke taalgebruik is de invloed van ‘het veld’ te herkennen.²

De groeiende interesse voor het vak van B-verpleegkundige is een andere exponent van de toenemende belangstelling in de maatschappij voor de geestelijke gezondheidszorg (voor aantallen: zie hoofdstuk VII).³ Veel jonge verpleegkundigen-in-opleiding voelden zich aangetrokken tot de nieuwe ideeën. Een van de zaken waarover zij zich druk maakten was de verouderde opleiding. Vanuit de Willem Arntsz Stichting werd in 1970 de Actiegroep Willem in het leven geroepen, die landelijke bekendheid verwierf met het massaal inleveren van het vermaledijde praktijkboekje, dat nog stamde van voor de oorlog.⁴ Het is slechts één voorbeeld van de vele acties en protesten die in deze tijd weerklonken in de psychiatrie.

De stem van de patiënt

Temidden van deze tumultueuze ontwikkelingen kregen patiënten zelf meer dan voorheen een stem en er werd ook meer naar hen geluisterd. Op geleide van de kritische patiëntenbeweging die voortkwam uit de democratiseringsgolf en de kritische beweging in de psychiatrie, kwam er meer aandacht voor de leefwereld van de patiënten. Ook bij de Inspectie. In

¹ Blankestijn en Geradts 1978, 30; Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne 1976, 1, ook hierbij de begeleidende brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne aan het bestuur van de NVAGG, 29 maart 1976.

² Bijvoorbeeld in het niet hanteren van de voorkeurs spelling van 1954.

³ Bijker 1994, 43-44; Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 872-874. Zie ook: Blok 2004, 25-26 en 40-45; Hendriks 1974a, 48; Jacobs 1976, 1.

⁴ Over protesten van psychiatrische verpleegkundigen zie: Aan de Stegge, dissertatie in voorbereiding; Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 842, 872-895.

1978 formuleerde de Inspectie het als haar expliciete opdracht te waken over een goede bejegening van de patiënten.

Er werd meer dan voorheen met patiënten gepraat en ze werden meer als individu benaderd. Ook en vooral in de inrichtingen zelf kregen ze meer ruimte om hun opvattingen over de gang van zaken in het ziekenhuis te bespreken: in staf-patiëntvergaderingen, in patiënten- of bewonersraden en soms zelfs in een eigen periodiek.¹ Er kwamen klachtencommissies, ombudsmannen en patiëntenvertrouwenspersonen (PVP's). In 1981 werd de Stichting PVP opgericht, die ten behoeve van alle psychiatrische inrichtingen in het land patiëntenvertrouwenspersonen (PVP's) in dienst had.²

De Inspectie was een groot voorstander van dit instituut, dat overigens gedragen werd door de Nationale Ziekenhuisraad, de Cliëntenbond en de Landelijke Patiëntenraad.³ Van oudsher hadden de inspecteurs al een functie als vertrouwenspersoon, ook al was deze niet wettelijk geregeld. Brieven van patiënten aan de Inspectie mochten niet worden tegengehouden en als een patiënt een klacht had, moest hem altijd gelegenheid geboden worden om de inspecteur te spreken. In de jaren zeventig organiseerden de regionale inspecteurs speciale klachtensprekuren voor patiënten.⁴ De patiëntenvertrouwenspersoon was echter wat gemakkelijker te benaderen dan de inspecteur zelf, meende J.B. van Borssum Waalkes, die in de periode 1980-1990 werkzaam was bij de Inspectie (vanaf 1983 als hoofdinspecteur).⁵ Bovendien nam de PVP de Inspectie werk uit handen.⁶ Dit was wel prettig, gezien de juist in die tijd door de overheid afgekondigde vacaturestop, die het voor de Inspectie noodzakelijk maakte om taken af te stoten.⁷

De verbetering van de rechtspositie van psychiatrische patiënten werd ten slotte een onderwerp waarover nog vele jaren werd gedebatteerd. De inmiddels alom als verouderd beschouwde Krankzinnigenwet van 1884 moest nodig worden vervangen. Al in 1939 had Querido hiervoor een uitgebreid pleidooi gehouden en ook kort na de oorlog was hij ermee bezig geweest.⁸ Het kwam zelfs tot een wetsvoorstel in 1955, maar zoals bekend belandde dit in de la. In 1971 werd opnieuw een wetsontwerp inge-

¹ Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 857. Zie ook: Bakker 2002d, 261-262.

² Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 857; Kappelhof 1990, 127-128.

³ Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1982b, 2. Zie ook: Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 857; Kappelhof 1990, 128.

⁴ Kappelhof 1990, 127.

⁵ Kappelhof 1990, 128. Hij baseert zich op een interview met Van Borssum Waalkes in het *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*.

⁶ Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1984, 3.

⁷ Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1983, 2.

⁸ Querido 1939. Zie verder: paragraaf 2.

diend bij de Kamer, maar het zou uiteindelijk nog tot 1993 duren voordat uiteindelijk de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen van kracht werd.

