



## 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.

## **BESLUIT**

Alle vroegere sporen van geweld zijn verdwenen; alle boeien en ketenen zijn geslaakt; alle barbaarsche behandeling heeft opgehouden, en aan de ongelukkigen is die mate van vrijheid geschonken, waarvoor hun toestand vatbaar is. Menschlievendheid verlaat den ongelukkige niet meer bij het binnentreden in de gestichten, maar wacht hem op in geschikte verblijven, geheel tot zijne herstelling en verzachting van zijn lijden bestemd.<sup>1</sup>

In deze bewoordingen toonden de inspecteurs van het Staatstoezicht zich opgetogen over de veranderingen in het krankzinnigenwezen rond het midden van de negentiende eeuw. Sindsdien is er nog veel meer veranderd in de zorg voor psychiatrische patiënten in instellingen en daarbuiten. Harry Oosterhuis en Marijke Gijswijt-Hofstra hebben de ontwikkelingen in hun publicatie *Verward van geest en ander ongerief* minutieus beschreven.<sup>2</sup>

Tijdens onze rondwandeling door de geschiedenis van de financiële kanten van de GGZ zijn we tal van pogingen tegengekomen om de intramurale en extramuraal zorg voor mensen met psychiatrische aandoeningen uit te breiden en te verbeteren. Ook hebben we gezien hoe gedurende onze hele onderzoeksperiode burgers en overheden om verschillende redenen hiervoor gelden beschikbaar hebben gesteld. Deze financiering bleek echter wel aan voorwaarden en grenzen gebonden, afhankelijk van onder meer economische omstandigheden en vigerende (politieke) opvattingen over de maatschappelijke betekenis van geestesziekte.

In ons onderzoek hebben wij geprobeerd ontwikkelingen in het financieringsstelsel, zoals uitgedrukt in regels, wetten en organisatie van de geestelijke gezondheidszorg, in verband te brengen met de praktijk van de zorg van dat moment, tegen de achtergrond van sociaaleconomische en politieke ontwikkelingen. In dit besluit zetten wij onze belangrijkste bevindingen uiteen.

### **§ 1. Het financieringsstelsel**

We beginnen deze evaluatie met een korte bespreking van het financieringsstelsel. Tot ver in de twintigste eeuw was er sprake van twee gescheiden werelden: de krankzinnigenverpleging – later het inrichtingswezen – en de extramuraal hulpverlening. Beide werelden kenden een verschillende ontstaansgeschiedenis, een eigen vorm en eigen financierings-

---

<sup>1</sup> N.n. 1855, 169.

<sup>2</sup> Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008.

kanalen. Deze min of meer organisch gegroeide constellatie was een lang leven beschoren.

### *Stelsels met een lange levensduur*

Het financieringsstelsel dat vanaf het midden van de negentiende eeuw tot ver in de twintigste eeuw bestond voor de krankzinnigenverpleging, had een unieke status binnen de sociale wetgeving. De regelingen waren wettelijk stevig verankerd en van dien aard dat voor de gestichten en inrichtingen een grote mate van continuïteit van bedrijfsvoering was verzekerd. Het financieringsstelsel van de extramurale GGZ was daarentegen allerm minst uitzonderlijk te noemen. De regelingen hadden geen wettelijke basis en dit leidde voor de betreffende instellingen juist tot gebrek aan bedrijfszekerheid.

Krankzinnigenverpleging werd beschouwd als een kwestie van nationaal belang. Hierin weerklonk de echo van de politionele kanten van de zorg en daarmee verschilden de regelingen voor de krankzinnigenverpleging van die voor andere vormen van sociale zorg en gezondheidszorg. Een dergelijke status werd verder alleen aan bijvoorbeeld het onderwijs en de politie toegekend. Het stelsel dat in de tweede helft van de negentiende eeuw voor de krankzinnigenverpleging tot stand kwam, vormde een weerslag van verschuivende politieke opvattingen in deze tijd. Overheidsbelangen en het particuliere initiatief raakten op een ingewikkelde manier verstrengeld. Het resultaat was een robuuste financieringsregeling met een lange levensduur. Hoewel de wetten enkele keren werden aangepast, heeft er maar één wezenlijke verandering plaatsgehad. Dat was kort na de Eerste Wereldoorlog, toen de gestichten - door economische tegenspoed gedwongen - een effectief samenwerkingsverband aangingen. In onderhandeling met de provincies werd de wijze van tariefberekening aangepast: niet meer vooraf, als onderdeel van langlopende contracten, maar achteraf, gebaseerd op de werkelijke kostprijs. Het ingewikkelde bouwsel bleek uiteindelijk bestand tegen de golven van (economische) voor- en tegenspoed, veranderende politieke machtsverhoudingen, nieuwe ideeën over geestelijke gezondheidszorg en impulsen als de opname van nieuwe groepen patiënten zonder rechterlijke machtiging en bleef in grote lijnen tot eind jaren zestig van de twintigste eeuw bestaan.

De bedrijfszekerheid van het financieringsstelsel voor de krankzinnigenverpleging bestond hieruit dat provincies (vooral bij de tweede Krankzinnigenwet, 1884) verplicht waren te zorgen voor voldoende plaatsruimte. Noord-Holland ging zelf aan de slag, net als later de drie noordelijke provincies samen, maar de meeste provincies besteedden het werk uit. Ze verleenden bouwsubsidies, leningen en garanties, en sloten contracten af over een vast aantal beschikbare plaatsen. Daarmee werd voor andere initiatiefnemers in de krankzinnigenverpleging (particuliere - vaak kerkelijke -

organisaties, semi-overheden en gemeenten) een gegarandeerde afname geregeld. (N.b. Los van de provinciale plicht exploiteerde het rijk ook twee gestichten.) De bedrijfscontinuïteit was verzekerd doordat de Armenwet van 1854 gemeenten primair verantwoordelijk stelde voor de financiering van de verpleegkosten. De gemeenten betaalden zonder veel invloed op de kosten te kunnen uitoefenen, want provincies en gestichten bepaalden samen de hoogte van de tarieven. Zo ontstond een min of meer organisch gegroeide verstrengeling van overheidsbelang en particulier initiatief. Voor de gestichtbestuurders bracht dit stelsel vanzelfsprekend betrekkelijk weinig bedrijfsrisico met zich mee.

Voor de extramurale voorzieningen bestond dit alles niet. De extramurale GGZ ontstond in een tijd dat er op een andere manier tegen de organisatie van de gezondheidszorg werd aangekeken. Gezondheidszorg begon begin twintigste eeuw steeds meer een doel op zich te worden en de zorg moest voor iedereen toegankelijk zijn. Het waren vooral particuliere organisaties die hierin een taak voor zich zagen, omdat men vond dat de rijksoverheid tekort schoot. Rond 1900 kwamen er diverse organisaties voor maatschappelijke gezondheidszorg tot stand: wijkverpleging, tuberculosebestrijding, kruiswerk, enzovoort. De extramurale GGZ paste ook in dit rijtje. De voorzieningen waren uit idealisme opgezet. Artsen en andere hulpverleners verrichtten hun werk pro deo of op kosten van de kerk. Al snel bleek dat het werk door particulieren niet vol te houden, of uit te breiden was zonder geld van buitenaf. Ten tijde van de Eerste Wereldoorlog werd dit feit onder invloed van sociaalpolitieke ontwikkelingen door overheidslichamen onder ogen gezien. Gemeenten stonden voor de keuze: overnemen of subsidiëren. Sommige (grote) gemeenten kozen voor de eerste optie, maar de tweede optie werd de gebruikelijke variant. Subsidiëring leek goedkoper en sloot aan bij de sociaalpolitieke opvattingen van die tijd: het 'subsidiariteitsbeginsel', of 'sovereiniteit in eigen kring'. Het particuliere initiatief voert uit en de overheid springt (financieel) bij. Provincies en rijk gingen meebetalen, onder andere via het in 1934 opgerichte Propylaxefonds. De provinciebesturen van Limburg en Noord-Brabant richtten in samenwerking met het kruiswerk provinciale diensten op. Zo was ook hier een complexe mengvorm van particulier initiatief en overheidsverantwoordelijkheid ontstaan, maar vanuit een heel andere wordingsgeschiedenis en - niet onbelangrijk - zonder wettelijke grondslag.

Dat laatste was er mede de oorzaak van dat de extramurale organisaties weinig zekerheid kenden. Hun inkomsten bestonden uit subsidies van verschillende overheden, contributies, donaties van particulieren, opbrengsten uit activiteiten enzovoort. Dat er geld uit zoveel kanalen binnenkwam, had zeker voordelen (onder andere risicospreiding). Echter, het feit dat er geen wettelijke plicht bestond voor wie dan ook om voor faciliteiten te zorgen en om te zorgen dat de gemaakte kosten ergens konden worden

verhaald, maakte het de extramurale voorzieningen bijna onmogelijk voet aan de grond te krijgen. Na de Tweede Wereldoorlog werd dit door steeds meer betrokkenen als een bezwaar gevoeld. Niettemin had ook dit financieringsstelsel een lange levensduur. Het bleef tot 1970 bestaan en werd daarna stapsgewijs afgebroken en vervangen door financiering via de AWBZ.

### *Nieuwe regelingen*

In het politieke klimaat kort na de Tweede Wereldoorlog kwam ruimte voor een ingrijpende heroverweging van de rol van de overheid op het gebied van de sociale zorg. De economische voorspoed speelde daarbij een belangrijke rol. Verschillende pogingen werden ondernomen om de financiering en de organisatie van de GGZ te wijzigen en te komen tot meer centrale regelingen en verantwoordelijkheden, met wisselend succes. De gemeenten raakten gaandeweg de verantwoordelijkheid voor de betaling van de verpleegkosten kwijt. In 1950 werd het Ziekenfondsenbesluit (uit 1941) van toepassing op opname in de psychiatrische inrichting, waardoor voortaan de eerste 42 (later 70 en 365) opnamedagen van ziekenfondspatiënten voor rekening van een ziekenfonds kwamen. In 1960 werd een nieuwe Financiële Verhoudingswet van kracht, die maakte dat de kosten die gemeenten maakten voor de krankzinnigenverpleging, afgewenteld mochten worden op het rijk, via de betalingen uit het Gemeentefonds. Het was een voorbode van de komst van de Algemene Bijstandswet, die in 1965 de Armenwet verving. Provincies hadden het gebruik om bij te springen in de verpleegkosten al eerder gestaakt. Een deel van het geld dat zij daarmee hadden uitgespaard, werd als extra subsidie aan de voor- en nazorg besteed. Voor de andere extramurale instellingen kwam er vanaf 1950 meer geld beschikbaar via het Praeventiefonds, de opvolger van het Prophylaxefonds. Vanaf eind jaren vijftig werden structurele rijks-subsidieregelingen voor de extramurale GGZ van kracht. Al deze wijzigingen brachten voor de GGZ relatief weinig verandering. Hoewel de verdeling van de lasten veranderde, bleef de structuur van het stelsel - inclusief de verdeling van de verantwoordelijkheden - grotendeels gelijk. De verstrengeling van overheid en particulier initiatief bleef bestaan en de verschillen tussen de intramurale en extramurale GGZ (wettelijk verankerd en bedrijfszekerheid versus geen wettelijke basis en bedrijfszekerheid) ook.

