



## 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 VII**

### **OVERVLOED EN ONBEHAGEN**

#### **Over stijgende kosten in de psychiatrische inrichtingen medio jaren zestig tot begin jaren tachtig**

De ontwikkelingen in de intramurale sector worden bepaald door een groot aantal factoren, waarvan een aantal een min of meer autonoom karakter heeft en daardoor minder beïnvloedbaar is door beleid terwijl andere min of meer het gevolg zijn van bewuste beleidsvoering. Het exact uit elkaar halen van het effect van de historische, ten dele autonome ontwikkeling en bewuste beleidsvoering is nauwelijks mogelijk.<sup>1</sup>

Deze woorden in het *Financieel Overzicht Gezondheidszorg* van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne van 1978 geven al aan welke *tour de force* de historicus moet maken om de ontwikkelingen in het inrichtingswezen na de invoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) in kaart te brengen en te duiden. In hoofdstuk V hebben wij al uiteengezet dat met de AWBZ, die in 1968 in werking trad, de bekostiging van de langdurige opname in ziekenhuizen en verpleeginrichtingen werd geregeld. De wet werd daarmee beschouwd als het sluitstuk van de verzorgingsstaat.

In het door de Centrale Raad voor de Volksgezondheid uitgebrachte advies voor de nieuwe wet was onder meer de verwachting uitgesproken dat een volksverzekering de kwaliteit van de psychiatrische inrichtingen zowel in materieel als immaterieel opzicht belangrijk zou doen verbeteren.<sup>2</sup> Tal van factoren beïnvloedden echter de ontwikkelingen. Daar komt bij dat het Nederlandse gezondheidszorgsysteem, waarvan de geestelijke gezondheidszorg inmiddels deel uitmaakte, tamelijk ondoorgrondelijk geworden was; de structuur is wel vergeleken met een bak vol levende palingen. ‘Systeem is er niet in te bekennen.’<sup>3</sup>

Met de beeldspraak ‘de bomen groeiden tot in de hemel’ werd (en wordt) de financiële situatie in de jaren zeventig doorgaans getypeerd. Een gangbare gedachte onder historici is dat de sector door de komst van de AWBZ enorm groeide, vooral in omvang en samenstelling van het personeelsbestand en in omvang van de kosten.<sup>4</sup> In dit hoofdstuk zullen wij dit beeld nuanceren. Wij gaan allereerst toch bovengenoemd onderscheid in auto-

---

<sup>1</sup> Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne 1978a, 22.

<sup>2</sup> N.n. 1966, 221.

<sup>3</sup> H.J.J. Leenen, geciteerd bij Ter Heide 1984.

<sup>4</sup> Vijselaar 1997, 194; Companje 1997, 350; De Goei 2001, 260; Blok 2004, 113; Abma en Weijers 2005, 204-205.

nome factoren en beleidsfactoren onderzoeken en het kluwen in het beleid proberen te ontwarren. Ook kijken we op instellingsniveau naar wat er in werkelijkheid veranderde in de psychiatrische inrichtingen en stellen daarbij de vraag in hoeverre deze veranderingen met de komst van de AWBZ samenhangen.

In de Memorie van Toelichting bij het ontwerp van wat toen nog de ‘Algemene Wet Zware Geneeskundige Risico’s’ werd genoemd, stelde minister G.M.J. Veldkamp dat het ontwerp in ‘een pijnlijk gevoeld tekort’ zou voorzien. Het gehele verplegings- en inrichtingswezen was naar zijn idee door het ontbreken van een financiële grondslag voor de kosten van zware geneeskundige risico’s niet zo snel tot ontwikkeling gekomen als gewenst en de nieuwe wet moest hierin verandering brengen, luidde het. Veldkamp was bepaald niet de enige die hoge verwachtingen had van de mogelijkheden van de nieuwe wet.<sup>1</sup> De tijd was er kennelijk rijp voor.<sup>2</sup> In dit hoofdstuk proberen we te achterhalen in hoeverre deze verwachtingen werden waargemaakt. Welke gevolgen had de invoering van de AWBZ voor de psychiatrische inrichtingen? We kijken opnieuw naar de omvang van de sector, naar veranderingen op therapeutisch gebied, huisvesting, voeding en vooral naar het personeel.

Het beschikbare bronmateriaal is over de onderhavige periode veel omvangrijker dan voor de voorgaande decennia. Dat komt door een algemene explosie van beleidsdrukte rondom de gezondheidszorg, die onder meer is af te lezen aan de stroom van publicaties die vanaf het begin van de jaren zeventig het licht zag. De organen die bij de tariefstelling voor de geestelijke gezondheidszorg betrokken waren, het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven van 1968 tot 1982 en vanaf 1982 het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg, stelden ook gedetailleerde verslagen op schrift over het reilen en zeilen van de instellingen.<sup>3</sup> Het COZ en het COTG bezonnen zich geregeld op het hoe en waarom van financiële ontwikkelingen in de zorgsector en deden bij tijd en wijle uitgebreid verslag van de kostengroei in de psychiatrische inrichtingen, afgezet tegen die in andere sectoren van de intramurale gezondheidszorg. Dit leverde samen met de werkzaamheden van de koepelorganen en het CBS een grote hoeveelheid gegenereerde statistische informatie op.

Er is ook een grote beperking: naarmate de tijd verstreek werden de inrichtingen zelf steeds kariger met het publiceren van gegevens. De jaarverslagen werden kleurrijker en artistieker van vorm, maar de hoeveelheid informatie liep sterk terug. Daarnaast sloten tabellen steeds minder goed

---

<sup>1</sup> V. 1966, 43; Andriessen 1966, 76; Luggens 1966, 276-277.

<sup>2</sup> Luggens 1966, 276.

<sup>3</sup> Over het ontstaan en functioneren van deze organen zie hoofdstuk V en verderop in dit hoofdstuk.

op elkaar aan, mede als gevolg van de komst van nieuwe aan de psychiatrische inrichtingen verbonden voorzieningen in de wijk, waarvan niet altijd even goed duidelijk is of deze al dan niet werden meegerekend in de exploitatiecijfers, de patiëntenstatistieken en de personeelstabellen.

## § 1. Een stoeve start

In 1967 werd het voorstel voor de AWBZ in de Tweede Kamer gebracht. Zoals we in hoofdstuk V uiteengezet hebben, was een van de belangrijkste redenen om tot de nieuwe wet te komen gelegen in het feit dat de kosten voor opname in een verpleeginrichting de portemonnee van de gewone burger te boven gingen. Dat er voor de psychiatrische inrichtingen al een financieringssysteem bestond dat een groot deel van de kosten dekte, kwam in de motivering van minister Veldkamp van Sociale Zaken en Volksgezondheid, die het voorstel had ontworpen, niet voor. De goed onderlegde minister was echter wel bekend met deze regeling. In de Memorie van Toelichting bij de Wet Ziekenhuistarieven, waarop de adviesaanvraag van 1962 eveneens betrekking had, komt een passage voor waarin wordt uitgelegd dat deze wet niet van toepassing zou zijn op de psychiatrische inrichtingen, omdat hiervoor al een regeling bestond:

Op grond van de Krankzinnigenwet hebben de provinciale besturen veel bemoeienis met de opnemings van krankzinnigen en zij geven zich daarbij steeds rekenschap van de prijzen, gezien de invloed daarvan op de gemeentelijke begrotingen.<sup>1</sup>

Het voorstel voor de AWBZ had een lange weg afgelegd voordat het in december 1967 werd aanvaard. Een belangrijk *inhoudelijk* kritiekpunt was het feit dat de AWBZ alleen op de intramurale zorg betrekking had. Niet alleen A. Querido maakte zoals bekend hiertegen bezwaar, ook iemand als P.A.F. van der Spek, geneesheer-directeur van Psychiatrisch Ziekenhuis St. Bavo en voormalig inspecteur voor de geestelijke gezondheidszorg, vond dit een gemis.<sup>2</sup> Van der Spek vond wel dat er ‘zoveel potentieel goeds voor de psychiatrie’ in de wet zat, dat psychiatrische inrichtingen er ‘con amore’ aan moesten meewerken ‘in het belang van onze huidige, maar vooral ook toekomstige patiënten’.<sup>3</sup>

We kunnen wel stellen dat men bij de voorbereidingen voor de totstandkoming van de nieuwe financieringswet niet over één nacht ijs was gegaan. Toch werd de wet toen hij eenmaal was aangenomen, relatief snel ingevoerd. Zo snel, dat de betrokkenen in feite slecht waren voorbereid.

---

<sup>1</sup> Geciteerd bij: Wagner 1984, 238.

<sup>2</sup> Van der Spek 1968, 252.

<sup>3</sup> Van der Spek 1968, 252-254.

Dat beweerde althans M.J. Valk, medewerker van het COZ, die een jaar na dato de sectie psychiatrie van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuseconomen voorlichtte over de bemoeienissen van het COZ met de AWBZ. Zelfs hij en zijn collega's van het COZ waren onvoldoende beslagen ten ijs gekomen. Valk had het gevoel gehad 'min of meer losgelaten' te zijn 'op een vacuüm, dat maar ten dele was opgevuld door het prijsbeleid, zoals dat door de verschillende provincies was gevoerd'.<sup>1</sup> In deze paragraaf gaan wij dieper op deze kwestie in. Wat veranderde er precies in de regelgeving door de invoering van de AWBZ? Hoe werkte het systeem? En was het geld dat ervoor was gereserveerd, eigenlijk wel voldoende?

### *Een krappe beurs*

Om met dat laatste te beginnen: in verschillende artikelen die rond de invoering van de AWBZ werden geschreven, werd van meet af aan gewag gemaakt van de vrees dat het AWBZ-bedrag dat voor de psychiatrische inrichtingen zou worden aangewend, aan de krappe kant zou kunnen zijn om de zorg op hetzelfde niveau te handhaven.<sup>2</sup> Uit onze eigen berekeningen achteraf blijkt dat die vrees niet ongegrond was.

Het feit dat de operatie budgettair neutraal verlopen moest, was een belangrijke oorzaak. In de begroting was volgens een van de auteurs zichtbaar dat de overheid nog altijd de overweging van prijsstabilisatie als uitgangspunt hanteerde.<sup>3</sup> Dit was de erfenis van Economische Zaken, die tot 1965 de tarieven voor de algemene ziekenhuizen vaststelde.

Het bedrag dat voor de psychiatrische inrichtingen was bestemd, was gebaseerd op een door de Ziekenfondsraad berekend gemiddelde van iets minder dan f20,- per verpleegdag in 1965. Dit was becijferd op basis van een enquête, want de gegevens van het CBS liepen een paar jaar achter en de gegevens over 1965 waren slechts voor een deel van de inrichtingen bekend.<sup>4</sup> De Ziekenfondsraad had de kostenstijging tussen 1965 en 1968 geraamd op 58 procent, maar het Ministerie had dit percentage achteraf verlaagd naar 56. Op grond van deze schatting zou een verpleegdag in de psychiatrische inrichting in 1968 gemiddeld iets meer dan f30,- gaan kosten.<sup>5</sup> Voor de particuliere (confessionele) inrichtingen was dit bedrag ruim voldoende. Zij zouden na de voorspelde stijging van 56 procent niet hoger uitkomen dan iets meer dan f29,- in 1968.<sup>6</sup> De verpleegkosten in

---

<sup>1</sup> Valk 1969, 477-478. Zie ook: Hannessen en Sliedrecht 1984, 293.

<sup>2</sup> Machielsens 1968; Valk 1969. Zie ook: Juffermans 1982, 207.

<sup>3</sup> Machielsens 1968, 71.

<sup>4</sup> Redactie 1966, 104.

<sup>5</sup> Machielsens 1968, 68. Zie ook: Valk 1969, 480.

<sup>6</sup> Het Economisch Instituut voor het Katholiek Ziekenhuiswezen had in 1965 de gemiddelde kosten

de semipublieke inrichtingen en overheidsinstellingen waren in 1965 echter veel hoger.<sup>1</sup> In 1968 zouden deze uitkomen op zo'n f36,-.

Bij gemiddelden zijn er natuurlijk altijd uitschieters naar boven en beneden. Het was echter niet bekend waarop de gemiddelde verpleegkosten die de Ziekenfondsraad als uitgangspunt genomen had, waren gebaseerd. De toelichting bij de betreffende passage bevatte alleen de mededeling dat bij de berekening van de verpleegkosten was uitgegaan van de opgaven van de gemeenten. Hoeveel en welke gemeenten een opgave hadden toegestuurd, stond er niet bij.<sup>2</sup> Volgens de berekening van de Ziekenfondsraad zouden de totale verpleegkosten in 1965 uitkomen op ongeveer 186 miljoen gulden.<sup>3</sup> Doorgerekend voor 1968 zou er een totaalbedrag van 290 miljoen gulden beschikbaar komen.

Uit ons eigen rekenwerk, gebaseerd op gegevens die later beschikbaar zijn gekomen over dezelfde periode, blijkt dit bedrag inderdaad te laag geschat. In 1965 werd alleen al voor patiënten die vanwege de gemeenten waren opgenomen, bijna 195 miljoen gulden ABW-geld was uitgekeerd, oftewel 9 miljoen meer dan waarvan de Ziekenfondsraad was uitgegaan.<sup>4</sup> Daar moesten de verpleegkosten voor patiënten die niet voor bijstand in aanmerking kwamen, nog bijgeteld worden. (Hoe groot dit bedrag was, is niet te achterhalen.)

Uiteindelijk werd in 1968 inderdaad een veel hoger bedrag aan verpleegkosten uitgegeven: 320 miljoen gulden, oftewel 10 procent meer dan het Ziekenfonds beraamd had. De gemiddelde kosten per verpleegdag lagen ook zo'n 10 procent hoger; geen f30,- maar f34,-, maar daarover later meer.<sup>5</sup>

Op grond van bovenstaande gegevens kan men vaststellen dat de introductie van de AWBZ zoals gevreesd gepaard ging met een te krappe begroting voor de psychiatrische ziekenhuizen. Het ging om ongeveer 10 procent. En ook al waren de gegevens waarop deze begroting was geraamd, toen nog niet allemaal bekend, iedereen kon al wel aanvoelen dat er keuzes gemaakt moesten worden. Voor die keuzes ging men in eerste instantie te rade bij de richtlijnen zoals die voor de ziekenhuizen waren opge-

---

van katholieke inrichtingen becijferd op f18,- per verpleegdag. Met een prijsstijging van 56 procent zou men in 1968 uitkomen op minder dan f29,-. De verpleegkosten in de niet-katholieke confessionele inrichtingen lagen iets hoger: f19,-. (Machielsen 1968, 68; EIKZ 1966; VPIN s.a. [1966].)

<sup>1</sup> Namelijk ruim f23,- per dag. (VPIN s.a. [1966].)

<sup>2</sup> Machielsen 1968, 68. Het door de Ziekenfondsraad berekende bedrag was in ieder geval niet gelijk aan de gemiddelde kostprijs per verpleegdag van de 32 bij de KVI en VPIN aangesloten inrichtingen samen. Dit was namelijk in 1965 meer dan f20,- en zou na een geraamde stijging van 56 procent in 1968 meer dan f31,- bedragen.

<sup>3</sup> CBS 1975c, 45. Zie ook: Valk 1969, 479. Het ging dat jaar om ongeveer 9½ miljoen verpleegdagen.

<sup>4</sup> CBS 1969a, 22. N.b. de Algemene Bijstandswet was juist dat jaar van kracht geworden. In dit bedrag zitten de terugontvangsten (vroeger 'verhaal') al verrekend.

<sup>5</sup> CBS 1969b, NZi 1969a. Zie ook: Valk 1969, 480.

steld, ook al waren die niet allemaal even toepasbaar op de psychiatrische inrichtingen.<sup>1</sup> Die richtlijnen waren, weliswaar in aangepaste vorm, nog afkomstig uit de koker van Economische Zaken en evenmin royaal te noemen. In hoofdstuk V hebben wij al uiteengezet dat het beleid van Economische Zaken nog altijd was gericht op het zo laag mogelijk houden van lonen en sociale lasten.<sup>2</sup>

### *Het bepalen en betalen van de kosten*<sup>3</sup>

Met de komst van de AWBZ verloren de gemeenten hun taken op het gebied van de betaling van de verpleegkosten. (Na de invoering van de ABW in 1965 fungeerden zij nog als financieel doorgeefluik.) Voortaan kreeg het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten de rekening. De rekening werd betaald via een plaatselijk ziekenfonds dat voor elk van de psychiatrische inrichtingen was aangewezen. Dit ziekenfonds fungeerde als een ‘verbindingskantoor’ tussen het centrale betaalkantoor en de inrichting. De eerste 365 dagen bleven overigens nog wel voor rekening van de ziekenfondsen, voor zover de verpleegden daarbij aangesloten waren.

De provincies werden ontlast van hun taken met betrekking tot de bepaling van de tarieven; de plaatsingscontracten bleven overigens wel bestaan.<sup>4</sup> Voortaan was het de Ziekenfondsraad die in laatste instantie uitspraak deed over de tarieven. De Ziekenfondsraad volgde daarbij (vrijwel altijd) het advies van het COZ. Het COZ had daarmee een zeer grote invloed op de tarieven, maar op zijn beurt baseerde het zijn advies op de uitkomst van onderhandelingen tussen de plaatselijke ziekenfondsen en de inrichting. Als ziekenfonds en inrichting niet tot overeenstemming konden komen, nam het COZ zelfstandig een besluit. Als de voorgestelde tarieven door het COZ te hoog bevonden werden, konden zij met terugwerkende kracht teruggebracht worden.<sup>5</sup>

Het tariefbeleid voor de psychiatrische inrichtingen kwam dus voortaan tot stand na overleg tussen de verschillende partijen, in een publiekrechtelijk orgaan met beslissingsbevoegdheid. Intensieve samspraak tussen inrichtingen en betalende instanties (de ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars voor het eerste jaar en de rijksoverheid voor de periode erna) was de basis. Dat was een radicale breuk met het verleden, waarin de betalende partij geen enkele invloed had op de tarieven. Het

---

<sup>1</sup> Valk 1969, 478.

<sup>2</sup> Ter Heide 1984, 55.

<sup>3</sup> Tenzij anders aangegeven is het hierna volgende gebaseerd op Machielsens 1968; Valk 1969; Festen 1984; Hannessen en Sliedrecht 1984; De Wolff 1984c; N.n. s.a. [1969].

<sup>4</sup> NA 2.19.142 inv. nr. 50, Jaarverslag van de Vereniging van Psychiatrische Inrichtingen in Nederland over 1967, 9.

<sup>5</sup> Schoppenhauer 1968, 255.

tarief werd voorheen immers bepaald door de inrichtingen in samenspraak met de provincies, terwijl de rekening uiteindelijk werd betaald door de gemeenten en later door het rijk (vanaf de invoering van de ABW in 1965) en in sommige gevallen het ziekenfonds, particuliere ziektekostenverzekeraars of patiënten en/of familie zelf.

### *Calculatieschema's en richtlijnen*

De manier waarop de tarieven voortaan werden vastgesteld, was gemodelleerd naar de uitvoering van de Wet Ziekenhuistarieven (WZT 1965, zie ook hoofdstuk V). Inrichtingen konden vanaf nu op twee manieren met de bemoeienissen van het COZ worden geconfronteerd: als collectief (via de door het COZ ontwikkelde calculatieschema's, zie ook hoofdstuk V) of individueel (via nog te ontwikkelen richtlijnen, als er voor de eigen inrichting een verzoek werd ingediend om af te wijken van de voorgestelde collectieve tariefwijziging, bijvoorbeeld in verband met een verbouwing).

De calculatieschema's werden door het COZ in samenspraak met de ziekenhuisorganisaties (inclusief die voor de inrichtingen), de Ziekenfondsraad en het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid vastgesteld. Met behulp van deze schema's werden jaarlijkse percentages vastgesteld voor de tariefverhogingen. Er waren percentages die uitdrukking gaven aan de verwachte loonontwikkeling, percentages waarin de stijging van de sociale lasten werden verrekend en percentages die schattingen waren van verwachte stijgingen van het algemene prijspeil. De economische instituten van het ziekenhuiswezen (het Economisch Instituut van het Katholieke Ziekenhuiswezen en het Instituut voor Ziekenhuiseconomie van de Stichting Het Nederlands Ziekenhuiswezen) leverden het materiaal aan voor het opstellen van deze calculatieschema's.

De psychiatrische inrichting en het lokale verbindingskantoor van de ziekenfondsen bepaalden aan de hand van de calculatieschema's vervolgens zelf de tariefverhoging. Het nieuwe tarief werd daarna door het COZ beoordeeld en normaal gesproken gefiatteerd in de vorm van een positief advies aan de Ziekenfondsraad, die vervolgens uitspraak deed in deze zin. Een deel van de administratieve rompslomp die hiermee gepaard ging, belandde daarmee op het bordje van de psychiatrische inrichtingen zelf.

Zoals eerder gezegd was het systeem van de calculatieschema's al jaren eerder op het Ministerie van Economische Zaken uitgedokterd, door H.J. Wouters, die van huis uit econoom was. (Zie hoofdstuk V.) De gedachte had al snel postgevat dat de verhoging van de tarieven op basis van dit schema een recht was waarop te allen tijde aanspraak zou kunnen worden gemaakt. Het COZ had hier echter weinig voor gevoeld. Het had een 'blokkaderegeling' ingebouwd, die inhield dat instellingen die de afgelopen vier jaar geen individuele kostenbeoordeling hadden gehad, pas tot verhoging van de verpleegtarieven mochten overgaan, nadat het COZ in-

zicht verkregen had in de exploitatie-uitkomst van de afgelopen twee jaren. Dit om te voorkomen dat instellingen met een structureel exploitatieoverschot hun positieve saldo jaar op jaar vergroot zagen worden door de percentuele tariefverhogingen.<sup>1</sup>

Naast de calculatieschema's, die dus voor alle inrichtingen golden, hadden de inrichtingen nog de mogelijkheid om een individuele aanvraag in te dienen voor het vaststellen van een tarief. Dit ging gepaard met een doorlichting van de instellingsexploitatie aan de hand van de door het COZ opgestelde richtlijnen en ervaringsnormen. Deze richtlijnen en ervaringsnormen waren samen met de calculatieschema's uit de erfenis van Economische Zaken overgebleven.<sup>2</sup> In de WZT zelf werd het bestaan van richtlijnen overigens niet genoemd. Uit Kamerstukken bij de behandeling van het wetsvoorstel blijkt echter wel dat het van meet af aan de bedoeling was geweest dat het COZ voor de beoordeling van de tarieven richtlijnen zou vaststellen. De deskundigen en de organisaties die het bestuur van het COZ vormden, oftewel het veld zelf, kregen daarmee een belangrijke stem in het vaststellen van de tarieven, zij het in overleg met de overheid en de Ziekenfondsraad.<sup>3</sup> Een grote mate van consensus zou daarmee in elk geval worden bewerkstelligd.

### *Problemen in de praktijk*

Tot zover de theorie. Hoe ging het in de praktijk? Toen het COZ in 1965 de waakhond geworden was over de tarieven in de ziekenhuissector, kon het orgaan nog gebruik maken van de kennis en ervaring op dit gebied van het Directoraat-Generaal voor de Prijzen van het Ministerie van Economische Zaken.<sup>4</sup> De calculatieschema's, richtlijnen en ervaringsnormen werden eenvoudig overgenomen en om de continuïteit te waarborgen, was de verantwoordelijk ambtenaar H.J. Wouters gedurende de aanloopperiode van het COZ als adviseur aangesteld.<sup>5</sup>

Bij de introductie van de AWBZ ging het heel anders. De Sectie Psychiatrische Instituten van de Nationale Ziekenhuisraad had in een brief aan het COZ de verwachting uitgesproken dat 'in dezelfde uitstekende sfeer en met hetzelfde wederzijds inzicht in en begrip voor elkaars standpunten' kon worden overlegd als voorheen met provincies. Wat de waarde van deze uitspraak ook moge zijn geweest, het was van meet af aan duidelijk

---

<sup>1</sup> Hanneessen en Sliedrecht 1984, 291.