Tanend gezag van de Inspectie

De maatschappelijke belangstelling en de groei van de omvang van de geestelijke gezondheidszorg hadden een uitbreiding van de taken van de Inspectie tot gevolg gehad. De Inspectie bestond rond 1965 uit vijf regio's met Regionale Inspecteurs die elk een secretaresse in dienst hadden, plus een psychiatrisch adviseur in dienst van het Ministerie van Justitie in verband met de taken op het gebied van de forensische psychiatrie.¹ De taakverbreding van De Inspectie was al eerder begonnen, toen ook de extramurale voorzieningen onder het overheidstoezicht waren gekomen (zie paragraaf 2).

Het werd echter gaandeweg moeilijker om psychiaters te vinden die inspecteur wilden worden. Dit werd mede veroorzaakt door de op dat moment gebrekkige huisvesting en uitrusting van de Regionale Inspecties, en door moeilijkheden die het gevolg waren van de 'Dennendalaffaire', die de Inspectie op een negatieve manier in de pers had gebracht. Het voert te ver hier diep op in te gaan, maar A. Kappelhof stelt vast dat het animo voor het vervullen van een inspecteurfunctie er niet groter op werd.² Er waren medio jaren zeventig geregeld vacatures, soms voor langere tijd.³ In de loop der tijd werd een steeds groter aantal vacatures vervuld door andere beroepsbeoefenaren uit de sector.⁴ Dit past geheel in de opvatting die de Inspectie medio jaren zeventig huldigde: dat niet alleen maar de psychiater hoefde te bepalen wat 'goede zorg' was, maar dat bijvoorbeeld ook verpleegkundigen daarover iets te melden hadden. Het feit dat het vaak geen psychiater meer was die bij de instellingen langsging, maar bijvoorbeeld een verpleegkundige, een psycholoog of zelfs een jurist, tastte echter de autoriteit van de Inspectie aan.⁵ Er lag volgens J. Lucieer – die dit heeft onderzocht voor zijn dissertatie over het Staatstoezicht – ook nog een andere oorzaak ten grondslag aan het afnemende gezag van de Inspectie: het feit dat de inspecteurs zich minder vaak vertoonden 'op de werkvloer'. De uitbreiding van het werktein en de grote aandacht die alle structuurveranderingen in de GGZ vanaf midden jaren zeventig opeisten, werden niet (voldoende) in personele groei omgezet en daardoor konden

¹ Kappelhof 1990, 117.

² Kappelhof 1990, 199.

³ Kappelhof 1990, 199 en 233-237. Uit de namenlijst van de inspecteurs blijkt dat sommige functies gedurende langere tijd niet vervuld werden.

⁴ Kappelhof 233-237.

⁵ Lucieer 2005, 64-65.

de visitaties niet zo frequent meer plaatsvinden. De inspecteurs moesten meer vergaderen, ze zaten vaker ‘op kantoor’ en beperkten zich noodgedwongen tot ‘marginaal toetsen’ of aan de formele eisen werd voldaan. De dagelijkse gang van zaken in de instelling, de dossiers, de individuele casuïstiek en de patiënten in de separeercellen bleven daardoor buiten beeld.¹ In dat opzicht was er dus sinds de negentiende eeuw eigenlijk niet veel veranderd, ook al werd het woord ‘kwaliteit’ nu vaker dan voorheen gebruikt in stukken van de Inspectie.

De psychiatrische inrichting en de maatschappij waren al met al medio jaren zeventig een stukje dichter bij elkaar gekomen. Dit hing ook samen met een andere verandering in het inrichtingswezen die wij in de komende hoofdstukken verder zullen toelichten, namelijk dat meer mensen dan voorheen in aanraking kwamen met de psychiatrie. Bij een groeiend deel van de opnames ging het om kortdurende behandelingen en heropnames. Dit werd mede veroorzaakt door verschillende nieuwe behandelingswijzen die in de jaren vijftig de weg naar de inrichting hadden gevonden, in het bijzonder de psychofarmaca, die het mogelijk maakten om patiënten al dan niet met behulp van depotpreparaten, eerder met (proef)verlof te laten gaan. Een steeds groter wordende groep mensen maakte op die manier kennis met het leven in de psychiatrische inrichting en het omgekeerde gebeurde ook: de bewoners van de psychiatrische inrichting maakten in toenemende mate kennis met wat zich buiten de inrichting afspeelde. De Inspectie had een open oog en oor voor het nieuwe gedachtegoed van de kritische psychiatrie en richtte haar werkzaamheden nu ook expliciet op het toezicht op de ‘kwaliteit’ van de geestelijke gezondheidszorg (wat daaronder ook verstaan werd). Tegelijk was echter als gevolg van verschillende ontwikkelingen het aanzien van het georganiseerde staatstoezicht verminderd. Oftewel: de werkzaamheden van de Inspectie namen toe, maar het gezag nam af. Het lijkt er op dat toenemende aandacht van de Inspectie voor kwaliteit in de jaren zeventig gepaard ging aan een afnemende macht om er iets aan te doen.