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten in 1968 betekende wel een ommekeer. De AWBZ, de sociale ziektekostenverzekering die wel als 'sluitstuk' van de verzorgingsstaat wordt gezien, had als primaire doelstelling de (financiële) toegankelijkheid van de zorg te verbeteren. Een groot deel van de betaling van de intramurale GGZ kwam voor rekening van de AWBZ. De psychiatrische inrichtingen werden daarbij hetzelfde behan-

deld als het ziekenhuiswezen: de betaling van het eerste jaar van de opname bleef de verantwoordelijkheid van de Ziekenfondsen. (De verpleeghuizen en inrichtingen voor verstandelijk gehandicapten vielen wel in hun geheel onder de AWBZ.) Kenmerkend voor de verzorgingsstaat is dat de staat belangrijke verplichtingen op zich neemt met betrekking tot de sociale zorg. Dat gebeurde dan ook. Na verloop van tijd werd ook de extramurale GGZ stap voor stap onder de werking van de AWBZ gebracht. Vanaf nu was er geen groot verschil meer in de manier waarop de intramurale en extramurale GGZ werden bekostigd. De wettelijke verankering van de financiering was nu ook in de extramurale GGZ een feit. Daarmee was nu ook in deze sector de bedrijfscontinuïteit verzekerd.

Niet alles veranderde. Een deel van de verstrengeling van overheidsbelang en particulier initiatief bleef bijvoorbeeld bestaan. Zo werden de tarieven vanaf de komst van de AWBZ niet door de staat, maar grotendeels door de betrokken organisaties zelf vastgesteld, via het privaatrechtelijke Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven (en later het publiekrechtelijke Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg). Samen met de vele raad- en adviesorganen zou dit corporatistische overlegmodel, waarin particuliere initiatiefnemers nadrukkelijk vertegenwoordigd waren, het gezondheidszorgbeleid van de overheid lange tijd blijven beïnvloeden. De GGZ speelde in deze overlegorganen een bescheiden rol.

#### *Niet naar ieders tevredenheid*

De financieringsregeling die aanvankelijk voor de intramurale GGZ werd bedacht, was stevig genoeg om tot diep in de twintigste eeuw mee te gaan. De regelingen voor de extramurale GGZ bleven ook lange tijd van kracht. Dat wil echter niet zeggen dat iedereen er tevreden over was.

Bij de extramurale GGZ bestond van meet af aan onvrede omdat er voor de bureaus geen bestaanszekerheid was. Aan de ene kant kwam dat door gebrek aan structurele financiering, aan de andere kant doordat er in de samenleving aanvankelijk weinig vraag naar deze vormen van hulpverlening leek te bestaan. Alleen het idee dat goede voor- en nazorgvoorzieningen het aantal opnames zouden doen terugdringen of de opnameduur zouden kunnen bekorten, was een gedachte waarmee de politiek soms overgehaald kon worden enige interesse voor extramurale GGZ op te brengen. Dit speelde bijvoorbeeld mee toen in de depressiejaren de voor- en nazorg enigszins de wind in de zeilen kreeg.

Bij de intramurale GGZ waren gemeenten ontevreden omdat ze een onverenigbaar deel van de lasten moesten dragen en daarbij nauwelijks invloed konden uitoefenen op de kwaliteit en evenmin op de provinciale activiteiten met betrekking tot de capaciteitsvoorziening. Ook waren gemeenten (de grote gemeenten uitgezonderd) niet in staat de tariefberekening te beïnvloeden. De regeling die sinds begin jaren twintig werd gehanteerd, was

een vorm van openeindfinanciering, en ook dit kon bij de gemeenten tot onvrede leiden, want waar lag de grens? De provincies waren evenmin blij met de openeindfinanciering. Dit had vooral te maken met het feit dat - anders dan bij de gemeenten - de kosten voor de krankzinnigenverpleging bij de provincies een groot deel (10 tot 20 procent) van het budget in beslag namen.

In gestichten en inrichtingen zelf bestond onder meer onvrede over de lage waardering voor het werk en over het feit dat men zat 'opgescheept' met een grote groep chronische patiënten, waardoor er geregeld capaciteitsproblemen ontstonden. De inspecteurs van het Staatstoezicht waren op gezette tijden ontevreden over het gebrek aan opnamecapaciteit en over de kwaliteit. Dit laatste zal vermoedelijk ook voor de patiënten zelf gegolden hebben, maar hun stem werd in het debat niet vaak gehoord.

De financieringsregelingen die met de introductie van de AWBZ tot stand kwamen, leidden evenmin tot tevredenheid onder alle partijen. Bij de intramurale GGZ gold onder andere als een bezwaar dat het stelsel niet was toegesneden op de GGZ-sector. Bij de extramurale GGZ waren veel betrokken partijen ongelukkig met de dwang die ervan uitging om tot onderlinge samenwerking te komen. Het COZ en het rijk waren van meet af aan bezorgd over de groeiende kosten die het met zich meebracht.

Veel van deze onvrede had een financiële component en het ligt voor de hand dat verandering van de manier waarop de financiering geregeld was, een oplossing voor de problemen had kunnen bieden. Niettemin duurde het lang voordat de verschillende financieringsstelsels fundamenteel werden gewijzigd. De wettelijke regelingen voor de financiering van de GGZ gingen meer dan honderd jaar mee voordat de AWBZ van kracht werd en ook deze wet houdt alweer meer dan veertig jaar stand. Dit alles heeft naar ons idee te maken met een gebrek aan politieke belangstelling voor het onderwerp GGZ. Drie onderling verweven oorzaken hebben daarbij meegespeeld: de vraag, de kosten en de lobby.

#### *De vraag: weinig publieke pressie*

Vanaf het begin van onze onderzoeksperiode bestond er een zekere vraag naar een vorm van intramurale GGZ. Patiënten, huisgenoten en familie, artsen, kerkelijke en andere gezagsdragers, gemeenten, provincies, de rijksoverheid en in feite de gehele maatschappij hadden een rol in het formuleren van deze vraag. Waartoe werden mensen met psychiatrische klachten in een gesticht ondergebracht? De noodzaak om de patiënt van de maatschappij af te zonderen speelde mee (een sociaal en een politieel motief). In het midden van de negentiende eeuw kwam daarbij de gedachte dat een patiënt in een gesticht beter gemaakt kon worden (een geneeskundig motief). Van dit laatste motief ging een wervende kracht uit. Vanaf de eerste Krankzinnigenwet (1841) en de introductie van het 'genees-

kundige gesticht' groeide een gat tussen vraag en aanbod. Overbevolking was het gevolg en de komst van de tweede Krankzinnigenwet (1884) werd hier mede door ingegeven. Eind negentiende eeuw werd de opnamecapaciteit uitgebreid. Vraag en aanbod groeiden naar elkaar toe, maar raakten nooit helemaal in balans. Niettemin kwam er uit de bevolking weinig druk om de capaciteit nog verder uit te breiden. Evenmin om de kwaliteit van de zorg te verbeteren.<sup>1</sup> Het aantal mensen dat met een opname in een gesticht of inrichting te maken kreeg, was dan ook relatief gering. Zeker vergeleken met de algemene gezondheidszorg, waar wel een duidelijk gearticuleerde, publieke roep om kwaliteitsverbetering en capaciteitsuitbreiding bestond.<sup>2</sup>

Kan voor de intramurale GGZ met wat goede wil gesproken worden van een latente vraag, bij de extramurale GGZ was lange tijd nauwelijks sprake van een vraag (met uitzondering van de voor- en nazorg). Het ontstaan van de verschillende GGZ-diensten die we tegenwoordig ambulantly noemen, hing samen met de ontwikkeling van de beweging voor geestelijke volksgezondheid. Deze wilde de geestelijke gezondheid van de hele samenleving bevorderen en daarbij moest de vraag naar extramurale GGZ als het ware worden gecreëerd. Propaganda was belangrijk. Pas na de Tweede Wereldoorlog kreeg deze effect, toen meer mensen ervan overtuigd raakten dat de moderniserende samenleving voor psychische problemen zorgde, en dat de extramurale hulpverlening deze kon helpen voorkomen of verlichten. Onder de bevolking groeide de gedachte dat het niet gek was om met bepaalde moeilijkheden naar het MOB, het BLGM, of het IMP te stappen. Maar dit groeiproces verliep zeker tot de jaren zeventig traag.

Al met al kunnen we vaststellen dat de vraag naar GGZ-voorzieningen niet eenduidig was en er weinig publieke druk werd uitgeoefend om te komen tot capaciteitsuitbreiding en kwaliteitsverbetering.

#### *Relatief lage kosten*

Dan de kosten. GGZ-voorzieningen waren niet duur. Voor de extramurale GGZ ligt dat nogal voor de hand: voor de Tweede Wereldoorlog stond deze in de kinderschoenen. Veel extramuraal werk werd door 'vrijwilligers' werd gedaan en vaak werd gebruik gemaakt van bestaande faciliteiten. Behalve wat bureaunkosten, hadden de extramurale hulpverleningsinstellingen weinig andere uitgaven.

---

<sup>1</sup> Capaciteitsuitbreiding en kwaliteitsverbetering zijn wel onderwerp van discussie geweest, maar deze discussie werd, uitzonderingen daargelaten, voornamelijk door de zorgaanbieders zelf gevoerd.

<sup>2</sup> Van der Velden 1993.

Na de Tweede Wereldoorlog bleven de kosten relatief gering.<sup>1</sup> Ook de intramurale GGZ was echter goedkoop. Voor de gemeenten althans. Zelfs in Amsterdam – met verhoudingsgewijs veel opnames – maakten de kosten voor de krankzinnigenverpleging een klein deel uit van de gemeentebegroting. Voor gemeenten was dan ook de urgentie om iets aan de situatie te veranderen, niet groot. De rijksoverheid maakte tot 1968 evenmin weinig kosten voor deze zorgverlening. Zij toonde alleen maar grote interesse voor de gestichten en inrichtingen tijdens de depressiejaren. Alleen voor de provincies gold dat kosten voor de krankzinnigenverpleging (met name de bijdrage in de verpleegkosten) een groot deel uitmaakte van hun begroting. Als onderhandelingspartner van de gestichten waren zij mede verantwoordelijk voor het vaststellen van de tarieven. Het was in deze constellatie dat er een wezenlijke verandering van de financiële regelgeving plaatsvond: de nieuwe wijze van tariefberekening die kort na de Eerste Wereldoorlog tot stand kwam.