<sup>2</sup> Schoppenhauer 1968, 256.

<sup>3</sup> De Groot 1998, 13.

<sup>4</sup> Valk 1969, 477.

<sup>5</sup> Festen 1984, 44. Zie ook: Companje 1997, 369. Achteraf bagatelliseerde Wouters zijn rol als adviseur wel een beetje. 'Ik vond het leuk dat ik meneer Wagner [de directeur van het COZ] nog wel een paar jaar op weg heb kunnen helpen. Ik was toen adviseur van het COZ. Maar ja, wat is een adviseur? Je hebt eigenlijk niets te vertellen.' (Geciteerd bij De Wolff 1994a, 132.)

dat de uitbreiding van het werkkerrein van het COZ in 1968 minder soepel zou verlopen dan de start van de werkzaamheden in 1965. Het orgaan was immers nauwelijks voorbereid op de veranderingen.

Het eerste probleem waar het COZ voor kwam te staan, had helemaal niets met zijn taakstelling te maken, maar ging over het bestuur.<sup>1</sup> In de samenstelling van het COZ-bestuur was de corporatieve gedachte tot uitdrukking gebracht. Toen het orgaan in 1965 van start ging, bestond het uit tien vertegenwoordigers van het ziekenfondswezen en de particuliere ziektekostenverzekeraars en tien mensen uit de ziekenhuissector, aangevuld met een vertegenwoordiger van de Sociale Verzekeringsbank en twee andere onafhankelijke deskundigen.<sup>2</sup> Bij de reorganisatie wilde men deze pariteitstructuur handhaven. Als er leden van de psychiatrische inrichtingen, zwakzinnigeninrichtingen en verpleeghuizen bij zouden komen, zou er echter een onwerkbaar groot bestuur ontstaan, omdat er evenveel vertegenwoordigers uit het ziekenfonds- en verzekeringswezen zouden moeten worden toegevoegd. Het hele jaar 1968 stond in het teken van het oplossen van dit probleem en het oude bestuur bleef tot het eind van 1968 in functie.<sup>3</sup> In het nieuwe bestuur waren zes oorspronkelijke ziekenhuiszetsels door vertegenwoordigers van de psychiatrische inrichtingen, de zwakzinnigeninrichtingen, de verpleeghuizen en de inrichtingen voor lichamenteel en zintuiglijk gehandicapte kinderen ingenomen.<sup>4</sup> Of de bestuurlijke perikelen een verlamdende werking hebben gehad op de voortgang met betrekking tot de tariefstelling voor de psychiatrische inrichtingen, is niet bekend, maar veel wijst wel in deze richting.

Bij de 'overdracht' van verantwoordelijkheden hadden de inrichtingen het COZ expliciet verzocht rekening te houden met de provinciale overeenkomsten.<sup>5</sup> Maar er zat nogal wat diversiteit in de afspraken met en toezeggingen van de provincies. De enige, algemeen geldende (want min of meer interprovinciale) gedragslijn was - zoals bekend - dat de kostprijs de basis moest vormen voor het tarief. Aangezien de kostprijzen per inrichting enorm uiteenliepen en ook over de manier waarop de kostprijs berekend werd geen eenstemmigheid bestond, waren ook de tarieven van de inrichtingen niet zomaar met elkaar in overeenkomst te brengen. De provinciecontracten konden dus niet zonder meer overgenomen worden, zoals destijds bij de regelingen van Economische Zaken voor de ziekenhuizen was gebeurd. Vooralnog werd gebruik gemaakt van de richtlijnen

---

<sup>1</sup> Valk 1969, 478.

<sup>2</sup> De Sociale Verzekeringsbank is het in 1933 opgerichte uitvoeringsorgaan van de sociale wetgeving.

<sup>3</sup> Valk 1969, 478.

<sup>4</sup> Valk 1969, 478.

<sup>5</sup> NA 2.19.142 inv. nr. 20, Jaarverslag van de Vereniging van Psychiatrische Inrichtingen in Nederland over 1967, 11-12.

voor de algemene ziekenhuizen.<sup>1</sup> Volgens een bestuurslid van de VCV verschilden deze ‘aanmerkelijk van de in de loop van vele decennia tussen provincies en de psychiatrische inrichtingen tot stand gekomen bases voor tariefsberekening’.<sup>2</sup> Maar veel verder dan wat ad hoc aanpassingen kwam het aanvankelijk niet.<sup>3</sup>

Een van de vragen waar het COZ in het eerste jaar tegenaan liep, behelsde de kwestie hoe om te gaan met fluctuaties in capaciteit. Veel psychiatrische inrichtingen hadden de laatste jaren een ‘verdunding’ van het beddenaantal toegepast, meestal door uitbreiding van ruimte zonder uitbreiding van capaciteit. Vanaf 1969 nam de gemiddelde omvang van het patiëntenbestand in de inrichtingen langzaam af.<sup>4</sup> Het totale aantal opgenomen patiënten daalde eveneens.<sup>5</sup> Het was het COZ duidelijk dat in de toekomst nieuwe richtlijnen ontwikkeld moesten worden.<sup>6</sup> Een andere zaak betrof de interpretatie van het Verstrekkingenbesluit: hoe de kosten voor de voor- en nazorg en het maatschappelijk werk te beoordelen (ambulante hulpverlening viel buiten de AWBZ), wat te doen met tandartskosten, de reiskosten van patiënten naar familie en de kosten voor de beloning van patiënten in de arbeidstherapie?<sup>7</sup>

Dan was er het vraagstuk van tariefdifferentiatie. Moest er een apart tarief in rekening gebracht worden als er sprake was van langdurige afwezigheid (bijvoorbeeld vanwege (proef)verlof)? Hoe moest er worden omgegaan met de klassenverpleging die hier en daar nog bestond? Wat te doen met de inhoudelijke verschillen tussen het Ziekenfondsverstrekkingenbesluit en het Verstrekkingenbesluit AWBZ? Deze vraag was van belang vanwege de ‘horizontale knip’: het eerste jaar van de opname viel – zoals bekend – onder de Ziekenfondswet, pas daarna gold de AWBZ. Sommige verstrekkingen (zoals patiëntenkleding) vielen formeel niet onder de eerste regeling, maar wel onder de tweede. De verschillen zouden in theorie tot tariefdifferentiatie kunnen leiden tussen het eerste opnamejaar en de periode daarna.<sup>8</sup> Ten slotte was er nog tariefdifferentiatie mogelijk die was gebaseerd op kostenverschillen in samenhang met ziektebeeld en behandeling(sduur).<sup>9</sup> Overigens had de VPIN zich al in 1962 ‘met grote eenstemmigheid’ uitgesproken *tegen* tariefsdifferentiatie, nadat het on-

---

<sup>1</sup> HDCNP 501 inv. nr. 38, Notulen Centraal Bestuur VCV, 24 januari 1969; N.n. 1971, 161.

<sup>2</sup> HDCNP 501 inv. nr. 38, Notulen Centraal Bestuur VCV, 24 januari 1969.

<sup>3</sup> Valk 1969, 478.

<sup>4</sup> Sociaal en Cultureel Planbureau 1980, 20.

<sup>5</sup> Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, Bijlage 5B.

<sup>6</sup> Valk 1969, 482.

<sup>7</sup> Valk 1969, 482.

<sup>8</sup> Zie ook Hannessen en Sliedrecht 1984, 279.

<sup>9</sup> Valk 1969, 482.

derwerp uitgebreid was besproken in de jaarvergadering.<sup>1</sup>

Verder kwam het COZ te staan voor de vraag of en zo ja, hoe de investeringslasten verdisconteerd moesten worden. Voor de ziekenhuizen was destijds de richtlijn opgesteld dat afschrijvingen op basis van historische kosten, rente over vreemd vermogen en 50 cent per verpleegdag voor een vernieuwingsfonds in de kostprijs mochten worden opgenomen. Voor de psychiatrische inrichtingen golden echter weer heel andere regels, die destijds met de provincies waren afgesproken.<sup>2</sup> Nu kwam aan de orde of ook rente over eigen vermogen mocht worden verrekend in de kostprijs en of er mocht worden gecalculeerd op basis van vervangingswaarde. Beide kwesties stoelden op een en hetzelfde principe, namelijk de wenselijkheid om in de kostprijs (en het daarop gebaseerde tarief) de juiste neerslag te vinden van de (bedrijfseconomische) offers die met het verlenen van de diensten gepaard gingen. Dit alles met als achtergrond dat de bedrijfscontinuïteit van de instellingen anders in gevaar zou kunnen komen.<sup>3</sup> Zoals bekend speelde deze kwestie vooral in de particuliere instellingen, die ongaarne hun financiële onafhankelijkheid zagen verdwijnen. Het COZ besloot vooralsnog de richtlijn met betrekking tot de afschrijvingen over te nemen zoals die jaren geleden door Economische Zaken was vastgesteld. Over de juistheid van de hierin gehanteerde percentages bleek echter een veelheid van meningen te bestaan.<sup>4</sup> De onenigheid bleef en ook na jaren discussiëren wist het COZ het vraagstuk nooit helemaal bevredigend op te lossen.<sup>5</sup> Wij komen er hieronder nog op terug.

Het laatste (en grootste) probleem waarmee het COZ in het eerste jaar te maken kreeg, betrof de personeelslasten. In de algemene ziekenhuizen waren de personeelslasten veel hoger dan in het inrichtingswezen; het was dus allerminst vanzelfsprekend om hetzelfde richtsnoer voor de tariefbepaling te hanteren. In alle inrichtingen was dringend behoefte aan uitbreiding. De verschillen tussen de inrichtingen waren echter enorm. Kortom: ingrediënten genoeg voor een jarenlange discussie. In paragraaf 3 wordt deze kwestie, die voor ons onderzoek groot gewicht heeft, verder uitgediept.

---

<sup>1</sup> NA 2.19.142 inv. nr. 1, Notulen jaarvergadering VPIN 17 mei 1962; NA 2.19.142 inv. nr. 50, Verslag van de Vereniging van Psychiatrische Inrichtingen in Nederland over het jaar 1962.

<sup>2</sup> Valk 1969, 482; NA 2.19.142 inv. nr. 50, Jaarverslag van de Vereniging van Psychiatrische Inrichtingen in Nederland over het jaar 1969, 21. Zie ook hoofdstuk VI.

<sup>3</sup> Van Straaten 1984, 113.

<sup>4</sup> Machielsen 1968, 71; Schoppenhauer 1968, 257. Zie ook hoofdstuk VI.

<sup>5</sup> Van Straaten 1984, 113.

### *Een eerste evaluatie*

Een te krap budget, bestuurlijke onzekerheden, een ingewikkeld systeem van tariefbepaling niet gebaseerd op de psychiatrische inrichtingen maar op de algemene ziekenhuizen, met soms onzekere uitkomsten en talloze vragen over de praktijk. Zie daar een schets van de voorwaarden voor de stoeve start van de AWBZ voor de psychiatrische inrichtingen. De verwachtingen waren groot: in positieve en negatieve zin. Kon de wet deze waarmaken? Niet alle, in ieder geval niet in het begin.

De negatieve verwachting van Querido dat de wet niet ontslagbevorderend zou werken, werd door de latere hoogleraar sociale geneeskunde M.A.J. Romme, enige tijd later met cijfers onderbouwd. De tarieven waren gebaseerd op de gemiddelde dagprijzen. De kosten voor de kortdurende opnames waren relatief hoog, voor de langdurende opnames laag. Dus wat lag er voor de inrichtingsbesturen meer voor de hand dan te proberen zoveel mogelijk goedkope patiënten huisvesten, waarvoor het gemiddelde tarief werd betaald? Op deze wijze was immers de kans het grootst dat de inrichting de exploitatie sluitend kon krijgen. Hier ging inderdaad niet bepaald een stimulans vanuit om de patiënten zo snel mogelijk weer naar huis te laten keren.<sup>1</sup>

Dat er voor de psychiatrische inrichtingen al een systeem bestond, werd – zo lijkt het – een beetje over het hoofd gezien. De financieringsproblemen waarmee de geestelijke gezondheidszorg kampte – ongelijkheid tussen de inrichtingen en een wirwar aan financiers in de extramurale instellingen – werden met de AWBZ aanvankelijk in ieder geval niet opgelost. De AWBZ had de extramurale geestelijke gezondheidszorg vooralsnog niets te bieden. De nieuwe wet had bovendien slechts *formeel* een einde aan gemaakt aan de grote verschillen tussen de inrichtingen met betrekking tot het vaststellen van de tarieven. *In de praktijk* zou het nog jaren duren voordat er daadwerkelijk meer eenheid zou ontstaan in de manier waarop de tarieven werden berekend. Vooral de grote verschillen in personeelslasten tussen de instellingen maakten het voor het COZ lastig om tot een uniforme systematiek te komen.<sup>2</sup>

In de nu volgende paragrafen gaan we bekijken welke invloed de nieuwe wet op de praktijk van de zorgverlening in de psychiatrische inrichtingen heeft gehad. We bestuderen daarbij achtereenvolgens de omvang van de intramurale sector, de veranderingen in en om de inrichting en de veranderingen in het personeelsbestand.

---

<sup>1</sup> Romme 1969a; Romme 1969b; Romme 1970a.

<sup>2</sup> De Haen 1988, 5.

## § 2. Omvang van de sector

De AWBZ was nog maar een paar jaar in werking, toen het COZ al attendeerde op een ‘toenemende verontrusting in brede kring over de kostenstijging van de intra-murale gezondheidszorg’. Het was geen typisch Nederlands probleem, stelde men: ook in de Verenigde Staten en West-Duitsland waren de kosten voor de gezondheidszorg sterk gestegen. Het COZ voorspelde dat de toegenomen medische mogelijkheden en de daarmee samenhangende grotere behoefte aan gezondheidszorgvoorzieningen binnen afzienbare tijd zou leiden tot een roep om bezuinigingen. De grens van de maatschappelijke aanvaardbaarheid van de kostenstijgingen kwam in zicht.<sup>1</sup>

Situaties, waarbij het ‘spel’ [...] vooruitloopt op de spelregels, leiden helaas tot spanningen en ongenueanceerde uitspraken: 113.000 bedden teveel; de instellingen rommelen maar wat aan; de patiënten zijn te veeleisend; de artsen zijn de grote kostenveroorzakers; een mannetjesputter op het ministerie gevraagd. Het is als met de inflatie: ieder geeft ieder de schuld, terwijl in feite van een gezamenlijke schuld en verantwoordelijkheid sprake is.<sup>2</sup>

Het COZ zag in de verontrusting overigens aanleiding om te proberen meer bevoegdheden naar zich toe te trekken, onder het motto: ‘Deze tijd vraagt duidelijkheid.’<sup>3</sup> Dit was niet verwonderlijk, want het COZ had - zoals we hieronder nog nader uiteen zullen zetten - eigenlijk alleen maar een adviesfunctie, maar stelde in deze tijd *in feite* gewoon de tarieven vast. Het orgaan zat dus boven op de ontwikkeling, maar met de behoefte tot beheersing van de kosten overschreed het de grenzen van zijn wettelijke bevoegdheid.<sup>4</sup> In hoeverre speelde deze gevreesde kostengroei begin jaren zeventig ook in de *geestelijke* gezondheidszorg?

### *Kosten en financiering*

In grafiek VII-1 is goed te zien dat de gemiddelde kostprijzen per verpleegdag inderdaad vanaf begin jaren zeventig enorm stegen. Als we echter het gestegen prijspeil meerekenen, zien we dat deze stijging voor een niet onaanzienlijk deel door de prijsontwikkeling werd veroorzaakt. De reële prijsstijging verliep vanaf 1960 tot eind jaren zeventig heel geleide-

---

<sup>1</sup> COZ s.a. [1973], 5.

<sup>2</sup> COZ s.a. [1973], 5-6.

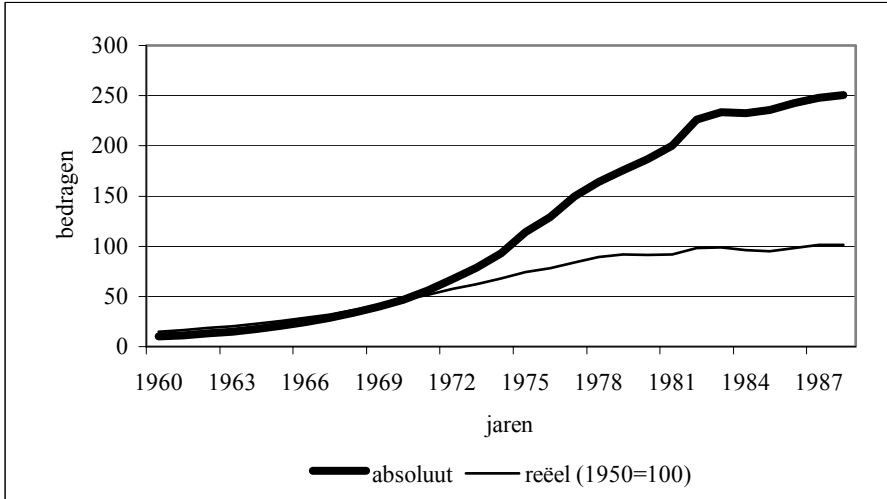
<sup>3</sup> COZ s.a. [1973], 6.

<sup>4</sup> Wagner 1984, 237.

lijk en kwam na 1978 vrijwel tot staan. De snelle inflatie van de jaren zeventig was een wereldwijd verschijnsel en werd mede aangewakkerd door de oliecrises van 1973 en 1979.<sup>1</sup>

**Grafiek VII-1**

*Gemiddelde kostprijzen per verpleegdag\* in absolute en reële bedragen (1950=100), in guldens (1960-1988)*



\* Bij gebrek aan voldoende gegevens: 1963-1966 betreft alleen de katholieke inrichtingen, 1974-1976 betreft tarieven in plaats van kostprijzen. Deze gegevens veranderen niet het totaalbeeld.

Bron: VPIN s.a. [1956-1963]; Instituut voor Ziekenhuseconomie van de Stichting het Nederlandse Ziekenhuiswezen s.a. [1965-1967]; EIKZ [1966-1968]; NZi 1969a; NZi 1969b; NZi s.a. [1970]; NZi [1971-1989].

De groei van de gemiddelde verpleegtarieven in de psychiatrische inrichtingen was vergeleken met die in de andere intramurale gezondheidszorgsectoren alles behalve explosief te noemen, zoals we hieronder hebben weergegeven. De ziekenhuistarieven stegen veel sneller. Het verschil werd zelfs steeds groter. De in grafiek VII-2 weergegeven cijfers zijn *gewogen* gemiddelde tarieven, waarbij grotere instellingen meer meegeteld zijn dan kleine instellingen.

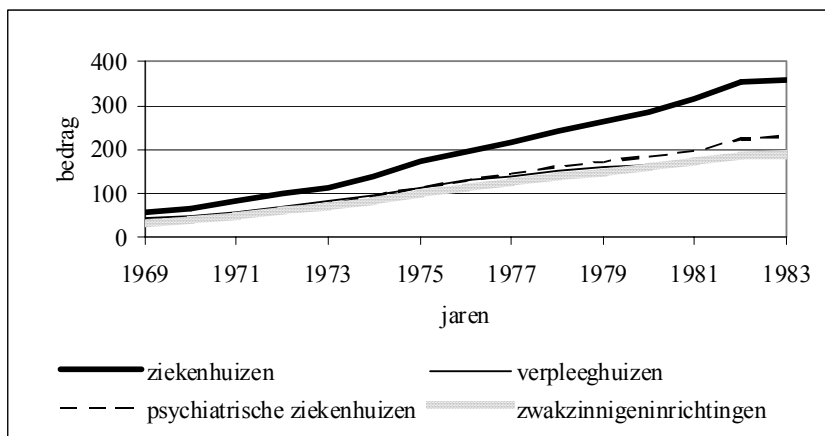
Het aandeel van de AWBZ in de financiering van de psychiatrische ziekenhuizen nam in de loop van de jaren zeventig enigszins af, terwijl de bijdrage van de ziekenfondsen en het toenemende aantal particuliere ziektekostenverzekeraars op de markt toenam. Sinds 1965 werden de eerste 365 dagen van de opname vergoed door de ziekenfondsen en particuliere

<sup>1</sup> Van Zanden 1989.

verzekeraars.<sup>1</sup> Doordat meer patiënten dan voorheen korter dan een jaar in een psychiatrische inrichting verbleven, werd de rekening ook vaker naar de ziekenfondsen en particuliere verzekeraars gezonden.<sup>2</sup> Betrof een kortdurende opname een heropname, dan gold volgens de Ziekenfondswet dat er sprake moest zijn geweest van ‘genoegzaam herstel’ om de teller voor de ziekenfondsverzekering opnieuw te laten lopen. Hierbij gold hoofdzakelijk een sociaal criterium. Als een ontslagen (ex-)patiënt een jaar lang zijn oude werk weer met goed gevolg had verricht, werd dit als ‘genoegzaam herstel’ opgevat. Moest hij daarna opnieuw worden opgenomen, dan nam het ziekenfonds of de verzekeraar opnieuw de betaling van de eerste 365 verpleegdagen voor zijn rekening. Was er geen sprake van ‘genoegzaam herstel’ bij het ontslag, of was er sprake van langdurig proefverlof, dan nam de AWBZ na een jaar de betaling over.<sup>3</sup>

### Grafiek VII-2

*Gewogen gemiddelde tarieven per verpleegdag in diverse intramurale instellingen, in guldens (1969-1983)*



Bron: COZ s.a. [1973-1981]; COTG s.a. [1983a-1984a].

### *Nauwelijks stijging*

De omvang van de bevolking in de psychiatrische inrichtingen bleef na de introductie van de AWBZ nagenoeg gelijk. Het aantal bedden (en de bezetting van de bedden) steeg nauwelijks, ondanks het feit dat er na vele decennia weer enige bouwactiviteit plaatsvond in de GGZ. Twee oude inrichtingen hadden sinds 1965 hun poorten gesloten, samen goed voor

<sup>1</sup> Tussen 1950 en 1955 vielen de eerste 42 opnamedagen in een psychiatrische inrichting onder het Ziekenfondsenbesluit, tussen 1955 en 1965 de eerste 70 opnamedagen, zie hoofdstuk V.

<sup>2</sup> Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne 1978a, 20.

<sup>3</sup> Boer s.a., II-1-G, 28-29, aanvulling februari 1964.

ongeveer 375 bedden.<sup>1</sup> Er waren acht nieuwe inrichtingen bijgekomen, waarvan één in 1965.<sup>2</sup> Van deze instellingen was alleen het St. Franciscushof nog gelegen op het rustige platteland. De andere inrichtingen werden aan de rand van de stad gebouwd. Ze kregen meteen al een regionale functie.

De plannen voor en de officiële oprichting en soms ook erkenning van de bovengenoemde ziekenhuizen dateerden meestal van jaren eerder, want het bouwen kon pas van start gaan nadat alle vergunningen rond waren en het College van Ziekenhuisvoorzieningen toestemming had verleend. Zo kon het komen dat voor een deel van de nieuwe instellingen de plannen al van ver voor de introductie van de AWBZ dateerden.