§ 8. Het plafond is bereikt

Vanaf het moment dat de AGGZ via de AWBZ werd betaald, ging het Nederlandse volk gemiddeld meer, veel meer uitgeven aan deze voorzieningen. Dit gold ook voor de uitgaven aan de gehele gezondheidszorg. Verschillende ingrijpende medische, maatschappelijke en demografische verschuivingen zijn hiervoor als oorzaak aan te wijzen. Innovaties op medisch gebied hadden bijvoorbeeld geleid tot een groeiende waardering voor de zorg, en mede daardoor tot een groeiend gebruik ervan. De finan-

¹ Lucieer 2005, 64-65.

ciële toegankelijkheid was vergroot, waardoor de stap om gebruik te maken van de voorzieningen kleiner geworden was. Er had – mede als gevolg van medische innovaties en door de vergrijzing – een verschuiving plaatsgevonden in het algemene ziektebeeld: verhoudingsgewijs minder acute opnames en meer chronisch zieke en bedlegerige patiënten. Ten slotte werd het begrip ‘ziek zijn’ ruimer opgevat dan voorheen.¹

Tussen 1972 en 1982 groeide het aandeel van de kosten voor gezondheidszorg als percentage van het Bruto Nationaal Product van 7,1 naar 8,7.² Midden jaren vijftig lag het percentage nog rond de 3.³ De kosten voor de intramurale GGZ bleven per hoofd van de bevolking intussen vrij constant. (Zie ook hoofdstuk VII.)

Jongens, dat kan zo niet meer

Al in 1972 - het grootste deel van de AGGZ werd toen nog uit andere bronnen gefinancierd - waarschuwde het COZ voor de ongecontroleerde groei van de kosten van de AWBZ. Ergens in 1973 moet bij toenmalig staatssecretaris Hendriks - naar eigen zeggen - het gevoel zijn ontstaan: “Jongens, dat kan zo niet meer.” De overheid moet hier meer over te zeggen hebben.⁴ Zo kwam hij in 1974 met de *Structuurnota Gezondheidszorg*, waarin hij die nieuwe, centrale rol voor de overheid definieerde.

[D]e overheid [dient] de hoofdlijnen uit te stippelen van het volksgezondheidsbeleid, in samenhang met het overige welzijnsbeleid en als onderdeel van het totale regeringsbeleid.

Hierbij is mede van belang dat de kosten van de volksgezondheid hun weerslag vinden in de premie van de sociale verzekering. Deze algemene verantwoordelijkheid van de centrale overheid moet worden verankerd in de wetgeving.⁵

De *Structuurnota* ging uit van één samenhangend, gecoördineerd systeem van gezondheidszorgvoorzieningen dat de gehele gezondheidszorg omvatte en dat trapsgewijs was opgebouwd. De zorg moest voortaan regionaal gestructureerd zijn en opgebouwd worden uit zogenaamde ‘echelons’, waarmee Hendriks niveaus van zorgverlening bedoelde. Alleen via het eerste, vrij toegankelijke echelon (waaronder de huisarts en de maatschappelijk werkende) kon een hulpzoekende in Hendriks’ model nog terecht bij het tweede echelon (de specialist). Op die manier probeerde

¹ Van Gerwen 2000b, 124.

² Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne 1978a en 1983a.

³ Van Gerwen 2000b, 125.

⁴ J.P.M. Hendriks geciteerd bij De Wolff 1984a, 185.

⁵ Hendriks 1974a, 19-20. Zie ook De Groot 1998, 17-18.

Hendriks aan de ene kant (via de regionalisatie) de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te vergroten, en aan de andere kant overconsumptie tegen te gaan. Voor het eerst gaf de staatssecretaris ook aan hoeveel de gezondheidszorg eigenlijk mocht kosten.¹ Volgens hem moest het mogelijk zijn om de kosten van de gezondheidszorg zodanig te beheersen dat zij in 1980 niet meer dan 8 procent van het nationaal inkomen zouden bedragen.²

De *Structuurnota* werd in de wereld van de gezondheidszorg goed ontvangen. Alle adviesorganen en koepelorganisaties waren het erover eens dat iets moest worden gedaan aan de ongecoördineerde groei van initiatieven in de gezondheidszorg en men was blij dat het lange wachten op de nota (de publicatie ervan had vertraging opgelopen door de ‘Dennendalaffaire’) beloond was met een uitgebreide visie op de gezondheidszorg.³ Het enthousiasme van de betrokkenen vond echter geen weerslag in de politieke behandeling. Drie zittingen in de Vaste Kamercommissie voor de Volksgezondheid en 150 vragen over alle mogelijke gezondheidsvraagstukken verder, belandde de nota zelf onbesproken op de agenda van de Tweede Kamer. Hier werd opnieuw twee dagen gedebatteerd over alerhande kwesties, zonder dat het stuk zelf ter sprake kwam. Uiteindelijk werd de nota voor kennisgeving aangenomen en een meerderheidsstandpunt van de Kamer over de toekomstige structuur van de gezondheidszorg bleef uit. De hoofdredacteur van *Medisch Contact* schreef mistroostig:

Dat was het dus, een werkstuk van jaren waarover vele pagina's, met name in dit tijdschrift werden en worden volgeschreven, waarvoor in alle mogelijke kringen speciale vergaderingen zijn belegd, hearings gehouden, vooroverleg is gepleegd, dat uitgangspunt was van felle polemieken en onrust veroorzaakte binnen de diverse belanghebbende groeperingen... voor kennisgeving aangenomen door onze parlementariërs.⁴

Uiteindelijk was het wachten op wetgeving die de inhoud van de nota handen en voeten zou geven...

Plannen voor nieuwe wetten

Hendriks stond een drieluik van wetgeving voor ogen: een wet die een samenhangend stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen zou vastleggen, een wet voor een nieuwe volksverzekering en een tarievenwet. Op de eer-

¹ Hannessen en Sliedrecht 1984, 281.