Tijdens de schaarse momenten waarop de politiek voor de GGZ in actie kwam, waren de financieel-economische moeilijkheden acuut. Zo kon het komen dat in discussies over de GGZ het geld altijd een belangrijke rol speelde. Kwaliteitsargumenten werden aangewend om financiële beslissingen te legitimeren en vice versa. ‘Bezuiniging’ deed het altijd goed. Het meest sprekende voorbeeld hiervan is de manier waarop de extramurale geestelijke gezondheidszorg in de jaren dertig een plek wist te veroveren in de GGZ-wereld en in de jaren tachtig een grote groei kon doormaken, tegen alle economische verwachtingen in. We hebben het al vaker gezegd: de extramurale geestelijke gezondheidszorg (met name de voor- en nazorg) werd een opnameverminderende werking toegedicht, die zij in de praktijk niet of nauwelijks kon waarmaken.

De meeste tijd bestonden er echter geen grote financiële problemen, en - zoals gezegd - kosten voor de GGZ waren laag. Het publiek (de kiezers) roerde zich ook nauwelijks. Het ligt voor de hand dat politici in deze constellatie niet veel belangstelling voor de GGZ zullen hebben gekoesterd.

*Geen krachtige lobby*

Het gebrek aan politieke aandacht voor de GGZ heeft evenwel niet alleen te maken met het feit dat de voorzieningen goedkoop waren en de publieke pressie gering was. Ook het feit dat de sector over het algemeen weinig doeltreffende belangenbehartigers heeft gehad, speelde mee. Uitzonderingen daargelaten, was de lobby eenvoudigweg niet sterk genoeg.

De psychiaters waren niet in staat als professionele belangengroep een stempel te drukken, zoals de LSV en de NHV (de Landelijke Specialisten

---

<sup>1</sup> Met relatief bedoelen wij: ten opzichte van de intramurale GGZ en ten opzichte van de algemene gezondheidszorg.

Vereniging en de Nederlandse Huisartsen Vereniging) het debat over de algemene gezondheidszorg wisten te domineren. Doorgaans voelden zij zich als arts minder serieus genomen dan hun collega's in de algemene gezondheidszorg. Zij kwamen ook veel minder voor hun beroepsgroep op. Misschien had dit te maken met de kwetsbare positie van de psychiaters in hun instellingen. Lagen ze niet als geneesheer(-directeur) in de clinch met het bestuur en/of (in de katholieke gestichten) de congregatie, dan hadden ze wel weer te maken met de financiële deskundigen die het zogenaamd beter wisten. Vanaf de jaren zestig en zeventig moesten zij hun positie in het behandelteam ook nog eens delen met andere beroepsgroepen, waaronder de verpleegkundigen, die in de inrichtingen een belangrijker rol speelden dan in de algemene gezondheidszorg. In de extramurale GGZ was de positie van de psychiater misschien nog wel kwetsbaarder. Aanvankelijk moesten de ambulante werkende psychiaters hun gehele werkterrein nog bevechten en al veel eerder dan in de inrichting was het 'team' de dominante werkvorm. Andere beroepsgroepen knabbelde constant aan hun competenties.

Van die andere beroepsgroepen hoefde de GGZ-sector ook weinig heil te verwachten waar het ging om de belangenbehartiging. Ze hadden van oudsher te weinig invloed (verpleegkundigen), of waren te zeer onderling verdeeld (psychologen) of te klein in aantal om een vuist te maken. Ten slotte hebben de bestuurders en andere belanghebbenden te weinig gebruik gemaakt van de vele mogelijkheden om als onderdeel van het maatschappelijk middenveld invloed uit te oefenen op het totale gezondheidszorgbeleid. Ook zij waren onderling verdeeld en hechtten soms meer belang aan de instandhouding van de zuilenstructuur waaruit zij voortgekomen waren, dan aan de wens om het financieringsstelsel van de GGZ grondig te reorganiseren.

Afgezien van de korte periode rondom de 'Dennendalaffaire' hoefde de GGZ tot in de jaren negentig van de twintigste eeuw niet op grote politieke belangstelling te rekenen. Dit maakte het mogelijk dat een zeer kleine groep van opinieleiders binnen de GGZ zijn gang kon gaan. Samen met ambtenaren en politiek kon men een beleid uitstippelen en kon men ook ongewoon langdurig aan de gekozen lijn vasthouden. Zo kon het komen dat kort na de oorlog de reorganisatieplannen van de GGZ in de landden. En zo is het ook te verklaren waarom de financiering van psychiatrische inrichtingen bij de komst van de AWBZ op dezelfde manier werd geregeld als de ziekenhuizen en aan de eigen aard van de *geestelijke* gezondheidszorg werd voorbijgegaan. De intramurale GGZ kreeg daarna vaak te maken met beleid dat eigenlijk niet voor háár bedoeld was, maar vooral voor de algemene gezondheidszorg.

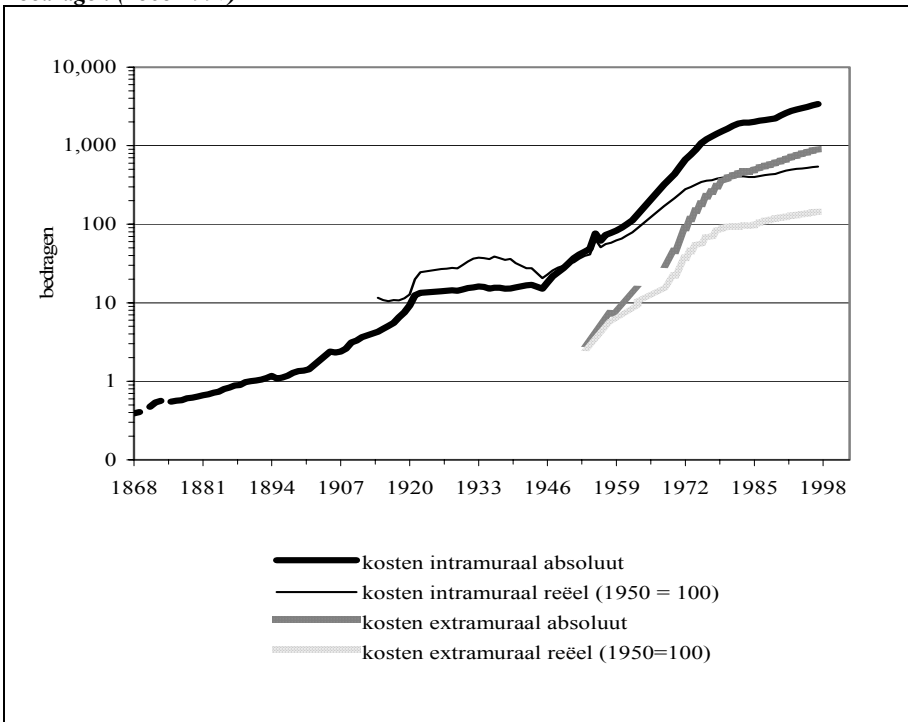
## § 2. Prijsontwikkeling en volume

De vraag waar het allemaal om draait in dit boek is: wat betekende dit alles voor de zorgpraktijk? Wat maakte het uit voor de zorgpraktijk dat de financieringsregels vaak zo lang standhielden? Wat maakte het uit dat de bedrijfscontinuïteit in de intramurale GGZ was verzekerd, terwijl de bedrijfsonzekerheid juist lange tijd het kenmerk van de extramurale GGZ was? En wat deed het ertoe dat de politieke belangstelling voor het onderwerp zo gering leek te zijn? In de hierna volgende paragrafen proberen we een antwoord te geven op deze vragen. Om te beginnen kunnen we vaststellen dat in de door ons onderzochte periode de kosten voor de totale GGZ nimmer zijn gedaald of zelfs maar gelijk gebleven.

De kostengroei bestaat uit drie componenten: prijsontwikkeling, volume en inhoud van de zorg.

### Grafiek IX-1

*Geschatte totale kosten voor de intramurale en extramurale GGZ in Nederland in duizend guldens op een logaritmische schaal, absolute en (vanaf 1913\*) reële (1950=100) bedragen (1868-1997)*



\* In 1913 is de berekening van de prijsindex op basis van huishoudelijke consumptie veranderd. De prijsindex van de periode daarvoor is daarom niet zonder meer toe te passen in deze grafiek.

Bron: *Handelingen [1868-1903]*; Bakker en Van der Velden 2004a, 86-87 (gebaseerd op gegevens van het CBS en het Staatstoezicht); CBS [1957-2000].

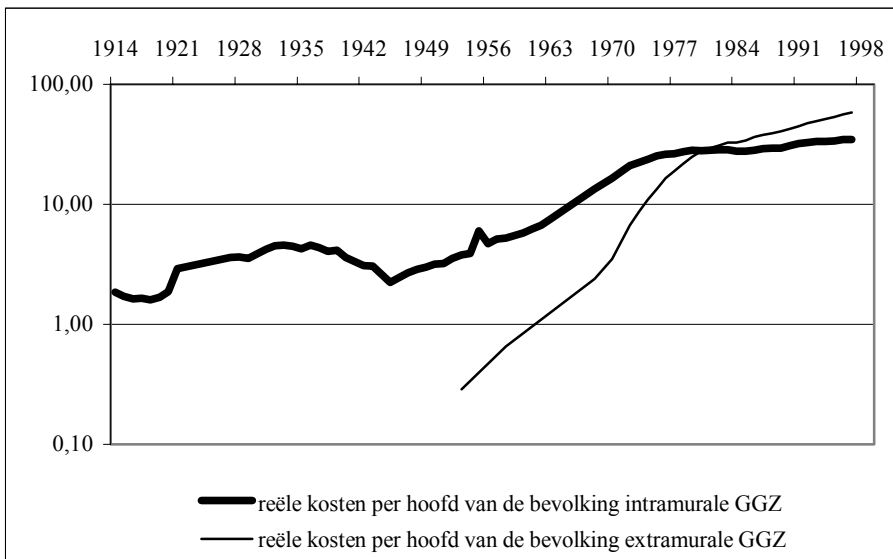
*Vaak over het hoofd gezien: de prijsontwikkeling*

Wie grafiek IX-1 goed bestudeert, zal meteen zien dat de rol van de prijsontwikkeling bij de kostengroei zeer groot is geweest. Dit lijkt een open deur, maar in de geschiedschrijving van de GGZ wordt de prijsontwikkeling vaak over het hoofd gezien. Vooral in de naoorlogse tijd heeft de inflatie een groot stempel gedrukt op de kostengroei van de GGZ. In de jaren zeventig, de tijd waarin de bomen zogenaamd tot in de hemel leken te groeien, was inflatie de hoofdoorzaak van de grote groei. Dit kwam vooral door het effect dat de inflatie had op de loonkostenontwikkeling.