Het bouwen van nieuwe inrichtingen riep onder invloed van de antipsychiatrische beweging grote aversie op en begin jaren tachtig werd door onder anderen Trimbos en Romme de Actie Moratorium in het leven geroepen, bedoeld om de nieuwbouw van psychiatrische ziekenhuizen stop te zetten. Deze actie had uiteindelijk niet het gewenste effect.<sup>3</sup> In 1985 telde de intramurale sector volgens een telling van het CBS nog altijd 24.254 bedden.<sup>4</sup>

In de samenstelling van de bevolking van de psychiatrische inrichtingen leek er wel iets te veranderen. De ontwikkeling die wij ook al in hoofdstuk VI hadden gesignaleerd, zette door: het aantal verstandelijk gehandicapten in de inrichtingen liep terug. Er kwamen nieuwe gespecialiseerde voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten bij. Tussen midden jaren zestig en midden jaren tachtig onderging het aantal plaatsen in instellingen voor verstandelijk gehandicapten bijna een verdubbeling.<sup>5</sup> Waren er in de jaren zestig nog zo'n 10.000 verstandelijk gehandicapten in psychiatrische inrichtingen woonachtig, eind jaren tachtig waren er nog maar zo'n 800 over.<sup>6</sup>

Daarnaast schoten de gespecialiseerde verpleeghuizen voor dementerende ouderen als paddestoelen uit de grond. Het aantal verpleeghuizen steeg in

---

<sup>1</sup> Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, Bijlage 1A. Het betrof het Provinciaal Ziekenhuis Medemblik in 1967 en de Rijks Psychiatrische Inrichting Grave in 1970. De beddentellingen dateren overigens van voor de Tweede Wereldoorlog.

<sup>2</sup> Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 811-812 en Bijlage 1B. Het betreft het St. Franciscushof te Raalte (1965), het Psychomedisch Streekcentrum Vijverdal te Maastricht (1973), het Psychiatrisch Centrum De Welterhof te Heerlen (1974), het Psychiatrisch Ziekenhuis Zeeland te Goes (1981), het Psychiatrisch Ziekenhuis Jan Wier te Tilburg (1981) en het Twents Psychiatrisch Ziekenhuis Helmerzijde te Enschede (1984). Genoemde jaartallen betreffen het jaar waarin de betreffende instelling haar eerste patiënten opnam.

<sup>3</sup> Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 820-826.

<sup>4</sup> CBS 1986b.

<sup>5</sup> Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 826-827. Zie ook: Kruisinga 1971a, 8; Hendriks 1974a, 39-40.

<sup>6</sup> Gijswijt-Hofstra 2005, 38.

de periode 1961–1982 van 90 naar 329, het aantal bedden groeide van 6.000 naar 47.000. Ruim eenderde daarvan was bestemd voor psychogeriatrische patiënten.<sup>1</sup>

Het aandeel van deze beide groepen ‘patiënten’ in de bevolking van de psychiatrische ziekenhuizen, werd kleiner.<sup>2</sup> Er werden minder verstandelijk gehandicapten en dementerende ouderen opgenomen. Sommige instellingen hadden vanaf de jaren vijftig zelfs een numerus fixus ingesteld voor de groep oudere patiënten. Er vonden ook overplaatsingen plaats naar de nieuwe gespecialiseerde instellingen. Dit gebeurde dan vaak kort na de opname. Psychiatrische inrichtingen zelf drongen ook aan op snelle oprichting van dergelijke instellingen, zodat de overplaatsingen gemakkelijker konden plaatsvinden.<sup>3</sup>

Soms gingen de inrichtingsbesturen zelf over tot het stichten van verpleeghuizen. Een belangrijk deel van de bevolking van psychogeriatrische verpleeghuizen bestond in het begin dan ook uit ex-bewoners van de psychiatrische inrichtingen.<sup>4</sup>

Dit en het feit dat verstandelijk gehandicapten in toenemende mate in aparte zorginstellingen werden ondergebracht, hing er onder meer mee samen dat psychiatrische inrichtingen zich sinds de jaren vijftig in toenemende mate als behandelingsinstituten gingen profileren. De asielfunctie die inrichtingen vervulden voor deze groepen chronische ‘patiënten’ riep steeds meer kritiek op: ze zou de doorstroming van behandelbare patiënten belemmeren.<sup>5</sup>

Bovengeschetste ontwikkeling had er zelfs toe kunnen leiden dat de capaciteit van de psychiatrische inrichtingen zou verminderen. Maar dat gebeurde niet.

De in de grafiek VII-3 zichtbare scherpe daling tussen 1978 en 1979 heeft slechts een administratieve achtergrond: de gespecialiseerde verpleeghuis- en/of zwakzinnigenafdelingen van psychiatrische inrichtingen werden na 1978 niet meer in de Patiëntenregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (PIGG), waarop grafiek VII-3 onder meer gebaseerd is, opgenomen.

---

<sup>1</sup> Ribbe en Van Mens 1986, 642-643.

<sup>2</sup> ‘Patiënten’ staat hier bewust tussen aanhalingstekens; het woord ‘patiënt’ of ‘verpleegde’ werd voor verstandelijk gehandicapten eigenlijk niet meer gebruikt.

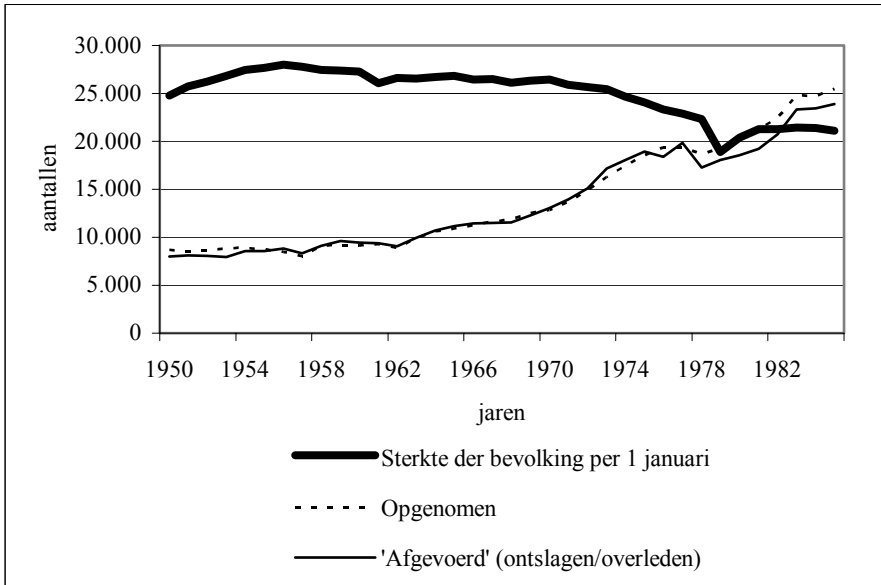
<sup>3</sup> Robben 2002, 160.

<sup>4</sup> Robben 2002, 166.

<sup>5</sup> Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 827. Zie ook: Romme 1970a.

### Grafiek VII-3

*Verpleegden in psychiatrische inrichtingen, exclusief zwakzinnigeninrichtingen, in Nederland (1950-1985)*



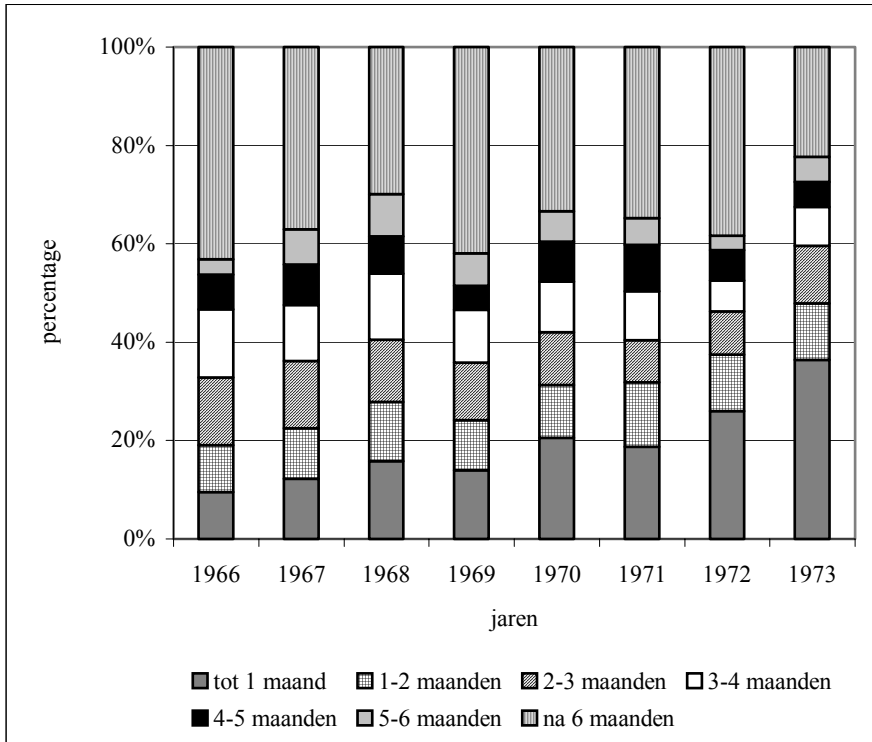
Bron: Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, Bijlage 5B.

Wat de grafiek wel goed laat zien is dat vanaf midden jaren zestig steeds meer patiënten werden opgenomen en 'afgevoerd', waarbij onmiddellijk moet worden aangetekend dat het aantal in de inrichting overleden patiënten juist daalde. Oftewel: de doorloopsnelheid nam toe.

Dit beeld wordt bevestigd als we op instellingsniveau kijken naar de verblijfsduur van patiënten die met ontslag gingen (zie grafiek VII-4). In 1973 werden tweeëneuhalf keer zoveel patiënten uit Santpoort ontslagen als in 1966. De helft hiervan was nog geen drie maanden opgenomen geweest. Ter vergelijking: in 1966 was bijna de helft van het aantal ontslagen patiënten langer dan 6 maanden opgenomen geweest. Begin jaren zeventig steeg het aantal patiënten dat na een korte opname werd ontslagen. Een deel hiervan betreft heropnames, een verschijnsel dat wel wordt aangeduid als 'draaideurpatiënt'.

#### Grafiek VII-4

*Verblijfsduur uit Santpoort ontslagen patiënten in procenten van totaal aantal ontslagen patiënten (1966-1973)*



Bron: N.n. s.a. [1966-1974].

Overigens betekenen deze cijfers niet dat er nauwelijks meer chronische patiënten in de psychiatrische inrichtingen verbleven. Op grond van gegevens van de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid werd geschat dat in 1964 weliswaar 70 procent van het aantal in dat jaar opgenomen patiënten korter dan een jaar opgenomen bleef, maar dat maar liefst 87 procent van de bedden in beslag genomen werd door patiënten die langer dan twee jaar in de inrichting verbleven. De gemiddelde verpleegduur van die laatste groep bedroeg dan ook bijna 26 jaar.<sup>1</sup> Eind jaren zestig werd de helft van de bedden nog altijd bezet door patiënten die zelfs al langer dan tien jaar opgenomen waren. Ruim 13.000 bedden waren 'geblokkeerd' voor opname.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Redactie 1966, 103.

<sup>2</sup> Romme 1970a, 149. Zie ook Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 828. Helaas zijn over de hier beschreven periode geen gegevens beschikbaar over aantal verpleegdagen. Het CBS hield dit pas vanaf 1980 bij.

Zo was de samenstelling van de bevolking van de psychiatrische inrichtingen langzaam maar zeker veranderd. Deze verandering was al in de jaren vijftig begonnen: het aantal verstandelijk gehandicapten en ouderen in de inrichting was afgenomen. Een groot deel van de inrichtingspopulatie bleef echter bestaan uit mensen die daar lange tijd verbleven. De omvang van de kosten van de intramurale GGZ veranderde ook: in absolute cijfers vooral vanaf ongeveer 1970, in reële cijfers uitgedrukt langzaam en geleidelijk, vanaf begin jaren zestig. In beide opzichten is er rond 1968, bij de invoering van de AWBZ, nauwelijks een verandering te bespeuren in de trend. In de volgende paragrafen gaan we uiteenrafelen wat de nieuwe wet voor de praktijk betekende.

### § 3. Veranderingen in en om de inrichting

We hebben nu vastgesteld dat de kostengroei in de intramurale GGZ voor wat betreft de psychiatrische inrichtingen grotendeels veroorzaakt werd door inflatie en nauwelijks door volumegroei.<sup>1</sup> Wat overbleef na eliminatie van deze twee aspecten, was de kostengroei per verpleegdag. Deze werd natuurlijk voor het grootste deel veroorzaakt door de personeelslasten (inclusief sociale lasten en pensioenkosten), die in de onderhavige periode stegen van bijna 65 procent in 1965 naar bijna 75 procent in 1980.<sup>2</sup> Voordat we ons gaan verdiepen in de vraag wat er precies met de personeelslasten gebeurde na de invoering van de AWBZ, gaan we echter kijken naar de verandering in de andere kostenposten, die aanvankelijk samen dus ongeveer eenderde uitmaakten van de totale lasten van de intramurale GGZ. Voor een goed begrip van onderstaande informatie is het van belang te beseffen dat de personeelslasten een aparte kostenpost vormden in de door ons gebruikte cijfers van het COZ.<sup>3</sup> Wanneer in het onderstaande bijvoorbeeld gesproken wordt over ‘voedingskosten’ gaat het uitsluitend om de voeding zelf, niet om de kosten voor het keukenpersoneel dat het eten klaarmaakte.

#### *Algemene kosten*

Voor ‘algemene kosten’ (goed voor zo’n 4 procent van de verpleegkosten per verpleegdag) werd in 1984 ongeveer 6 ½ maal zoveel uitgegeven als in 1967. In reële cijfers omgerekend steeg de kostenpost in deze periode

---

<sup>1</sup> Voor alle duidelijkheid: we hebben het hier niet over de inrichtingen voor verstandelijk gehandicapten.

<sup>2</sup> EIKZ [1966-1968]; NZi 1969a; NZi 1969b; NZi s.a. [1970]; NZi s.a. [1971-1981].

<sup>3</sup> Dit lijkt op een terugkeer naar de vroegere categorische methode (zie o.a. hoofdstuk III), maar dat is niet het geval. De posten werden niet met de natte vinger vastgesteld, maar naar bedrijfs onderdeel. De personeelskosten werden nu ook per personeelscategorie gespecificeerd. Hierdoor konden deze kosten onderling vergeleken worden en kon men de kosten voor personeel ook gemakkelijk naar bedrijfs onderdeel omrekenen.

rond 270 procent. De post omvatte onder meer zaken als secretariaatskosten, kantoorbenodigdheden, porto- en telefoonkosten, representatiekosten enzovoort. In de stijging van deze kostenpost kan men onder andere terugzien dat in het inrichtingswezen een toenemende verzakelijking plaatsvond. Ook de lasten voor niet-patiëntgebonden personeel gingen in deze periode flink omhoog (zie paragraaf 4).

Een belangrijke oorzaak hiervan is gelegen in de toenemende regelgeving die samenhang met de werkzaamheden van het COZ, en in de stroom aan overheidsnota's en daaraan ten grondslag liggende onderzoeken die door de verschillende adviesorganen en koepelorganisaties werden geïnitieerd. De rapportages die hiervoor nodig waren, brachten letterlijk een grotere papierwinkel met zich mee.

Vanaf midden jaren zeventig groeide langzaam maar zeker ook de behoefte aan geautomatiseerde systemen, met name voor de personeelsregistratie, de financiële administratie en de patiëntenadministratie. Vanuit Santpoort werd in 1977 uitgezocht of samenwerking op landelijk niveau mogelijk was. 'Tevens zal hierbij de mogelijkheid onderzocht worden van gezamenlijke verwerking van de in de nabije toekomst te verwachten grotere programma's, die niet op een office-computer verwerkt kunnen worden.'<sup>1</sup> Het spreekt voor zich dat dergelijke ontwikkelingen ook een flinke groei van de kosten met zich meebrachten. Deze groei is overigens ook zichtbaar in de toenemende personeelslasten in de categorie 'directie en administratie' (zie paragraaf 4).

Een andere oorzaak, die hier overigens mee samenhangt, kan worden gezocht in de afdrachten voor advies- en belangenorganisaties. De VCV maakte hier eind jaren zestig al een punt van tijdens de bestuursvergadering.<sup>2</sup> De Stichting Het Nederlandse Ziekenhuiswezen en het Nationaal Ziekenhuisinstituut hadden voor 1969 een flinke bijdrage gevraagd aan de psychiatrische inrichtingen.<sup>3</sup> Het dagelijks bestuur van de VCV had zich afgevraagd of men ermee door moest gaan jaar op jaar hogere bijdragen te geven aan deze instituten. De bijdrage zoals voor 1969 gevraagd werd, vond men 'mede gezien de prestaties' die er tegenover stonden 'ongemotiveerd en dus onaanvaardbaar'. Ook de Hervormde Vereniging had bezwaar gemaakt tegen de 'enorme verhoging van de bijdrage' en de VPIN was eveneens ongelukkig met de ontwikkeling. Het ging niet alleen om de financiële kant, zo werd gesteld. Ook de hoeveelheid 'verenigingstijd' die gestoken moest worden in de vergaderingen en het verstrekken van inlichtingen en, vermoedelijk een grote bron van ergernis, 'ook wel het redres-

---

<sup>1</sup> N.n. s.a. [1978] 17.

<sup>2</sup> HDCNP 501 inv. Nr. 38, Notulen Centraal Bestuur VCV, 24 januari 1969.

<sup>3</sup> Het bedrag dat genoemd wordt in het betreffende document is helaas niet goed leesbaar.

seren van door ondeskundigheid onjuist genomen beslissingen enz.’. Een van de bestuursleden van de VCV, die ook bestuurslid van het Nederlandse Ziekenhuiswezen, het Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZi) en van de VPIN was, zou de zaak in de VPIN aan de orde stellen en via de VPIN proberen er iets aan te doen.<sup>1</sup>

### *Voeding*

In de genoemde periode 1967-1984 stegen de kosten voor voedingsmiddelen in absolute bedragen van f2,24 naar f8,23 per verpleegdag. In reële bedragen gingen de kosten maar met een derde omhoog. Het aandeel van de voeding op de totale kosten liep dan ook terug van ongeveer 7½ naar ongeveer 3½ procent.

Over de oorzaak hiervan kunnen we kort zijn: boven een bepaalde minimumgrens wordt de vraag naar voedingsmiddelen gekenmerkt door een geringe prijselasticiteit. Als er meer geld beschikbaar komt, zal in een huishouden boven een bepaalde welstandsgrens niet veel meer geld worden uitgegeven aan voeding. In de genoemde periode zien we dan ook geen opmerkelijke veranderingen in de maaltijdvoorziening, behalve dat hier en daar melding wordt gemaakt van smakelijker en afwisselender eten en de toename van de hoeveelheid vlees in het menu. Voor een deel waren deze wijzigingen al eerder doorgevoerd en hingen ze ook samen met de komst van een diëtiste.<sup>2</sup>

De belangrijkste verandering in de jaren zestig en zeventig op het gebied van de voeding betreft twee zaken. Ten eerste gingen de inrichtingen er in de jaren zestig toe over hun landbouwbedrijven op te doeken. Vier ontwikkelingen hebben daarbij een rol gespeeld. Ten eerste waren de bedrijven niet meer rendabel, ook al waren sommige landbouwbedrijven, zoals die van Brinkgreven, in de jaren zestig gemechaniseerd.<sup>3</sup> Voedsel was verhoudingsgewijs veel goedkoper en gemakkelijker verkrijgbaar geworden, de eigen productie kon daar eenvoudig niet meer tegenop. Ten tweede nam het belang van de landbouwbedrijven voor de arbeidstherapie af doordat het aantal patiënten van boerenafkomst sterk gedaald was. Ten derde waren er in de inrichting veel nieuwe vormen van therapie gekomen. Vijselaar laat zien dat deze omslag al in de jaren vijftig begon met veranderingen in de arbeidstherapie zelf. In die tijd zorgde geneesheer-directeur H. van der Drift van Wolfheze bijvoorbeeld voor een vervanging van ‘nutteloos “broddelwerk” door zinvolle arbeid [...] en “onsmakelijke” of eenvoudige arbeid (bijvoorbeeld de vuilnisploeg) [...] door] “verheffen-

---

<sup>1</sup> HDCNP 501 niv. Nr. 38, Notulen Centraal Bestuur VCV, 24 januari 1969.

<sup>2</sup> VCV s.a. [1959], 171.

<sup>3</sup> Willemsen 1997, 281; Schuler 2003, 15.

de” vormen, met een grotere esthetische of “ontplooïende waarde” (zoals plateelschilderen).<sup>1</sup> In de loop van de jaren zestig kwamen daar allerlei andere therapieën bij, zoals diverse vormen van creatieve therapie, groeps-therapie en relatietherapie. Vanaf begin jaren zeventig was de arbeidstherapie ten slotte niet langer een verplicht onderdeel van de behandeling.<sup>2</sup> De deelname aan de arbeidstherapie liep daardoor vanzelf terug. De tweede verandering hing hiermee nauw samen: de manier waarop de maaltijd werd voorbereid en aangeboden, veranderde. Schilmachines namen bijvoorbeeld de plaats in van patiënten die in het kader van de arbeidstherapie aan het aardappelschillen waren gezet. Ook werden nieuwe koel- en verwarmingstechnieken geïntroduceerd. Deze veranderingen hielden soms verband met de komst van professionele chef-koks, zoals Cees Willemsen laat zien in zijn boek over St. Antonius te Leur.<sup>3</sup> In sommige inrichtingen, zoals Wolfheze, werd geëxperimenteerd met gedecentraliseerd koken. Deze vernieuwing was al in 1959 in gang gezet en diende in ieder geval in Wolfheze een therapeutisch doel:

Gebleken is, dat deze wijze van voedselbereiding vele voordelen heeft en beslist niet duurder behoeft te zijn dan centraal koken. De smakelijkheid wint bij de bereiding van het eten in kleinere kwanta. Het nuttigen van voedsel in eigen paviljoen, waaraan men zelf bij de bereiding heeft meegeholpen, geeft vooral voor de vrouwelijke patiënten een bevrediging van hun ingeslapen verzorgingsbehoefte.<sup>4</sup>

De kosten voor deze wijzigingen zien we echter voor een belangrijk deel terug in andere kostenposten, zoals die voor onderhoud, voor rente en afschrijvingen, en in de huishoudelijke kosten en energielasten.

### *Huishoudelijke kosten en energielasten*

De post huishoudelijke kosten en energielasten steeg in de periode 1967-1984 veel meer dan gemiddeld. Zelfs in absolute bedragen ging het bijna om een verviervoudiging. Het aandeel van deze kostenpost op de totale kosten per verpleegdag nam toe van 4¼ naar bijna 6 procent. De stijging kwam voor een groot deel voor rekening van de gestegen energieprijzen na de oliecrisis in 1973. Tot die tijd liep de ontwikkeling namelijk geheel parallel met de gemiddelde kostenstijging. Na 1973 stegen de huishoude-

---

<sup>1</sup> Vijselaar 2007, 202.

<sup>2</sup> Zie o.a.: Blok 2004.

<sup>3</sup> Willemsen 1997, 282-289.

<sup>4</sup> VCV s.a. [1959], 171. Zie ook VCV s.a. [1960], 170. De proef was geslaagd en de voorziening werd uitgebreed. In de jaren daarop volgend werd er geen nieuwe dingen over de voeding gemeld.

lijke kosten en energielasten veel sneller. In diezelfde tijd gingen de tarieven voor gas en licht de enorm gestegen prijzen voor ruwe olie achterna. Juist in deze tijd steeg ook het gemiddelde energieverbruik in de Nederlandse huishoudens. Deze ontwikkeling was al eerder begonnen en zal ongetwijfeld ook in de inrichtingen hebben plaatsgehad. Men kan zich voorstellen dat een meer algemeen gebruik van voorzieningen als radio, grammofoon en televisie en hierboven al gesignaleerde verbeteringen in voedselvoorziening, koeltechnieken en maaltijdbereiding, een toename van het energieverbruik in de inrichting hebben bewerkstelligd.<sup>1</sup>

Verder kan men in deze tijd ook zien dat – net als bij de voedselvoorziening – ook andere diensten meer gemechaniseerd werden. Werk dat voorheen door patiënten en verplegenden werd verricht, werd nu door machines gedaan (we denken bijvoorbeeld aan (af)wasmachines) of zelfs uitbesteed. Daaraan waren hogere huishoudelijke kosten (en indien het in eigen huis gebeurde: hogere energielasten) verbonden.<sup>2</sup>

Een andere oorzaak van de zeer sterke kostenstijging van deze exploitatiepost is mogelijk gelegen in de huisvesting van de patiënten: de komst van kleinere leefeenheden met vanzelfsprekend overal radio- en televisietoestellen, (royalere) verlichting en ook centrale verwarming heeft waarschijnlijk eveneens tot een hogere energierekening geleid. Daar staat tegenover dat gerenoveerde kleinere leefeenheden ook energiebesparingen meegebracht kunnen hebben: grote tochtende ruimtes zullen steeds meer tot het verleden zijn gaan horen.