² Festen 1985, 173.

³ Festen 1985, 176.

⁴ Geciteerd bij Festen 1985, 177.

ste twee voorstellen was zoveel kritiek dat zij geheel niet (de volksverzekering), dan wel sterk geamendeerd en maar voor korte tijd operationeel (de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg) in werking zouden treden en alleen het laatste voorstel belandde uiteindelijk na zes jaar discussie in september 1982 in het Staatsblad.¹

Doel van deze wet, de Wet Tarieven Gezondheidszorg, was het bevorderen van een evenwichtig stelsel van gezondheidszorgtarieven, met het oog op de kostenbeheersing. Ook de tarieven in de extramurale voorzieningen zouden voortaan min of meer centraal geregeld worden en de bemoeiingen van het COZ moesten worden overgedragen aan een nieuw orgaan, het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg. Dit COTG zou veel meer taakstellende bevoegdheden krijgen en moest een publiekrechtelijk orgaan worden, dat anders dan het COZ niet uit de ‘spelers in het veld’, maar uit ‘onafhankelijke’ leden zou bestaan.² Dat ‘onafhankelijke’ schrijven we hier expres tussen aanhalingstekens, want de wereld van de Nederlandse gezondheidszorg was (is) betrekkelijk klein, of, om met de woorden van staatssecretaris Hendriks te spreken:

Het is in een klein land als het onze heel moeilijk om onpartijdig en ook deskundig te zijn. We leven zo dicht op elkaar dat er nauwelijks deskundige mensen zijn te vinden die niet op de een of andere manier met de gezondheidszorg te maken hebben en bovendien hebben we zoveel instanties op het terrein van de gezondheidszorg dat het veld behoorlijk is afgegraasd. Maar ja, wat moet je anders? Ik heb nooit de illusie gehad dat ik mensen zou vinden die nooit bij een partij in de gezondheidszorg betrokken waren geweest.³

Toch was het punt van de bestuurssamenstelling juist de kwestie waarover de diverse adviesorganen struikelden.⁴ Net als destijds bij de komst van de WZT reageerde ook nu ‘het veld’ teleurgesteld op de plannen, omdat men vreesde te weinig invloed te krijgen in de gang van zaken. Dit blijkt onder meer uit een reactie van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Met name de beroepsbeoefenaren en de inrichtingen waren bang dat het COTG een te grote invloed zou krijgen. Dat het COTG-bestuur uit louter onafhankelijke deskundigen zou bestaan, wekte vooral beroering onder de specialisten. Zij zagen zich voor de situatie geplaatst dat anderen ineens over hun honoraria zouden gaan beslissen; dat was bij geen enkel

¹ De Groot 1998, 19, 23.

² Festen en Van der Wolf 1977, 1; Festen 1985, 183.

³ J.P.M. Hendriks, geciteerd bij De Wolff 1984a, 186.

⁴ Festen en Van der Wolf 1977, 1; Festen 1985, 183.

ander vrij beroep het geval. De Raad vreesde ook dat het COTG andere dan gezondheidstechnische overwegingen zou laten meetellen bij de besluitvorming. Eigenlijk vond een groot aantal leden de bestaande wetgeving goed genoeg.¹

Overigens was de Raad evenmin positief over het wetsvoorstel dat de gezondheidszorgvoorzieningen betrof. De Nationale Ziekenhuisraad had meer betrokken moeten worden bij dit ontwerp, vond men, en er waren grote twijfels over het artikel dat ging over 'kwaliteit'. Eisen met betrekking tot personeel, materieel en hygiënische eisen waren nog wel te handhaven, vond men, maar hoe handhaaf je de wet als het gaat om 'goed en doelmatig functioneren'?²

De andere adviesorganen hadden evenmin veel op met de plannen. Beide wetsvoorstellen moesten het ontgelden, zowel inhoudelijk als de wijze waarop ze tot stand gekomen waren. Vrijwel iedereen was het erover eens dat er te weinig inspraak was geweest. Volgens Hendriks had dit vooral te maken met het feit dat men bang was voor bezuinigingen, terwijl het hem alleen maar om kostenbeheersing ging.³

Het bezuinigingsbeleid in de jaren tachtig

Die angst voor bezuinigingen was wel te verklaren. Een paar jaar eerder (1973) was er immers een oliecrisis geweest en het kabinet Den Uyl (1973-1977, PvdA, PPR, D66, KVP en ARP), dat als meest progressieve kabinet aller tijden de geschiedenis is ingegaan, had in de *Miljoenennota 1976* het 1%-beleid afgekondigd. Dit stelde een bedrag van 8,8 miljard gulden aan ombuigingen in het vooruitzicht: dat betekende niet dat er meteen bezuinigd moest worden, maar wel dat de uitgaven minder mochten groeien. De kostenramingen moesten voor de komende jaren neerwaarts worden bijgesteld. Het kabinet-Den Uyl zou uiteindelijk ten val komen op de uitvoering van het voorgestelde beleid. Maar de toon was aangegeven.⁴

De kabinetten Van Agt I tot en met III (1977-1982) gelukte het evenmin de bezuinigingsplannen te realiseren. *Bestek '81*, opgesteld in 1977 en goed voor 9,5 miljard aan ombuigingen, strandde op een tegenvallende economische groei, uitgaventegenvallers en het feit dat er te veel geld werd uitgetrokken voor nieuw beleid.⁵ Iets vergelijkbaars gold voor de

¹ Festen en Van der Wolf 1977, 3-4.