Als de prijsontwikkeling in de kosten wordt verrekend, blijft er een veel minder grote groei over, enigszins parallel aan de groeiende welvaart. Grosso modo kan men stellen dat de Nederlandse burgers in de afgelopen 150 jaar steeds welvarender geworden zijn en steeds meer geld zijn gaan uitgeven aan GGZ-voorzieningen. In grafiek IX-2 hebben we hiervan een grafische verbeelding weergegeven.

**Grafiek IX-2**

*Geschatte totale reële kosten per hoofd van de bevolking voor de intramurale en extramurale GGZ in Nederland op een logaritmische schaal (1950=100) (1913-1997)*



Bron: Bakker en Van der Velden 2004a, 86-87 (gebaseerd op gegevens van het CBS en het Staatstoezicht); CBS [1957-2000] en CBS Statline.

De GGZ is een zeer arbeidsintensieve sector. Voor dergelijke sectoren geldt dat groeiende welvaart een onevenredig grote druk legt op de loonkostenontwikkeling. Waar andere sectoren op groeiende loonkosten kunnen besparen door de productie te intensiveren (bijvoorbeeld door rationalisering), zijn deze mogelijkheden in een sector als de GGZ heel beperkt.

Bovendien kan de factor arbeid maar voor een heel klein deel door minder kostenverslindende productiefactoren (met behulp van mechanisering of automatisering) worden vervangen. Dit betekent dat als de welvaart groeit en dus ook de personeelskosten in de GGZ stijgen, en er verder helemaal niets aan de omvang en de inhoud van de GGZ verandert, de bevolking toch een steeds groter deel van hun inkomen aan GGZ gaat besteden. In de epiloog zullen wij laten zien dat in de laatste decennia van de twintigste eeuw aan deze groei een maatschappelijke grens bleek te zitten.

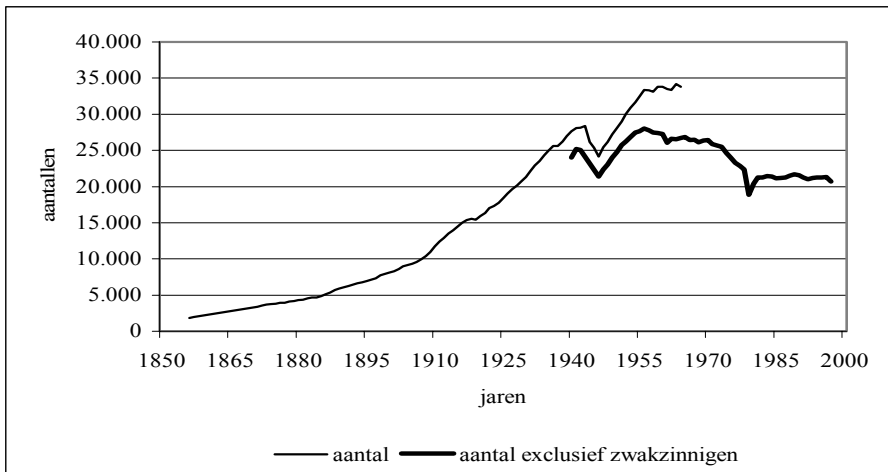
*De omvang van de intramurale GGZ*

Als de prijsontwikkeling is verrekend, blijven er nog twee componenten van de kosten over, die beide iets zeggen over de zorgpraktijk: het volume (dit zegt iets over de omvang van de zorg) en de reële prijs (dit zegt iets over de inhoud van de zorg). We beginnen met het volume.

In de voorgaande hoofdstukken hebben wij kunnen aantonen dat volumegroei een zeer belangrijke component is geweest van de kostengroei, zowel in de intramurale als de extramurale GGZ. Met uitzondering van enkele relatief korte perioden, werd deze volumegroei vrijwel de gehele periode door bewust nagestreefd. Voor de partijen die zorgden voor de financieel-economische randvoorwaarden, gold daarbij de beschikbaarheid van de zorg vaak als leidend beginsel. Grafiek IX-3 laat zien dat het aantal opgenomen patiënten gedurende bijna de hele periode is gegroeid.

**Grafiek IX-3**

*Verpleegden aanwezig op 1 januari in krankzinnigengestichten en psychiatrische inrichtingen in Nederland (1856-1964); idem exclusief zwakzinnigeninrichtingen (1940-1997)*



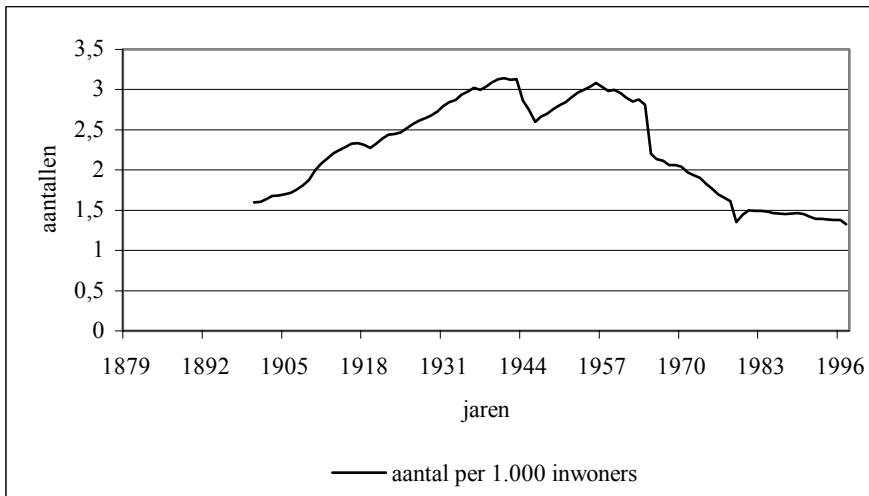
Bron: N.n.1957; Ramaer [1872-1878; 1880-1885]; Oosterhuis en Gijswijf-Hofstra 2008, Bijlage 5A en Bijlage 5B.

We zien onder andere dat het aantal patiënten na de invoering van de tweede Krankzinnigenwet sneller steeg dan daarvoor. Tussen 1884 en 1914 kwamen er zeventien nieuwe gestichten bij en ook daarna bleef het aantal stijgen, zelfs toen in het midden van de jaren dertig een bouwstop werd afgekondigd. In de tweede helft van de twintigste eeuw werden er weer nieuwe inrichtingen gebouwd. Het aantal opgenomen patiënten steeg echter minder snel dan voor die tijd en uiteindelijk was er zelfs sprake van een daling.

De hier gesignaleerde ontwikkelingen hingen voor een deel samen met het financieringsstelsel. Wij hebben in de voorgaande hoofdstukken laten zien dat de stijging van het aantal opgenomen patiënten vooral demografische en sociaaleconomische oorzaken had. In de tweede helft van de negentiende eeuw groeide de bevolking snel, maar het aantal opnames groeide nog sneller. De bevolking werd namelijk ook ouder en alleen al daardoor nam de behoefte aan capaciteit sterk toe. In grafiek IX-4 is dit zichtbaar in de stijgende lijn tot aan de Tweede Wereldoorlog.

#### Grafiek IX-4

*Aantal verpleegden op 1 januari aanwezig in krankzinnigengestichten en psychiatrische inrichtingen per 1.000 inwoners in Nederland (1879-1999\*)*



\* Vanaf 1965: exclusief zwakzinnigeninrichtingen.

Bron: N.n.1957; Ramaer [1872-1878; 1880-1885]; Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, Bijlage 5A en Bijlage 5B.

Volgens sommige historici werd de groei van het aantal opgenomen patiënten mede veroorzaakt doordat er steeds meer inrichtingen bij kwamen. Het aanbod creëerde de vraag. Dit werd ook door tijdgenoten zo gezien. In de woorden van toenmalig inspecteur van het Staatstoezicht G.E.Voorhelm Schneevoogt (in 1868!): ‘hoe grooter het aanbod, des te ruimer de navraag’.<sup>1</sup> Naar ons idee kan de zaak echter ook worden omgedraaid. Het feit dat nieuwe bedden vrijwel direct bezet werden, kan naar ons idee eveneens worden geïnterpreteerd als signaal dat er voordien een (latente) vraag bestond, die alleen maar door gebrek aan faciliteiten niet kon worden ingevuld.

De bouw van nieuwe gestichten was mogelijk geworden door de economische voorspoed en werd tevens beïnvloed door de verzuiling, zo hebben wij betoogd. Het financieringsstelsel speelde echter ook een rol. De provincies werden in de tweede Krankzinnigenwet (1884) nadrukkelijk aangespoord om gestichten te (laten) bouwen en in stand te houden. Dat deden zij door zelf gestichten te bouwen, of – en dat kwam veel vaker voor – door andere initiatiefnemers geld en garanties te geven. Bovendien waren gemeenten sinds 1854 verplicht om de verpleegkosten te betalen van arm-lastige patiënten (verreweg de grootste groep). We hebben hierboven al aangegeven dat dit tot een grote mate van bedrijfszekerheid en dus ook stabiliteit leidde. Aan de krankzinnigenverpleging kon men zich geen buil vallen

Aan de vermindering van de groei van het aantal opgenomen patiënten, lagen eveneens demografische en sociaaleconomische ontwikkelingen ten grondslag, maar zij had ook te maken met veranderde opvattingen over de inhoud van de GGZ. Het idee bestond al lange tijd dat sommige groepen patiënten ‘niet thuishoorden’ in de psychiatrische inrichting. Het ging om verstandelijk gehandicapten en psychogeriatrische patiënten. In de tweede helft van de twintigste eeuw werden deze groepen zo snel groter, dat het noodzakelijk werd (meer) gespecialiseerde voorzieningen te creëren. De bouw van de vele nieuwe verpleeginrichtingen werd mede mogelijk doordat het ons land economisch voor de wind ging. Hierbij speelde ook een belangrijke verandering in het financieringsstelsel na verloop van tijd een rol, met name de komst van de AWBZ in 1968. Deze financierde de opname in verpleeginrichtingen, hetgeen daarvoor - in tegenstelling tot de opname in psychiatrische inrichtingen - niet wettelijk geregeld was. Hierdoor was ook voor verpleeginrichtingen het bedrijfsrisico sterk verminderd. Sommige inrichtingsbesturen gingen zelf over tot het stichten van psychogeriatrische voorzieningen. Of verstandelijk gehandicapten overgeplaatst werden naar de nieuwe verpleeginrichtingen, vertelt het verhaal

---

<sup>1</sup> Voorhelm Schneevoogt 1868, 6.

niet, maar voor psychogeriatrische patiënten gold dit vermoedelijk wel. Wat in elk geval vaststaat, is dat deze groepen nauwelijks meer opgenomen werden in de psychiatrische inrichtingen. Hierdoor stabiliseerde de groei van het aantal in psychiatrische inrichtingen opgenomen patiënten. Al met al heeft ons onderzoek uitgewezen dat sociaaleconomische en demografische factoren een grote rol hebben gespeeld bij de volumeontwikkeling van de GGZ. Het bestaande financieringsstelsel voor de intramurale GGZ, waarbij wettelijke verankering voor een stevige bedrijfseconomische basis zorgde, maakte het voor initiatiefnemers aantrekkelijk om in deze vorm van zorgverlening te investeren.