Ook veranderende gewoontes op het gebied van de persoonlijke hygiëne – bijvoorbeeld het frequenter en langduriger gebruik maken van douches – zullen aan de toename van het energieverbruik hebben bijgedragen. Jammer genoeg zijn de jaarverslagen van de inrichtingen in de loop van de jaren zestig en zeventig zo bescheiden geworden, dat zij op dit gedetailleerde niveau geen informatie (meer) verstrekken.<sup>3</sup>

Beide ontwikkelingen - gestegen energieprijzen en gestegen energieverbruik - zijn zichtbaar in deze kostenpost. Hoe deze relatie *precies* lag, is helaas moeilijk na te gaan, omdat juist in die periode de kosten voor energielasten niet langer apart werden vermeld.

---

<sup>1</sup> Zie bijvoorbeeld Willemsen 1997, 351, 353.

<sup>2</sup> Of de was de deur uitdoen goedkoper, of juist duurder was, hangt af van de vraag wat er met het 'vrijgemaakte personeel' gebeurde en van de grootte van de inrichting. Verbeek had in 1938 een berekening gemaakt waarin alle kosten voor de was werden verrekend. Hij vergeleek de kosten voor de was 'in eigen huis' met die van uitbesteding. Zelf doen was voor grote inrichtingen meestal goedkoper, uitbesteden voor kleine inrichtingen, was zijn conclusie. De exercitie, die alleen kon worden uitgevoerd met behulp van de organische boekhoudmethode, was mede bedoeld om collega administrateurs voor deze boekhoudmethode te winnen. (Verbeek 1938.)

<sup>3</sup> Ook de zogenaamde 'blauwboeken' van de Inspectie werden sinds 1960 niet meer bijgehouden (NA 2.15.40 inv. nr. [1378-2894], Jaarverslagen en blauwboeken van krankzinnigengestichten).

### *Medische middelen en onderzoek door derden*

De post ‘medische middelen en onderzoek door derden’ steeg in de onderhavige periode van f0,98 naar f5,24. Afgezet tegen de inflatie ging het om een verdubbeling van de kosten. Dat was minder dan de gemiddelde stijging van de verpleegkosten. Het aandeel van deze kostenpost op het totaal daalde dan ook van bijna 3½ naar iets meer dan 2 procent.

Op zoek naar een verklaring voor het feit dat de post ‘medische middelen en onderzoek door derden’ *niet* zo snel gestegen was als de meeste andere kostenposten, hebben we deze post uiteengerafeld. Wat veranderde er? Wat bleef hetzelfde? We besteden hieronder achtereenvolgens aandacht aan onderzoek door derden, medische instrumenten en ten slotte geneesmiddelen.

Over onderzoek door derden is weinig informatie beschikbaar. Het is ten eerste niet helemaal duidelijk wat ermee bedoeld werd. Aangezien de kosten onder dezelfde post als ‘medische middelen’ werden gevat, nemen wij aan dat het om kosten voor lichamenlijk onderzoek ging, bijvoorbeeld door een externe internist of een cardioloog uit een algemeen ziekenhuis. Hoe vaak in de inrichting opgenomen patiënten door externe artsen werden onderzocht, of voor een onderzoek naar een ziekenhuis werden gestuurd, is echter niet bekend. Of hierin verschuivingen optraden, weten we evenmin. We kunnen ons voorstellen dat de snellere doorstroom van patiënten (zie paragraaf 2) met zich meegebracht had, dat de kans op ernstige lichamelijke aandoeningen minder groot werd. Ook de sterftcijfers liepen in deze periode terug en deze ontwikkeling wijst in dezelfde richting. Hierdoor zou er dus minder vaak gebruik gemaakt hoeven worden van de expertise van geneesheren uit de algemene ziekenhuizen. Maar zoals gezegd: hier zijn geen gegevens van bekend. Mocht het zo zijn dat het aantal externe onderzoeken inderdaad (iets?) terugliep, of minder snel toenam, dan kan dit een verklaring zijn voor de relatief geringe stijging van deze kostenpost.

Voor de relatief geringe stijging van de kosten voor medische instrumenten kunnen we gemakkelijker een verklaring vinden. De invloed van de biomedisch georiënteerde psychiatrie in de inrichtingen werd minder. Zo liep het aantal biochemische laboratoria van psychiatrische ziekenhuizen in de loop van de jaren zeventig en tachtig terug: van de ongeveer twintig psychiatrische inrichtingen die een eigen laboratorium hadden, zouden er uiteindelijk nog maar een paar overgebleven zijn.<sup>1</sup> De voorheen zeer veelvuldig gebruikte elektroshockkuren waren eigenlijk al eerder op hun

---

<sup>1</sup> Aldus G.M.J. van Kempen in Pieters, Snelders en Houwaart 2006, 91-94. Zie ook: Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 900.

retour, maar de elektroshock werd in de jaren zeventig door de kritische psychiatrische beweging (zie hoofdstuk V) dermate in diskrediet gebracht, dat nieuwe shockapparaten niet meer aangeschaft hoefden te worden. De jaarverslagen maakten in ieder geval nauwelijks meer melding van activiteiten op biomedisch gebied.

Blijft over het onderdeel 'geneesmiddelen'. De door ons onderzochte inrichtingen verstrekten in hun jaarverslagen (en bestuursnotulen) in de onderhavige periode ook geen informatie meer over het aantal uitgeschreven recepten. Dat had kunnen betekenen dat medicatie er geen rol van betekenis meer speelde. Een aanwijzing hiervoor zou kunnen worden gevonden in het feit dat de kosten voor de apotheek in Wolfheze, die op het hoogtepunt (in 1957) 7¼ procent van de totale verpleegkosten in beslag namen, vijf jaar later al waren gedaald naar iets minder dan 3 procent. Helaas ontbreken de gegevens van de latere periode, maar het is mogelijk dat deze daling zich in de loop van de jaren zestig en daarna doorzette. Deze daling zou dan mede veroorzaakt kunnen zijn door het verdwijnen van de insulineshockbehandeling, waarvoor relatief dure medicamenten nodig waren (insuline, glucosamine). Deze verklaring bevredigt echter niet. Het ligt veel meer voor de hand dat inrichtingsbesturen het niet meer opportuun vonden in de verslagen veel aandacht aan de psychofarmaca te schenken. Het gebruik van psychofarmaca was namelijk net als de elektroshock in ongenade gevallen onder invloed van de kritische psychiatrie. In het jaarverslag van Santpoort van 1977 lezen wij bijvoorbeeld:

Met voortvarendheid werd geprobeerd de medicatie in het bijzonder van rustgevendende middelen, zoveel mogelijk te beperken. Gesteld kan worden dat de behandelteams hierin heel redelijk zijn geslaagd. [...] Veel nieuwe medicamenten werden niet in het behandelpakket opgenomen. De laatste jaren is een bepaalde verzadiging aan middelen opgetreden. Deze tendens blijft zich voortzetten.<sup>1</sup>

Ofschoon de jaarverslagen soms anders doen vermoeden, werden de medicijnen niet verbannen uit de inrichting.<sup>2</sup> Een deel van het psychofarmacagebruik werd steeds meer in de vorm van zogenaamde depotpreparaten toegediend. In 1970 was in Rotterdam de eerste 'prikpoli' tot stand gekomen, waar patiënten na hun ontslag uit de inrichting regelmatig een vaste dosis medicijnen toegediend kregen. Dit initiatief was zo succesvol dat het

---

<sup>1</sup> N.n. s.a. [1978], 24.

<sup>2</sup> Dit blijkt onder andere uit het dossieronderzoek van Vijselaar. Zie ook: Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 898.

zich al snel uitbreidde naar andere nazorgdiensten.<sup>1</sup> De vraag of de kosten voor de depotmedicatie van de exploitatierekeningen van de inrichtingen verdween in de richting van die de sociaal-psychiatrische diensten, kunnen we bij gebrek aan informatie echter niet beantwoorden. Mocht dit het geval zijn, dan is daarmee een laatste verklaring gegeven voor de relatief geringe stijging van deze kostenpost voor de inrichtingen.

### *Onderhoud*

De post 'onderhoud' was op de gemiddelde inrichtingsbegroting tussen 1967 en 1984 maar weinig gestegen vergeleken met veel andere kostenposten. In reële bedragen vond er tussen 1973 en 1981 zelfs een daling plaats van de gemiddelde onderhoudskosten per verpleegdag. Het aandeel van deze kosten op de totale verpleegkosten daalde van ruim zeven naar iets meer dan 4 procent.<sup>2</sup>

Niettemin maakte het COZ zich zorgen over de stijging van de kosten voor onderhoud, maar eigenlijk nog meer over de onverklaarbare verschillen tussen de inrichtingen. Het laagste bedrag dat een inrichting per verpleegdag uitgaf aan onderhoud was f2,98 (inclusief de bijbehorende salarissen en sociale lasten), het hoogste bijna twee keer zoveel (f5,91).<sup>3</sup> Er moest een norm komen voor onderhoud in de psychiatrische inrichtingen (de ziekenhuisnorm voldeed niet). Het COZ wilde niet dat inrichtingen uit zuinigheidsoverwegingen te weinig uitgaven aan onderhoud, omdat dit dan later zou leiden tot blijvend hogere kosten voor 'afschrijvingen en interest'. Voorlopig werd als toetsingscriterium het gewogen gemiddelde bedrag van f4,69 gehanteerd.<sup>4</sup> In 1977 werd dit bedrag verhoogd naar f8,76 en twee jaar later werd het gesteld op f12,92. Alles inclusief de bijbehorende salarissen.<sup>5</sup> Dit lijkt heel wat, maar - zoals we hierboven al constateerden - de onderhoudskosten gingen veel minder omhoog dan veel andere kostenposten en de stijging werd voor een belangrijk deel door in beslaggenomen door de prijsstijgingen. In dit geval - in de door het COZ genoemde bedragen waren salarissen inbegrepen - ging het ook nog om salarisverhogingen van onderhoudsmedewerkers.

Van het gegroeide bedrag dat dan overbleef konden de inrichtingen opknappen in gang zetten, waarbij soms ook nieuwe idealen een kans konden krijgen, zoals groepsverkleining en differentiatie, en meer aandacht voor de poliklinische functie. Zo lezen we in het jaarverslag van Santpoort uit 1969 dat de afdeling Amstelland was ingericht als jeugdpsy-

---

<sup>1</sup> Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 898-900; Vijselaar 1999, 147-151.

<sup>2</sup> EIKZ [1966-1968]; NZi 1969a; NZi 1969b; NZi s.a. [1970]; NZi s.a. [1971-1982].

<sup>3</sup> In de tot nu toe genoemde bedragen waren de salariskosten niet inbegrepen.

<sup>4</sup> COZ s.a. [1973], 54-55.

<sup>5</sup> COZ s.a. [1980], 62.

chiatrische kliniek (differentiatie) en dat er bouwkundige restauraties hadden plaatsgevonden, ruimtes opnieuw waren ingedeeld, veel schilderwerk was verricht en nieuw, ‘smaakvol’ meubilair was aangeschaft, waardoor ‘een modern leefmilieu’ was geschapen. Santpoort verkeerde in de gelukkige omstandigheid dat ten tijde van de bouw van de instelling de ruimtes zo groot waren gemaakt, dat inwendige renovatie gemakkelijk kon worden aangepakt zonder dat de buitenkant veranderd hoefde te worden.<sup>1</sup>

Dit gold ook min of meer voor Reinier van Arkel te ‘s-Hertogenbosch, waar in 1975 een vorm van dagbehandeling startte.<sup>2</sup> Dagbehandeling was een uit Engeland overgewaaid fenomeen waarvoor kort na de oorlog al propaganda werd gemaakt door sociaal-psychiater S.J.P. Dercksen. Het idee achter deze voorziening was dat men een patiënt niet langer dan strikt noodzakelijk uit zijn eigen omgeving moest halen. In 1961 had Wolfheze al een psychiatrisch dagziekenhuis in Velp geopend en in 1965 was er op initiatief van de Willem Arntsz Stichting een dagziekenhuis in Utrecht gekomen. Beide dagziekenhuizen werden overigens aanvankelijk (experimenteel) door de gemeente gefinancierd, later kwam de voorziening in het ziekenfondspakket.<sup>3</sup> In tegenstelling tot de voorzieningen van Wolfheze en in Utrecht, werd de dagverpleging van Reinier van Arkel, net als de jeugdpsychiatrische afdeling in Santpoort, ondergebracht in een bestaand gebouw: een gerenoveerde vleugel waar ook de psychiatrische polikliniek werd gevestigd.<sup>4</sup>

Vanaf begin jaren tachtig werden steeds meer historische (anders gezegd: onderhoudsrijke) gebouwen waar voorheen ‘onrustige’, ‘halfrustige’, ‘rustige’ patiënten of ‘oligofrenen’ (personen met een ernstige verstandelijke handicap) werden verpleegd, niet meer gerenoveerd, maar gewoon afgebroken. Er verschenen gloednieuwe gebouwen waar een moderne therapeutische gemeenschap, een nieuwe opnameafdeling of een polikliniek onderdak vonden. Hiermee is meteen een mogelijke verklaring gegeven voor het feit dat de kosten voor onderhoud betrekkelijk *weinig* stegen in deze periode: nieuwbouw kwam uit een ander potje dan onderhoud en aan nieuwe gebouwen hoefde minder onderhoud te worden gepleegd. Na 1979 vond er in reële bedragen nauwelijks meer een stijging van de onderhoudskosten (exclusief salarissen) plaats.<sup>5</sup>

De opknappen hingen overigens nauwelijks samen met de komst van

---

<sup>1</sup> N.n. s.a. [1970].

<sup>2</sup> Kappelhof 1992, 123.

<sup>3</sup> In 1977 werd dagbehandeling in verpleeginrichtingen, waaronder ook psychiatrische inrichtingen werden gerekend, als afzonderlijke verstreking in het ziekenfondspakket opgenomen. (Sneep 1981, 289.) Het aantal dagbehandelingen nam daarna flink toe: vergeleken met 1977 was het aantal behandelingen in 1982 verdubbeld. (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur 1984a, 31.)

<sup>4</sup> Kappelhof 1992, 123.

<sup>5</sup> NZi s.a. [1976 e.v.].

de AWBZ. Er werd min of meer voortgebouwd op een ontwikkeling die al direct na de oorlog was ingezet (zie hoofdstuk VI). De nieuwe gebouwen vormden een groot contrast met de oude: in plaats van groot en monumentaal, waren ze klein en leken ze veel meer op gewone woningen. Samen met de aparte gemeenschapsruimten werd hierin een ideaal uit de jaren veertig en vijftig vertaald, namelijk van de wijk als overzichtelijke dorpsgemeenschap.<sup>1</sup>

### *Afschrijvingen en interest*

De vraag waarvan al die nieuwe voorzieningen werden bekostigd, brengt ons bij de laatste kostenpost die we hierboven hebben onderscheiden: de post 'afschrijvingen en interest'. Deze steeg tussen 1967 en 1984 inderdaad maar liefst drie keer zoveel als de post 'onderhoud'. Het aandeel van deze kostenpost bleef daarmee stabiel: iets meer dan 10 procent van de totale kosten per verpleegdag.

Met de kostenpost 'afschrijvingen en interest' was in de onderhavige periode nog altijd de discussie over de vervangingswaardeleer verbonden. Verschillende administrateurs, in het bijzonder in het kamp van de particuliere inrichtingen, had het een goed idee geleken om de invoering van de AWBZ aan te grijpen om opnieuw naar deze kwestie te kijken en eigenlijk vond het COZ zelf ook dat aan de berekening van de kostprijs de vervangingswaardeleer ten grondslag zou moeten liggen.<sup>2</sup> Toch werd al eens de discussie minder nijpend. Dit hing paradoxaal genoeg samen met de inflatie.

De gemiddelde bouwkosten waren in de jaren zestig zo hoog geworden (zie grafiek VII-5) dat het onmogelijk geworden was te bouwen zonder vreemd vermogen. De kosten zouden in de jaren daarna lange tijd alleen maar hoger worden. De inrichtingen, ook de particuliere, moesten daarom vaker leningen afsluiten om grote investeringen te kunnen financieren.

De continuïteit van de bedrijfsvoering van particuliere instellingen hing daardoor niet langer samen met de vraag in hoeverre zij in staat waren reserves op te bouwen door middel van hoge (op vervangingswaarde afgestemde) afschrijvingspercentages of in de tarieven te verrekenen bedragen voor een vernieuwingsfonds. Zij hing meer dan voorheen samen met de vraag in hoeverre de instelling in staat was vreemd kapitaal aan te trekken. Of, zoals H.C. van Straaten, oud-vice-voorzitter van de hoofddirectie van de Nederlandse Credietbank het in 1984 formuleerde:

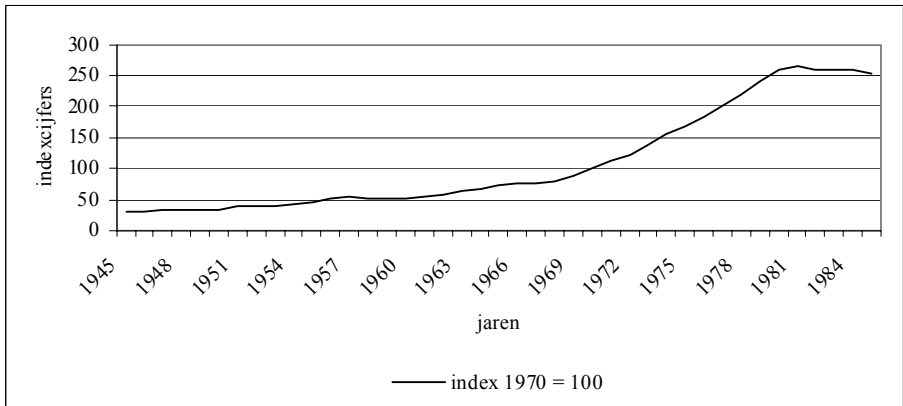
---

<sup>1</sup> Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 818; Mens 2003, 173-175 en 217-235.

<sup>2</sup> Machielsens 1968, 70; De Jong 1971.

## Grafiek VII-5

*Prijsindex nieuwbouwwoningen Nederland, 1970 = 100 (1945-1985)*



Bron: CBS Statline

Als men zijn financieringen qua aflossingsschema afstemt op de levensduur van de onderscheiden duurzame activa (gemakshalve verondersteld dat zoiets zonder meer lukt) dan komt men niet in de problemen. Bij het betalen van de laatste termijn van een lening is de met die lening gefinancierde installatie boekhoudkundig aan het einde van zijn leven, men vervangt en leent vrolijk opnieuw.<sup>1</sup>

Staatssecretaris R.J.H. Kruisinga stimuleerde het aantrekken van vreemd kapitaal. In 1971 schreef hij: 'Om de investering zo goed mogelijk te financieren dienen al de deelmarkten van de kapitaalmarkt geëxploreerd te worden. Een pluriform financieringsbeleid is daarom gewenst.' De inrichtingen konden voor garanties nog altijd terecht bij het rijk, de provincie of de gemeente. Financiers op de kapitaalmarkt zouden de benodigde leningen en hypotheekleningen verstrekken.<sup>2</sup>

De bedragen die de inrichtingen moesten lenen, werden door de stijgende bouwkosten steeds groter. Daar komt bij dat door de toenemende druk op de kapitaalmarkt, ook de rentetarieven stegen. Tussen 1960 en 1965 groeide de stand van ongeveer 3½ naar 4½ procent, in 1970 stond de teller al op 6 procent, om daarna nog door te schieten naar rond de 8 (1973) en zelfs 9½ procent (1979), oftewel bijna een verdrievoudiging sinds 1960.<sup>3</sup> In de bestuursnotulen van de VCV werd in 1966 al gesproken over de krapte op de kapitaalmarkt en de bijgevolg gestegen rente. Dit speelde dus

<sup>1</sup> Van Straaten 1984, 114.

<sup>2</sup> Kruisinga 1971b, 12.

<sup>3</sup> CBS Statline.

al ruim voordat de AWBZ werd ingevoerd.<sup>1</sup> De hogere bouwkosten leidden er weer toe dat ook de bedragen voor de afschrijvingen zelf omhoog gingen. Deze bedroegen immers een percentage van de investeringskosten.<sup>2</sup>

De stijging van de post ‘afschrijvingen en rente’ hing dus voor een belangrijk deel samen met verschillende onderling samenhangende zaken die nauwelijks iets met de patiëntenzorg zelf van doen hadden. Het belangrijkste feit was dat de bouwkosten zelf sterk waren gestegen. Hierdoor moest er meer geld geleend worden, tegen een hoger tarief, en hierdoor stegen ook de met de investeringen samenhangende afschrijvingen. Deze ontwikkeling begon al ver voordat de AWBZ geïntroduceerd werd. Er is dus geen aanleiding om ervan uit te gaan dat de kosten voor rente en afschrijvingen stegen *als gevolg van* de introductie van de AWBZ. We kunnen hoogstens vaststellen dat het gemakkelijker werd deze kosten in de tarieven te verdisconteren.

Van Straaten suggereerde overigens dat wanneer de instellingen vanaf de jaren vijftig wel toestemming gehad zouden hebben om de afschrijvingen volledig op basis van vervangingswaarde in de tarieven door te berekenen, de groei van deze uitgavenpost nooit zó sterk geweest zou zijn. De instellingen hadden dan een eigen potje kunnen creëren om renovatie (gedeeltelijk) te bekostigen.<sup>3</sup>

*Andere behandelwijzen, maar niet voor iedereen*

We kunnen al met al stellen dat er in de hier door ons beschreven periode op alle fronten meer kosten werden gemaakt, maar dat de grootste veroorzaker van kostenstijgingen in de jaren zeventig en begin tachtig de inflatie was. De uitschieter vormden de huishoudelijke kosten en energielasten, die hoofdzakelijk werden veroorzaakt door de enorm gestegen energieprijzen en door de toename van het energieverbruik. Tegenover deze sterk gestegen kostenposten stond de post voeding, die nauwelijks steeg en waarvan het aandeel in de totale verpleegkosten zelfs afnam. Hetzelfde gold voor de kostenposten ‘medische middelen en onderzoek door derden’ en ‘onderhoud’.

De post ‘algemene kosten’ verdrievoudigde en nam daarmee in 1984 een even groot aandeel van de totale kosten in beslag als in 1967. De stijging werd veroorzaakt door een toename van de papierwinkel en door een toename van de kosten voor advies- en koepelorganisaties (die op zichzelf ook weer vergadertijd van het personeel en administratieve kosten voor allerlei onderzoeken met zich meebrachten). Ook de kosten voor ‘rente en

---

<sup>1</sup> HDCNP 501 inv. nr. 34, Notulen Centraal Bestuur VCV, 21 januari 1966.

<sup>2</sup> Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne 1982a, 25.

<sup>3</sup> Van Straaten 1984, 116.

afschrijvingen' verdrievoudigden. Deze stijging werd veroorzaakt door investeringen in nieuwbouw en renovaties ten behoeve van nieuwe voorzieningen.