² Van Gijn 1977, 22.

³ De Jong 1977, 352.

⁴ Van Popta 1995, 218.

⁵ Van Popta 1995, 218.

bezuinigingsplannen die onder de opvolgende kabinetten-Van Agt werden gesmeed.¹

Volgens José Toirkens, die in 1988 de besluitvorming over de bezuinigingen in de ministerraad en het gedrag van de individuele bewindslieden analyseerde, hebben de ministers in de opeenvolgende kabinetten een opvallend gebrek aan bezuinigingsdiscipline aan de dag gelegd. Door herdefiniëring van begrippen, verschuiving van de problematiek naar een later tijdstip (lees: een volgende kabinetsperiode), het verhogen van de publieke lasten en andere omzeilende tactieken (Toirkens noemt dit ‘vluchtgedrag’) wisten ze keer op keer de bezuinigingsdans te ontspringen en daarmee hun achterban tevreden te houden. Zelfs de ministers van Financiën, die hun collega’s maanden tot matigheid, vertoonden dit ‘vluchtgedrag’ als het ging om de concrete invulling van hun beleid.²

De ministeries verschilden onderling in de mate van ‘vluchtgedrag’. Volksgezondheid hield zich vergeleken met sommige andere Ministeries vrij goed aan de afspraken.³ In 1977 bracht het Ministerie het eerste *Financieel Overzicht Gezondheidszorg* uit, waarin voor het eerst een schets werd gegeven van de gehele omvang van de zorg en ook de vraag werd beantwoord wat er nu eigenlijk precies werd uitgegeven in de sector. Het overzicht, dat in feite een uitgebreide voortzetting was van een aantal rapporten van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, werd al snel een periodiek, dat bij de begroting van Volksgezondheid werd gevoegd en een taakstellend karakter kreeg.⁴ Van de oorspronkelijk overeengekomen ombuigingen in de periode 1976-1986 voor een bedrag van in totaal iets meer dan tien miljard gulden, werd zo’n 60 procent daadwerkelijk gerealiseerd. Het betrof onder andere maatregelen in de sfeer van de beddenreductie en beperking van bouwvolumes, maatregelen op het terrein van de ziekenfonds- en AWBZ-verstrekkings (al dan niet in combinatie met invoering of verhoging van eigen bijdragen) en ingrepen in de personele sfeer, zowel wat betreft formatieomvang als met betrekking tot de salariering.⁵

De Wet Tarieven Gezondheidszorg en de budgettering

Het bezuinigingsbeleid bereikte uiteindelijk ook de geestelijke gezondheidszorg. Ondanks de tegenstand van de adviesorganen en koepelorganisaties, werd begin 1982 de Wet Tarieven Gezondheidszorg aangenomen.

¹ Pas onder de kabinetten-Lubbers I t/m III (1982-1994) kwam het tot concrete invullingen van het bezuinigingsbeleid. Maar ook toen kwamen er tijdens de kabinetsperiodes nieuwe plannen tot stand die weer nieuwe kosten voor de publieke sector met zich meebrachten. (Van Popta, 1995, 217 Zie ook Toirkens 1988, 337.)

² Toirkens 1988.

³ Toirkens 1988, 367-377.

⁴ Hannessen en Slidrecht 1984, 282, 283, Festen 1985, 181.

⁵ Toirkens 1988, 367-377.

Kostenbeheersing werd een van de uitgangspunten van de WTG. Daarnaast was uniformering van het tariefensysteem een belangrijke pijler. Beide zaken werden al in de *Structuurnota* aan de orde gesteld. In de Memorie van Toelichting bij de WTG lezen wij:

Uit de Structuurnota blijkt dat de thans in de gezondheidszorg geldende tarief- en honoreringssystemen weinig overzichtelijk, sterk verbrokkeld en nauwelijks samenhangend zijn. Dit werkt belemmerend voor het doelmatig functioneren van het stelsel van organen voor gezondheidszorg. [...] De laatste tijd is bovendien het vraagstuk van de kostenbeheersing bij de sociale voorzieningen een grotere rol gaan spelen. Ook deze situatie heeft ertoe geleid dat de ondergetekenden met spoed willen voorzien in de wettelijke leemten die er thans bestaan ten aanzien van het ontwikkelen van een evenwichtig stelsel van tarieven op het gebied van de gezondheidszorg.¹

Met de invoering van de WTG kwam aan de werkzaamheden van het COZ formeel een einde. Het COTG nam de werkzaamheden over en vergrootte daarmee de greep van de overheid op de tarieven.² De WTG leek sterk op de WZT: tarieven kwamen nog altijd tot stand na onderhandelingen tussen de partijen en de onderhandelingsruimte bleef begrensd door dezelfde richtlijnen die door het COZ waren opgesteld.³ Gezondheidszorgorganisaties (nu ook extramurale organisaties en vrije beroepsbeoefenaars) sloten nog altijd contracten af met organisaties van ziektekostenverzekeraars (nu ziekenfondsen en particuliere verzekeringen). De in die contracten afgesproken tarieven moesten nu door het COTG worden goedgekeurd. Als tussen de partijen geen contracten waren gesloten, stelde het COTG de tarieven vast.⁴ Het COTG kon voortaan ook tegen de wens van de partijen in tarieven vaststellen, zelfs al waren de partijen onderling al tot overeenstemming gekomen.⁵