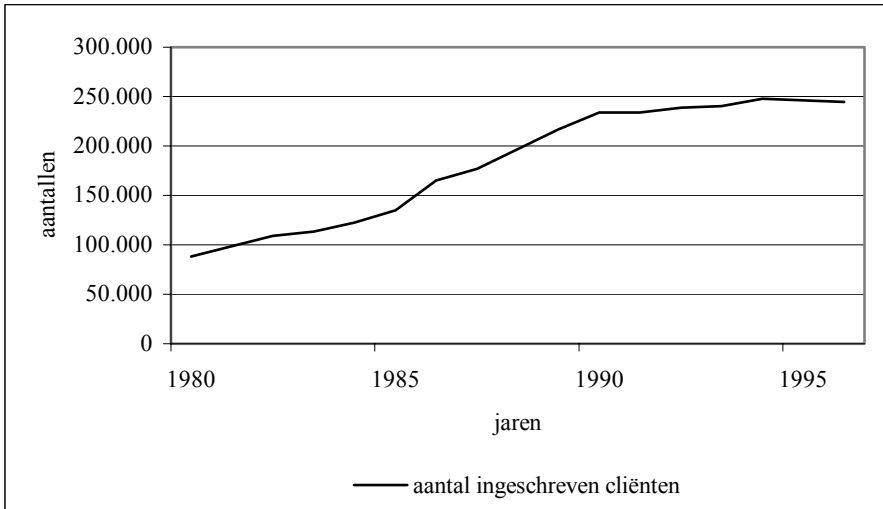
#### *De omvang van de extramurale GGZ*

Ook het aantal bureaus dat zich met extramurale hulpverlening aan personen met geestelijke moeilijkheden bezighield, nam in de loop van de twintigste eeuw een flinke vlucht, maar dit ging veel trager dan bij de intramurale sector. Hoeveel mensen gebruik maakten van de voorzieningen, is bij gebrek aan informatie helaas niet na te gaan. Na de oorlog nam het gebruik in elk geval snel toe, als we de berichten daarover mogen geloven. In hoeverre de toeloop werkelijk groeide, is echter door de gebrekkige registratie moeilijk vast te stellen. De haperende verslaglegging werd in de jaren zestig steeds meer als een bezwaar gevoeld, maar het zou nog jaren duren voordat de bureau's die zich met extramurale GGZ bezighielden, hun gegevens over het aantal ingeschreven cliënten op enigszins uniforme wijze gingen vastleggen. Pas vanaf begin jaren tachtig werd er een centraal registratiesysteem gehanteerd. Op basis van deze gegeneerde gegevens kunnen we laten zien dat vooral in de jaren tachtig een grote groei plaatsvond van het aantal cliënten dat in aanraking kwam met de RI-AGG's.

De groei van het gebruik van extramurale GGZ-voorzieningen is door ons in verband gebracht met veranderde opvattingen over deze voorzieningen. Anders dan de intramurale GGZ heeft de extramurale GGZ aanvankelijk veel werk moeten maken van 'propaganda' om het publiek bekend te maken met het werk van de voorzieningen en potentiële financiers te doordringen van de noodzaak van het werk. De voorzieningen moesten zich als het ware in de kijker spelen, zodat artsen hun patiënten doorverwezen en politici overtuigd raakten van het nut om er geld aan te geven. Na een periode waarin het voor veel bureaus moeilijk was om het hoofd boven water te houden, lukte dit uiteindelijk, zij het moeizaam en geleidelijk en met steun van overheidssubsidies.

### Grafiek IX-5

#### Aantal bij RIAGG's ingeschreven cliënten



Bron: De Haen 1982, 1984; De Haen en Van Lieshout 1985, Jacobs en Ketting 1989, 1990; Jacobs en Bijl [1991-1992]; Jacobs et al. 1993; Ten Have et Al. [1995-1998].

Anders dan (misschien) in de intramurale sector kunnen we dus stellen dat in de extramurale GGZ wel sprake was van een aanbod dat zijn eigen vraag creëert. Sommige voorzieningen hadden het daarbij gemakkelijker dan andere. De voor- en nazorgvoorzieningen kregen hun cliënten onder meer via de gestichten en inrichtingen. Het argument dat goede voor- en nazorgvoorzieningen kostenbesparend werkten voor de krankzinnigenverpleging, werd vaak met succes in stelling gebracht om aan geld te komen. De BLGM's, Bureaus voor Huwelijksvoorlichting en Katholieke MOB's hadden de kerk achter zich als (financiële) stimulator; priesters en dominees konden potentiële cliënten doorverwijzen. De neutrale MOB's moesten daarentegen echt op zoek naar hun clientèle en verkeerden aanvankelijk in een permanente staat van geldnood.

In de tweede helft van de twintigste eeuw werd het voor burgers gewoner gevonden om met geestelijke moeilijkheden die ze vroeger zelf oplosten, of met een geestelijke of misschien een huisarts bespraken, naar een GGZ-instelling te gaan. De extramurale GGZ wist echter pas flink in omvang te groeien toen er vanaf het midden van de jaren vijftig rijkssubsidieregelingen tot stand kwamen. De overheid zorgde daarmee voor een begin van bedrijfszekerheid. Toen vanaf begin jaren zeventig de extramurale GGZ stap voor stap onder de AWBZ werd gebracht, was de verankering compleet. De bureaus kregen onder de vlag van de RIAGG een wettelijke status (erkenning). De ontwikkeling (lees: groei) van de hulpverlening was daarbij ook een belangrijk doel: ambulante GGZ moest voor iedereen be-

schikbaar kunnen zijn. Hier werden grote sommen geld voor uitgetrokken. Grafiek IX-3 laat zien wat er daarna met de extramurale sector gebeurde. Zo hebben we kunnen vaststellen dat de omvang van de GGZ niet alleen maar is gegroeid door demografische en sociaaleconomische factoren. Veranderingen in het financieringsstelsel speelden in de vorm van wettelijke erkenning van vormen van hulpverlening evenzeer een belangrijke rol. Deze erkenning hing mede samen met het feit dat mensen met steeds meer klachten het GGZ-circuit opzochten in de hoop daar genezing of verlichting te kunnen vinden. Als meer mensen hun moeilijkheden gaan definiëren als een psychische klacht of een geestesziekte die behandeld kan worden, en de wetgever ervoor zorgt dat meer vormen van hulpverlening onder het GGZ-circuit worden geschaard en als zodanig structureel dienen te worden gefinancierd, neemt de omvang vanzelf toe en gaan dus ook de kosten omhoog.

### **§ 3. Het effect van de financiering op de inhoud van de zorg**

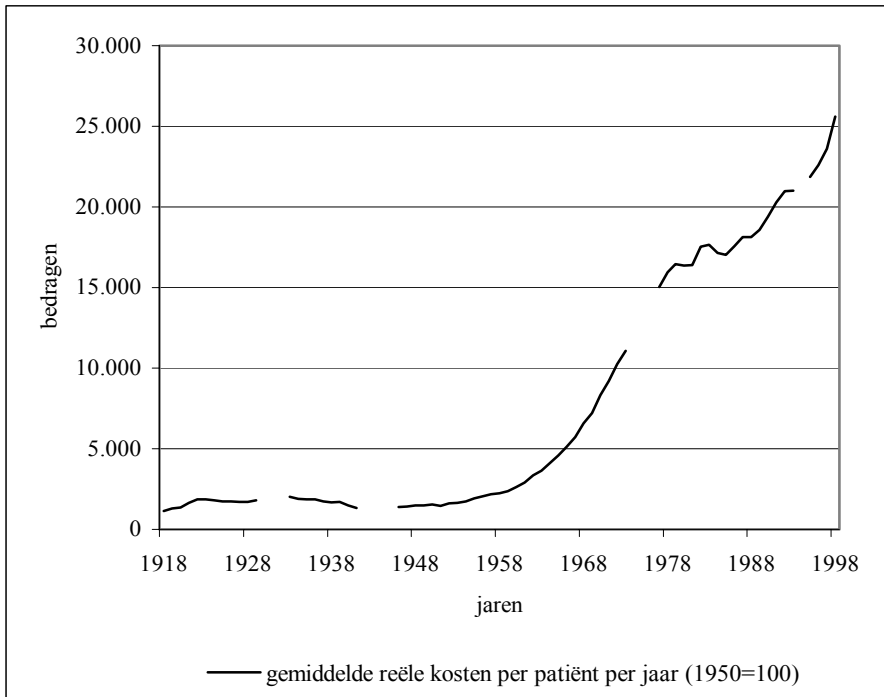
We hebben nu de prijsinflatie en de volumegroei als belangrijkste aspecten van de kostengroei behandeld. Er blijft nog een deel van de kostengroei over, namelijk de stijgende kosten per verpleegdag, of per patiënt of cliënt per jaar, oftewel de reële prijs van de zorg. Hierin ligt het directe verband met de inhoud van de zorg.

De reële prijs heeft gedurende de gehele periode eveneens een stijging laten zien. Deze stijging had een relatief autonoom karakter, min of meer los van het geldende financieringsstelsel. Dit was ook vrij logisch: dat stelsel veranderde immers lange tijd bijna niet. De stijging van de reële prijs hangt evenals de stijging van de totale kosten van de GGZ, veel meer samen met de groeiende welvaart. Grafiek IX-6 laat de stijging van de reële kosten per patiënt per jaar zien. De extramurale GGZ hebben we hierbij niet opgenomen vanwege het al eerder genoemde gebrek aan informatie over aantallen hulpverleningscontacten.