Kwamen nu de gelden die via bijvoorbeeld de posten 'afschrijvingen en interest' en 'onderhoud' werden uitgegeven, ten goede aan alle patiënten-categorieën? Vermoedelijk niet. Sommige groepen patiënten waren beter af dan anderen. Deze conclusie werd in ieder geval in St. Bavo (Noordwijkerhout) getrokken. De chronische patiënten hadden nauwelijks geprofiteerd van de verbeteringen in de inrichting. Uit een eigen onderzoek was in 1973 gebleken dat de 'chronische afdeling' meer patiënten huisvestte, minder personeel ter beschikking had en de gemiddelde leeftijd van dit personeel hoger was. De gebouwen waarin zij gehuisvest waren, scoorden op het gebied van 'bewoonbaarheid' onvoldoende of slecht (overigens werd dit begrip niet nader gedefinieerd).<sup>1</sup>

### *Actie Huisvesting*

Eind jaren zeventig werden soortgelijke conclusies getrokken met betrekking tot de landelijke situatie. Naar aanleiding van Kamervragen had de Minister van Volksgezondheid en Milieu een projectgroep in het leven geroepen onder de naam Huisvesting Psychiatrie. Deze deed in de periode 1977-1978 onderzoek naar de bouwkundige staat van de grote psychiatrische inrichtingen. De Inspectie, die zich zorgen maakte over de huisvesting van vooral 'de "vergeten groep" van chronische patiënten', vertelde in het verslag dat uit de inventarisatie was gebleken, dat het met de huisvesting 'op sommige plaatsen erbarmelijk' was gesteld. Maar liefst negenduizend 'bedden' waren dringend aan vervanging toe.<sup>2</sup> Endegeest (Leiden) stond helemaal onderaan de lijst, maar ook in Santpoort was maar liefst driekwart van de gebouwen verouderd.<sup>3</sup> Ook de spreiding van de inrichtingen liet te wensen over.<sup>4</sup> De Inspectie hoopte en verwachtte dat er 'op zeer korte termijn' iets gedaan zou worden aan 'deze toestanden'.<sup>5</sup> In 1979 deed het College voor Ziekenhuisvoorzieningen een tweede, gedetailleerdere inventarisatie. Het bleek dat de gebouwen bouwtechnisch en functioneel tekortschoten; ze waren oud en ongeschikt om de gewijzigde opvattingen over het wonen en leven in de inrichting vorm te geven.<sup>6</sup> Behalve het slechte woon- en leefklimaat in de inrichtingen, con-

---

<sup>1</sup> Visiecommissie 1973; Offerhaus 1983.

<sup>2</sup> Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1979, 3-4.

<sup>3</sup> Vijselaar 1997b, 218; Blok 1998b, 230. Zie ook: Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 818-820.

<sup>4</sup> Bijker 1994, 36.

<sup>5</sup> Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1979, 4.

<sup>6</sup> College voor Ziekenhuisvoorzieningen s.a. [1979]. Zie ook: Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 818-820.

stateerde de werkgroep onder andere dat de inrichtingen niet evenwichtig waren verspreid over het land, dat er te weinig samenwerking en samenhang bestond met andere instellingen, waaronder de extramurale GGZ en dat er te weinig mogelijkheden bestonden voor de adequate opvang van ernstig gedragsgestoorde patiënten.<sup>1</sup>

Naar aanleiding van de rapporten besloot de regering tot de Actie Huisvesting Psychiatrie. Aan het ‘pappen en nathouden’ moest een einde komen.<sup>2</sup> Het streven was in twee fasen de accommodatie te verbeteren en de geografische spreiding van de inrichtingen te bevorderen. De eerste fase betrof de renovatie van de 6.000 ‘bedden’ die er het slechtst aan toe waren, op bestaande locaties. In 1982 was dit bijna klaar. In de tweede fase stond nieuwbouw van kleinschalige ziekenhuizen gepland, met in totaal eveneens ongeveer 6.000 bedden.<sup>3</sup> Voordat dit echter van de grond kon komen, werd er een fundamenteel debat gevoerd tot in de Tweede Kamer toe over de vraag of het niet veel beter was in te zetten op ambulante en semi-murale voorzieningen in plaats van zoveel geld te steken in nieuwbouw van psychiatrische ziekenhuizen.<sup>4</sup>

#### **§ 4. Achterstand inhalen**

Bij de introductie van de AWBZ bedroegen de personeelskosten in de psychiatrische inrichtingen – per verpleegdag gemeten – gemiddeld ongeveer de helft van die in algemene ziekenhuizen. De verschillen tussen de inrichtingen onderling met betrekking tot de personeelslasten waren - zoals eerder gezegd - groot. De Tarievencommissie van de Sectie Psychiatrische Instituten van de Nationale Ziekenhuisraad had in opdracht van het COZ onderzoek laten doen naar het waarom van dit verschil. De gedachte was dat de verschillen veroorzaakt waren doordat de instellingen verschillende patiëntencategorieën behandelden. Een proefonderzoek in vier inrichtingen bevestigde dit echter niet; het hoe en waarom van de verschillen bleef onduidelijk.<sup>5</sup>

In de inrichtingen vatte ondertussen wel de gedachte post dat er ten opzichte van de algemene ziekenhuizen sprake was van een achterstelling wat betreft personeelsformatie.<sup>6</sup> Bij de introductie van de AWBZ had de

---

<sup>1</sup> Bijker 1994, 37.

<sup>2</sup> Deze term werd gebruikt door Van der Poel et al. in het verslag van de actie Moratorium. (Van der Poel et al. 1985.)

<sup>3</sup> Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 820. Zie ook: Bijker 1994, 36-37; De Wit 1991, 57-58; Van der Poel et al. 1985, 50.

<sup>4</sup> Deze discussie, die bekendheid kreeg onder de naam ‘Moratoriumactie’, staat uitgebreid beschreven in Van der Poel et al. 1985. Zie ook: Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 820-826.

<sup>5</sup> De Haen 1988, 5.

<sup>6</sup> Dat er sprake was van ‘achterstelling’ ten opzichte van de algemene ziekenhuizen, werd onder andere beweerd door Romme. (Romme 1970a, 152 en 157.)

Sectie Psychiatrische Instituten speciaal aandacht gevraagd voor de ‘noodzakelijke kwantitatieve, maar vooral kwalitatieve versterking van het corps verplegenden (inclusief therapeutisch personeel)’.<sup>1</sup>

Nu de situatie ook op dit onderdeel van de arbeidsmarkt enigermate rooskleuriger vooruitzichten biedt, zou een nieuwe belemmering uit tariefsoverwegingen om tot versterking te geraken de uitvoering van de taak, waarvoor de besturen van deze instituten verantwoordelijk zijn ernstig schaden.<sup>2</sup>

Het COZ kreeg in de eerste jaren na de introductie van de AWBZ verschillende verzoeken van inrichtingsbesturen om zeer grote personeelsuitbreidingen te mogen doorvoeren (vaak van 20 procent en meer). De eerder aangehaalde Valk dacht hier het zijne van:

Ik wil niet verhelen, dat bij mij wel eens de gedachte is opgekomen dat, zelfs indien de arbeidsmarktsituatie het aantrekken van zoveel extra personeel zou toelaten, de mogelijkheid dat een zodanige personeelsuitbreiding u organisatorisch over het hoofd zou groeien, niet uitgesloten moet worden geacht.<sup>3</sup>

De scepsis van Valk, immers medewerker bij het COZ, doet al vermoeden dat grote personeelsuitbreidingen vooralsnog onder te brengen waren in de categorie toekomstmuziek. Het COZ bood voor uitbreidingen nauwelijks enige ruimte. Het orgaan was er nog niet aan toegekomen nieuwe richtlijnen ter zake op te stellen en na ‘moeilijke en moeizame onderhandelingen’ tussen het COZ en de Ministeries van Sociale Zaken en Volksgezondheid en van Economische Zaken over het prijsbeleid was men het erover eens geworden dat tariefverhogingen slechts ‘in langzaam tempo mondjesmaat’ waren toegestaan. Een salarisverhoging van 2 procent mocht bijvoorbeeld pas in het najaar van 1969 in de tarieven worden verrekend.<sup>4</sup>

In deze paragraaf bekijken we de personeelslasten voor en na de invoering van de AWBZ. Wat veranderde er nu werkelijk? En wat betekende dit voor de zorgverlening?

---

<sup>1</sup> NA 2.19.142 inv. nr. 50, Jaarverslag van de Vereniging van Psychiatrische Inrichtingen in Nederland over 1967, 11-12.

<sup>2</sup> NA 2.19.142 inv. nr.50, Jaarverslag van de Vereniging van Psychiatrische Inrichtingen in Nederland over 1967, 11-12.

<sup>3</sup> Valk 1969, 483

<sup>4</sup> Valk 1969, 483; HDCNP 501 inv.nr. 38, Notulen Centraal Bestuur VCV, 5 september 1969.

### *Meedoen met trendontwikkelingen*

Voor de VCV betekende het COZ-beleid dat er een tariefverhoging kon worden toegepast van 4 gulden per dag. Dit werd in september 1969 in het Centraal Bestuur besproken. Op de totale begroting van de VCV moest over dat eerste jaar als gevolg van niet in het tarief opgenomen prijsstijgingen, nog een gat worden gedicht van 1,1 miljoen, had men berekend. Dit was na de verrekening van de te verwachten gewone salarisverhoging van 2 procent en na de verrekening van salarismaatregelen die samenhangen met de inflatie, in totaal 1,4 procent.<sup>1</sup> Het bestuur van de VCV had eigenlijk de komst van de nieuwe wet willen aangrijpen om eindelijk werk te maken van de uitbreiding van de personeelsformatie. Die was ook niet in die 1,1 miljoen gulden inbegrepen. Toch verwachtte het bestuur niet dat er uiteindelijk zo'n groot exploitatietekort zou ontstaan. Dit omdat de personeelsvacatures toch niet allemaal bezet konden worden.<sup>2</sup> En daarmee werd de vinger op de zere plek gelegd.

Het tekort aan personeel was nog altijd niet opgelost. Vooral verplegend personeel bleef moeilijk te krijgen. Alle inrichtingen kenden dit probleem en een oplossing werd onder andere gezocht in het werven van (leerling-)verplegenden in het buitenland. In Maasoord, Poortugaal, werden bijvoorbeeld al in 1957 leerling-verpleegsters uit Suriname en België aangesteld. Het personeelsblad verwelkomde de meisjes met de woorden:

Meisjes uit dat verre, vreemde land, weest welkom! Wij zullen het zeker goed kunnen vinden met elkaar. Mochten uw gedachten zo nu en dan nog eens verwijlen bij het land dat u thans voor enige jaren achter u hebt gelaten, bedenk dan, dat er hier in Maasoord een mooie en dankbare taak op u ligt te wachten. Een taak, waarmede ge inmiddels reeds een (goed) begin hebt gemaakt. Het zal u zeker gelukken u aan te passen aan onze levensgewoonten, opvattingen en hebbelijkheden.<sup>3</sup>

Ook het Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort zocht een oplossing in het aantrekken van buitenlandse werknemers. 'Na gedegen voorbereiding traden in september 30 Indonesische leerling-verpleegkundigen in dienst van het ziekenhuis te Santpoort', meldt het jaarverslag van 1971.<sup>4</sup> Voor het huishoudelijk werk werden Spaanse werkkrachten aangesteld. Dit gebeurde sinds 1969.<sup>5</sup> Ook met het aanstellen van buitenlandse werknemers

---

<sup>1</sup> Het betrof een duurtetoeslag en een trendafrekening.

<sup>2</sup> HDCNP 501 inv.nr. 38, Notulen Centraal Bestuur VCV, 5 september 1969.

<sup>3</sup> Geciteerd bij Bakker 1999b, 100-101.

<sup>4</sup> N.n. s.a. [1972], 5.

<sup>5</sup> N.n. s.a. [1972], 13.

werden de tekorten echter niet weggewerkt.<sup>1</sup> Een bijkomende kwestie was dat de personeelstoename soms leidde tot huisvestingsproblemen voor het personeel.<sup>2</sup>

Om het aanhoudende personeelstekort het hoofd te bieden, of het tekort in elk geval niet te laten oplopen, moesten de inrichtingsbesturen met hun personeelsbeleid aansluiting zoeken bij de rest van de maatschappij, zoveel was inmiddels duidelijk. En juist op het gebied van de arbeidsvoorwaarden was er intussen het een en ander veranderd in ons land.

Eind jaren vijftig was er - mede als gevolg van de economische groei - een einde gekomen aan de geleide loonpolitiek zoals die sinds het einde van de Tweede Wereldoorlog was gevoerd. Er was een nieuwe dynamiek voor in de plaats gekomen waarbij een belangrijke bedrijfstak (meestal de metaalnijverheid) de toon aangaf voor flinke looneisen. Dit veroorzaakte ook in andere bedrijfstakken grote salarisstijgingen en het wakkerde tevens de inflatie aan.<sup>3</sup> Inrichtingen konden deze landelijke ontwikkelingen niet negeren. De kans was groot dat het dan nog moeilijker zou worden om personeel te werven of te behouden. Zo zorgden de trendmatige loonontwikkeling, de verhoging van het minimumloon en nieuwe en royalere secundaire arbeidsvoorwaarden - zoals een verhoging van het vakantiegeldpercentage - en de stijging van de premiepercentages voor de AOW en de AWW er medio jaren zestig voor dat de kosten voor het personeel snel opliepen. Dit gold voor alle sectoren in de maatschappij en dus ook voor het personeel in de psychiatrische inrichting.<sup>4</sup>

Een en ander leidde tot een ontwikkeling van personeelslasten die in grafiek VII-6, het voorbeeld van Santpoort, is weergegeven. In deze grafiek is ook te zien dat een vrij groot deel van de stijgende personeelslasten werd veroorzaakt door de ontwikkeling van het prijspeil, hetgeen uiteraard ook weer nauw samenhangt met de trendmatige ontwikkeling van de loonkosten.

Deze ontwikkeling zien we niet alleen in de kostenoverzichten van Santpoort terug. Ook de personeelslasten van de particuliere inrichtingen liepen als gevolg van de landelijke ontwikkelingen snel op. In hoofdstuk VI werd al uiteengezet dat sinds eind jaren veertig al een landelijke regeling bestond voor het verplegend personeel in particuliere verpleeginrichtingen. Maar de particuliere instellingen zochten ook voor het andere personeel steeds vaker aansluiting bij algemene salarisstijgingen, zo blijkt uit de bestuursnotulen van de VCV, waar het onderwerp na de komst van de rijksregeling voor salarissen in particuliere inrichtingen (1949; zie hoofd-

---

<sup>1</sup> Bakker 1999b, 101.

<sup>2</sup> N.n. s.a. [1972], 15.

<sup>3</sup> Griffiths en Van Zanden 1989, 98-102.

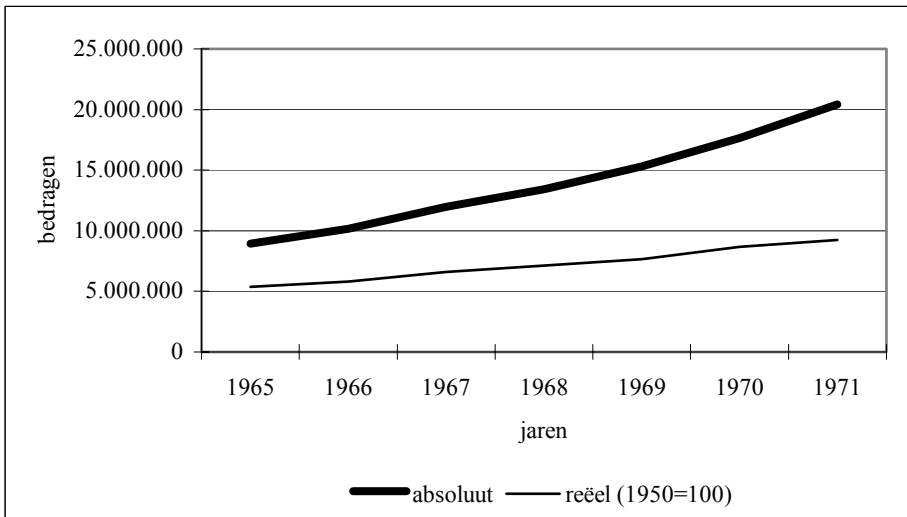
<sup>4</sup> N.n. s.a. [1967], 78.

stuk VI) een vaste plek op de agenda had verworven. Ook het verschil tussen salarissen in particuliere instellingen en in overheidsinstellingen verdween gaandeweg.<sup>1</sup> Dit alles veroorzaakte ook in de particuliere verpleeginrichtingen een forse stijging van de personeelslasten.

Voor katholieke inrichtingen kwam daar nog bij dat het aantal religieuzen vanaf midden jaren zestig in rap tempo afnam. De religieuze verpleging had tot die tijd een belangrijke kostendrukkende factor in de bedrijfsvoering van katholieke inrichtingen gevormd. Congregaties ontvingen voor hun diensten een vast, laag bedrag. Nu dit verdween, liepen ook voor de katholieke inrichtingen de personeelslasten snel op. Het sluitstuk van deze ontwikkeling lag in 1968, toen met het in werking treden van de AWBZ religieuzen voortaan ook als volwaardige arbeidskrachten werden betaald en het onderscheid in personeelskosten van katholieke en niet-katholieke inrichtingen verdween.<sup>2</sup>

#### Grafiek VII-6

*Personeelslasten (lonen en sociale lasten) Psychiatrisch Ziekenhuis nabij Santpoort in guldens (1965-1971)*



Bron: N.n. s.a. [1966-1972].

<sup>1</sup> HDCNP 501 inv. nrs. 22-24, 34, 38-41, Notulen Centraal Bestuur VCV, 7 januari 1948 tot en met 27 mei 1977. Deze laatste datum betreft de vergadering waarop de salariswijzigingen worden vastgesteld op basis van de CAO voor het Ziekenhuiswezen, die in januari 1977 was vastgesteld.

<sup>2</sup> Bakker 2002c, 236.

De inrichtingsbesturen bleven ook na de invoering van de AWBZ streven naar aansluiting bij trendmatige loonkostenontwikkelingen. Uit cijfers van het COZ van 1971 en 1972 blijkt dat de stijging van de verpleegkosten per dag voor het grootste deel werd veroorzaakt door de toegenomen personeelskosten en dat deze stijging van personeelskosten van in totaal f6,68 voor bijna de helft (f3,18) kon worden toegeschreven aan de algemene loonkostenstijgingen.<sup>1</sup> In 1971 en 1972 werden door de psychiatrische inrichtingen 57 verzoeken bij het COZ ingediend om met de tariefstijging te mogen afwijken van de calculatieschema's voor dat jaar. Van die 57 aanvragen hadden er 51 betrekking op autonome salariskostenstijgingen.<sup>2</sup> In 1971 ontwikkelde het COZ de eerste richtlijn voor het personeel in de psychiatrische inrichtingen. De richtlijn was uitsluitend bedoeld voor de gemiddelde salarissen per personeelscategorie en had eigenlijk geen ander oogmerk dan het verschijnsel 'ranginflatie' te beteugelen.<sup>3</sup> De richtlijn had dus niet tot doel minimum- of maximumeisen voor de personeelsbezetting vast te stellen, maar beoogde de uitgaven te beteugelen. Het was een voorlopige groeirichtlijn voor de totale salariskosten.<sup>4</sup>

Bij de particuliere inrichtingen, in het bijzonder die van de VCV, leidde de invoering van de richtlijn in 1972 tot een bescheiden groei van de personeelslasten. Tussen de inrichtingen onderling bestonden wel verschillen, die weer veroorzaakt werden door de personeelsomvang en -samenstelling.<sup>5</sup> Tussen de VCV en het COZ bestond overigens niet altijd overeenstemming over de manier waarop de richtlijn moest worden toegepast.<sup>6</sup> Voor de Provinciale Ziekenhuizen van Noord-Holland betekende de invoering een relatieve verslechtering van de positie van het personeel. Ofschoon de richtlijn niet was bedoeld om aantallen personeelsleden vast te stellen, voelde het bestuur zich kennelijk aan banden gelegd wat betreft het aanstellen van nieuw personeel om aan 'de toenemende behoefte aan personeel, mede door het entameren van nieuwe behandelmethoden' tegemoet te kunnen komen. Dit riep 'spanningen op onder het personeel', dat zich 'belemmerd' voelde 'in een adequate taakuitoefening'. Daarnaast vreesde het bestuur dat 'de eenheid in het provinciale personeelsbeleid' verloren ging.<sup>7</sup> Dat kwam doordat het personeel voorheen onder dezelfde personeelsregelingen viel als het overige personeel in provinciale dienst.

---

<sup>1</sup> COZ s.a. [1973] 7-8.

<sup>2</sup> COZ s.a. [1973], 50.

<sup>3</sup> De Haen 1988, 5-6. Hiermee werd bedoeld dat personeel ten onrechte hoger ingeschaald werd om een hoger eindsalaris te kunnen krijgen.

<sup>4</sup> COZ s.a. [1978], 12.

<sup>5</sup> HDCNP 501 inv. nr. 39, Notulen Centraal Bestuur VCV, 23 november 1972.

<sup>6</sup> HDCNP 501 inv. nr. 40, Notulen Centraal Bestuur VCV, 5 augustus 1974.

<sup>7</sup> N.n. s.a. [1973], 23.

Tengevolge van de invloed van het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven is het personeel van de provinciale ziekenhuizen ten opzichte van het personeel van de overige takken van dienst binnen de Provincie Noord-Holland in een nadeliger positie komen te verkeren,<sup>1</sup>

meldde het jaarverslag van Santpoort van 1973. Het ging onder meer om achterstelling van het ziekenhuispersoneel bij diverse maatregelen als werktijdverkorting, de toepassing van wachttijden bij dienstjuitloop en de mogelijke gevolgen van een rijksregeling met betrekking tot de contindiensttoelage.<sup>2</sup>

### *Personeelsuitbreiding*

Afgaande op de verslagen van de bestuursvergaderingen van de VCV zouden we kunnen aannemen dat de hierboven genoemde trend er aanvankelijk toe leidde dat er voor personeelsuitbreiding geen geld meer overbleef. Bij de invoering van de AWBZ was nog uitgegaan van een stijging van het *totale* verpleegtariaf in 1970 van 12 procent. Echter, alleen al de loon- en prijsontwikkeling in dat jaar zou bij de VCV-inrichtingen een tariefstijging veroorzaken van 10½-11 procent. Dat betekende, zo stelde het bestuur vast, dat er 'weinig ruimte over[bleef] voor kostenverhogingen, voortvloeiende uit verbetering van het peil van behandeling, verpleging en verzorging (derhalve incl. personeelsuitbreiding)'.<sup>3</sup> Oftewel: grootscheepse personeelsuitbreiding zou moeten wachten.

Toch veranderde de omvang en de samenstelling van het personeelsbestand in de inrichtingen wel degelijk. De verandering voltrok zich langzaam maar gestaag, en was al ver voor de komst van de AWBZ ingezet.

Al sinds de jaren vijftig werd het personeel stapsgewijs omvangrijker, hoger opgeleid en wat functies betreft gedifferentieerder. Dit gebeurde vermoedelijk in alle inrichtingen. De geleidelijke groei van het personeelsbestand ging gepaard met een minder snel toenemend aantal opgenomen patiënten (zie paragraaf 2). Zo kon het komen dat de verhouding van het aantal patiënten per verplegende (of per personeelslid) voor de patiënten gunstiger werd. Grafiek VII-7 laat deze geleidelijke daling zien aan de hand van het voorbeeld Santpoort. De daling begon in 1962. Rond 1968 versnelde de ontwikkeling niet, er was zelfs sprake van een kleine stagnatie.