Anders dan het COZ, dat een privaatrechtelijk orgaan was waarvan het bestuur bestond uit afgevaardigden van de instellingen en de ziekenfondsen, werd het COTG een publiekrechtelijk orgaan, dat dichter bij de overheid stond en waarvan het bestuur gevormd werd door 'onafhankelijke deskundigen'. Zoals bekend had 'het veld' de vrees geuit daarmee zijn invloed op de besluitvorming geheel kwijt te raken en de Minister was hierin tegemoetgekomen door de partijen verschillende leden te laten

¹ Memorie van Toelichting bij de WTG, geciteerd bij De Groot 1998, 26.

² Hannessen en Sliedrecht 1984, 279; Companje 1997, 369.

³ De Groot 1998, 21; COTG s.a. [1984b], A 2100-6.

⁴ COTG s.a. [1984b], A 2100-4.

⁵ De Groot 1998, 21.

voordragen. Door middel van statutair vastgestelde beperkingen werd toch geprobeerd het bestuur zo onafhankelijk mogelijk te houden.¹

Een van de punten van de nieuwe wet was dat de Minister via het COTG ‘aanwijzingen’ kon geven. De eerste ‘aanwijzing’ was direct gericht op het doorvoeren van bezuinigingen. Het betrof de invoering van de budgettering.²

Plannen voor extramuralisering en ‘substitutie’

Intussen werd nieuw overheidsbeleid voor de GGZ-sector uitgedacht. De AWBZ werd daarbij bewuster als beleidsinstrument ingezet. In de *Nieuwe Nota Geestelijke Gezondheidszorg* (1984) werden de hoofdlijnen uiteengezet: nauwere samenwerking tussen de intramurale, ‘semimurale’ en extramurale GGZ, verbetering van de toegankelijkheid van de GGZ, kostenbeteugeling en een nieuwe visie op de organisatie en financiering.³ Dit alles met als doel het aantal opnames en de verblijfsduur van patiënten in psychiatrische ziekenhuizen terug te dringen. De *Nieuwe Nota* bood voor het eerst een totaalvisie op de intramurale en ambulante GGZ: een eenvormige, integrale, regionale GGZ. De schotten tussen de AGGZ en de intramurale GGZ moesten verdwijnen, de psychiatrische ziekenhuizen moesten beter over het land worden verspreid en de asielfunctie van het psychiatrisch ziekenhuis moest terug naar de maatschappij. Patiënten moesten zoveel mogelijk buiten de instellingen worden gehouden, of zo snel mogelijk weer naar de maatschappij terugkeren. Geld dat zou vrijkomen door het afstoten van bedden in de intramurale GGZ, moest worden aangewend om de AGGZ en Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW’s) uit te bouwen (substitutie). Inhoudelijk werd dit beleid ondersteund door de overweging dat de zorg voor iedereen bereikbaar moest zijn en aan bepaalde kwaliteitseisen moest voldoen. De economische ratio was de inmiddels bekende gedachte dat extramurale verzorging goedkoper was.

In het Besluit Verantwoordelijkheidsgebieden Psychiatrische Ziekenhuizen (1985) werd het beleid uitgewerkt. Een psychiatrische inrichting - in beleidsstukken intussen aangeduid met de afkorting APZ van Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis - kon voortaan alleen nog een erkenning krijgen en houden als aan het ‘opnamevoorschrift’ werd voldaan. Dat hield in dat een patiënt die voor opname in aanmerking kwam, moest worden opgenomen door het APZ in de regio en als dit niet mogelijk was, moest dit

¹ Companje 1997, 370.

² COTG s.a. [1984b], P 2200-1-3.

³ Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur 1984b. Met ‘semimurale’ voorzieningen bedoelde men tussenvoorzieningen als halfwayhouses, sluisinternaten, maar ook pensions, of instellingen voor beschermd wonen.

APZ ervoor zorgen dat hij ergens anders onderdak vond. Daarmee werd de verantwoordelijkheid voor het zorgen voor plaatsruimte, die vroeger bij de provincies lag, nu naar de APZ'en doorgeschoven. Zij moesten hiertoe contact onderhouden met andere psychiatrische ziekenhuizen en met de RIAGG. Daarmee werd de AWBZ een bewust gekozen beleidsinstrument, want zonder erkenning geen AWBZ-financiering en dus ook geen patiënten.

Ook al bleef 'het veld' nauw betrokken bij de besluitvorming, in het voorgaande is gebleken dat de rijksoverheid er vanaf begin jaren zeventig naar streefde het financiële beleid van de (geestelijke) gezondheidszorg onder controle te krijgen. Het beleid dat de opeenvolgende staatssecretarissen en ministers vanaf 1970 vastlegden in tal van nota's, werd gekenmerkt door een vrij constante visie, die door H.G. Bijker in zijn proefschrift uit 1994 als volgt is omschreven.