In onze studie hebben we uitgezocht of er verbanden waren tussen de stijging van de reële prijs van de zorg en ontwikkelingen in de zorgpraktijk. Daartoe hebben we op enkele momenten in de geschiedenis uitgezocht welke kostenposten invloed uitoefenden op deze prijsstijging. We hebben deze kostenposten vergeleken met de verschillende aspecten van de zorgpraktijk die in de verslagen van het Staatstoezicht telkens werden genoemd als het ging om ontwikkelingen in de zorgpraktijk. Deze werkwijze heeft geleid tot verschillende nieuwe gezichtspunten

### Grafiek IX-6

*Gemiddelde verpleegkosten per patiënt per jaar in Nederland in reële bedragen (1918-1998)*



Bron: VKIN s.a. [1919-1923, 1924b, 1925-1942, 1947-1955]; 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 [1971-1997]; GGZ Nederland en Prismant [1998-2000].

#### *Bedrijfseconomische factoren belangrijk*

In de voorgaande hoofdstukken hebben wij laten zien dat de reële prijs van de GGZ - evenals het volume - sterk werd beïnvloed door sociaaleconomische ontwikkelingen, vooral door de groeiende welvaart onder de bevolking. Gebleken is echter ook dat de bedrijfseconomische kanten van de geestelijke gezondheidszorg een belangrijke rol hebben gespeeld. Dat klinkt heel voor de hand liggend, maar in beschrijvingen van de ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg is dit aspect tot nu toe nauwelijks aan de orde gekomen. De sector zelf is zich hiervan ook lange tijd nauwelijks bewust geweest. Het zijn de boekhouders van de gestichten en inrichtingen geweest die gewezen hebben op het belang van hun activiteiten in de instellingen voor een gezonde bedrijfsvoering en daardoor uiteindelijk ook voor de inhoud van de zorg.

Hierboven hebben we al laten zien hoe de volumeontwikkeling mede werd bepaald door bedrijfseconomische omstandigheden (gegarandeerde

afname, continuïteit van bedrijfsvoering, risicospreiding, enzovoort). Hieronder halen we enkele voorbeelden aan waaruit blijkt hoe ingrijpend bedrijfseconomische veranderingen ook de inhoud van de zorg hebben beïnvloed. Het gaat onder meer om de manier waarop de kostprijzen en de tarieven werden berekend, de vraag hoe de boekhouding was ingericht, de wijze waarop de bedrijfsresultaten bekend werden gemaakt en de afspraken die daarvoor waren gemaakt en ten slotte de macht die de financiële deskundigen al dan niet hadden bij het bepalen van het beleid van een instelling.

We schrijven 1918. Sommige gestichten waren als gevolg van de oorlogsinflatie bijna bankroet gegaan en dit had de instellingen bij elkaar gebracht. Tijdens een overleg, waarin nu eens niet de geneesheren maar de financiële deskundigen het voor het zeggen hadden, werd duidelijk dat de oplossing van de problemen was gelegen in een nieuw tariefstelsel. De tarieven moesten niet gebaseerd worden op (lang) van tevoren gemaakte afspraken, maar op de exploitatie. Er moest een vorm van openeindfinanciering komen, waarbij uiteindelijk alleen nog de vraag of de gemaakte kosten reëel waren, hoefde te worden beantwoord. Provincies gingen er schoorvoetend mee akkoord. De komst van het nieuwe tariefstelsel maakte het voor de gestichten een stuk gemakkelijker om de exploitatie zonder al te grote verliezen rond te krijgen, of zelfs geld opzij te zetten voor minder goede tijden of toekomstige vernieuwingen (ofschoon dit laatste werd beschouwd als winst maken en dat was niet *bon ton*). Eindelijk was er, na de moeilijke oorlogsjaren, ook weer geld voor achterstallig onderhoud, voor salarisverbeteringen en - op termijn - voor nieuwe behandelwijzen.

Een ander voorbeeld betreft de bezuinigingspolitiek van de commissie-Frederiks. Allereerst werd met behulp van allerlei maatregelen bezuinigd op de personeelslasten, veelal zonder dat er personeel hoefde te worden ontslagen. Maar nadat duidelijk geworden was dat er op sommige basale aspecten van de zorg beslist *niet* bezuinigd kon worden zonder dat er sprake zou zijn van serieus kwaliteitsverlies, kozen veel inrichtingen ervoor de kosten verder te drukken met behulp van administratieve maatregelen. Dure leningen lieten ze omzetten in goedkopere, ze verlaagden de afschrijvingskosten of lieten ze zelfs helemaal weg uit de exploitatie, en ze sneden in de post onderhoud. Zo werd met behulp van administratieve maatregelen voldaan aan de eis om op zeer korte termijn de verpleegtarieven te verlagen. Waren dergelijke maatregelen niet genomen, dan was de kwaliteit van de zorg vermoedelijk al op korte termijn ernstig onder de bezuinigingsdruk gaan lijden. Nu zou het nog enige jaren duren voordat de gevolgen van de bezuinigingen merkbaar werden voor de kwaliteit, onder andere in de staat van onderhoud van de huisvesting.

Het laatste voorbeeld hangt samen met het voorgaande en betreft de huisvestingskosten na de Tweede Wereldoorlog. In het begin van de door ons

onderzochte periode werd door de bestuurders relatief weinig financieel belang gehecht aan de kosten voor huisvesting. Als een gebouw er eenmaal stond, werden de leningen afbetaald (de post 'rente', of 'huur') en daarmee leek de kous bijna af. De post 'afschrijvingen' vormde tot ver in de twintigste eeuw op zijn best een restpost op de begroting en op de post 'onderhoud' werd gemakkelijk beknipt als er bezuinigd moest worden (zie hierboven). Pas na de Tweede Wereldoorlog werd 'huisvesting' een serieuzere zaak. Met geld van de Wederopbouw werd het herstel aangevat van de oorlogsschade en van de gevolgen van het achterstallig onderhoud gedurende de depressiejaren. Onder invloed van bedrijfseconomische discussies over de vervangingswaardeleer was men intussen anders gaan kijken naar het verschijnsel 'winst'. De financiële deskundigen in de inrichting wisten duidelijk te maken dat het niet meer mogelijk was oorlogsschade te herstellen voor hetzelfde bedrag als voor de oorlog. Op geleide van de groeiende welvaart ontstond daarenboven een idee dat niet alleen herstel, maar ook verbetering van de inrichting financieel mogelijk gemaakt moest worden. De rijksoverheid stond het de inrichtingen toe bovenop de gewone tarieven, waarin al een bedrag voor afschrijvingen was verdisconteerd, extra procenten te heffen voor zogenaamde 'vernieuwingsfondsen'. De komst van deze vernieuwingsfondsen betekende een omslag in het bestuurlijk-inhoudelijke denken over de GGZ. Er werd niet langer hoofdzakelijk gepraat in termen van het behoud van het bestaande: opknappen wat verouderd is en uitbreiden alleen in kwantitatieve zin (aantal bedden, aantal behandelingen), maar in termen van vernieuwing en verbetering. Sindsdien was het gebruikelijk 'kwaliteitsverbetering' op één of andere wijze in de kostprijsberekening mee te nemen. Geld dat voor kwaliteitsverbetering gereserveerd werd, werd niet langer als 'winst' beschouwd. Het begrip 'kwaliteit' kon zich daarna gaandeweg ontwikkelen van een ongedefinieerd begrip met vele kanten tot een beleidsstreven dat met behulp van instrumenten meetbaar moest zijn. Een bijna tastbaar onderdeel van het gezondheidszorgbeleid. En passant werd het voor particuliere inrichtingen gemakkelijker zich zonder al te veel (financiële) overheidsinmenging staande te houden op het moment dat hun werd toegestaan meer reserves op te bouwen.

#### *Reële prijs en zorginhoud*

In hoeverre was nu de gestegen reële prijs terug te zien in veranderingen in de inhoud van de zorg? Dat laten we hieronder zien. We beginnen met de huisvesting, de voeding en de behandeling.

De kosten voor huisvesting maakten in de door ons onderzochte periode een vrij constant deel uit van de reële prijs. Het schommelde tussen de 10 en 15 procent van de kosten per verpleegdag, afhankelijk van de financiële-economische situatie van dat moment. Het Staatstoezicht koesterde

van meet af aan belangstelling voor de huisvesting van de patiënten. Voor een belangrijk deel ging dit om beschikbare ruimte per patiënt en om capaciteit. Over dit laatste hebben we hierboven (paragraaf 2) al het een en ander opgemerkt. We hebben gezien dat er gaandeweg meer geld uitgegeven werd aan capaciteitsuitbreiding. De beschikbare ruimte per patiënt werd soms ingezet als manier om de kosten te drukken. Daarmee werd de hand gelicht met de voorschriften van het Staatstoezicht, maar de overheid (i.c. de Minister) werkte er zelf aan mee. Voor het overige betrof het zaken die te maken hadden met bijvoorbeeld de staat van onderhoud. Hiervan kunnen we - opnieuw - vaststellen dat er aanvankelijk weinig bestuurlijke interesse voor bestond. Onderhoud was een gemakkelijke bezuinigingspost, waarvan men pas na verloop van tijd de gevolgen ervoer. Na de Tweede Wereldoorlog werd de belangstelling voor de huisvesting groter. Dit had, zo lieten we al zien, te maken met een nieuwe bedrijfseconomische kijk op het fenomeen 'winst'.

Ook voeding had de aandacht van de inspecteurs van het Staatstoezicht. Dit was echter vooral een negentiende-eeuwse kwestie. We hebben laten zien dat de kosten voor voeding gaandeweg een steeds minder groot deel van het budget in beslag namen. In de periode rond 1900 werd (relatief) minder geld aan voeding uitgegeven dan in de periode daarvoor, maar dit betekende niet dat er minder (goed) gegeten werd. Eén van de belangrijkste oorzaken is de inelasticiteit van de vraag: naarmate het beschikbare budget groter is, zal er verhoudingsgewijs minder aan voeding worden uitgegeven, omdat er een verzadigingspunt wordt bereikt. Een andere oorzaak is gelegen in de voedselprijzen. Deze werden in de loop van de negentiende en twintigste eeuw verhoudingsgewijs steeds lager. Zo kon het komen dat een gezin in de groeiende welvaart minder aan voeding ging uitgegeven. Hetzelfde gold voor de gestichten en inrichtingen in het groot. Het eten in het gesticht was voor veel patiënten in de negentiende eeuw waarschijnlijk beter dan het voedsel dat ze buiten de inrichting tot zich namen en het werd beschouwd als één van middelen om tot een verbeterde gezondheidstoestand te kunnen komen. Gemeten met latere maatstaven hadden klassepatiënten het zelfs té goed. Toen in de jaren dertig de buikriem van de gestichten moest worden aangesnoerd, was de post voeding een van de laatste waarop de gestichtbestuurders wilden bezuinigen. Dat de instellingen over eigen landbouw- en veeteeltbedrijven beschikten kwam in dat opzicht heel goed uit.