---

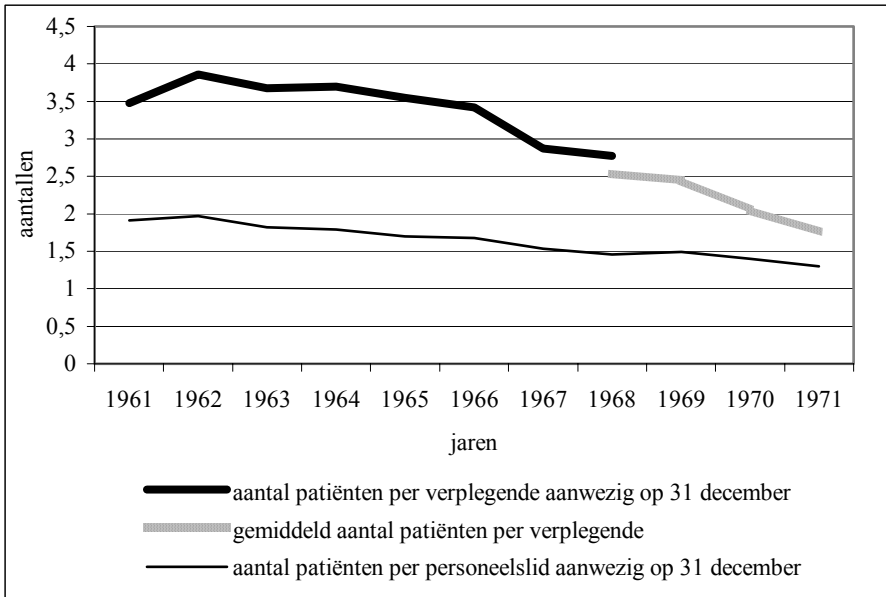
<sup>1</sup> N.n. s.a. [1974], 26.

<sup>2</sup> N.n. s.a. [1974], 26.

<sup>3</sup> HDCNP 501 inv.nr. 38, Notulen Centraal Bestuur VCV, 5 september 1969.

### Grafiek VII-7

*Aantal patiënten per verplegende en per personeelslid aanwezig op 31 december dan wel het jaarlijks gemiddelde aantal patiënten per verplegende en fte personeel in Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort (1961-1971)*



Bron: N.n. s.a. [1962-1972].

Santpoort had van oudsher een relatief royale personeelsbezetting. In 1966 lag de gemiddelde verhouding van het aantal patiënten per verplegende gemeten over alle psychiatrische inrichtingen in Nederland op 4, en in 1969 op  $3\frac{1}{4}$ .<sup>1</sup> In Santpoort was dit respectievelijk  $3\frac{1}{4}$  en  $2\frac{1}{2}$ .<sup>1</sup> Het rooms-katholieke Voorburg in Vught telde in 1965  $4\frac{1}{2}$  patiënten per verplegende.<sup>2</sup> Ook andere katholieke instellingen kenden doorgaans een minder gunstige personeelsbezetting. Overigens moet men wel bedenken dat eind jaren zestig nog altijd vrij veel religieuzen werkzaam waren in de inrichtingen. In Psychiatrisch Centrum St. Willibrord te Heiloo werkten bijvoorbeeld in de periode 1966-1970 nog gemiddeld 83 religieuzen, van wie een groot aantal in de verpleging.<sup>3</sup> In Voorburg te Vught waren in 1975 nog altijd 31 religieuzen aan het werk. Hoeveel van hen in de ver-

<sup>1</sup> Nationaal Ziekenhuisinstituut 1966, Staattoezicht op de Volksgezondheid 1976, 19. Het Staattoezicht baseerde zich op dezelfde gegevens als het Nationaal Ziekenhuisinstituut. Voor 1966 gaat het overigens om gewogen gemiddelden, voor 1969 is het niet bekend of het gemiddelden of gewogen gemiddelden betreft.

<sup>2</sup> Binneveld en Wolf 1985, 241.

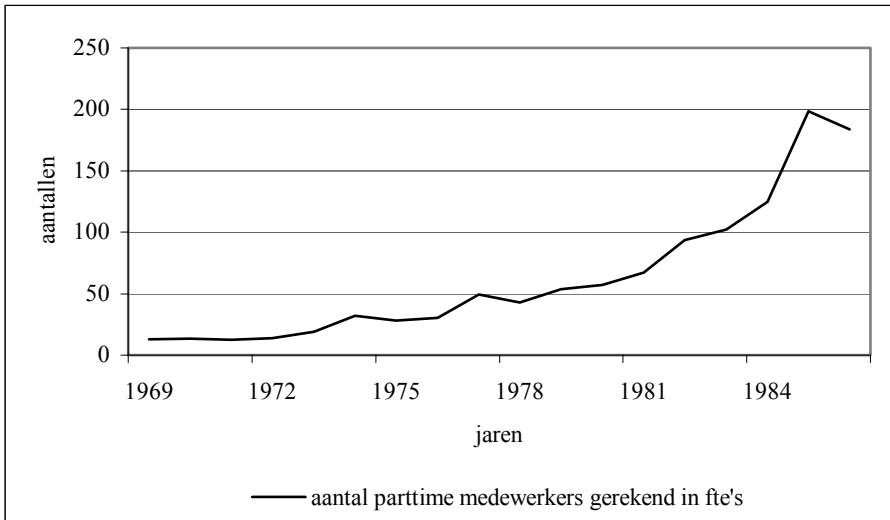
<sup>3</sup> Bakker 2002c, 230.

pleging werkten is niet bekend.<sup>1</sup> De religieuzen maakten vaak langere werkdagen en verbleven ook in hun ‘vrije tijd’ geregeld op de afdelingen, als zij daar niet door religieuze verplichtingen van werden weerhouden. De gemiddelde verhouding van het aantal patiënten per verplegende is dus wel een maatstaf, maar vertelt niet alles.<sup>2</sup>

Dat de gemiddelde personeelsbezetting toenam, werd volgens het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne deels veroorzaakt door de toegenomen zorgintensiteit.<sup>3</sup> Deze hing onder andere samen met de toename van het aantal kortdurende opnames. In het jaarverslag over 1968 van Santpoort werd er nog een andere verklaring voor gegeven: het ging ook om zaken die indirect met de patiëntenzorg te maken hadden, zoals voortgezette studie, het aanleren van nieuwe therapeutische technieken, congresbezoek, wetenschappelijke discussiemiddagen, commissiewerk ten behoeve van nieuwe projecten, het leiden en begeleiden van het ‘totale afdelingsgebeuren o.a. door middel van personeelsbegeleiding, kadervorming, “Patiënt-staff meetings”, en het instrueren en superviseren van assistent-geneeskundigen en co-assistenten’.<sup>4</sup>

**Grafiek VII-8**

*Aantal parttime medewerkers op 31 december aanwezig in Psychiatrisch Ziekenhuis Sancta Maria, Noordwijkerhout, gerekend in fte's (1969-1986)*



Bron: Van Dort-Clements 1988, 212.

<sup>1</sup> Binneveld en Woolf 1985, 240.

<sup>2</sup> Meer over dit onderwerp: Bakker 2002c, 228-237.

<sup>3</sup> Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne 1978a, 13.

<sup>4</sup> N.n. s.a. [1969]. 18.

Arbeidstijdverkorting was een andere belangrijke oorzaak.<sup>1</sup> Jammer genoeg bestaan er voor de jaren zeventig nog weinig gegevens over aantal fte's (fulltime-equivalenten) in de geestelijke gezondheidszorg. Dat het verschijnsel deeltijdwerk toenam in de jaren zeventig mag duidelijk worden uit grafiek VII-8, gebaseerd op de gegevens uit Sancta Maria te Noordwijkerhout. Voor de andere psychiatrische inrichtingen zijn waarschijnlijk vergelijkbare grafieken te maken.

Overigens moet men zich realiseren dat er bij uitbreiding van deeltijdwerk meer tijd op te vullen valt dan alleen de lege plekken in de roosters. Naarmate meer mensen dezelfde taken vervullen in een continubedrijf als de verpleging, zal de afname van de gemiddelde arbeidsduur relatief nog meer personeel vergen, omdat er meer momenten zijn waarop overdracht van taken plaatsvindt en er meer werk gemaakt moet worden van rapportages.

#### *De samenstelling van het personeel*

De samenstelling van het personeel veranderde ook. Ook hiervoor geldt dat de ontwikkeling al ver voor de komst van de AWBZ was begonnen. Al in de eerste helft van de jaren zestig begon het aantal aanmeldingen voor de B-opleiding te stijgen. Het aantal geslaagden groeide tussen 1963 en 1967 van bijna 600 naar ongeveer 850.<sup>2</sup>

**Tabel VII-1**

#### *Aantal psychiatrisch verplegenden op 100 bezette bedden (1966, 1975, 1985)*

gewogen gemiddelde	1966	1975	1985
totale staf op 100 bedden	48,2	90,2	118,6
verpleging gediplomeerd	7,92	14,6	34,1
verpleging leerling	12,74	20,4	15,5
verpleging anders	3,64	7,1	10,5
verpleging totaal	24,3	42,1	60,1

Bron: Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 873. (Gebaseerd op gegevens van het Nationaal Ziekenhuisinstituut.)

In de loop van de jaren zeventig werd de B-opleiding ongekend populair. Meer dan 13.000 verplegenden behaalden in dit decennium hun diploma.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne 1978a, 13.

<sup>2</sup> Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 873. De cijfers over de uitstroom van de B-opleiding tussen 1963 en 1967 zijn ontleend aan Van der Spek s.a. Met dank aan Peter van Drunen. Zie voor meer informatie over deze ontwikkeling ook: Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1976, 80.

<sup>3</sup> Over de achtergrond van deze ontwikkeling verwijzen wij graag naar Aan de Stegge, dissertatie in voorbereiding en Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 872-874.

Velen van hen bleven werkzaam in de psychiatrische inrichtingen. In 1978 was voor het eerst het aantal gediplomeerden per 100 bezette bedden groter dan het aantal leerlingen.<sup>1</sup> Deze ontwikkeling gold overigens ook voor de andere verpleeginrichtingen, zoals we kunnen zien.

**Tabel VII-2**

*Verhouding verpleegkundig personeel gediplomeerd – ongediplomeerd in verschillende sectoren van de intramurale gezondheidszorg in procenten (1977 en 1982)*

	verpleegkundig personeel	1977	1982
psychiatrische ziekenhuizen	gediplomeerd	46.3	60.4
	niet gediplomeerd	53.7	39.6
inrichtingen voor zwakzinnigen	gediplomeerd	42.4	54.5
	niet gediplomeerd	57.6	45.5
verpleeghuizen	gediplomeerd	46.1	57.5
	niet gediplomeerd	53.9	42.5

Bron: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur 1984a, 22.

De opleidingseisen werden intussen steeds zwaarder en het aantal lesuren werd uitgebreid. Een en ander had – volgens het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne – een positief effect op de kwaliteitshandhaving en de kwaliteitsverbetering in de gezondheidszorg: de opleiding was de basis van een goede en verantwoorde gezondheidszorg, meende men.<sup>2</sup> De Inspectie dacht daar ook zo over. Er moest voldoende gekwalificeerd personeel zijn. Maar een uitspraak over hoeveel (gediplomeerd) verpleegkundig personeel noodzakelijk was, deed de Inspectie niet. (Zie hoofdstuk V.)

Er zat ook een keerzijde aan de toename van het gemiddelde opleidingsniveau van de verplegende: deze veroorzaakte door ‘de opwaartse druk van de gemiddelde loonsomstijging’ ook toenemende kosten voor de verpleegdienst in de inrichting, en door de zwaardere opleidingseisen bleef er minder tijd over voor praktisch werk.<sup>3</sup>

Dat neemt niet weg dat we al met al kunnen vaststellen dat het aantal gediplomeerde verplegenden was gestegen en dat we daaruit kunnen afleiden dat het opleidingsniveau van het verplegend personeel gestegen was. Deze verandering voltrok zich overigens ook in andere sectoren van de maatschappij. Dit was al begonnen voordat de AWBZ zijn intrede deed in de psychiatrische inrichting en nadien ging de ontwikkeling onverminderd voort. Eind jaren zeventig was het aantal gediplomeerde verplegenden in de psychiatrische inrichtingen zelfs groter dan het aantal ongediplomeerde verplegenden. Dat was niet eerder voorgekomen in de geschiedenis.

<sup>1</sup> Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 872-873.

<sup>2</sup> Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne 1978a, 24-25.

<sup>3</sup> Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne 1978a, 24-25.

De Inspectie hechtte van oudsher groot belang aan het opleidingsniveau van het verplegend personeel en zij stond hierin niet alleen (zie onder andere de hoofdstukken II, IV en VI). Halverwege de jaren zeventig werd het gemiddelde opleidingsniveau van het (verplegend) personeel algemeen beschouwd als een graadmeter voor 'kwaliteit'. Hiermee kan worden vastgesteld dat de toename van het opleidingsniveau in ieder geval door tijdgenoten zeer positief werd gewaardeerd en algemeen werd beschouwd als een kwaliteitsverbetering van de zorg. Wij moeten nog zien of deze verbetering ook alle patiënten ten goede kwam.

Behalve de geleidelijke toename van de omvang en het niveau van het verplegend personeel, was er nog een andere belangrijke ontwikkeling zichtbaar in de inrichtingen. Langzaamaan kwamen er ook meer beroepsgroepen in de instelling. Al in de jaren veertig waren de medische staven versterkt met internisten, pathologen en psychologen en later kwamen daar nog sociologen bij, terwijl de verpleegkundige dienst eveneens al vanaf midden jaren vijftig werd versterkt met de komst van gespecialiseerde psychotherapeuten, arbeidstherapeuten, bewegingstherapeuten en creatief therapeuten. Voor een deel betrof dit functies die voorheen ook uitgevoerd werden, maar toen nog onder een andere naam, of werkzaamheden die werden verricht door functionarissen die daarvoor geen specifieke kwalificaties hadden, bijvoorbeeld vaklieden die leiding gaven bij de arbeidstherapie.<sup>1</sup>

**Tabel VII-3**

*Gemiddelde personeelsbezetting per 100 bezette bedden van de opgegeven psychiatrische ziekenhuizen op 31 december (1969-1973)*

	algemeen personeel*		verplegenden, verzorgenden, opvoedkundig personeel		paramedisch en medisch hulp personeel		medici en sociaal-wetensch. personeel		totaal personeel in loondienst		personeel niet in loondienst	
	aantal	index	aantal	index	aantal	index	aantal	index	aantal	index	aantal	index
1969	24,2	96	30,6	93	6,7	93	2,1	86				
1970	25,3	100	32,9	100	7,2	100	2,4	100	67,8	100	1,3	100
1971	27,1	107	35,1	107	8	111	2,5	104	72,5	107	1,1	85
1972	27,2	108	37,2	113	9,6	133	2,8	117	76,9	113	0,9	69
1973	28,1	111	39,2	119	10,3	143	3,1	129	80,6	119	0,9	69

\*Dit betreft hoogstwaarschijnlijk niet-patiëntgebonden personeel in loondienst.

Bron: Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1976, 19. (Gebaseerd op onderzoek van het Nationaal Ziekenhuisinstituut.)

In tabel VII-3 is de ontwikkeling van de gemiddelde personeelsbezetting van de psychiatrische inrichtingen in Nederland vanaf 1969 te zien. Hierin

<sup>1</sup> Zie o.a. Willemsen 1997, 340-347.

valt behalve de toename van het aantal verpleegkundigen, verzorgenden en opvoedkundigen, vooral de stijging van het aantal artsen en sociaal-wetenschappelijk medewerkers op, evenals de groei van het paramedische personeel en het medisch hulppersoneel.

De ontwikkeling in de richting van uitbreiding van het aantal beroepsgroepen in de inrichting ging ook na de invoering van de AWBZ verder. Midden jaren zeventig was de multidisciplinaire staf de norm, zo blijkt uit een advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid van 1976, waarin de volgende passage voorkomt:

[D]e behandeling van intramuraal opgenomen psychiatrische patiënten [verdraagt] geen monodisciplinaire (medisch (verpleegkundige)) aanpak meer [...], omdat voor een adequate behandeling werkers van verschillende disciplines nodig zijn. De disciplines die in toenemende mate een rol bij de behandeling en begeleiding spelen zijn de agogiek, de psychologie en de sociologie.<sup>1</sup>

#### *Kwaliteitsverbetering of inhalen van een achterstand*

In de *Structuurnota* (1974) schreef staatssecretaris Hendriks: ‘[D]e geestelijke gezondheidszorg [moet] een aanmerkelijke achterstand inhalen, hetgeen bij bepaalde onderdelen zeker kostenverhogend zal werken.’<sup>2</sup> De inrichtingsbesturen hadden inderdaad het gevoel een achterstand te moeten inlopen, en wel op personeelsgebied: ten opzichte van de algemene ziekenhuizen (wat betreft omvang en samenstelling) en ten opzichte van het bedrijfsleven (wat betreft salariëring). Veranderingen in de inrichting op personeelsgebied leidden inderdaad tot kostengroei: in absolute cijfers en ook geïndexeerd naar de prijsontwikkeling. Deze groei was, zo blijkt uit een nadere bestudering van de gegevens, al begonnen voordat de AWBZ van kracht werd en ging daarna met ongeveer even grote groei-percentages verder.

Voor een belangrijk deel werd de groei veroorzaakt door trendmatige loonkostenontwikkelingen. Het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne had becijferd dat in de periode 1972-1977 de personeelslasten zelfs ietsje meer gestegen waren dan die in het bedrijfsleven, onder andere door de invoering van de CAO voor het Ziekenhuiswezen in 1977.<sup>3</sup> Ook in dat opzicht was er sprake van het inlopen van een achterstand.

---

<sup>1</sup> Jacobs 1976, 20-21. Juist het feit dat de argumentatie berust op een cirkelredenering, onderstreept het dogmatische karakter ervan.

<sup>2</sup> Hendriks 1974b, 52.

<sup>3</sup> Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne 1978a, 14-16.

De kostengroei werd ook veroorzaakt door uitbreiding van het personeelsbestand en verandering van de samenstelling van het personeel. Deze ontwikkelingen - minder patiënten per personeelslid en per verplegende, meer verschillende beroepsgroepen en gemiddeld hoger opgeleid personeel - waren in belangrijke mate ook al ingezet voor de nieuwe wet en gingen in min of meer hetzelfde tempo verder. Dat er meer personeel moest worden aangesteld, leidde niet automatisch tot 'meer handen aan het bed', maar had onder meer te maken met de arbeidstijdverkorting, het opvullen van volwaardige plaatsen die voorheen door leerlingen werden ingenomen en de komst van lekenpersoneel in instellingen waar voorheen religieuzen in de verpleging werkten, die doorgaans langere werkdagen maakten. De vraag of de uitbreiding van het personeelsbestand heeft geleid tot een structurele kwaliteitsverbetering in de zorg, bijvoorbeeld in de vorm van het aantal minuten dat een gediplomeerde verpleegkundige beschikbaar had voor een patiënt, is daarmee gedeeltelijk onbeantwoord gebleven. De Inspectie kon dan ook niet helemaal volmondig uitroepen dat er veranderingen in de kwaliteit van de zorg waren opgetreden en dat was niet alleen omdat 'kwaliteit' als een moeilijk te meten begrip werd beschouwd (zie ook hoofdstuk V).

Kan nu naar aanleiding van deze cijfers geconcludeerd worden, dat duidelijke veranderingen in de kwaliteit van de zorg zijn opgetreden? Ook hier geldt, dat de niet-meetbare factor een zo grote rol vervult, dat de integrale zorg niet mag en kan worden beoordeeld op grond van cijfers. Toch zijn er trends. Mogelijk zou de verhouding gediplomeerd – leerling een nog verdere verbetering hebben ondergaan, als de financiering dit zou toelaten.<sup>1</sup>

Overigens kunnen de bescheiden veranderingen die wel plaatsvonden, slechts voor een deel op het conto van de AWBZ worden geschreven.

## **§ 5. Richtlijnen voor het personeel**

Zoals hierboven reeds gemeld, had het COZ in 1971 een voorlopige groei-richtlijn ontwikkeld voor de personeelslasten. In de jaren die daarop volgden werden verschillende pogingen ondernomen om criteria in kaart te brengen op grond waarvan de personeelslasten in de psychiatrische inrichtingen konden worden genormeerd. In deze paragraaf gaan we dieper op deze kwestie in. We beschrijven de moeizame wording van de richtlijnen en bekijken in hoeverre de komst van vooral de richtlijnen van het COZ voor patiëntgebonden personeel in de psychiatrische inrichtingen daad-

---

<sup>1</sup> Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1976, 21.

werkelijk heeft geleid tot veranderingen in het personeelsbestand en de vraag die hier natuurlijk mee samenhangt: wat dit betekende voor de patiënten.

### *De moeizame wording van de richtlijnen*

In een artikel in het nieuwe tijdschrift *Het Ziekenhuis* (een samenvoeging van *Het Ziekenhuiswezen* en de katholieke en protestantse evenknieën van dit blad) schreef de directeur van het COZ in 1971 dat de overheid het ‘streven naar kwaliteitsverbetering’ dan wel mocht stimuleren, maar dat het heel lastig was dit tot uitvoering te brengen bij gebrek aan ‘parameters’.<sup>1</sup> Zoals bekend (zie hoofdstuk V) was rond 1970 een kwaliteitsdebat in ons land ontstaan en het ontbreken van maatstaven en meetinstrumenten om ‘kwaliteit’ te meten was een probleem dat in die tijd voor het eerst nadrukkelijk werd benoemd. Wij komen dit onder andere tegen in de bestuursnotulen van de VCV. Besproken werd het idee om ondanks de geringe financiële ruimte een klein percentage van de begroting te besteden aan personeelsuitbreiding, met het oog op verbetering van het peil der verpleging. Omdat er zo weinig geld beschikbaar was, moesten de inrichtingen een prioriteitenlijst opstellen. De vraag was nu: op grond waarvan moest zo’n prioriteitenlijst worden vastgesteld? ‘Zo is er bijvoorbeeld geen hanteerbare norm voor de personeelsbezetting in psychiatrische ziekenhuizen, op grond waarvan een voorgestelde uitbreiding positief of negatief kan worden beoordeeld.’<sup>2</sup> Uiteindelijk werden er geen prioriteiten vastgesteld. Maar geconstateerd werd ook dat het ontbreken van normen een landelijk probleem was.

Het COZ had er dus ook last van. In het verslag van het COZ over 1971/1972 werd melding gemaakt van vier overschrijdingen bij psychiatrische inrichtingen van de voorlopige richtlijn voor personeelslasten. De instellingen waar het om ging (in het verslag werden de namen niet genoemd) werden individueel beoordeeld en het COZ stuitte hierbij op het probleem dat het toetsingscriterium voor de richtlijn inhoudelijk niet erg sterk was: er was geen relatie gelegd tussen de aard van de instelling en de daarbij behorende personeelsbezetting.<sup>3</sup> Dat gaf de betreffende inrichtingen natuurlijk een sterke troef in handen. Zij konden hun overschrijding gemakkelijk beargumenteren met een beroep op de zorgzwaarte, want er waren geen normen voor vastgesteld.

Er was ook helemaal geen verband tussen de aard van een instelling en de personeelsbezetting. In het (proef)onderzoek in opdracht van de Tarieven-

---

<sup>1</sup> Wagner 1971, 310.

<sup>2</sup> HDCNP 501 inv.nr. 38, Notulen Centraal Bestuur VCV, 5 september 1969.

<sup>3</sup> COZ s.a. [1973], 53.

commissie van de Sectie Psychiatrische Instituten van de Nationale Ziekenhuisraad was, zoals we hierboven reeds hadden gesteld, al de conclusie getrokken dat er geen relatie bestond tussen de aard van de instelling en de personeelsbezetting. Daarom duurde het ook zo lang voordat er richtlijnen voor de personeelsomvang konden worden opgesteld. De praktijk bood geen aanknopingspunten; er was geen enkele systematiek in te ontdekken.