[G]esproken kan worden van een *doelmatige geestelijke gezondheidszorg* wanneer deze:

- aansluit op de vraag;
- goed bereikbaar is ("zo dicht mogelijk bij de mensen");
- aan te stellen kwaliteitseisen voldoet;
- de continuïteit waarborgt;
- wordt geboden door instellingen die groot genoeg zijn om een gedifferentieerd pakket van voorzieningen te kunnen bieden en toch op een menselijke schaal functioneren.¹

Ofschoon het beleid ook inhoudelijke kanten had, was het van meet af aan sterk op de financiële kanten van de geestelijke gezondheidszorg gericht. De zorg om de uit de hand lopende kosten heeft daarbij telkens een belangrijke rol gespeeld.

§ 9. Slotwoord

De naoorlogse (geestelijke) gezondheidszorg werd gekenmerkt door een golf van vernieuwende ideeën. Dit was in Nederland niet anders dan in de rest van de westerse wereld. Sociale vernieuwing moest ertoe leiden dat gezondheid niet alleen maar de 'afwezigheid van ziekte' betekende, maar ook 'lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden'. Anders gezegd: 'welvaart' moest ook 'welzijn' inhouden.

¹ Bijker 1994, 44.

Iedereen was het erover eens dat de verzorgingsstaat moest komen. De manier waarop deze moest worden ingevuld, was echter onderwerp van discussie. In links-liberale en sociaaldemocratische kringen werd vooral gepleit voor centralisatie van de macht, rechtstreekse overheidsfinanciering en gedecentraliseerde, maar publieke uitvoering op districtniveau. In rechts-liberale en confessionele hoek werd veel meer gevoeld voor sociale verzekeringen en particuliere uitvoering. Het systeem dat er uiteindelijk uitgerold was, was een ingewikkeld compromis tussen deze beide uitersten.

De GGZ vond hierin een eigen plek, maar werd als sector nauwelijks serieus genomen. De plannen die in het inrichtingswezen en de geestelijke volksgezondheid werden bedacht kort na de oorlog, bleven aanvankelijk allemaal steken. Het particulier initiatief hield vast aan de verworvenheden en dulde uiteindelijk geen inmenging van de overheid in de interne gang van zaken. De overheid was intussen wel afhankelijk geworden van tal van koepel- en overlegorganisaties. De Nederlandse beleidscultuur was er steeds meer op ingericht om het zo te doen en niet anders.

In de financiering van het inrichtingswezen veranderde er aanvankelijk weinig. De grootste prioriteit had de wederopbouw van de inrichtingen, waarvoor een regeling werd bedacht die nog lange tijd in gebruik bleef. Als belangrijkste nadelen van het bestaande financieringssysteem werden genoemd: de ongelijke lasten voor de gemeenten en rechtsongelijkheid voor de patiënten. Deze bezwaren, die vaker werden gehoord in pleidooien voor een centraal aangestuurde verzorgingsstaat, werden voorlopig opgelost met de totstandkoming van de nieuwe Financiële Verhoudingswet in 1960. Maar verder bleef alles bij het oude, alle goede bedoelingen en ook plannen ten spijt. Aanpassing van het financieringssysteem van de intramurale GGZ had eenvoudigweg geen prioriteit, niet onder de opinieleiders in de GGZ en ook niet in de ontwikkeling van de verzorgingsstaat. De structuur van de AGGZ was in de pakweg vijftig jaar van haar bestaan eveneens nauwelijks veranderd. De grotendeels particuliere (vaak verzuilde) bureaus kregen subsidie van de overheid en de overheid hield met behulp van het subsidie-instrument van een afstandje een vinger aan de pols. De AGGZ volgde daarmee de lijnen van de maatschappelijke gezondheidszorg. De overwegend verzuilde GGZ-organisaties stelden zich assertief op als tegenstander van overheidsingrijpen, maar konden niet zonder subsidiegelden van diezelfde overheid bestaan.¹ Na de Tweede Wereldoorlog was de rijksoverheid weliswaar scheutiger geworden met het verstrekken van subsidies, maar het resultaat was een structuur die door tijdgenoten een onoverzichtelijke lappendeken van werkvormen, instellingen

¹ Van der Grinten 1987b, 34.

en financieringsregelingen werd genoemd. Deze structuur, hoe royaal ook, bood de instellingen weinig zekerheid en gaf de burgers weinig duidelijkheid. Ook deze typering paste in het destijds gebruikte jargon ten voordele van de komst van nieuwe, vooral centrale wetgeving op dit gebied.

Vanaf de jaren zestig groeide de GGZ zowel qua omvang als wat betreft de kosten heel snel. Een gemakkelijke verklaring is de komst van de AWBZ. Naarmate meer onderdelen van de GGZ onder de nieuwe wet kwamen te vallen, kon de consumptie in de sector toenemen. Maar die verklaring is niet erg bevredigend. De groei van de sector zette namelijk al in voordat de AWBZ tot stand kwam. Daarbij komt dat de AWBZ geen doel op zich was, maar slechts een instrument om andere doelen te bereiken.

De AWBZ was een sociale ziektekostenverzekering met als primaire doelstelling de financiële toegankelijkheid van de zorg te verbeteren. Op sociaal-politieke gronden was men bereid een groter deel van de welvaart in te zetten voor de geestelijke gezondheidszorg. Dat kwam in de eerste plaats omdat er meer geld was dan voorheen. Dit geld werd misschien relatief 'laat' voor de GGZ ingezet, maar zelfs zonder verandering in prioriteiten was er waarschijnlijk meer geld naar de GGZ gegaan.