Het Staatstoezicht heeft in zijn verslagen altijd veel belang gehecht aan de komst van nieuwe behandelmethoden in de krankzinnigenverpleging. Wij hebben vastgesteld dat de financiële gevolgen van de toepassing van verschillende nieuwe behandelwijzen - de bedverpleging, nieuwe somatische kuren en de invoering van de actiever therapie in de intramurale GGZ - nauwelijks meetbaar zijn geweest. Kostenposten die rechtstreeks te maken

hadden met behandeling van de patiënten, hebben nooit een groot deel van de totale lasten uitgemaakt. Er is één uitzondering. Toen midden jaren vijftig psychofarmaca op de markt kwamen, werden er in sommige inrichtingen relatief grote bedragen voor uitgetrokken. We hebben laten zien dat inrichtingen die hiermee op grote schaal gingen experimenteren en dus grote bedragen voor medicatie op de begroting wilden zetten, daarover geen ingewikkelde onderhandelingen met de provincies hoefden te voeren. Zij bepaalden de tarieven zelf, omdat ze een gemeentelijke inrichting waren (bijvoorbeeld Maasoord), of ze zaten niet met de provincie aan de onderhandelingstafel, maar met de betalende (grote) gemeente zelf (bijvoorbeeld de Willem Arntsz Stichting). Inrichtingsbesturen die wél met de provincie te maken hadden als het ging om de tarieven (bijvoorbeeld de VCV), hadden het geld niet om al in een vroeg stadium op grote schaal met psychofarmaca aan de slag te gaan. De verschillen die hierdoor ontstonden tussen de inrichtingen, werden later rechtgetrokken, toen het gebruik van deze medicatie in de inrichting ingeburgerd raakte.

#### *Het personeel*

Het personeel heeft altijd prominent in de belangstelling gestaan bij het Staatstoezicht. De inspecteurs legden vaak een directe relatie tussen personeelsomvang en –samenstelling en de kwaliteit van de zorg, of, in oudere termen, verbeteringen of verslechtingen in de verpleging. Door deze sterke en voor de hand liggende relatie tussen personeel en kwaliteit, hebben wij in de voorgaande hoofdstukken extra aandacht besteed aan dit aspect van de zorg. Wij werden daartoe mede uitgenodigd doordat de personeelslasten een toenemend aandeel van de reële prijs in beslag namen. In paragraaf 2 hebben wij al uiteengezet dat dit voor een deel te verklaren valt uit de prijsontwikkeling en de toenemende welvaart.

In het midden van de negentiende eeuw maakten de personeelslasten ongeveer 18 procent uit van de totale verpleegkosten in de krankzinnigengestichten. Eind negentiende eeuw was dit aandeel al de helft van de totale kosten. In de loop van de twintigste eeuw groeide het aandeel naar zo'n 70 tot 75 procent van de verpleegkosten in de naoorlogse tijd (inclusief sociale lasten en pensioenpremies). Van de extramurale GGZ zijn helaas minder gedetailleerde gegevens beschikbaar. Maar op grond van de weinige informatie kunnen we wel concluderen dat de personeelslasten voor de extramurale hulpverlening in de eerste helft van de twintigste eeuw erg laag geweest moeten zijn, doordat veel medewerkers (vooral de artsen) hun werk pro deo verrichtten. Na de oorlog werd ook voor medewerkers in de extramurale hulpverlening gestreefd naar een normale salariering en vanaf dat moment liepen de personeelskosten ook in deze sector snel op. Op het eerste gezicht is elke groeispuurt van de kostenpost 'personeelslasten' in de exploitatie te lezen als een weergave van maatschappelijke ont-

wikkelingen. Het personeel kreeg net als andere werknemers beter voor het werk betaald en hoefde daarvoor eveneens minder uren te werken. Er kwam gaandeweg ook meer en beter opgeleid personeel (ook per patiënt of cliënt). De GGZ werd een arbeidsintensieve sector.

De groei van de personeelslasten rond 1900 werd veroorzaakt door algemene loonontwikkelingen en door veranderingen in de zorginhoud in de krankzinnigenverpleging. De krankzinnigengestichten moesten meer op ziekenhuizen lijken, was in die tijd de gedachte, en deze omslag vereiste een betere scholing van het personeel. Er kwam een opleiding en er werd meer geschoold (en dus ook duurder) personeel aangesteld. Dit alles was mogelijk geworden door de economische groei. Dergelijke veranderingen vonden ook in andere sectoren van de maatschappij plaats. In de hele samenleving ging het in die tijd beter; er werd meer geld uitgegeven aan de zorg, ook voor krankzinnigen.

De trend zette zich voort na 1920. Los van de prijsontwikkeling ging in die tijd het meeste geld zitten in de stijgende personeelslasten. De kostenpost groeide onder andere door arbeidsduurverkorting, de komst van sociale lasten en hogere pensioenpremies. Dit waren volgens ons de kenmerken van de eerste serieuze welvaartsgolf in ons land. Tijdens de depressie in de jaren dertig werd er wel aan de salarissen geknibbeld, maar veel verworvenheden bleven overeind.

Net als na de Eerste Wereldoorlog, werd ook in de periode na de Tweede Wereldoorlog een snel groeiend bedrag uitgegeven aan personeelslasten. Nu betrof het zowel de intramurale als de extramurale geestelijke gezondheidszorg. Meer sociale voorzieningen, salarisverbetering en de invoering van de vijfdaagse, 45-urige werkweek namen een belangrijk deel van de kostenstijging voor hun rekening. Ook hierin zien we een algemene sociale ontwikkeling terug. De GGZ moest wel meedoen met de trend, want het werd steeds moeilijker om aan voldoende personeel te komen. Zelfs de uitbreiding van het personeelsbestand, die zéker plaatsvond, hing er mee samen: zij werd voor een deel veroorzaakt door de kortere werkduur, die het op zijn beurt overigens weer moeilijker maakte om de vacatures op te vullen.

De groei van de personeelslasten, die in de jaren vijftig al was begonnen, zette in de jaren zestig en zeventig verder door. Na bestudering van de gang van zaken rond de invoering van de AWBZ hebben we vastgesteld dat deze groei voor een belangrijk deel plaatsvond ruim voordat de AWBZ van kracht werd en dus ook niet door de nieuwe wet werd veroorzaakt. De AWBZ betekende dan ook niet dat er ineens veel meer geld ter beschikking kwam, alleen de manier waarop het geld beschikbaar werd gesteld, veranderde. Voor de intramurale GGZ werd het ene wettelijk ge-regelde stelsel vervangen door het andere, voor de extramurale GGZ werd voor het eerst een wettelijk verankerd stelsel ontwikkeld. (Dit laatste

heeft, zoals we in paragraaf 2 lieten zien, wél een impuls gegeven aan de omvang van de extramurale GGZ.) In beide gevallen ging het expliciet om een operatie die budgettair neutraal moest worden ingevoerd.

Dat er na de komst van de AWBZ meer geld ter beschikking kwam voor personeel, kan gedeeltelijk aan de werking van de nieuwe wet (bijvoorbeeld de manier waarop de tarieven en de richtlijnen totstandkwamen) worden toegeschreven. Veel nieuwe en hogere uitgaven voor het personeel zouden echter ook zonder de AWBZ wel zijn gedaan. Het ging dan ook – alweer – voor een groot deel om trendontwikkelingen. De uitbreiding van het personeel hing er ook mee samen: de gemiddelde arbeidsduur nam overal af en het deeltijdwerk kwam langzaam op. De groei van het aantal personeelsleden vertaalde zich daardoor maar voor een deel in ‘meer handen aan het bed’. Voor de toename van het gemiddelde opleidingsniveau gold iets vergelijkbaars. Nieuwe, hoogopgeleide beroepsgroepen deden hun intrede in de GGZ, leerlingverplegenden waren hoger opgeleid als ze aan hun opleiding begonnen en het aantal gediplomeerde verplegenden nam toe. Dit alles was ook te zien in de rest van de maatschappij: de gemiddelde burger was eveneens hoger geschoold.

Toch was er niet helemaal sprake van een één-op-één-relatie. De beloning van het personeel in de GGZ liep vaak *achter* bij die van andere beroepsgroepen, zo hebben wij in de voorgaande hoofdstukken laten zien. Voor wat betreft de krankzinnigengestichten hebben we echter vastgesteld dat het achterop raken van de lonen bij de beloning voor andere beroepsgroepen in vroeger tijden samenhang met de manier waarop de verpleegtarieven werden vastgesteld. Doordat er soms decennialang niets veranderde in de tarieven, was het onmogelijk tussentijds de beloning van het personeel te verhogen. Op het moment dat er (veel) nieuwe contracten werden afgesloten, moest er een inhaalslag worden gemaakt. Met de komst van de nieuwe overeenkomsten rond 1921, veranderde dit. Daarna werden de salarissen van het personeel frequenter aangepast. Toch bleef de GGZ vaak achter de andere sectoren in de maatschappij aanhobbelen als het ging om de beloning. Hierin is natuurlijk het gebrek aan maatschappelijke waardering voor het werk in de GGZ terug te zien. Dit werd mede veroorzaakt door het ontbreken van een sterke vakvereniging die met de vuist op tafel hogere lonen eiste. In tijden van grote personeelsschaarste werd dit door gestichtbestuurders ingezien en werden de salarissen aan het gemiddelde niveau aangepast. Groeisputten van de post ‘personeelslasten’ kunnen daarom naar ons idee ook worden gelezen als het ‘inhalen van een achterstand’. Dit werd door het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven zelfs bewust nagestreefd, toen midden jaren zeventig de ‘richtlijnen personeel’ werden vastgesteld voor de psychiatrische inrichtingen.

*Conclusie: een vertraagde weerspiegeling van de welvaartsstaat*

Zoals we aan het begin van dit slotwoord constateerden, is er ontegenzeggelijk veel veranderd in de GGZ-praktijk en werd er hoe dan ook de afgelopen 150 jaar steeds meer geld aan GGZ-voorzieningen uitgegeven. Prijsinflatie was hiervan één van de grootste veroorzakers. Zelfs als de GGZ al die jaren op hetzelfde peil was gebleven, was er steeds meer geld nodig geweest om deze te financieren.