Midden jaren zeventig werd op verzoek van het zogenaamde Tripartite-overleg (de Nationale Ziekenhuisraad, het COZ en het Departement, c.q. de Inspectie) opnieuw onderzoek gedaan op dit terrein. Het doel was de impasse te doorbreken waarin de uitbreiding van patiëntgebonden personeelsrichtlijnen geraakt was nadat de richtlijnen voor het niet-patiëntgebonden personeel (directie, administratie en civiele dienst) gereed waren gekomen. Opnieuw werd de relatie tussen de aard van de instelling, anders gezegd: de kenmerken van het patiëntenbestand, en de personeelsbezetting onder de loep genomen. Bij de kenmerken van het patiëntenbestand werd expliciet gekeken naar leeftijd, verblijfsduur en diagnose. Het onderzoek leverde wederom geen relevante verbanden op tussen kenmerken van het patiëntenbestand en personeelsomvang. De belangrijkste conclusie luidde: '[E]r bestaan slechts zwakke correlaties en de patiëntkenmerken verklaren weinig of niets van de verschillen in de personeelsbezetting...'<sup>1</sup> Feitelijk kwam het er dus op neer dat ieder ziekenhuis zijn eigen werkwijze had. Historisch gegroeide factoren waren meer bepalend voor de personeelsbezetting dan patiëntkenmerken.

Op verzoek van de 'kamer voor psychiatrische inrichtingen en zwakzinnigeninrichtingen' van het COZ gingen de medewerkers van het COZ intussen toch maar aan de slag om richtlijnen te ontwikkelen voor de beoordeling van de salariskosten van het verplegend, het therapeutisch en het overig paramedisch personeel. De eerder bij het onderzoek gehanteerde criteria in relatie tot het patiëntenbestand (leeftijd, verblijfsduur en diagnose) werden erbij gehaald. Ze werden vertaald in verschillende functies die een psychiatrische inrichting kon vervullen. Opname werd hierbij apart genomen, waarmee erkend werd dat opname extra personeelsinzet vergde.<sup>2</sup>

De richtlijnen werden in 1976 in concept voor advies aan de Nationale Ziekenhuisraad gezonden en het Nationaal Ziekenhuisinstituut kreeg de opdracht via enquêtes uit te zoeken wat de gevolgen zouden zijn als de voorstellen in de praktijk zouden worden toegepast. Naar aanleiding van de uitkomsten van dit onderzoek schaarde de Nationale Ziekenhuisraad

---

<sup>1</sup> De Haen 1988, 5. Zie ook: Hannessen en Sliedrecht 1984, 296. Aan het onderzoek werd onder meer deelgenomen door Psychiatrisch Ziekenhuis nabij Santpoort. (N.n. s.a. 1976, 16.)

<sup>2</sup> De Haen 1988, 6.

zich in grote lijnen achter de door het COZ uitgestippelde structuur.<sup>1</sup> Dit onder de voorwaarde dat de richtlijnen tijdelijk zouden zijn en uiteindelijk zouden worden vervangen door richtlijnen waarbij de tarieven gebaseerd zouden worden op de behandelingsaanpak van de patiënt.<sup>2</sup> Dit laatste zou in de bestaande financieringsstructuur echter niet worden gerealiseerd.

### *De richtlijn gebaseerd op verblijfsduur*

In de loop van 1977 werden de personeelsrichtlijnen voor het patiëntgebonden personeel in de psychiatrische inrichtingen door het COZ- bestuur goedgekeurd. De oude groeirichtlijnen waren hiermee overbodig geworden. De nieuwe richtlijn had betrekking op het totale salarisbedrag per verpleegdag van het verplegend, therapeutisch en paramedisch personeel en de medische en sociaal-wetenschappelijke staf.<sup>3</sup>

De nieuwe systematiek was niet gebaseerd op de behandelingsaanpak van de patiënten. Ondanks het feit dat onderzoek had uitgewezen dat er nauwelijks een correlatie bestond tussen patiëntkenmerken en personele bezetting, werd juist dit gegeven het uitgangspunt. Patiëntkenmerken werden globaal vertaald in functies die een inrichting kon vervullen. Hieraan werd een gemiddelde verblijfsduur gekoppeld en deze was bepalend voor de personeelsrichtlijnen. In afnemende gradatie werd financieel belang gehecht aan de functies die de psychiatrische inrichtingen konden vervullen op het gebied van:

A-I) opname- en observatie;

A-II) kortdurende behandeling;

B-I) revalidatie- en resocialisatie;

B-II) permanente verzorging en begeleiding (jonger en ouder dan 65 jaar);

C) de zorg voor 'oligofrene' patiënten.

De verschillende groepen werden door een tijdgrens (de verblijfsduur) van elkaar gescheiden. De richtlijn had betrekking op het *totale* salarisbedrag per verpleegdag voor het direct patiëntgebonden personeel. De inrichtingen konden zelf bepalen hoe de gelden uiteindelijk werden ingezet. Dit om tegemoet te komen aan het bezwaar dat de richtlijnen per functie en/of personeelscategorie te zeer de interne organisatie van de inrichtingen zouden beïnvloeden. De richtlijn van het COZ bepaalde dus niet de hele interne (personele) organisatie van de inrichtingen.<sup>4</sup> Een overgangsregeling voor inrichtingen die met hun bestaande beleid boven de richtlijnen zouden uitkomen, werd ook ingebouwd.<sup>5</sup>

---

<sup>1</sup> De Haen 1988, 6; COZ s.a. [1976], 69-70.

<sup>2</sup> De Haen 1988, 6.

<sup>3</sup> COZ s.a. [1978], 61.

<sup>4</sup> COZ s.a. [1978], 64.

<sup>5</sup> COZ s.a. [1978], 63.

### *Het verschil*

Op basis van het eerder genoemde onderzoek van het Nationaal Ziekenhuisinstituut kon worden becijferd dat de nieuwe richtlijnen voor de psychiatrische inrichtingen ruimte zouden scheppen voor een (in fasen te realiseren) landelijke personeelsuitbreiding met meer dan 900 krachten (zie tabel VII-4). Tevens kon worden berekend dat de nieuwe richtlijnen een stijging van de salariskosten (afgaande op het niveau van 1 januari 1976), exclusief sociale lasten, onregelmatigheidstoeslag, en dergelijke, met ongeveer 30 miljoen gulden mogelijk maakten.<sup>1</sup>

**Tabel VII-4**

*Overzicht van het personeelsbestand en de salariskosten van psychiatrische inrichtingen in Nederland in guldens volgens de enquête van het Nationaal Ziekenhuisinstituut vergeleken met de bezetting volgens de nieuwe richtlijnen (1977)*

	aantallen personeelsleden		salariskosten x 1000 (niveau 1-1-1976)	
	volgens enquête	volgens richtlijnen	volgens enquête	volgens richtlijnen
Gediplomeerde verpleegkundigen	4.602	5.240	118.897	133.906
leerling-verpleegkundigen en overig verpleegkundig personeel	6.110	6.236	104.261	104.843
therapeutisch personeel*	2.167	1.880	55.935	48.376
medische en sociaal-wetenschappelijke staf	688	914	51.427	67.534
overig paramedisch personeel	580	788	17.358	23.197
<b>totaal</b>	<b>14.147</b>	<b>15.058</b>	<b>347.878</b>	<b>377.856</b>

\* Waarom deze categorie volgens de de richtlijnen lager zou uitkomen, is niet bekend.

Bron: COZ s.a. [1978], 64.

Hoewel de inrichtingen volgens de richtlijnen het salarisbudget in principe naar eigen inzicht mochten verdelen over hun afdelingen en activiteiten, zou er van de ‘aan de richtlijnen gegeven opbouw’ naar de mening van de ‘kamer’ wel ‘een invloed’ kunnen uitgaan.<sup>2</sup> En inderdaad: de dwingende structuur die de functies van de inrichting verdeelde in vijf categorieën, werd na verloop van tijd de grondslag voor een sectorindeling in de psychiatrische inrichtingen.<sup>3</sup>

De ‘kamer’ voor de psychiatrische ziekenhuizen van het COZ was enthousiast over het bereikte resultaat. De vaststelling van de richtlijnen

<sup>1</sup> COZ s.a. [1978], 12.

<sup>2</sup> COZ s.a. [1978], 64.

<sup>3</sup> Met dank aan Joost Vijselaar voor dit inzicht.

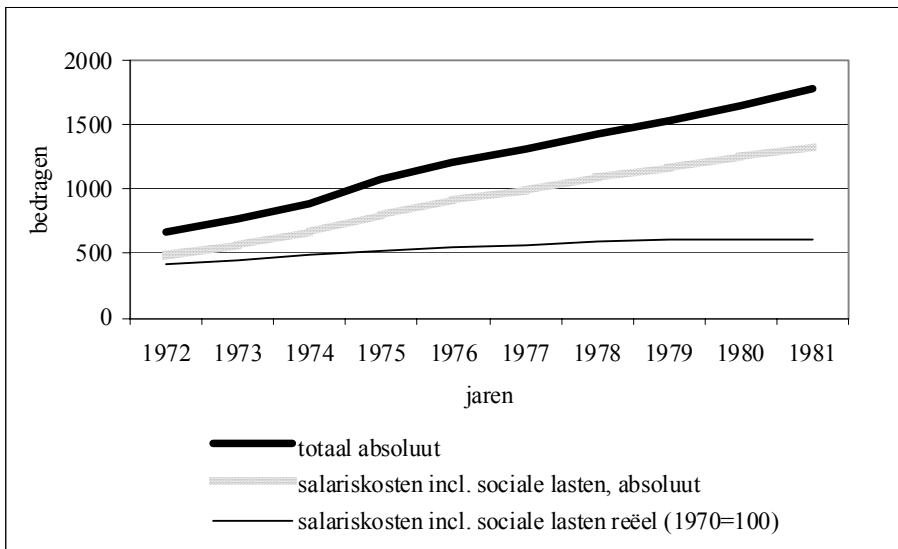
voor de salariskosten van het direct patiëntgebonden personeel maakte het bereiken van een meer evenwichtige en verantwoorde verdeling van de middelen mogelijk, meende men.<sup>1</sup>

#### *De gevolgen van de richtlijn voor de praktijk*

De richtlijn was gereed en nu zou natuurlijk meteen een grote inhaalslag worden gemaakt. De salarissen van het verplegend personeel zouden op peil worden gebracht en de omvang van het personeel, met name het gediplomeerd verplegend personeel, zou op de groeiende behoefte worden afgestemd. Daarmee zou eindelijk 'het peil van behandeling, verpleging en verzorging' worden verbeterd. Maar gebeurde dat ook in de praktijk? Grafiek VII-9 geeft de groei van de post 'personeelslasten' weer ten opzichte van de totale kosten van de psychiatrische inrichtingen na de introductie van de AWBZ. Enkele zaken vallen op. Ten eerste de aanhoudende groei van de totale kosten voor de psychiatrische inrichtingen en het grote aandeel van de personeelskosten daarin. We zien ook dat de groei van de salariskosten voor een deel (namelijk meer dan de helft) door de prijsontwikkeling verklaard kan worden. Wat ook opvalt, is dat er in deze hele

#### **Grafiek VII-9**

*Totale kosten en personeelslasten in miljoenen guldens, absolute en reële bedragen (1970=100) van alle psychiatrische inrichtingen in Nederland (1972-1981)*



Bron: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne [1978a-1982a].

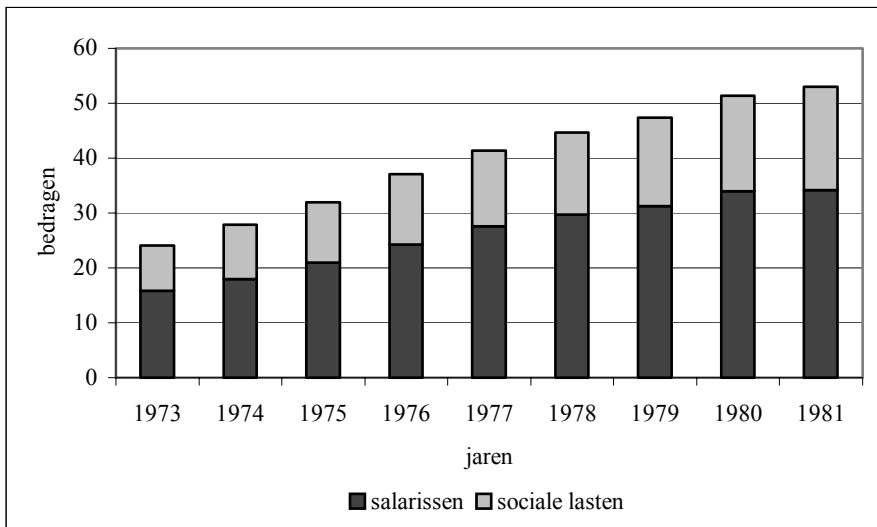
<sup>1</sup> COZ s.a. [1978], 64.

ontwikkeling rond 1977 geen verandering is te constateren. Een blik op de curve van de reële salariskosten leert ons dat aan de groei ook vrij snel een einde kwam. Dit einde hing samen met de economische ontwikkeling in ons land. Hieronder en in het volgende hoofdstuk meer hierover. Op instellingsniveau is de ontwikkeling ook te zien. De groeicurve van de personeelslasten in grafiek VII-9 vertoont sterke overeenkomsten met die van de salariskosten inclusief sociale lasten in grafiek VII-10.

Deze laatste grafiek laat ook zien welk deel de sociale lasten uitmaakten van de kosten.

**Grafiek VII-10**

*Personeelslasten in miljoenen guldens in Voorburg, Vught (1973-1984)*



Bron: Jaarverslagen Voorburg 1973-1984

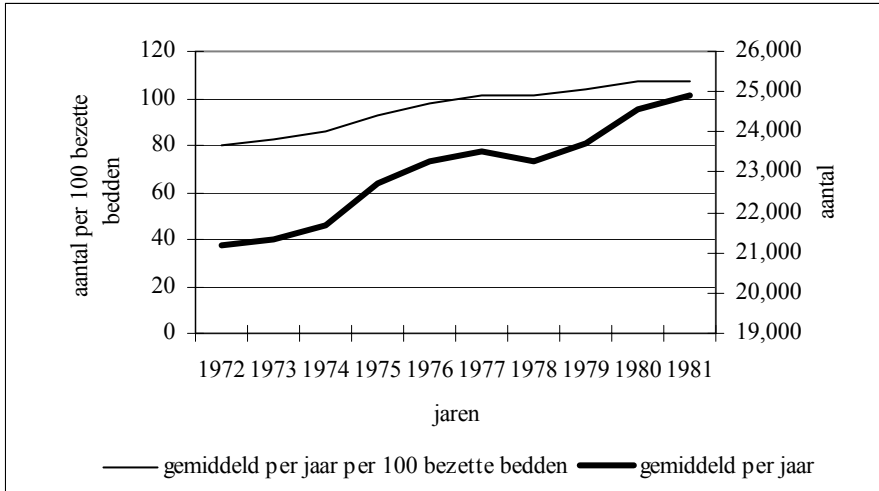
We hebben het hier echter over gemiddelden. Sommige personeelsgroepen gingen er meer op vooruit dan andere. Het civiele personeel (huishoudelijk personeel, technisch personeel enzovoort) en de paramedische beroepen gingen er het minst op vooruit. Grote ‘winnaars’ waren de artsen en de sociaal-wetenschappelijke staf. Ook de ‘opleidingen’ konden op veel meer geld rekenen. Het kan echter zijn dat kosten die hieronder werden geboekt, vroeger onder de ‘verpleging’ werden gerekend. Juist in deze tijd werd er een afzonderlijke richtlijn voor opleidingen in het leven geroepen. De salariskosten voor het verplegend personeel waren wel gestegen, maar lang niet zo fors als de salariskosten voor de medische staf.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> COZ s.a. [1980], 67.

Uit een analyse van de kostenontwikkeling over de periode 1976-1981 blijkt dat de stijging van loonkosten per werknemer in de gezondheidszorg 35 procent is geweest. De stijging van de gemiddelde salarissen was daarmee verreweg de belangrijkste oorzaak van de kostenstijging in deze periode.<sup>1</sup> Toch was salarisstijging niet de enige veroorzaker van de groei

**Grafiek VII-11**

*Personeelsbezetting psychiatrische inrichtingen in gemiddelde aantallen per jaar en aantallen per 100 bezette bedden in Nederland (1972-1982)*



Bron: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne [1978a-1983a].

van de kostenpost ‘personeelslasten’. Er had wel degelijk ook in de tweede helft van de jaren zeventig een uitbreiding van het personeelsbestand plaatsgevonden. In grafiek VII-11 kunnen we zien dat in de periode 1972 – 1982 het aantal personeelsleden in de psychiatrische inrichtingen in Nederland toenam van ruim 21.000 naar bijna 25.000.

Deze personeelsuitbreiding kon maar gedeeltelijk worden ingezet om meer contactminuten per patiënt te creëren. Voor een deel werd de stijging veroorzaakt door de groei van het niet-patiëntgebonden personeel, waarvoor de richtlijnen in 1975 waren vastgesteld (zie hierboven). In 1979 werd een onderzoek gepresenteerd waarin de personeelscategorie ‘directie en administratie’ apart onder de loep genomen werd. Uit het onderzoek bleek dat de salariskosten voor deze groepen sinds 1975 verdubbeld waren. Dit hing samen met veranderingen in het personeelsbestand, inschaling, trendaanpassing en periodieke verhogingen. Het aantal personeelsle-

<sup>1</sup> Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne 1982a, 33.

den in deze categorie was echter ook met 17,6 procent gegroeid. Die groei vond plaats bij de afdelingen 'directie' en 'personeelszaken', maar vooral bij de groepen 'administratief personeel op de verpleegafdelingen' en 'administratief personeel andere afdelingen'. Tegenover deze groei stond een afname van het personeel op de 'financiële afdeling'.<sup>1</sup> Deze ontwikkeling geeft uitdrukking aan de toenemende decentralisatie van administratieve taken in de inrichtingen. Een bijproduct hiervan was dat ook meer tijd van verpleegkundig personeel 'verloren' ging met zaken die slechts indirect de patiënten ten goede kwamen. Deze ontwikkeling werd hierboven ook al gesignaleerd: de papierwinkel waarmee het verpleegkundig personeel te maken kreeg als gevolg van de toenemende druk om verantwoording af te leggen. In zekere zin werd het paard achter de wagen gespannen: de COZ-richtlijnen hadden, in ieder geval in de ogen van de Minister, immers onder andere tot doel grenzen aan de kostengroei te stellen. Vanwege het grote aantal variabelen is het werkelijke effect van de beleidsbeslissingen uiteindelijk moeilijk te berekenen.

Er was nog een andere ontwikkeling die ertoe leidde dat de extra personeelsbezetting niet één op één werd omgezet in meer contactminuten per patiënt: het aantal bezette bedden vertoonde juist vanaf 1977 weer een stijgende lijn, nadat het tussen 1972 en 1977 een vrij scherp dalende tendens te zien gaf van bijna 5 procentpunt.<sup>2</sup> Hierdoor steeg de gemiddelde personeelsbezetting per 100 bezette bedden na het omslagpunt 1977 minder snel dan vóór 1977. Naar de oorzaak van deze ontwikkeling in de gemiddelde bedbezetting hebben wij geen onderzoek gedaan.

Al met al kunnen we vaststellen dat de komst van de patiëntgebonden richtlijn de ontwikkeling in de personeelslasten en de personeelsbezetting in de jaren zeventig niet heel sterk heeft beïnvloed. Dat het personeelsbestand veranderde, was een ontwikkeling die al voor de introductie van de AWBZ was ingezet. De nieuwe wet had daar, zoals we in de vorige paragraaf al uiteenzetten, nauwelijks invloed op, net als de nieuwe richtlijnen die samenhangen met de wet.

Wel kunnen we vaststellen dat in de betreffende periode meer dan voorheen werd gesproken over de relatie tussen geld, personeel en kwaliteit, maar in de besluitvorming over de besteding van de gelden werd deze relatie zelden expliciet gemaakt. Wij vinden haar alleen terug in de hoedanigheid van verantwoording (tijdsinvestering in rapportages) en onderzoeken (tijdsinvestering in gegevensverzameling).

---

<sup>1</sup> Machielsens 1980, 8. Het onderzoek had plaatsgevonden in eenderde van de in 1977 in exploitatie zijnde erkende instellingen. (Machielsens 1980, 3.)

<sup>2</sup> Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne 1977a-1983a; Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (1984a).

## § 6. Onbehagen over de stijgende kosten

Intussen begonnen verschillende betrokkenen zich weer eens af te vragen of het niet wat minder kon met de groei van de kosten voor de gezondheidszorg. Deze bezorgdheid was niet van vandaag of gisteren: al in 1961 schreef de latere staatssecretaris R.J.H. Kruisinga dat de voortdurende kostenstijging in de gezondheidszorg soms aanleiding gaf tot klachten. Het artikel trok destijds nogal de aandacht, aldus de latere voorzitter van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, H. Festen.<sup>1</sup> Kruisinga had de Nederlandse situatie vergeleken met die in de Verenigde Staten, Engeland en Wales en Zweden en was tot de conclusie gekomen dat de kostengroei ook in die andere westerse landen plaatsvond, ongeacht de manier waarop gezondheidszorg gefinancierd werd. De uitgaven aan gezondheidszorg in Nederland waren vergeleken met andere landen niet erg hoog; ook het aantal artsen per inwoner was laag. En dat terwijl de sterftecijfers vergeleken met andere landen juist tot de laagste behoorden. In plaats van uitsluitend te spreken over kostengroei, moest men die groei relateren aan zaken als het nationaal inkomen of het aantal uren dat aan de zorg besteed werd, meende hij. Hij vond het niet nodig alleen maar 'met bezorgde blik' naar de groeicijfers te kijken.

Integendeel, zij [i.e. de kostencijfers] verdienen met evenveel blijdschap te worden tegemoet getreden als de stijgende omzet- en winstcijfers van de grote Nederlandse concerns, want zij hebben betrekking op een uiterst nuttige vorm van besteding en verbergen eveneens een toegenomen produktiviteit.<sup>2</sup>

In de tien jaar die erop volgden, werd de Ziekenfondswet van kracht, werd de Wet Ziekenhuistarieven ingevoerd en de AWBZ aangenomen. Vele besluiten zagen het licht en de kosten voor de gezondheidszorg namen alleen maar toe, net als de bezorgdheid over die kostengroei. Relativerende opmerkingen hierover, zoals deze van Kruisinga, kwamen allang niet meer voor. Vooral nadat in 1973 de eerste tekenen zichtbaar werden van het einde van de economische groei.

In die rijdende trein van toenemende kosten voor de gezondheidszorg was halverwege de rit het inrichtingswezen ingestapt, waarmee de bezorgdheid over de groeiende kosten van de gezondheidszorg ook van toepassing werd op de *geestelijke* gezondheidszorg, ook al namen de kosten hiervan, in elk geval begin jaren zeventig, lang niet zo snel toe als die in de algemene gezondheidszorg. In deze paragraaf willen we laten zien waar de

---

<sup>1</sup> Festen 1985, 101.

<sup>2</sup> Kruisinga 1961. Zie ook: Van Berkum 1961; Festen 1985, 101-102. Festen noemt overigens 1962 als publicatiejaar van Kruisinga's artikel. Dit klopt echter niet.

bezorgdheid precies over ging: de groei zelf, of het feit dat de groei steeds sneller ging, of was het probleem dat een steeds groter deel van het Bruto Nationaal Product aan gezondheidszorg op ging?

### *Een brief van het COZ*

Ergens in de loop van 1972 vonden alle AWBZ-instellingen de volgende brief van het COZ - dat overigens ook al in 1966 gewag gemaakt had van bezorgdheid over de kostengroei in de gezondheidszorg<sup>1</sup> - op de deurmat.