De AWBZ was niet in de eerste plaats bedoeld als *organisatorisch* instrument maar als *financieel* instrument. Dit veranderde echter toen de AWBZ ook voor de AGGZ van toepassing werd. Hierbij ging het er niet om de financiële toegankelijkheid van de AGGZ te vergroten, maar om organisatorische beleidsdoelstellingen te realiseren: de bestaande, 'verbrokkelde' financieringsstructuur moest worden geüniformeerd omdat deze het nagestreefde regionalisatiebeleid in de weg stond. Zo werd de AWBZ ook aangewend als organisatorisch beleidsinstrument. Aanvankelijk nog incidenteel en later, vanaf begin jaren tachtig, ook structureel en doelbewust, in een poging de kostenstijging in te dammen.

Daarmee werd de AWBZ als instrument aangewend om in de GGZ drie doelen te verwezenlijken: het vergroten van de toegankelijkheid van de zorg, het ten uitvoer brengen van een nieuwe visie op de organisatie ervan en het indammen van de kostenstijgingen. Uiteindelijk bleek het bleek moeilijk of zelfs onmogelijk om dit tegelijk te realiseren. De toegankelijkheid nam toe, maar er kwamen wachtlijsten voor in de plaats. (Meer hierover in hoofdstuk VIII.) De kosten bleven sinds de invoering van de AWBZ alleen maar stijgen, bezuinigingsronden van de rijksoverheid in de jaren tachtig ten spijt. En het realiseren van de overheidsplannen met betrekking tot de reorganisatie van de GGZ bleek een kwestie van een zeer lange adem.

Om te beginnen moest de overheid zelf een visie ontwikkelen en voldoende overtuigd zijn van die visie om het verzet van tegengestelde belangen te weerstaan. Dat bleek minder gemakkelijk dan het lijkt. Uiteindelijk zijn

er wel enkele constanten te vinden in de plannen en nota's van de jaren zeventig en tachtig. De zorg moest beter aansluiten op de vraag, 'dichter bij de mensen' zijn en aan kwaliteitseisen voldoen, de continuïteit moest gewaarborgd zijn en de instellingen moesten een gedifferentieerd voorzieningspakket bieden. En dit alles mocht vooral niet teveel kosten en mede daarom moesten de patiënten zoveel mogelijk in de maatschappij zelf kunnen worden opgevangen.

Deze visie had geleid tot een financieringsstelsel dat beruiste op een politiek compromis, waarvoor de fundamente al in de periode voor de Tweede Wereldoorlog waren gelegd, in de tijd waarin de verzuiling hoogtij vierde en de politiek werd gedomineerd door christen-democratische opvattingen en een neo-corporatistische staatsopvatting.¹ Dit zag er in de woorden van Tom van der Grinten en Jan Kasdorp als volgt uit:

- gelijke toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor iedereen als centrale doelstelling;
- particuliere verzekering voor mensen boven de loongrens;
- sociale verzekering voor mensen onder de loongrens;
- sociale verzekering van va onverzekerbare risico's voor iedereen;
- uitvoering doormiddel van een particulier systeem van gezondheidszorg, binnen het kader van een voorwaarden-scheppend overheidsbeleid.²

In dit stelsel moest de GGZ een weg vinden. Veel medewerking heeft de sector daarbij echter niet ondervonden. Op heel grote belangstelling voor de GGZ was de politiek tot in de jaren negentig niet te betrappen, uitgezonderd de korte *hype* die ontstond naar aanleiding van de 'Dennendalaffaire'.

Het is geen al te gewaagde veronderstelling dat de beschreven opvattingen - die uiteindelijk moesten leiden tot verbetering van samenhang, samenwerking en spreiding van de gehele gezondheidszorg binnen de gestelde financiële kaders - vooral het gedachtegoed van enkele invloedrijke adviesorganen in de gezondheidszorg zijn geweest, met name de Ziekenfondsraad en de Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Daarbinnen had vooral de intramurale GGZ weinig doeltreffende belangenbehartigers. Anders dan de specialisten in de algemene gezondheidszorg, waren de

¹ Neo-corporatistisch omdat het ging om een gegroeid bestel, niet een van bovenaf opgelegd systeem. (Van der Grinten en Kasdorp 1999, 7.)

² Van der Grinten en Kasdorp 1999, 7.

psychiaters niet in staat als professionele belangengroep een duidelijk stempel op de organisatie van de GGZ te drukken. Een aantal beleidsambtenaren op het Ministerie deelde de denkbeelden van de adviesorganen. Dat verklaart mede waarom deze ideeën - ondanks het feit dat er telkens nieuwe ministers aan het hoofd van het Departement stonden - over al die jaren redelijk constant zijn gebleven en belangrijke elementen ervan geleidelijk konden worden uitgevoerd.

In de hierna volgende hoofdstukken zullen wij enkele thema's uit de hiervoor beschreven periode verder uitdiepen en daarbij een antwoord trachten te vinden op de vraag wat de effecten waren van de veranderingen in de geldstromen op de praktijk van de GGZ.