Na eliminatie van de prijsinflatie bleef de volumegroei over als grootste veroorzaker van deze kostengroei en daarbij hebben we kunnen aantekenen dat deze behalve met demografische en sociaaleconomische factoren, ook samenhang met de vraag in hoeverre de sector wettelijk verankerd was. Voor de intramurale GGZ werd al in een heel vroeg stadium een stevige wettelijke financieringsregeling bedacht, voor de extramurale GGZ gebeurde dit meer dan honderd jaar later. Op het moment dat de wet voorschrijft dat er geld moet worden gespendeerd aan een bepaalde zorgvorm, worden de bedrijfsrisico's weggenomen. Zekerheid leidt tot bedrijfscontinuïteit. Als de vraag toeneemt, zoals bij de krankzinnigenverpleging in de negentiende eeuw en de extramurale GGZ in de jaren zeventig van de twintigste eeuw en daarna het geval was, kan daar gemakkelijk op worden ingespeeld als van tevoren al vaststaat dat er geld voor beschikbaar is. Dat verklaart waarom de krankzinnigenverpleging zelfs in economisch moeilijke tijden en tegen alle waarschuwingen (onder andere van het COZ) in, kon blijven groeien. Het verklaart ook waarom de extramurale GGZ vooral in de jaren tachtig zo'n groeispurt heeft doorgemaakt.

Het feit dat er een financiële garantie was (en voor de extramurale GGZ: kwam), was dus van groot belang voor de groei van de sector. De manier waarop het geld beschikbaar werd gesteld (via de Armenwet door de gemeenten, of krachtens de AWBZ), was daarbij eigenlijk van minder groot belang. We hebben gezien dat veranderingen in de zorginhoud maar gedeeltelijk samenhangen met veranderingen in de financiële regelgeving. Soms was er een verband, soms niet, soms was er sprake van een samenloop van omstandigheden, die veeleer samenhang met sociaaleconomische veranderingen. Dat is ook vanzelfsprekend: het financieringsstelsel werd immers gekenmerkt door een grote stabiliteit. De wetten waren dan ook niet veel meer dan een papieren neerslag van de uitkomsten van een maatschappelijk debat over de plaats of de inhoud van de GGZ, of zelfs van veranderingen die in de praktijk al hadden plaatsgevonden. De zorgpraktijk hing meer samen met demografische en sociaaleconomische ontwikkelingen, maar door het gebrek aan politieke interesse voor het onderwerp, hobbelde de GGZ er vaak nét iets achteraan. De dynamiek van de GGZ-praktijk is daarom te zien als een soms wat vertraagde weerspiegeling van de welvaartsstaat.

## § 4. Epiloog

Toen eind jaren tachtig vrijwel de hele GGZ onder de AWBZ was gebracht, waren de opvattingen over organisatie, financiering en kwaliteit van de gezondheidszorg al aan het veranderen. In 1987 kwam het advies van de commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (de commissie-Dekker) uit. In *Bereidheid tot verandering* werd de grondslag gelegd voor opvattingen die tot op de dag van vandaag het denken over de zorgfinanciering bepalen. Onder het motto ‘deregulering en marktwerking’ werd het idee uitgewerkt om de verantwoordelijkheden tussen burgers, ziektekostenverzekeraars, zorgaanbieders en overheid te herverdel-<sup>1</sup> De overheid moest zich beperken tot het zorgen voor een goede en betaalbare ziektekostenverzekering, die voor iedereen zou gelden en een gedeeltelijk variabele premie zou krijgen. De AWBZ moest worden ingekrompen, het onderscheid ziekenfonds en particulier moest verdwijnen, zorgverzekeraars moesten met elkaar concurreren en met zorgaanbieders (artsen, ziekenhuizen, apothekers enz.) in onderhandeling gaan. Zo zou marktwerking - met handhaving van de principes van solidariteit en rechtvaardigheid - leiden tot een grotere doelmatigheid en flexibiliteit.<sup>2</sup> Het rapport bevatte ook nieuwe ideeën over ‘kwaliteit’ in de gezondheidszorg. De verantwoordelijkheid voor de kwaliteitsbewaking en –bevordering moest in zijn geheel worden neergelegd bij de zorgaanbieders zelf. De Inspectie moest zich alleen nog met handhaven bezighouden.<sup>3</sup>

Nu, ruim twintig jaar later, zijn veel ideeën van de commissie-Dekker inmiddels ingevoerd. De bestuurlijke verhoudingen in de gezondheidszorg zijn inderdaad veranderd in de richting van meer marktwerking en minder overheidsbemoeienis.<sup>4</sup> Met de komst van de Zorgverzekeringswet, die op 1 januari 2006 is ingegaan, is de trein op dit spoor in beweging gezet.<sup>5</sup> Alle AWBZ-verzekerden (oftewel alle Nederlandse ingezetenen) zijn nu verplicht een basale zorgverzekering af te sluiten; (erkende) zorgverzekeraars moeten iedereen accepteren voor deze basisverzekering. De verzekering omvat geneeskundige zorg, inclusief eerstelijnszorg, geneesmiddelen, verpleging, verzorging, enzovoort. Kortdurende GGZ (kortdurend = maximaal 365 dagen) valt er ook onder, evenals een deel van de extramurale GGZ. In de wandeling wordt dit de *cure* genoemd, als tegenhanger van de zorg die onder de AWBZ (en sinds 2007 ook de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, zie hieronder) valt, de *care*. Hieronder valt onder meer de chronische zorg voor psychiatrische patiënten. De Zorgverzeke-

---

<sup>1</sup> Dekker 1987. Zie ook: Bottenburg, De Vries en Mooij 1999, 9.

<sup>2</sup> Van der Grinten en Kasdorp 1999, 5.

<sup>3</sup> Dekker 1987.

<sup>4</sup> Bottenburg, De Vries en Mooij 1999, 9.

<sup>5</sup> Het hierna volgende is gebaseerd op Hoogervorst 2005.

ringswet gaat uit van het principe van ‘gereguleerde concurrentie’, hetgeen betekent dat de verzekeraars winst mogen maken. De wetgever beoogt hiermee de zorgaanbieders te dwingen tot het leveren van meer ‘maatwerk’ en hogere ‘prestaties’. ‘Zorgaanbieders zullen meer prestatiegericht moeten werken, maar krijgen ook meer mogelijkheden om zich van elkaar te onderscheiden en maatwerk te leveren’, aldus de Memorie van Toelichting.<sup>1</sup> Of dit in werkelijkheid ook zo gaat uitpakken, is drie jaar na invoering van de wet nog altijd onzeker.

De AWBZ bleef vooralsnog buiten schot, hoewel er ook over deze wet inmiddels druk overleg plaatsvindt en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning ervoor gezorgd heeft dat een deel van het AWBZ-pakket nu onder gemeentelijke verantwoordelijkheid is gekomen.

### *De onzichtbare GGZ*

De Zorgverzekeringswet heeft aan de ene kant van het spectrum de kortdurende behandeling van de GGZ afgehaald; de WMO heeft aan de andere kant van het spectrum de openbare GGZ en een deel van de ondersteunende activiteiten weggehaald.<sup>2</sup> Wat er van de GGZ overblijft is het moeilijke segment van de zorg voor chronische, gedragsgestoorde patiënten die nu nog als *care* onder de AWBZ vallen, maar waarvoor straks een nieuwe regeling bedacht moet worden. Hoe die eruit komt te zien, is ongewis. Op het Ministerie is de GGZ geen nadrukkelijk eigen beleidsterrein meer. Bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (zoals het toezichthoudende orgaan van het rijk thans heet) evenmin. De functie van hoofdinspecteur GGZ en gehandicaptenzorg is opgeheven en de GGZ is verdeeld over de diverse ‘inspectieprogramma’s’.<sup>3</sup> Het lijkt erop dat met de invoering van de Zorgverzekeringswet en de WMO de GGZ bijna onzichtbaar geworden is.

Wat dit betekent voor de kwaliteit en de continuïteit van de zorg voor psychiatrische patiënten met vaak terugkerende en soms langdurige gezondheidsproblemen, is een vraag die nader onderzoek verdient. De knelpunten in de GGZ die wij hierboven hebben geschetst, zijn er in ieder geval niet mee weggenomen. Ze zijn hoogstens van karakter veranderd.

Waar de gemeenten voor de invoering van de AWBZ de verantwoordelijkheid hadden over de betaling van het grootste deel van de krankzinnigen-

---

<sup>1</sup> Hoogervorst 2005, 4.

<sup>2</sup> Kortdurende GGZ: opname in een GGZ-instelling die korter duurt dan 365 dagen. Openbare geestelijke gezondheidszorg: denk aan de ambulante hulp aan ‘zorgmijders’. (Zie Inleiding.)

<sup>3</sup> Voormalig hoofdinspecteur J. Lucieer, die over deze ontwikkeling een proefschrift schreef, vreesde dat deze opdeling zou leiden tot desintegratie van het toezicht. (Lucieer 2005, 75.) De opdeling is overigens gedeeltelijk weer ongedaan gemaakt. (Mededeling van P. Robben, directeur van het Kenniscentrum van de IGZ.)

verpleging, dragen ze nu een deel van de kosten voor de extramurale GGZ. De WMO heeft ze een grote beleidsvrijheid gegeven om er zelf invulling aan te geven. De vroeger als een probleem ervaren rechtsongelijkheid tussen de gemeenten is daarmee terug van weggeweest. Ook de horizontale knip, waar de VPIN zich destijds tegen verzette en die in 1989 inderdaad voor relatief korte tijd tot het verleden behoorde, is weer ingevoerd. Hij heeft een nieuw gezicht gekregen in de opdeling tussen *cure* en *care*. De zorg voor patiënten die korter dan een jaar zijn opgenomen, wordt nu weer door de verzekeraars bekostigd en valt dus onder een ander regime dan de zorg ná het eerste jaar, hetgeen nadelige gevolgen kan hebben voor de continuïteit van zorg voor kwetsbare groepen. Met de aandacht voor chronische patiënten in de inrichtingen is het overigens nog altijd relatief slecht gesteld en de zorg is eveneens nog altijd onvoldoende op de vraag afgestemd (zowel kwantitatief als kwalitatief). De lage waardering voor het werk in de GGZ is, tot slot, ook gebleven. Evenals de alom tegenwoordige bezorgdheid over de groeiende kosten.