Met de regering en de volksvertegenwoordiging meent het Bestuur van het C.O.Z. dat met alle beschikbare middelen gestreefd moet worden naar een beteugeling van de voortdurend snelle kostenstijging in de gezondheidszorg. Het bestuur beseft daarbij dat, wil men een duurzaam resultaat bereiken, er wijzigingen zullen moeten komen in de structuur van de gezondheidszorg, waarbij de vaststelling van een rangorde in bestaande prioriteiten onontkoombaar is. Echter ook op korte termijn is, door een strengere kostenbeheersing en -bewaking, een afzwakking van de kostenstijging, ook binnen de intra-murale gezondheidszorg geboden. Zowel U, als het C.O.Z. zelf zullen daartoe hun bijdrage moeten leveren. [...] Het Bestuur van het C.O.Z. richt daarom met temeer overtuiging deze oproep tot U, omdat het van oordeel is dat, indien de kostenstijging in dezelfde omvang doorgaat, de instellingen binnen afzienbare tijd in welhaast onoverkomelijke moeilijkheden zullen komen te verkeren. [...] Het Bestuur vertrouwt erop dat u voor het bovenstaande [...] begrip zult hebben. Evenzeer vertrouwt het Bestuur van het C.O.Z. erop dat Uwerzijds alle krachten zullen worden ingezet om datgene te bereiken wat zo dringend noodzakelijk is: het besef bij allen die betrokken zijn bij de gezondheidszorg dat, helaas, ook die zorg haar financiële grenzen heeft.<sup>2</sup>

De oproep doet sterk denken aan de manier waarop de commissie-Frederiks de psychiatrische inrichtingen in 1934 aanspoorde om te bezuinigen (zie hoofdstuk IV). Een belangrijk verschil was dat de commissie-Frederiks gelieerd was aan het Ministerie en het COZ met beide benen in de praktijk stond en aanvankelijk door het Ministerie nauwelijks werd

---

<sup>1</sup> Aanvankelijk gebeurde dat nogal indirect; zo lezen wij in het jaarverslag 1966: 'Overigens krijgt men wel eens de indruk, dat de klemtoon meer gelegd wordt op de vraag hoe de stijgende kosten gefinancierd kunnen worden, dan op de vraag of werkelijke kostenbesparingen bereikt zouden kunnen worden, dan wel of een zekere temporisering van bepaalde maatregelen op zijn plaats zou zijn.' (Geciteerd bij: Hannessen en Sliedrecht 1984, 281.)

<sup>2</sup> COZ s.a. [1973], bijlage V, 82-84.

gehoord. H.J. Anbeek was in die tijd voorzitter van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen en was vanuit zijn functie betrokken bij het COZ. Hij zei later over de pogingen om via het orgaan de sector van de gezondheidszorg tot kostenbeheersing te bewegen: 'Daar waar we het geprobeerd hebben, werden we door de minister onderuit gehaald.'<sup>1</sup>

Zeven factoren zouden volgens het COZ tot een betere kostenbeheersing leiden: een stringentere capaciteitsbeheersing (inclusief sluiting van overbodig geworden instellingen), een beter inzicht in de capaciteitsbenutting, objectieve en voor alle instellingen bindende criteria voor een medisch en financieel verantwoord niveau van zorg, een betere afbakening van de functies van de diverse categorieën van instellingen (inclusief afstoting van oneigenlijke functies), de komst van een centraal informatiesysteem met relevante (ook medische) gegevens, een snellere besluitvorming van de maatschappelijke groeperingen die medeverantwoordelijkheid dragen en minder 'eerbied' voor zogenaamde historische rechten, waarvan het maatschappelijke karakter discutabel was.<sup>2</sup>

De oproep leidde volgens het COZ tot verschillende positieve reacties, ook uit de sector zelf. Het COZ voelde zich daardoor gesterkt de instellingen bij de eerstvolgende algemene tariefverhoging tot kostenbesparende maatregelen te bewegen, ervan uitgaande dat overal wel wat viel te bezuinigen. Over de vraag of elke instelling evenveel moest bezuinigen, of dat de bezuinigingen moesten samenhangen met de individuele tariefstructuur, bestond weliswaar geen eenstemmigheid, maar het COZ maande de instellingen om voor 1 mei 1973 opgave te doen van de maatregelen die ze zouden nemen tot kostenbesparing. Sancties zaten er echter niet aan vast.<sup>3</sup>

### *Een rijdende trein*

Veel kwam er dan ook niet van terecht. Maatregelen op macroniveau werden door het financieringsstelsel tegengewerkt. Doordat het tarief per verpleegdag in rekening werd gebracht, ging er geen stimulans vanuit om bijvoorbeeld de verpleegduur te beperken.<sup>4</sup> Bovendien: instellingen die wel wilden bezuinigen, deinsden hiervoor terug uit angst dat ze daarmee alleen zouden komen te staan. Zo was bijvoorbeeld een van de bestuurders van de VCV bang dat alleen de VCV zich zou houden aan de oproep tot matiging en dat daardoor de VCV achterop zou raken bij de andere inrichtingen. Die vrees was onterecht, meende hoofdadministrateur D. Essink, want de gemiddelde verpleegtarieven waren in vergelijking met die van de

---

<sup>1</sup> H.J. Anbeek, geciteerd bij De Wolff 1984a, 162.

<sup>2</sup> COZ s.a. [1973], 6.

<sup>3</sup> COZ s.a. [1973], 13.

<sup>4</sup> De Groot 1998, 288.

andere inrichtingen al iets opgelopen en dit werd voor 1972 opnieuw voorspeld.<sup>1</sup>

Het COZ zelf deed ook een duit in het zakje. Nieuwe richtlijnen werden opgesteld die verruiming van middelen tot gevolg hadden en de richtlijnen die er waren, werden even zo vaak verruimd. Al snel werd de beheersing van de kosten voor de gezondheidszorg als een onoplosbaar probleem gezien.<sup>2</sup> Dit werd mede in de hand gewerkt door het feit dat de verschillende adviesorganen, die zo nauw bij de besluitvorming betrokken waren, bestonden uit partijen die in het veld opereerden. Er zat - volgens betrokkenen - ook een element in van politiek 'spel'. Het departement presenteerde het beleid, het COZ nam dit over, maar de leden van het COZ konden naar de achterban toe een ander geluid laten horen. E.P.D. de Boer, vanaf 1968 werkzaam in verschillende hoge functies als ambtenaar op Volksgezondheid, formuleerde dit als volgt.

We presenteerden ons beleid en daar heeft het COZ begrip voor gehad. Maar de NZR had niettemin wel z'n handen vrij om na het overleg stampeij te maken. [...] Nou ja, men kan het wel ééns zijn, maar in publikaties toch laten blijken dat men het niet eens is, om welke reden dan ook. Er wordt natuurlijk een spel gespeeld, dat is duidelijk.<sup>3</sup>

Toch moet men niet de gedachte koesteren dat het COZ uitsluitend gericht was op expansie van de gezondheidszorg. Dit had te maken met het feit dat aan het orgaan ook onafhankelijke deskundigen waren verbonden en dat ook het bureau van het orgaan een belangrijke rol speelde. Deze deskundigen en het bureau vormden een tegenwicht. Bovendien leefde ook bij de andere betrokkenen de gedachte dat men zich moest houden aan sociaaleconomische beleidsuitgangspunten.<sup>4</sup>

Zo ontstond de paradoxale situatie dat ofschoon vrijwel alle betrokkenen het erover eens waren dat er iets moest worden gedaan om de kosten van de gezondheidszorg te beteugelen, er uiteindelijk helemaal niets veranderde en de kosten alleen maar toenamen. Het leek erop dat de rijdende trein niet tot stoppen gebracht kon worden.

### *De invoering van de budgettering*

We hebben hierboven in paragraaf 2 al laten zien dat de grootste groei

---

<sup>1</sup> HDCNP 501, 39, Notulen Centraal Bestuur VCV, 27 januari 1971.

<sup>2</sup> Hannessen en Sliedrecht 1984, 279.

<sup>3</sup> E.P.D. de Boer geciteerd bij De Wolff 1984a, 202-203. In zijn publicatie over de Centrale Raad voor de Volksgezondheid liet Festen in 1985 zeer gedetailleerd zien hoe dit precies in zijn werk ging. (Festen 1985.)

<sup>4</sup> Ter Heide 1984, 58-59.

plaatsvond in de algemene gezondheidszorg. In 1973 schreef inrichtingspsychiater L.A.J.M. van Eck:

Heden ten dage bepalen economische factoren de behandelingsmogelijkheden en met name de mogelijkheid om de behandeling te verbeteren. Door de exorbitante stijging van de kosten van de volksgezondheid, heeft men – terecht – gekozen voor een zo groot mogelijke beperking en beheersing van deze kosten. Men heeft daarbij de algemene ziekenhuizen en de psychiatrische inrichtingen over een kam geschoren. De grote expansie van kostbare voorzieningen en nieuwbouw zit echter bij de algemene ziekenhuizen. Zo dreigt de psychiatrie het kind van de rekening te worden. De psychiatrische inrichtingen hebben weinig verweer zodra gevraagd wordt naar normen waaraan hun kostprijs, uitgedrukt in een dagprijs per bed, getoetst kan worden. De economen vragen dan waar dat aan ligt en of de duurdere niet te duur zijn. Door het ontbreken van kwaliteitsnormen is niet aan te tonen dat juist de goedkopere te goedkoop zijn!<sup>1</sup>

De polemische strekking van deze bewering laat onverlet dat er een grond van waarheid zat in de observatie. De groeiende bedragen in de psychiatrische inrichtingen gingen op aan onvermijdelijke aanpassing van salarissen, aan zeer noodzakelijke opknappen en aan een wenselijk geachte uitbreiding van voorzieningen. In de vele bezorgde beschouwingen over de groeiende kosten voor de gezondheidszorg werd echter nooit iets gezegd in de trant van ‘met uitzondering van (de chronische afdelingen in) psychiatrische inrichtingen’.

De Sectie Psychiatrische Instituten van de Nationale Ziekenhuisraad had in 1977 een werkgroep ‘Richtlijnen psychiatrische ziekenhuizen’ ingesteld, die de kinderziekten uit de nieuwe richtlijnen moest halen. Deze werkgroep bracht in 1979 rapport uit. De richtlijnen voor direct patiëntgebonden personeel moesten op korte termijn worden verruimd, was een van de aanbevelingen. Een ander advies was dat er op lange termijn een richtlijnsystematiek ontwikkeld moest worden die gebaseerd was op de behandelingsaanpak in plaats van op de indeling in categorieën AI, AII, BI, BII en C, die voorlopig - met de natte vinger - was vastgesteld (zie paragraaf 5).

---

<sup>1</sup> Van Eck 1973, 494. In een reactie op dit artikel onderschreef psychiater S. Timmer de gedachte dat de psychiatrische inrichting als stiefkind werd behandeld, maar de auteur gaf meteen aan dat wetenschappelijk onderzoek naar de kwaliteit van zorg in de inrichtingspsychiatrie uitermate lastig was. (Timmer 1974.)

Tegen de tijd dat het COZ iets met deze aanbevelingen kon doen, had de geschiedenis ze echter ingehaald.<sup>1</sup> Rond 1981 was ook bij het COZ het definitieve omslagpunt in het denken gekomen. Voor die tijd ontwikkelde het orgaan nog volop richtlijnen waarin groeipercentages waren opgenomen, maar in 1981 werd een nieuwe richtlijn van kracht voor afschrijvings- en personeelsgebonden kosten in de paramedische sector, waarbij de toename van deze kosten aan grenzen werd gebonden.<sup>2</sup> Dat was nieuw.

In dat jaar bedroeg het aandeel van de kosten voor de gezondheidszorg in het bruto nationaal inkomen tegen marktprijzen 8½ procent, oftewel ½ procentpunt meer dan het streven was geweest van staatssecretaris Hendriks.<sup>3</sup> Ook de landelijke politiek begon zich nu meer te bemoeien met de kosten van de gezondheidszorg. Het leek erop dat de notaschrijvers bij Volksgezondheid eindelijk meer gehoor gingen krijgen voor hun bezorgdheid.

Moest de commissie-Frederiks in 1934 nog namens de Minister alle inrichtingen langs om de bestuurders persoonlijk te overtuigen van de noodzaak om de broekriem aan te snoeren, vijftig jaar later kreeg de Minister het zelf voor het zeggen. De financieringswetgeving bood daarvoor het juiste instrument. Begin 1982 werd de nieuwe Wet Tarieven Gezondheidszorg aangenomen (zie hoofdstuk V). Een van de aspecten van die wet was dat de Minister de mogelijkheid had een ‘aanwijzing’ te geven. Het Ministerie maakte daar in 1983 gebruik van: de invoering van de budgettering, eerst alleen op proef in de ziekenhuizen, vanaf 1984 ook in de inrichtingen.<sup>4</sup> Het COTG was optimistisch over de kostenbeheersende werking die ervan uitging. ‘[H]et fundament voor een betere kostenbeheersing is gelegd.’<sup>5</sup> De *output*financiering van het richtlijnenstelsel werd vervangen door een systeem van externe budgettering, waarbij instellingen werden gebonden aan een vooraf vastgesteld kostenplafond.<sup>6</sup> De budgetten voor de inrichtingen werden niet volledig op basis van de resultaten van het jaar ervoor vastgesteld, maar er werd een generieke budgetkorting van 2 procent over 1984 en 1985 toegepast. Daar kwam bij dat de arbeidstijdverkorting, die ook in deze periode werd afgekondigd, slechts voor 85 procent mocht worden opgevangen met het aantrekken van nieuw personeel.<sup>7</sup> Met de invoering van de budgettering leek er zo definitief een

---

<sup>1</sup> De Haen 1988, 7.

<sup>2</sup> Groot 1984, 86.

<sup>3</sup> Groot 1984, 83. Groot baseert zich op cijfers van het CBS. Zie ook hoofdstuk V.

<sup>4</sup> COTG s.a. [1984b], P 2200-1-3, 1-6.

<sup>5</sup> COTG s.a. [1984a], 9, 11.

<sup>6</sup> COTG s.a. [1984a], 11,

<sup>7</sup> De Gooijer 1988, 18.

einde te zijn gekomen aan de groei van de intramurale geestelijke gezondheidszorg. Aan de inrichtingen de taak om uit te zoeken hoe zij dit in de praktijk moesten oplossen.

## § 7. Slotwoord

‘De minister heeft gesproken en de psychiatrie is geen politieke macht die enig gewicht in de schaal legt.’<sup>1</sup> P.A.F. van der Spek, geneesheer-directeur van Psychiatrisch Ziekenhuis St. Bavo te Noordwijkerhout, voelde al in 1966 aan dat de psychiatrische inrichtingen in een moeilijke situatie terecht zouden kunnen komen als het met de economie weer minder zou gaan. Hij deed deze uitspraak nadat hij de *Volksgezondheidsnota* van Veldkamp en Bartels had bestudeerd. (Zie ook hoofdstuk V.) Niettemin waren zijn verwachtingen hooggespannen van de ontwikkelingen in de nabije toekomst.

[D]e psychiatrie krijgt nu een ongekend grote kans waar te maken wat zij de laatste jaren beweerd heeft te zijn. De psychiatrische inrichting staat voor een unieke opgave in haar historie: laten wij met alle inspanning, de geboden kansen aangrijpen.<sup>2</sup>

Zowel het optimisme als de scepsis in de boodschap van Van der Spek bleken achteraf terecht te zijn. Na bestudering van de gang van zaken rond de invoering van de AWBZ kunnen we vaststellen dat de groei van de welvaart midden jaren zestig inderdaad leidde tot een groei van de gezondheidszorg (in omvang, in kosten en in aandeel van het Bruto Nationaal Product) en dus ook tot een groei van de intramurale GGZ, in ieder geval wat betreft de kosten.

De AWBZ betekende dat er een nieuwe manier moest worden gevonden voor het berekenen van tarieven. Dit verliep aanvankelijk weliswaar nogal stroef, waardoor van een kostenexplosie van de geestelijke gezondheidszorg bij de start van het nieuwe financieringssysteem allerminst kan worden gesproken. Voor zover de kosten stegen, was deze ontwikkeling al voor de introductie van de AWBZ ingezet.

De groei van de kosten voor de psychiatrie droeg ogenschijnlijk een driedubbele paradox in zich. Enerzijds bestond het gevoel dat later wel werd vertaald in het cliché van ‘de bomen tot in de hemel’. In de tijd zelf werd hierover door bijvoorbeeld het COZ gesproken in de sfeer van: de kosten groeien te snel, of zelfs ongebreideld, en daar moet snel iets aan worden gedaan. Aan de andere kant zorgde hetzelfde COZ telkens voor (aanpas-

---

<sup>1</sup> Van der Spek 1966, 183.

<sup>2</sup> Van der Spek 1966, 183-184.

singen van) richtlijnen die het de inrichtingen mogelijk maakten om meer geld uit te geven. Aan het eind van de jaren zeventig werd niettemin door onafhankelijke onderzoekers vastgesteld dat het in verschillende inrichtingen met de huisvesting van chronische patiënten armoedig was gesteld. Wij hebben geprobeerd in dit hoofdstuk deze paradox tot zijn juiste proporties terug te brengen en hebben gekeken in hoeverre de kostengroei en alle gevolgen ervan nu werkelijk aan de AWBZ op te hangen waren.

Een belangrijk deel van de kostengroei in de psychiatrische inrichtingen werd veroorzaakt door inflatie en door trendmatige (loonkosten)ontwikkelingen. We weten inmiddels dat in de psychiatrische inrichtingen juist de loonkosten een groot deel van het budget uitmaakten. De groei hiervan vond plaats ruim voordat de AWBZ van kracht werd en had dan ook niets met deze nieuwe wetgeving van doen. Sterker nog, misschien heeft de invoering van de wet wel een remmende werking gehad op de ontwikkeling van de personeelskosten in de inrichting. Toen de wet werd ingevoerd, ging dat al met een te krap budget voor de intramurale GGZ gepaard. Ontwikkelingen die al ver voor de komst van de nieuwe wet waren ingezet op het gebied van personeelsbeleid, renovatie en (therapeutische) vernieuwingen werden daarbij volkomen genegeerd. Dat leidde er natuurlijk toe dat al voordat het systeem goed en wel op gang was, er grote kostenoverschrijdingen gemaakt moesten worden en er dus al voordat er voldoende over de uitvoering was nagedacht, geroepen werd dat er een einde moest komen aan die expansie.

Daar kwam bij dat het een bijna onmogelijke opgave was om voor de psychiatrische inrichtingen goede richtlijnen op te stellen voor het vaststellen van de personeelsformatie. Veel moeite werd gedaan om de relatie tussen patiëntenkenmerken, behandelwijzen en de inzet van personeel op te sporen, maar dit leidde allemaal niet tot duidelijke conclusies over de manier waarop de inrichtingen gefinancierd moesten worden. Het bleek uiteindelijk niet mogelijk richtlijnen op te stellen waarin alle potentiële variabelen werden verdisconteerd. Het door het COZ ontwikkelde systeem werd echter wel door alle betrokkenen geaccepteerd als het destijds meest adequate.<sup>1</sup> Tegen de tijd dat die systematiek vervolmaakt was, diende de economische crisis zich echter aan.

Alles overziend moeten we constateren dat de komst van de AWBZ voor de psychiatrische inrichtingen lang niet zo zegenrijk is geweest als wel wordt gedacht. Er veranderde wel veel in de inrichtingen, zeker op personeelsgebied: er kwamen meer gediplomeerde verplegenden, meer hoger opgeleide behandelaren, meer dienstverlenende medewerkers die een deel van het werk van de verplegenden konden overnemen en in het algemeen

---

<sup>1</sup> De Haen 1988, 8.

verbeterde de ratio van het aantal patiënten per verplegende. Het begin van deze ontwikkelingen dateert echter van ver voor de introductie van de AWBZ. Dit gold ook voor veranderingen buiten de sfeer van het personeel. Vaak betrof het veranderingen die zich onder invloed van de groeiende welvaart in de hele maatschappij voltrokken, zoals de toename van het gebruik van huishoudelijke apparaten en zaken als radio en televisie. Dergelijke veranderingen zouden er ook zonder de komst van een nieuwe financieringswet wel zijn gekomen.

En daar zijn we beland bij een mogelijke verklarende factor voor dit alles. Toen Veldkamp voor het eerst zijn plannen voor een nieuwe financieringsregeling voor de 'zware risico's' ontvouwde, had hij er geen rekening mee gehouden dat er voor de psychiatrische inrichtingen al een financieringssysteem bestond met een eerbiedwaardige - want al meer dan honderd jaar oude - traditie. Het is niet waarschijnlijk dat Veldkamp, die zeer goed op de hoogte was van de sociale voorzieningen, dit feit over het hoofd gezien heeft. Speelde desinteresse voor de psychiatrie misschien een rol? Of was hij er wellicht doelbewust omheen gezeild om de toch al zware discussie over zijn voorstellen niet te compliceren? Het is immers gemakkelijker een wetsvoorstel te verdedigen dat een *leemte* vult dan een wetsvoorstel dat in de plaats van iets anders komt. Welke motieven Veldkamp had, is echter helaas niet meer na te gaan en of het nu door gebrek aan interesse voor de hele intramurale psychiatrie kwam of niet, in geen van de door ons bestudeerde bronnen werd dit ooit aan de kaak gesteld. Een van de oorzaken daarvan is volgens ons - en daarin volgen wij Van der Spek - dat de psychiatrie, in tegenstelling tot de algemene gezondheidszorg, met zeer mondige belangenbehartigers als de Landelijke Specialisten Vereniging onder de gelederen, geen politieke macht van betekenis kon vormen. Ondanks de vele samenwerkingsverbanden was het inrichtingswezen bij aanvang van de discussie over de AWBZ nog altijd verdeeld. De zuilenstructuur stond in 1962 nog recht overeind. Ook ten tijde van de Kamerdiscussies was men onvoldoende bij machte om de discussie te beïnvloeden.

Vaststaat dat de regeling die Veldkamp had bedacht, meer gericht was op de opname in een verpleeginrichting (een verpleeghuis of een zwakzinnigeninrichting). De psychiatrische inrichtingen werden echter niet op dezelfde wijze behandeld als de verpleeginrichtingen, maar als de algemene ziekenhuizen, inclusief horizontale knip (alleen betaling via de AWBZ van de langdurige opname in een psychiatrische inrichting, terwijl opname in een verpleeginrichting en zwakzinnigeninrichting al vanaf de eerste opnamedag via de AWBZ werd bekostigd). Als het aan de inrichtingen zelf gelegen had, was die horizontale knip er nooit gekomen.

Maar laten wij het hoofdstuk niet helemaal in mineur eindigen. Een belangrijke verandering die de AWBZ ook teweeggebracht heeft, is het feit

dat er voor het eerst *structureel* aandacht werd geschonken aan de relatie tussen geld en ‘kwaliteit’. Deze aandacht ontstond niet in het luchtledige. Zoals bekend werd juist in deze periode het begrip ‘kwaliteit’ de gezondheidszorg binnengehaald, toen nog als een moeilijk te definiëren en al helemaal niet te berekenen grootheid met – dat wel – veel potentie.

Het COZ had een verdeelsleutel in handen waarmee via de AWBZ de relatie tussen geld en ‘kwaliteit’ kon worden bepaald: de richtlijn. De richtlijnen beoogden de doeltreffendheid en doelmatigheid van de zorg te verbeteren. Via de richtlijnen werd bepaald hoeveel geld een instelling voor welke kostenposten in de tarieven mocht verdisconteren. De totstandkoming van de richtlijnen had nogal wat voeten in de aarde. Het COZ besteedde er veel aandacht aan en het veld werd er nauw bij betrokken. Hierdoor werd gewaarborgd dat de richtlijnen niet al te ver afstonden van de werkelijke zorgpraktijk. Daardoor ontstond een zekere consensus. Hoewel er nog veel gaten in zaten, werden in elk geval de belangrijkste richtlijnen, die voor patiëntgebonden personeel, door alle betrokkenen geaccepteerd als het meest adequate systeem.

Overigens is het geen slecht idee de totstandkoming en werking van de AWBZ aan een nader onderzoek te onderwerpen.